



PROGRAMA DE DOCTORADO “MULTICULTURALISMO Y ETNICIDAD: ESTUDIOS EN MIGRACIONES, CONFLICTO ÉTNICO, NACIONALISMO, TRANSNACIONALIDAD, COOPERACIÓN AL DESARROLLO Y CONSTRUCCIÓN DE LA DIFERENCIA” (920/2)

**EL ESPEJISMO DE LO SOCIOCULTURAL EN SALUD:
DISCURSOS SOCIO–PROFESIONALES SOBRE EL
ENCUENTRO ASISTENCIAL CON POBLACIONES
INMIGRANTES DESDE EL MODELO DE ATENCIÓN
PRIMARIA AL SUR DE EUROPA**

MARÍA TERESA GIJÓN SÁNCHEZ

DIRECCIÓN

DR. F. JAVIER GARCÍA CASTAÑO

DRA. NURIA ROMO AVILÉS

GRANADA, 2014

Editor: Editorial de la Universidad de Granada
Autor: María Teresa Gijón Sánchez
D.L.: GR 1965-2014
ISBN: 978-84-9083-165-6

A Teresa y a Miguel

–Bueno, lo que es en *mi* país– aclaró Alicia, jadeando aún bastante –, cuando se corre tan rápido como lo hemos estado haciendo, y durante algún tiempo, se suele llegar a *alguna otra* parte...

– ¡Un país bastante lento! – replicó la Reina –. Lo que es *aquí*, como ves, hace falta correr todo *cuanto una pueda* para permanecer en el mismo sitio. Si se quiere llegar a otra parte hay que correr por lo menos dos veces más rápido

Lewis Carroll, 1871, *Alicia a través del espejo*

AGRADECIMIENTOS

El proceso por el que he caminado hasta hacer realidad esta tesis ha sido posible gracias al apoyo académico, material y afectivo de muchas personas e instituciones. Aunque no sea posible nombrarlas a todas, quiero expresar mi más sincero agradecimiento:

A todas y cada una de las personas que han participado en esta investigación, por concederme su tiempo y compartir conmigo la intimidad de sus experiencias socio-profesionales. Sin ellas esta tesis nunca hubiese sido posible.

A mi Director y mi Directora de tesis, F. Javier García Castaño y Nuria Romo, por su capacidad, su confianza y sus valiosos consejos a través de los que han guiado sabiamente este trabajo.

A los organismos financiadores de la tesis, la Fundación Ramón Areces y el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, por las becas de investigación disfrutadas. A la Universidad de Granada y a la Universidad de Málaga, por el apoyo institucional y los recursos prestados.

A Miguel García Martín, Profesor de la Universidad de Granada, por darme la oportunidad de iniciarme en el mundo de la investigación y la salud pública. Aunque tardíamente por fin te he hecho algo de caso. A Josep María Comelles, Profesor de la Universidad Rovira i Virgili, por recibirme en muchas ocasiones y brindarme aportes para enriquecer este trabajo. A Sandra Pinzón, Profesora de la Escuela Andaluza de Salud Pública, por creer en mí y haberme dado la posibilidad de compartir juntas proyectos ilusionantes. A mi compañera y amiga Belén Lorente, Profesora de la Universidad de Málaga, por contagiarme su entusiasmo para continuar aprendiendo desde y para el trabajo social y por hacerme llegar sus valiosas aportaciones.

A mi madre Teresa y a mi padre Miguel, a quienes dedico por completo esta tesis y les debo mi herencia sociocultural más latente y manifiesta. Gracias por enseñarme a avanzar en la vida y por animarme día tras día hasta llegar al término de esta etapa.

A mi abuela Lola y a mi abuelo Pepe, por hacerme disfrutar de los mejores momentos y recuerdos de mi infancia. A dónde quiera que vaya siempre venís conmigo.

A mi hermana mayor Loli, casi otra madre que siempre está cuando la necesitas, me encanta cuando suena el teléfono y eres tú. A mi hermana Chari, quien nos ha enseñado a toda la familia el valor de la elección que conlleva vivir entre dos países, lejos de tu ciudad pero cerca en la distancia. A mi hermano Migue, su familia es su mejor legado, un bien que vemos crecer día a día.

A mis sobrinas y sobrinos Ángela, Julio, Alessia, Miguel, Pepe y a mi sobrino-nieto Samuel con quienes más me gusta compartir ratitos de felicidad y cariño. Gracias por mostrarme un mundo mejor a través de cada una de vuestras miradas.

A Emi, Migue y nuestra pequeña Emi, sois mi hogar malagueño, no hay palabras para definir nuestra amistad, ya lo sabéis todo. A María Luisa, siempre que te he buscado estabas al otro lado del ordenador o del móvil, tu ánimo y tus consejos me han acompañado hasta aquí. A Julia, Juande, Rosana y Marian, gracias por vuestra amistad y apoyo. Y a Mati por regalarme su sonrisa.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	5
ÍNDICE	7
ÍNDICE DE CUADROS Y FIGURAS.....	11
ABREVIATURAS	13
(AUTO) PRESENTACIÓN	17
INTRODUCCIÓN	32
LOS DISCURSOS SOCIO-PROFESIONALES DESDE CONTEXTOS DE ATENCIÓN BIOMÉDICOS DIVERSOS.....	35
LAS PROFESIONES DE LA SALUD FRENTE AL OTRO Y LA OTRA	37
LA ATENCIÓN PRIMARIA ANTE LOS CAMBIOS SOCIOCULTURALES PRODUCTO DE LA INMIGRACIÓN	42
RESUMEN Y ESTRUCTURA DE LA TESIS	45
CAPÍTULO 1	
EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y LA GESTIÓN DE LA DIVERSIDAD	48
1.1 LA CONSTRUCCIÓN SOCIOCULTURAL DE LOS MODELOS O SISTEMAS MÉDICOS.....	49
1.1.1. BASES SOCIOCULTURALES DEL MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA	56
1.1.2 NACIMIENTO POLÍTICO–INSTITUCIONAL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA	60
1.1.3. DESARROLLO INTERNACIONAL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA	72
1.1.4 ELEMENTOS UNIVERSALES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA.....	80
1.2 LAS DIMENSIONES SOCIOCULTURALES EN ATENCIÓN PRIMARIA Y SU RELACIÓN CON EL FENÓMENO DE LA INMIGRACIÓN.....	96
1.2.1 LA DIMENSIÓN SOCIAL EN SALUD DESDE LA PERSPECTIVA BIOMÉDICA	102
1.2.2 LA DIMENSIÓN CULTURAL EN SALUD DESDE LA PERSPECTIVA SOCIOCULTURAL.....	125
1.2.3 INMIGRACIÓN Y DIVERSIDAD EN EL ENCUENTRO ASISTENCIAL DESDE ATENCIÓN PRIMARIA	144
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	154
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	160
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	160

CAPÍTULO 2

PROCESO METODOLÓGICO DE INVESTIGACIÓN.....	162
2.1 LA MIRADA CUALITATIVA EN LOS ESTUDIOS SOBRE SALUD, SOCIEDAD Y CULTURA	163
2.2 ENFOQUE TEÓRICO-METODOLÓGICO DE INVESTIGACIÓN DESDE LA FENOMENOLOGÍA	172
2.3 DESARROLLO DEL TRABAJO DE CAMPO CUALITATIVO-ETNOGRÁFICO	177
2.3.1 LA ELECCIÓN DEL CONTEXTO DE ESTUDIO	182
2.3.2 LA ENTRADA AL CAMPO.....	185
2.3.3 LA PRODUCCIÓN DE DISCURSOS SOCIO-PROFESIONALES EN EL CAMPO	195
2.3.3.1 TRABAJO DE CAMPO <i>IN SITU</i> DESDE DISTINTOS CENTROS DE SALUD	196
2.3.3.1.1 SELECCIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD DE ESTUDIO	199
2.3.3.1.2 DESCRIPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DE LOS CENTROS DE SALUD	206
2.3.3.1.3 LA OBSERVACIÓN, LA ENTREVISTA INDIVIDUAL Y SUJETOS PARTICIPANTES	226
2.3.3.1.4 LA ENTREVISTA GRUPAL Y SUJETOS PARTICIPANTES.....	232
2.3.3.2 TRABAJO DE CAMPO <i>EX SITU</i> DESDE OTROS LUGARES BIOMÉDICOS DE ESTUDIO	243
2.3.3.2.1 LA OBSERVACIÓN FLOTANTE Y EL ANÁLISIS DOCUMENTAL.....	245
2.4 EL ANÁLISIS DE LOS DISCURSOS SOCIO-PROFESIONALES SOBRE INMIGRACIÓN Y SALUD	249

CAPÍTULO 3

EL CONTEXTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LA CONSTRUCCIÓN SOCIO-PROFESIONAL SOBRE LA INMIGRACIÓN AL SUR DE EUROPA	260
3.1 EL MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA AL SUR DE EUROPA	262
3.1.1 LA CONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	272
3.1.2 DESARROLLO NACIONAL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA.....	283
3.2 EL CASO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN ANDALUCÍA.....	298
3.2.1 LA INTEGRACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA	302
3.2.2 LA ORGANIZACIÓN POLÍTICO-INSTITUCIONAL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN ANDALUCÍA	307
3.2.3 LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS POBLACIONES INMIGRANTES O NO QUE RECIBEN ATENCIÓN PRIMARIA EN ANDALUCÍA.....	316
3.2.4 LA VISIÓN SOCIO-PROFESIONAL SOBRE LA ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN ANDALUCÍA.....	324

3.2.4.1 LA CREACIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD Y LA INCURSIÓN DE LA MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA.....	325
3.2.4.2 ITINERARIOS DE FORMACIÓN E INSERCIÓN SOCIO-PROFESIONAL HACIA LA ATENCIÓN PRIMARIA.....	333
3.2.4.3 EL DESEMPEÑO SOCIO-PROFESIONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	349
3.2.4.3.1 LA PERSPECTIVA POLÍTICA Y CIENTÍFICA SOBRE EL DESEMPEÑO EN ATENCIÓN PRIMARIA	350
3.2.4.3.2 LA PERSPECTIVA SOCIO-PROFESIONAL SOBRE EL DESEMPEÑO EN ATENCIÓN PRIMARIA	364
3.2.4.4 LA RELACIÓN SOCIO-PROFESIONAL CON EL OTRO Y LA OTRA	378
3.3 EL DERECHO A LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LAS POBLACIONES INMIGRANTES.....	381

CAPÍTULO 4

<u>LOS DISCURSOS SOCIO-PROFESIONALES SOBRE EL ENCUENTRO ASISTENCIAL CON LA INMIGRACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA</u>	396
4.1 TENSIONES Y DESAFÍOS AL HABLAR O LEER PARA PRODUCIR DISCURSOS SOCIO-PROFESIONALES SOBRE INMIGRANTES	396
4.2 MIRADAS SOBRE SALUD E INMIGRACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA	404
4.2.1 PERCEPCIONES DE LA DIVERSIDAD A TRAVÉS DE LOS DISCURSOS CIENTÍFICOS SOBRE INMIGRACIÓN Y SALUD.....	405
4.2.2 PERCEPCIONES SOBRE EL FENÓMENO DE LA INMIGRACIÓN DESDE SALUD	420
4.3 MIRADAS SOCIO-PROFESIONALES SOBRE EL PROCESO DE ATENCIÓN PRIMARIA A LAS POBLACIONES INMIGRANTES	433
4.3.1 LA POBLACIÓN INMIGRANTE-SUJETO DE ATENCIÓN PRIMARIA	434
4.3.2 LOS MOTIVOS Y USOS DE LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LAS POBLACIONES INMIGRANTES.....	449
4.3.3 LA RELACIÓN SOCIO-PROFESIONAL CON EL OTRO Y LA OTRA INMIGRANTE.....	460
4.3.4 REFLEXIONES DE APROXIMACIÓN HACIA LA DIVERSIDAD CULTURAL EN SALUD	467
4.3.5 NECESIDADES DE FORMACIÓN INTERCULTURAL EN SALUD	471
<u>CONCLUSIONES.....</u>	476

<u>INTEGRALIDAD E INTERCULTURALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA ¿ESPEJISMO O REALIDAD?</u>	476
--	------------

<u>ABSTRACT AND CONCLUSIONS</u>	488
SOCIO-PROFESSIONAL DISCOURSES FROM DIVERSE BIOMEDICAL HEALTH CARE CONTEXTS	490
HEALTH PROFESSIONS AND THE OTHER	492

PRIMARY CARE AND SOCIOCULTURAL CHANGES STEMMING FROM IMMIGRATION	496
ORGANIZATION OF THE CHAPTERS IN THIS THESIS	498
<u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	502
<u>REFERENCIAS LEGISLATIVAS</u>	570
OTROS INSTRUMENTOS JURÍDICOS DEL ÁMBITO SANITARIO	572
REALES DECRETO-LEY	572
REALES DECRETOS.....	572
DECRETOS	574
OTRAS DISPOSICIONES.....	575
<u>NOTICIAS DE PRENSA.....</u>	578
ABC	578
EL MUNDO	578
EL PAÍS.....	579
PRENSA BIOMÉDICA ESPECIALIZADA Y LOCAL.....	580
<u>ANEXOS.....</u>	582
ANEXO 1. GUIÓN DE ENTREVISTA INDIVIDUAL SEMIESTRUCTURADA EN PROFUNDIDAD.....	582
ANEXO 2. GUIÓN DE ENTREVISTA GRUPAL SEMIESTRUCTURADA EN SU VARIEDAD DE GRUPO FOCAL	584

ÍNDICE DE CUADROS Y FIGURAS

Figura 1: Modelo de determinantes sociales y económicos de la salud	113
Figura 2: Marco Conceptual de las Principales Categorías y Vías de Acción sobre los Determinantes Sociales de la Salud	115
Figura 3. Marco Conceptual de los Determinantes de las Desigualdades Sociales en Salud, Basado en Solar E Irwin (2007) Y Navarro (2004a)	119
Figura 4: Ejes Teóricos de Estudio en Torno a los Discursos Socio-Profesionales sobre el Encuentro Asistencial con Poblaciones Inmigrantes desde Atención Primaria de salud	155
Tabla 1: Número encuentros asistenciales por servicio de atención	197
primaria y sexo de la persona atendida.....	198
Cuadro 1: Definición de la cartera de servicios de atención primaria prestada en los centros de salud y consultorios de estudio	204
Cuadro 2: Identificación y Características de los Perfiles del Personal Profesional de la Salud Entrevistado Individualmente	231
Cuadro 3: Identificación y características de los perfiles del personal profesional de la salud entrevistado en grupo.....	239
Figura 5: Categorías de Descripción e Interpretación en la Producción de Discursos Socio-Profesionales e Investigadores a Través de las Técnicas de Campo Empleadas en Distintos Lugares de Estudio	251
Figura 6: Ejes de Descripción de los Discursos Socio-Profesionales sobre el Encuentro Asistencial con Poblaciones Inmigrantes	256
Figura 7: Ejes de Interpretación de los Discursos Socio-Profesionales sobre el Encuentro Asistencial con Poblaciones Inmigrantes	259
Cuadro 4. Distribución de competencias entre las administraciones públicas en materia sanitaria en el sur de Europa	275
Tabla 2. Evolución de la Población Autóctona e Inmigrante Empadronada en el Sur de Europa y en Andalucía por Nacionalidad Extranjera y Sexo.....	320
Tabla 3: Población Autóctona e Inmigrante Empadronada en el Sur de Europa y Andalucía por Nacionalidad Extranjera, Grupos de Edad y Sexo	320
Tabla 4: Población Inmigrante Empadronada en Andalucía por Grupos de Países de Nacionalidad Extranjera y Sexo	321
Cuadro 5. Ideas desde salud sobre el fenómeno de la inmigración.....	429
Cuadro 6. Ideas sobre desde salud sobre el fenómeno de la inmigración como movimiento de personas por razones económicas	430
Cuadro 7. Ideas sobre la relación del fenómeno de la inmigración con el sistema sanitario de acogida	431
Cuadro 8. Ideas desde salud sobre la población inmigrante por motivos económico-laborales	438

Cuadro 9. Ideas sobre el cambio sociocultural en la población inmigrante	445
Cuadro 10. Ideas sobre el estado de salud de la población inmigrante.....	446

ABREVIATURAS

ACD [Análisis Crítico del Discurso]

AD [Atención Domiciliaria]

ADSP–A [Asociación de Defensa de la Sanidad Pública de Andalucía]

AEP [Asociación Española de Pediatría]

AEPap [Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria]

AETS [Asociación Española de Trabajo Social y Salud]

AIETS [Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social]

AISNA [Organismo para la Administración Institucional de la Sanidad Nacional]

AP [Atención Primaria]

APS [Atención Primaria de Salud]

ATS [Asistente Técnico/a Sanitario/a]

BDU [Base de Datos de Usuarios] del Sistema Sanitario Público de Andalucía

BOE [Boletín Oficial del Estado]

BOJA [Boletín Oficial de la Junta de Andalucía]

CE [Constitución Española]

CESM [Confederación Estatal de Sindicatos Médicos]

CS [Centro de Salud]

DUE [Diplomado/a Universitario/a en Enfermería]

EAP [Equipos de Atención Primaria]

EBAP [Equipos Básicos de Atención Primaria]

ECE [Enfermería Comunitaria de Enlace]

EIR [Enfermero/a Interno/a Residente]

EPSCO [Consejo de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores]

EQuiP [European Society for Quality and Safety in Family Practice]

FAECAP [Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria]

FADSP [Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública]

FITS [Federación Internacional de Trabajo Social]

FMI [Fondo Monetario Internacional]

FUNDEFAM [Fundación para el Estudio de la Familia]

GRESAF [Grupo de Estudio para la Atención Familiar]

IESA [Instituto de Estudios Sociales de Andalucía]
IESA-CSIC [Instituto de Estudios Sociales Avanzados del Consejo Superior de Investigaciones Científicas]
INE [Instituto Nacional de Estadística]
INDESAN [Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía]
INGESA [Instituto Nacional de Gestión Sanitaria]
INSALUD [Instituto Nacional de Salud]
IPREM [Renta de Efectos Múltiples]
ISFAS [Instituto Social de las Fuerzas Armadas]
LOPS [Ley de ordenación de las profesiones sanitarias]
MF [Medicina de Familia]
MFC [Medicina Familiar y Comunitaria]
MIR [Médico/a Interno Residente]
OCDE [Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico]
OIM [Organización Internacional para las Migraciones]
OMC [Organización Médica Colegial]
OMS [Organización Mundial de la Salud]
ONG [Organización No Gubernamental]
ONU [Organización de Naciones Unidas]
OPS (Organización Panamericana de la Salud)
PIB [Producto Interior Bruto]
RAP [Reforma de Atención Primaria]
REAP [Red Española de Atención Primaria]
RMP [Relación Médico/a-Paciente]
SAAS [Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia]
SAC [Servicios de Atención Ciudadana]
SAS [Servicio Andaluz de Salud]
SCI [Science Citation Index]
SEMERGEN [Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria]
semFYC [Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria]
SEMG [Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia]
SIAP [Sistema de Información de Atención Primaria]
SIAU [Servicio de Información y Atención al Usuario/a]
SNS [Sistema Nacional de Salud]
SSPA [Sistema Sanitario Público de Andalucía]

TAE [Tarjeta sanitaria individual Ajustada por Edad]
TIS [Tarjetas Sanitarias Individuales]
UAF [Unidades de Atención Familiar]
UBA [Unidad Básica Asistencial]
UGC [Unidades de Gestión Clínica]
UNESCO [Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura]
UNICEF [Fondo de Naciones Unidas para la Infancia]
WHO [World Health Organization] (Organización Mundial de la Salud)
WONCA [World Organization of Family Doctors] (Organización Mundial de Doctores/as de Familia)
ZNTS [Zonas con Necesidades de Transformación Social]

(AUTO) PRESENTACIÓN

La salud y la felicidad son manifestaciones de la manera en que el individuo responde y se adapta a los desafíos que le plantea la vida diaria
René Dubos, 1956, *El espejismo de la Salud*

El microbiólogo, patólogo experimental, ecologista y humanista Dubos (1956) afirmaba que la salud es un espejismo que merece la pena buscar, aunque es esencialmente inalcanzable. De manera semejante a esta metáfora, utilizo en esta (auto)presentación la comparación del fenómeno físico perceptible que resulta de un espejismo por varios motivos. Primeramente, porque cuando redactaba los primeros capítulos de esta tesis, la luz de la dimensión de lo sociocultural presente en el ámbito del encuentro asistencial que acudía a mi mirada, en lugar de viajar en línea recta describía una curva que no estaba frente a mí, sino quizá detrás de una inabordable montaña de información sobre las dimensiones biológicas en los procesos de atención a la salud y la enfermedad de las poblaciones que consultaba. En esta tarea de revisión, descubrir y comprender las dimensiones socioculturales en el ámbito de la atención primaria de salud, cobraba cada vez mayor relevancia. Segundo, porque esta explicación me parecía útil para comprender por qué las dimensiones socioculturales en los encuentros asistenciales pueden mostrarse ante el personal profesional de la salud como una ficción que se refleja en la construcción histórica de un contexto de atención no exento de contradicciones. Este espejismo puede hacer creer que están situadas en alguna otra parte inaccesible u oculta, quizá en el desierto de la literatura de las ciencias sociales sobre el encuentro asistencial, cuyo reflejo se observa pero al que les es difícil llegar desde el ámbito biomédico.

No obstante, aun en el supuesto de que las dimensiones socioculturales se quieran obviar. Por la variación del índice de refracción ante el calor - es decir la preocupación, el interés, el deseo o el propósito de ayudar, asistir, cuidar o curar biomédicamente a las poblaciones -, que se desprende de la complejidad inherente a la construcción de los procesos de atención primaria de salud en los sistemas de atención biomédicos, no se logran ocultar. Vuelven a salir a la luz en un entorno de discursos socio-profesionales incierto y heterogéneo, pero fértil y dinámico, que se sitúa más allá de la razón que produce gran parte del conocimiento científico biomédico y que revela sus límites.

En esta tesis contemplamos el estudio de estos aspectos, entendiéndola como una manera de producir información a lo largo del proceso de definición, desarrollo y construcción final de esta tesis. Es decir, por contemplación aludimos al modo en el que las personas que investigan observan “directamente una situación, bien desde fuera como simple observador, bien desde dentro como actor integrante de la misma” (Ruiz–Olabuénaga, 1996: 75). Teniendo en cuenta esta apreciación, uno de los primeros aspectos a señalar en la contemplación e investigación del objeto de estudio se refiere a cómo el sexo, la clase social o la etnia de quienes investigan influyen en el mismo, tal y como se advierte por ejemplo desde el análisis feminista (Romo, 2001 y 2009). Así, partimos del reconocimiento acerca de la importancia que detentan estas características en todo el proceso realizado.

De este modo, desde una perspectiva de (auto) crítica y análisis reflexivo que somete a examen los propios prejuicios, creencias y prácticas investigadoras, permítanme que trate de narrar brevemente y en primera persona cómo nace mi interés por acercarme al binomio diversidad y atención primaria. Igualmente, contaré cuál ha sido el proceso sociocultural y situado seguido en la construcción de esta tesis. El resultado es el producto de la relación directa con el mundo que he experimentado, tanto en mi historia personal y profesional como en el desarrollo de la situación experimentada en el contexto de estudio seleccionado:

En la mirada sociológica la situación social de la persona que observa condiciona aquello que mira y aquello que ve, por lo que debemos reconocer y hacer explícita cuál es nuestra posición social, para que la subjetividad quede si no controlada, sí al menos matizada (Guasch, 2002: 11)

Sin embargo, déjenme advertirles que esta no es una tarea fácil, máxime cuando las cuestiones biográficas son el producto de un esfuerzo socio-profesional que forma parte intrínseca del trabajo final a mostrar, con el que irremediabilmente he convivido durante más años de los deseados. Por lo tanto, como señala Geertz estas cuestiones “están muy lejos de ser irrelevantes para la interpretación” de este texto (1997: 10). Igualmente, no lo haré desde un planteamiento estrictamente formal, sino que tomando prestadas las palabras de Bourdieu y Wacquant (1995: 161) trataré de exponer “una presentación sencilla y modesta del trabajo realizado, las dificultades encontradas, los problemas, etc.”, siendo consciente de que “no hay nada más universal y universable que las dificultades” vivenciadas durante la realización de este trabajo de investigación científica. Todo ello, lo haré asumiendo los riesgos que su revelación implica.

En primer lugar, es necesario señalar que el planteamiento del objeto de estudio se articula a través de la interacción epistemológica de cuatro disciplinas: el trabajo social, la sociología, la antropología y la salud pública, que participan en la construcción histórica y sociocultural de la identidad socio-profesional y disciplinar de la doctoranda. El nexo común entre ellas, teóricamente, viene dado por compartir la perspectiva sociocultural de conocimiento desde la que se aborda interdisciplinariamente el objeto de estudio en torno a los procesos de construcción de la diferencia en salud. Asimismo, metodológicamente se sustenta por compartir la perspectiva de investigación cualitativa mediante la que se trata de acceder a la esfera subjetiva de la realidad sociocultural a estudiar. A saber el modo en el que el personal profesional de la salud se ve a sí mismo y a su mundo socio-profesional biomédico ante los encuentros asistenciales con poblaciones inmigrantes, mediante métodos cualitativos descriptivos y holísticos. Para estas disciplinas, desde la segunda mitad del siglo XX, es continuo el interés por emprender el estudio de los significados y las perspectivas socioculturales mediante métodos cualitativos de investigación social, que proveen de los caminos necesarios para comprender e interpretar la realidad sociocultural:

Un creciente número de libros y artículos abordan los temas de la investigación de campo, la fotografía y otros métodos cualitativos. En educación, asistencia social, evaluación y campos aplicados, los métodos cualitativos están exigiendo una atención seria (Taylor y Bogdan, 1998: 11).

Durante el proceso de contemplación del objeto de estudio tuve que mirar hacia atrás y regresar a los orígenes de mi formación –el trabajo social–, transitar hacia su continuación –la sociología–, detenerme en su profundización –la antropología–, acudir a la experiencia de mi trayectoria profesional – la salud pública–, y llegar al momento actual –el enfoque interdisciplinar en el ámbito sanitario social y culturalmente construido–. Todo ello me ha permitido comenzar a mirar hacia delante en una vuelta al trabajo social, y a partir de ahí buscar un nuevo camino de inspiración desde el que plantear nuevas investigaciones futuras en su campo de especialización sanitario. En este proceso, es necesario reconocer que el tiempo que ha transcurrido entre el comienzo y el final de esta investigación, siempre bajo la dirección y supervisión de las personas que dirigen esta tesis, me ha permitido agudizar la mirada contemplativa que produce datos cuando observa y escucha la construcción del objeto de estudio en distintos lugares y momentos. Finalmente, además, me ha permitido alcanzar la perspectiva de cercanía y lejanía necesaria, que llevan a la reflexividad ineludible sobre el conocimiento producido.

El relato comienza en el momento en que me planteé diseñar un proyecto de investigación que constituyese el planteamiento de una futura tesis doctoral, lo que dio lugar a una larga andadura personal y profesional. Así, en aquel momento, con la ayuda del Profesor Miguel García Martín del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública tratamos de aunar mis experiencias investigadoras previas con las posibilidades de buscar nuevas oportunidades para poder plantear mi tesis doctoral. Esto nos llevó a delimitar la contemplación del objeto de estudio en el ámbito de la salud y las migraciones¹. Ahora bien, permítanme que me detenga en contar fielmente cómo aparecen en escena las migraciones.

En un ejercicio de reflexión, tengo que reconocer que el ámbito de las migraciones internacionales llega como un escenario de transformación sociocultural que comenzaba a estar de moda, una línea de investigación financiable que me enfrentaba a una variable de estudio totalmente desconocida. A este respecto, la constitución del fenómeno de la inmigración en las últimas décadas ha despertado gran atención en el ámbito demográfico, económico, político y sociocultural (Arango, 1985). Así, la inmigración se presentaba con un halo de misterio hacía el otro o la otra que comenzaba a llegar y a instalarse en las ciudades y provincias del sur de Europa.

Por aquella época, no había tenido ningún contacto previo con una persona inmigrante. Este hecho sociocultural no era más que una estructura conceptual, es decir una palabra que designaba a un fenómeno que comenzaba a estar de moda. Sin embargo, en mi contexto más cercano casi nadie conocía a una persona inmigrante o por ejemplo aún no teníamos relación con una persona vecina que fuese inmigrante.

Más común pudiera ser que rebuscásemos y encontrásemos entre nuestros antepasados o relaciones primarias, a alguna persona familiar o conocida que hubiese emigrado al extranjero. Así sucede en el caso de mi familia extensa y en concreto en la experiencia de mis tías-abuelas –Amelia y Gracia– que vivieron y trabajaron un tiempo como emigrantes en Suiza, y aunque no aprendieron ninguno de sus cuatro idiomas oficiales

¹ Agradezco al Profesor Miguel García Martín y a la Fundación Ramón Areces la oportunidad que me brindaron de disfrutar de una beca de postgrado durante el año 2002, adscrita al Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Granada. Fruto de este tiempo de investigación pueden consultarse los siguientes trabajos: Gijón, Galicia y García, 2002; Gijón, García–Castaño, Bolívar y Sánchez, 2004; y Gijón, 2010.

más allá de unas pocas palabras en cada uno de ellos, las vivencias en este país las marcaron vitalmente. Ni siquiera en ese momento el hecho de tener una hermana – Chari– en el extranjero y que, por tanto, había también emigrado así como se había enfrentado al aprendizaje de otro idioma y a otras costumbres, jamás había sido tratado en mi ámbito familiar como un proceso migratorio, y mucho menos lo había percibido en clave de género. Lo considerábamos como la consecuencia “natural” de un noviazgo, que deriva en una movilidad lógica a causa de un matrimonio. Este hecho difuminaba, por tanto, la visibilidad sociocultural de su connotación migratoria como mujer (Juliano, 2000). Hoy, por fin, sí me atrevo a valorarlo como un acto que en realidad dio lugar a principios de los años noventa a un tipo concreto de migración por amor, con la ausencia de un proyecto de retorno (Roca, 2007). A su vez produjo la consolidación de un matrimonio socioculturalmente mixto, del que toda la familia ha tenido –y tiene– la posibilidad de aprender e intercambiar importantes manifestaciones y expresiones culturales, respecto a la multidimensionalidad de los aspectos que estos procesos implican en sí mismos.

En aquel entonces, mi conocimiento sobre otros países era escaso. El número de viajes que había realizado al extranjero era muy bajo, y aún estaba en sus comienzos el mundo de posibilidades de conocer otras culturas que brinda Internet. Había tenido, por tanto, una irrisoria oportunidad de ejercer el “rito de paso profesional” (Guasch, 2002: 21) para vivir en directo el contacto con otras costumbres para mí desconocidas, así como de volver los ojos a mi realidad hasta llegar a sentir la añoranza que produce el recordar tu contexto de origen desde la relativización de la distancia. Todo ello teniendo en cuenta, por supuesto, que el acercamiento a otros contextos de origen distintos al propio que tiene una investigadora, difiere por completo de la experiencia de emigrar que tiene que afrontar una persona inmigrante que pasa por este trance. Por todo ello, situarse en el punto de vista de las personas inmigrantes era todo un desafío y una contradicción.

En este marco, la temática de la migración se presentaba como una oportunidad de continuar en el mundo de la investigación, pero también como un reto para explorar una nueva dimensión sociocultural de la diversidad. Así, las categorías de identidad étnico-cultural y/o la procedencia geográfica se mostraban ante mí como desconocidas, exóticas y atractivas. Valga, por tanto, en primer lugar el reconocimiento de que el

comienzo de mi investigación estaba plagado de sesgos etnocéntricos en su conceptualización y primeros desarrollos. Tanto es así que de aquel primer protocolo, no queda apenas nada en el manuscrito que hoy presento, aunque también podríamos decir que queda todo, ya que éste es el fruto de un proceso circular pero también continuo de trabajo y reflexión.

En esos primeros momentos, el objetivo que pretendía alcanzar –ingenuamente– consistía en valorar el estado de salud de la población inmigrante de Granada a partir del diseño de un cuestionario *ad hoc* ideado para este uso. Así emprendí la odisea de tratar de hacerme con una base de datos válida y fiable, para obtener una muestra de población inmigrante a la que poder encuestar. Todo ello me llevó a indagar sobre la dimensión demográfica del fenómeno migratorio, a acercarme al tratamiento de fuentes secundarias de información cuantitativa, y a tratar de estructurar una batería de preguntas válidas y fiables para obtener la respuesta necesaria a los objetivos planteados.

Esta aproximación un año más tarde, y bajo la supervisión del Profesor F. Javier García Castaño² durante mi periodo de formación de tercer ciclo en la disciplina de Antropología, me hicieron caer en la cuenta del gran sesgo culturalista de base que había en mi planteamiento. En concreto me refiero a los años cursados en el programa de doctorado “Multiculturalismo y Etnicidad: Estudios en Migraciones, Conflicto Étnico, Nacionalismo, Transnacionalidad, Cooperación al Desarrollo y Construcción de la Diferencia”, del Departamento de Antropología y Trabajo Social de la Universidad de Granada e interuniversitario con las universidades de Huelva y Almería.

Durante este tiempo, en el que continúe llevando a cabo mi investigación inicial, pude comprender en mayor medida el funcionamiento de este sesgo. Bajo la homogénea categoría población inmigrante se habían enmascarado y pasado desapercibidas las múltiples diferencias intraculturales e interculturales, que existen entre los grupos de poblaciones inmigrantes singulares. Estas diferencias irremediamente, y de forma

² Agradezco al Profesor F. Javier García Castaño y al Ministerio de Educación del Gobierno de España, la posibilidad que me ofrecieron de disfrutar de una beca del Programa Nacional de Formación de Profesorado Universitario, entre los años 2003 y 2005, adscrita al Departamento de Antropología y Trabajo Social de la Universidad de Granada. Bajo la supervisión de F. Javier García Castaño en el año 2003 desarrollé el trabajo final de doctorado: “Una aproximación al proceso de salud–enfermedad–atención de la población inmigrante extranjera usuaria de los servicios de Atención Primaria de Salud en Granada”. Asimismo, bajo su dirección se ha realizado esta tesis.

estereotipada, comenzaban a encaminarme hacia la identificación de las dimensiones socioculturales presentes en la salud y la enfermedad a través de diferentes conceptos como, por ejemplo, el de etnia, cultura, género, edad, clase social, territorio, temporalidad, etc.

En suma, empezaba a enfocar mi atención hacia determinantes o dimensiones socioculturales que en mi planteamiento inicial habían quedado ocultas tras la llamativa etiqueta de país de nacionalidad o de país de origen y/o nacimiento. Además, pude comprobar que este mismo sesgo actuaba de forma similar en gran parte de la literatura biomédica y sociocultural especializada que consultaba³. Estas etiquetas encubrían toda una tipología de características culturalistas y estereotipadas sobre las creencias de salud, condiciones de vida, estilos de vida, patrones de enfermedad, prácticas de atención, etc., que se asociaban a los distintos grupos de inmigrantes identificados y que, en definitiva, en la mayoría de los casos solo tenían en común el hecho ser protagonistas de un desplazamiento poblacional entre países.

Este sesgo me quedo aún más claro, cuando decidí entrevistar a una muestra de diez “pacientes” inmigrantes, que representaban a las diez nacionalidades numéricamente más presentes en la ciudad granadina en ese momento. En el transcurso de estas entrevistas hablábamos sobre su estado de salud, así como acerca de las prácticas de atención a la salud y la enfermedad que utilizaban en sus contextos de origen y en los lugares de llegada. Fue a través del desarrollo y análisis de estas entrevistas, cuando me acerqué a reflexionar sobre la dificultad que entrañaba diseñar un cuestionario culturalmente válido y adaptado a una población inmigrante global, que era portadora de una realidad sociocultural heterogénea y dinámica. Esta realidad era imposible de reflejar en una batería de preguntas cerradas, y planteada con el propósito de concluir si se trataba de una población –en mayor o en menor medida– sana o enferma.

³ Esta reflexión, unos años después, me llevó a continuar ahondando en el estudio y conocimiento en profundidad de la literatura biomédica y social sobre migraciones y salud en España. Este interés dio lugar a la realización de varios trabajos científicos de revisión crítica de esta literatura. En estos trabajos, también, se embarcaron otras investigadoras expertas en género y salud, sensibilizadas con la temática. A través de un trabajo en equipo pudimos abordar el amplio número de artículos a trabajar en profundidad, y triangular el análisis de los resultados. Agradezco a M^a Luisa Jiménez y Emilia Martínez la realización conjunta de estos trabajos. Juntas conformamos un apasionado grupo de investigación, y el fruto de esta alianza se materializó en la realización de las siguientes publicaciones: Gijón, Jiménez y Martínez, 2006; Gijón, Jiménez y Martínez, 2008; y Jiménez, Gijón y Martínez, 2009.

Además, comprendí que para poder aproximarme a comprender la singularidad que caracterizaba a sus discursos y prácticas de salud, tendría que conocer en profundidad cada uno de los contextos socioculturales y biomédicos de origen y no solo estudiar los de destino. En este sentido, pude comprobar cómo estas distintas personas me hablaban de ambos contextos durante el transcurso de las entrevistas. Este tipo de aproximaciones que tienen en cuenta los lugares de origen y de destino, se han venido realizando de manera acertada en otros estudios realizados sobre la salud de diferentes grupos de poblaciones inmigrantes en España (Kaplan 1998; Goldberg 2004; Mendiguren 2006; Meñaca 2007, entre otros). Otro aspecto que me llamó la atención de este análisis inicial, fue el hecho de que la mayor parte de las demandas de salud y las opiniones que vertían sobre el uso, el funcionamiento del sistema de salud nacional y la relación con el personal profesional de la salud, no se distanciaban tanto de mi opinión y de mi experiencia como paciente o usuaria de las consultas de atención primaria. Así, compartíamos estas opiniones desde la cercanía de participar en la misma categoría socio-médica de poblaciones que participábamos de experiencias similares en un mismo contexto biomédico de atención hegemónico.

Por otro lado, y con el mismo propósito de diseñar el ansiado cuestionario, además de entrevistar a población inmigrante y revisar diferentes encuestas de salud nacionales y autonómicas dirigidas a población autóctona, también había emprendido mi primer contacto con personal profesional de la medicina familiar y comunitaria. Interrogué a este personal como informante clave sobre el estado de salud de la población inmigrante que acudía a sus consultas en los centros de salud. Además, fue este personal quien me facilitó el contacto con la muestra de pacientes inmigrantes a entrevistar a través del procedimiento de bola de nieve. Esto me llevó nuevamente a aproximarme a fuentes primarias de información cualitativa que me abrieron nuevas dimensiones de análisis, y que me enfrentaron al proceso de reconocimiento de nuevos sesgos etnocéntricos y biomedicocéntricos en el planteamiento inicial del objeto teórico de estudio.

En ese momento, no fui consciente de que mi intención de acudir al profesional de atención primaria de salud, se basaba en mi creencia acerca de que este tipo de personal era el portador del conocimiento más cercano, así como del saber especializado más técnico-científico y significativo socialmente acerca del estado de salud de las poblaciones inmigrantes en los lugares de llegada. Es decir, cometí el error de observar

los discursos y saberes locales de las poblaciones sobre su estado de salud como creencias, que eran radicalmente opuestas al conocimiento científico (Good, 2003) y, por tanto, al saber que en ese momento consideraba más válido y fiable para valorar el estado de salud de las poblaciones inmigrantes.

Así, en aquel momento me planteaba ¿quién puede conocer mejor cómo es el estado de salud de las poblaciones inmigrantes?, y como respuesta obtenía: el personal profesional de la salud que les atiende en las consultas de atención primaria de salud. No tuve en cuenta que su conocimiento médico era, también, conocimiento social y cultural, ya que no puede separarse de su formación simbólica que se inserta en un mundo de relaciones sociales (Good, 2003). Además, la elección del nivel de atención primaria de salud como contexto de estudio, se fundamentaba en el hecho de que éste era el ámbito de desarrollo de un nuevo modelo de salud, que se basaba en una nueva concepción social y positiva de la salud y sus determinantes. De ahí, que pensara que se trataba del nivel asistencial con mayor capacidad de respuesta ante las necesidades de salud de las poblaciones inmigrantes y, por tanto, con un saber más experto por parte del personal profesional de la salud sobre el estado de salud de esta población. Por supuesto que, además, en aquel momento no consideré que pudiesen existir otras múltiples prácticas de búsqueda de salud o itinerarios terapéuticos por parte de las poblaciones inmigrantes ante sus diferentes padecimientos. Opciones significativamente distintas a las que se llevan a cabo desde el contexto biomédico hegemónico de atención primaria, y que en sí mismas merecen el desarrollo de investigaciones específicas sobre los procesos de atención.

Sin embargo, fue durante el desarrollo de estas entrevistas y durante el análisis de estos saberes y prácticas, cuando comencé a experimentar –sorprendentemente– una distancia del personal profesional de la salud. El hecho de no ser una profesional biomédica, me alejaba considerablemente del marco sociocultural de comprensión que este personal profesional de la salud poseía respecto a los procesos de atención a la salud y la enfermedad de las poblaciones, fuesen o no inmigrantes. Fue así como comencé a percibir los significados y los valores socioculturales y profesionales que estaban presentes en estos discursos biomédicos dominantes. Estos aspectos se expresaban como percepciones y experiencias que formaban parte de la organización sociocultural del propio proceso de atención primaria de salud a las poblaciones.

Algunos de estos valores tenían que ver con la concepción filosófica de la atención primaria de salud y sus nuevos valores de prevención, promoción y educación para la salud, participación comunitaria en la planificación sanitaria, descentralización, coordinación e integración de recursos y el trabajo en equipo multidisciplinar. Además, estas experiencias de cuidado médico aparecían resignificadas por el personal profesional de la salud, en sus discursos socio-profesionales que hablaban de sus actuaciones ante poblaciones inmigrantes en las sociedades receptoras.

Esta perspectiva de cercanía (*insider*) y distancia (*outsider*) que sentía ante los discursos de pacientes inmigrantes y profesionales de la salud respectivamente (Ruiz–Olabuénaga, 1996), me hizo continuar cayendo en la cuenta de las omisiones y descuidos cometidos en el planteamiento del objeto de estudio.

Fue entonces cuando adquirí conciencia acerca de que había estado dando por sobre conocido el funcionamiento del sistema biomédico de mi propia sociedad, y por ello no lo había considerado como objeto de estudio. Al mismo tiempo comenzaba a parecerme muy interesante conocer la vida socio-profesional cotidiana de las profesiones de la salud que, además, no me resultaba tan familiar como al principio había creído.

Estas reflexiones me brindaron nuevas preguntas y una nueva mirada centrada en las significaciones, que me acercaron hacia un planteamiento cualitativo dejando atrás el enfoque positivista de mi investigación inicial. Fue así como me incliné finalmente a investigar sobre cómo diferentes sesgos socioculturales se hacen presentes como variables contextuales en la percepción y manejo del proceso de atención primaria por parte del personal profesional de la salud cuando se relaciona con las poblaciones. En especial cuando recibe en sus consultas a nuevas poblaciones inmigrantes, que se presentan ante este personal profesional de la salud como códigos de expresión de la diversidad en el marco del sistema de atención sanitario biomédico.

Todos estos análisis y reflexiones se realizaron bajo la guía del Profesor F. Javier García Castaño y durante los estudios de doctorado. Durante estos años pude descubrir nuevas herramientas teóricas y prácticas, que afianzaron la relación existente entre mis inquietudes personales, la construcción del objeto de estudio de esta tesis y las vivencias que siempre rodearon su proceso de desarrollo desde una perspectiva metodológica de aproximación fenomenológica. Además en este período, tuve la oportunidad de

disfrutar de dos estancias de formación e investigación en el extranjero –en las ciudades de Londres y Ámsterdam–. De esta manera, pude sumar a mi experiencia el valor añadido de aprendizaje personal y profesional que siempre depara el vivir y afrontar un idioma extranjero, diferentes costumbres, así como nuevos entornos socioculturales y académicos en los que desenvolverse.

El proceso de replanteamiento del objeto de estudio y los conocimientos académicos alcanzados durante esta etapa, no quieren decir que la tesis que hoy presentamos no contenga errores o dificultades en su planteamiento. Así, de todas las decisiones que emprendí en aquel momento, al menos dos conflictos continúan presentes en el manuscrito que hoy presento. Las dos tienen que ver con la amplitud con la que se define el objeto de estudio. Una de ellas consiste en tratar de analizar los procesos de atención primaria de salud a las poblaciones desde tres profesiones de la salud. La segunda se refiere a plantear como variable independiente de este análisis cómo comprender el tratamiento de las diferencias asociadas a la gestión de la diversidad a partir de las poblaciones inmigrantes.

Sin duda alguna, haber centrado el estudio del proceso de atención primaria de salud desde una sola profesión de la salud y ante una sola enfermedad, así como el haber delimitado esta actuación respecto a un único grupo de población inmigrante, por ejemplo, el procedente de una nacionalidad de origen mayoritaria, hubiese facilitado la profundización de la comprensión e interpretación del objeto de estudio. Sin embargo, el haberlo planteado así viene dado por el propósito de comprender, holística y contextualmente, cómo diversas profesiones de la salud actúan ante lo sociocultural desde el ámbito de la atención primaria de salud y cuáles son sus discursos frente a estas dimensiones y desde este contexto.

De esta manera, el aspecto que en esta tesis más interesa destacar es que todas las poblaciones utilizan los servicios de atención primaria como puerta de entrada al sistema sanitario. Un sistema sanitario que, en el siglo XXI, continua enfrentándose a códigos socioculturales que solo es posible visualizar cuando las poblaciones recurren a él para buscar la forma de tratar y curar cualquier enfermedad.

En este marco, por tanto, todavía es relevante señalar que las dimensiones socioculturales no solo están presentes en los procesos de atención primaria de salud a

las poblaciones inmigrantes, sino que sigue siendo ineludible reconocer que en el ámbito del cuidado y/o la ayuda a la salud existen diferencias socioculturalmente construidas como la etnia, el género, la edad, la clase social, la sexualidad, la diversidad funcional, el territorio, etc. Además, más importante es aún poner de relieve cómo algunas de estas dimensiones socioculturales pueden constituirse como determinantes sociales en la salud y, por tanto, cómo pueden dar lugar a desigualdades sociales en salud injustas, innecesarias y evitables. Todo ello, crea la necesidad de seguir analizando el papel que la interacción de las diferencias, la diversidad y la desigualdad en salud juega en la relación que se establece entre el personal profesional de la salud y las poblaciones. Con todo ello se pretende reflexionar sobre la necesidad de alcanzar los fines de justicia social y de equidad en salud, como metas de actuación de los sistemas sanitarios públicos.

Otro importante antecedente en la historia personal que presento tiene lugar a raíz de mi incorporación laboral a la Escuela Andaluza de Salud Pública, empresa pública dependiente de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía⁴. En esta etapa tuve la oportunidad de participar en diferentes proyectos de formación, consultoría e investigación en el ámbito de la salud pública y la administración de servicios sociosanitarios. Todo ello, me llevó durante cuatro años a conocer y comprender *in situ* los entramados de la organización y funcionamiento del Sistema Sanitario Público Andaluz. En este tiempo tuve que priorizar las actividades laborales frente a las estrictamente académicas. No obstante, tuve numerosas ocasiones para emprender la realización de una etnografía multisituada o multilocal (Marcus, 1995) sobre las profesiones de la salud, los servicios sanitarios y las políticas de salud. Además, en esta etapa pude participar en diversos proyectos sobre migraciones y salud internacional⁵, así como colaborar en el diseño y puesta en marcha de distintos proyectos de formación

⁴ Agradezco a la Escuela Andaluza de Salud Pública por darme la oportunidad participar y aprender de la realización de sus diversos proyectos de salud pública.

⁵ Agradezco a la Profesora Sandra Pinzón Pulido de la Escuela Andaluza de Salud Pública la oportunidad que me brindó de participar en el proyecto europeo: “Assisting Migrants and Communities (AMAC): Analysis of Social Determinants of Health and Health Inequalities”, apoyado por la Oficina del Alto Comisionado portugués para la Salud y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM). Este proyecto culmina el 24–25 de septiembre de 2009 en Lisboa con la consulta a nivel de la Unión Europea “Better Health for All”. En esta consulta tuvimos la ocasión de elaborar uno de los temas propuestos, que versaba en torno al desarrollo de una fuerza laboral de salud pública adaptada a las necesidades de salud de una sociedad culturalmente diversa (véanse Gijón, Pinzón, Kolehmainen, Weekers, López, Petrova-Benedict y Peiro, 2009 y 2010).

docente dirigidos a profesionales de la salud sobre esta temática⁶, con los que aún colaboro. En definitiva, el periodo de tiempo que pasé trabajando en esta institución también me sirvió para valorar desde la distancia que otorgan los años, el trabajo de campo realizado en mi anterior etapa académica, reorientar la investigación que venía desarrollando a partir del acopio de nuevos conocimientos sobre la configuración y el funcionamiento del sistema sanitario, así como matizar las conclusiones a las que había llegado en años anteriores. Especialmente destaco que a raíz de estas nuevas reflexiones, me di cuenta de cómo el reconocimiento y la gestión de la dimensión social y precisamos de la dimensión cultural, en el ámbito de la atención primaria de salud define y diferencia sensiblemente a este nivel de atención. También a las distintas profesiones de la salud que ejercen su actividad profesional en el mismo, respecto a los elementos que caracterizan a cualquier otro servicio de salud ofertado por el nivel de atención especializada o por los servicios de urgencia y al personal profesional de la salud que se adscribe a estos servicios sanitarios públicos.

Esta fase acaba con una última circunstancia a señalar en la historia de construcción de esta tesis y que se refiere a mi incorporación al Departamento de Psicología Social, Antropología Social, Trabajo Social y Servicios Sociales de la Universidad de Málaga, donde actualmente desarrollo tareas docentes e investigadoras en el área de Trabajo Social y Servicios Sociales⁷. La vuelta al trabajo social –del que nunca en el fondo me había marchado–, supone un nuevo desafío para continuar analizando el reconocimiento y la gestión de la diversidad en los servicios de salud. Así, tras este regreso es cuando redescubro el papel experto y la potencialidad que la especialidad del trabajo social en su campo de especialización sanitario representa frente al abordaje de las diferencias socioculturales de las poblaciones, la diversidad y las desigualdades en el ámbito biomédico. Es de este modo como en esta tesis cobra importancia estudiar las

⁶ La mayoría de estos cursos pretenden mejorar las competencias del personal profesional de la salud mediante la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes para la atención sanitaria a poblaciones en contextos de diversidad social y cultural, especialmente originados por el fenómeno inmigratorio. En algunos de estos cursos tuve la oportunidad de coincidir con la Profesora Nuria Romo Avilés, con quien unos años antes tuve la ocasión de conversar sobre la importancia de abordar las desigualdades sociales en salud desde una perspectiva socioantropológica de la salud, así como de aprender a través de la lectura sus publicaciones. Agradezco a Nuria Romo su confianza y apoyo prestado en la reorientación de esta tesis.

⁷ Agradezco a la Universidad de Málaga y al Departamento de Psicología Social, Antropología Social, Trabajo Social y Servicios Sociales la confianza y los recursos prestados en el desarrollo de esta nueva etapa académica.

relaciones que se producen entre las distintas profesiones de la salud, y no solo las estrictamente médicas, en torno a la gestión de lo sociocultural en el ámbito de la atención primaria de salud.

De este período, además, destaco la posibilidad que me brindó la Universidad de Málaga de realizar una estancia de investigación de tres meses en el Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social (DAFITS) de la Universidad Rovira i Virgili en Tarragona. Durante esta etapa, pude profundizar en la consulta sobre literatura especializada en el ámbito de la antropología médica o *medical anthropology* –como Scotch se encargaría de denominar formalmente en 1963⁸– y del trabajo social sanitario. Este trabajo se realizó a través de los servicios de biblioteca de esta Universidad y de la hemeroteca de DAFITS y la red de antropología médica (REDAM). Asimismo, tuve ocasión de intercambiar opiniones sobre mi investigación con personal investigador destacado en estas áreas de conocimiento y acercarme al fin del ciclo de construcción de esta tesis⁹.

En todo proceso de investigación solo mediante la experiencia de ensayo-error en el ejercicio de la práctica investigadora, se alcanzan realmente las habilidades necesarias para tratar de enjuiciar críticamente tus propios pasos y las aportaciones realizadas por otras disciplinas que también investigan y crean conocimientos, además de aplicarlos. Desde este planteamiento, los momentos seleccionados en esta historia sirven de ejemplo para mostrar el proceso a través del que tuve la oportunidad de enfrentar dificultades y acumular conocimientos –experiencias en definitiva– en el ámbito de la investigación sobre diversidad y atención primaria, y que de haber sucedido de otro modo no habrían dado lugar al trabajo que hoy presentamos.

⁸ El término antropología médica o *medical anthropology* hace referencia a la consideración de la medicina como ciencia social.

⁹ Agradezco al Profesor Josep María Comelles su desinteresado apoyo, así como la tarea que ha desempeñado de revisión y orientación de la tesis en distintos momentos de su desarrollo.

INTRODUCCIÓN

La totalidad de la Filosofía se asemeja a un árbol, cuyas raíces son la Metafísica, el tronco es la Física y las ramas que brotan de este tronco son todas las otras ciencias que se reducen principalmente a tres: a saber, la Medicina, la Mecánica y la Moral, entiendo por esta la más alta y perfecta Moral, que presuponiendo un completo conocimiento de las otras ciencias, es el último grado de la Sabiduría
Descartes, 1644, *Principios de la filosofía*

Los instrumentos ópticos modifican al sujeto...
Creo que la vista puede reconstruirse en beneficio de activistas y defensores comprometidos en ajustar los filtros políticos para ver el mundo en tonos rojos, verdes y ultravioletas, es decir, desde las perspectivas de un socialismo todavía posible, un ecologismo feminista y anti-racista y una ciencia para la gente.
Asumo como premisa auto-evidente que «la ciencia es cultura»
Haraway, 1999, *Las promesas de los monstruos*

Descartes precursor de la filosofía moderna, en la primera de las citas que inician la introducción de esta tesis, expresa su visión de la filosofía como ciencia que estudia la sabiduría mediante la imagen de un árbol de conocimiento y proclama su unidad (Leal, 2007: 11–12). Con esta analogía da paso al comienzo del pensamiento científico moderno del siglo XVII, que abre un nuevo camino en la búsqueda de la verdad y otorga un tratamiento matemático, cuantitativo y asociocultural al estudio de los fenómenos naturales.

A partir de sus postulados se afirma que el conocimiento no procede de la realidad externa captada por nuestros sentidos sino de la razón, que consiste en establecer la conciencia individual como criterio para aceptar la verdad de un juicio. En este pensamiento racional occidental adquiere gran importancia la libertad y la autonomía de la reflexión, que establecen como cierto lo que vemos en nuestra conciencia. En esta capacidad de distinguir lo verdadero de lo falso, se recoge también la idoneidad de determinar la certeza y sus condiciones que harán que la humanidad descubra los grandes secretos de la naturaleza.

Recurrimos al momento en el que se origina esta revolución científica para subrayar el contexto en el que emerge la medicina científica en los últimos años del siglo XVIII

(Foucault, 2004). Así, la medicina científica, también denominada “medicina moderna, biomedicina, medicina occidental, cosmopolita o alopática” (Martínez, 2008: 7), nace caracterizada por su estructura de racionalidad experimental y su supuesta neutralidad axiológica. Desde estas premisas, los signos físicos que habitan en el mundo natural de la salud y la enfermedad son interpretados por la razón humana desde un pensamiento médico individual, de carácter eminentemente instrumental, biologicista y esencialista. Sin embargo, el ámbito de la salud y la enfermedad está caracterizado por un importante componente social y cultural tanto en la producción del conocimiento científico, como en la comprensión y el afrontamiento de los síntomas subjetivos:

... la dicotomía entre explicar o comprender la enfermedad se deriva de la propia naturaleza de este fenómeno, que es a la vez signo y síntoma, evidencia «objetiva» de una disfunción y narrativa del paciente, fisiopatología y economía política, el lenguaje amorfo de los órganos y el sentido de la palabra; en fin: vida biológica y vida social al mismo tiempo. La enfermedad es una especie de «hecho biosocial total» que condensa un mundo difícilmente reductible al método de la explicación o de la comprensión. Otra cosa, podríamos decir, han sido, y son, las aproximaciones siempre limitadas, parciales y tentativas con las que pretendemos dar cuenta de ella (Martínez, Masana y DiGiacomo, 2013: 8).

Es por ello que el nuevo paradigma que sustenta el nacimiento de la medicina científica, no podrá obviar en sus presupuestos y actuaciones a la reflexividad subjetiva que caracteriza al mundo sociocultural de la salud y la enfermedad, a pesar de sus resistencias. Más aún, no lo podrá ignorar porque en las sociedades occidentales contemporáneas en las que hegemónicamente se sitúa y se contextualiza “la cultura y la naturaleza resultan mezcladas todos los días” (Latour, 2007: 15–30):

Es evidente que nuestra vida intelectual está muy mal hecha. La epistemología, las ciencias sociales, las ciencias del texto, cada una tiene su propia casa, pero a condición de ser distintas. Si los seres que a ustedes les interesan atraviesan las tres, dejan de ser comprendidos... Nuestra vida intelectual sigue siendo reconocible mientras los epistemólogos, los sociólogos y los deconstruccionistas permanezcan a distancia conveniente, nutriendo sus críticas con la debilidad de los otros dos abordajes. Desarrollen las ciencias, desplieguen los juegos de poder, desprecien la creencia en una realidad pero no mezclen esos tres ácidos cáusticos... Este dilema carecería de solución si la antropología no nos hubiese habituado desde hace tiempo a tratar sin crisis ni crítica el tejido sin costura de las naturalezas–culturas. Hasta el más racionalista de los etnógrafos, una vez enviado, a tierras distantes, es capaz de relacionar en una misma monografía los mitos, las etnociencias, las genealogías, las formas políticas, las técnicas, las religiones, las epopeyas y los ritos de los pueblos que estudia. Envíenlo entre los arapesh o entre los achuar, entre los coreanos o los chinos, y obtendrán un relato que relaciona el cielo, los ancestros, la forma de las casas, los cultivos ñames, mandioca o arroz, los ritos de iniciación, las formas de gobierno y las cosmologías. Ni un elemento que no sea a la vez real, social y narrado.

Sin embargo, la biomedicina en el momento de su construcción moderna adopta un paradigma epistemológico de raíz racionalista positivista, empirista y gnoseológico. Lo hace fundamentalmente para definir y curar la dimensión biológica de la salud y de la

enfermedad de las poblaciones. Todo ello trae consigo una serie de consecuencias a la hora de legitimar los discursos socio-profesionales y la práctica científico-técnica relacional que, a partir de ese momento, comienzan a establecer las profesiones de la salud con las poblaciones enfermas en los encuentros asistenciales (también denominados clínicos en la jerga biomédica). Estos encuentros transcurren en el ámbito de los sistemas de atención sanitarios, de forma que excluyen de sus discursos y prácticas cualquier otro sistema de atención a la salud que no sea el biomédico.

Sucede así, por tanto, que la biomedicina no contempla las diversas dimensiones socioculturales que determinan los fenómenos de la salud y la enfermedad dentro de los contextos biomédicos. Asimismo, no observa las dimensiones socioculturales que influyen en los discursos y las prácticas de atención que se utilizan por y acerca de las poblaciones para conceptualizar, interpretar y actuar ante –“los híbridos o mixtos de naturaleza y cultura” (Latour, 2007: 55–60)– procesos de atención a la salud y la enfermedad dentro o fuera de los sistemas biomédicos. Sin embargo, en el ámbito biomédico, tal y como plantea Haraway (1995), al igual que sucede en otras organizaciones socioculturales expertas que ejercen control sobre la vida de las poblaciones, difícilmente se puede separar el mundo cotidiano y el mundo de la técnica:

... hoy nuestro mundo cotidiano e incluso íntimo es científico-técnico y ... el discurso de la ciencia está atravesado por metáforas e imágenes políticas, económicas y populares. Separar los dos ámbitos es alimentar un espejismo inmovilizador (Arditi, García y Orr, 1995: 19–20).

La biomedicina actúa e interviene así clasificando, separando y atendiendo la diversidad en los encuentros asistenciales con las poblaciones a partir de la identificación de dimensiones biológicas pero también socioculturales. De este modo, estas dimensiones dibujan un artificioso espacio que no solo está compuesto por características biológicamente determinadas, sino por aquellas que son socioculturalmente construidas e históricamente variables (Berger y Luckmann, 2001) y que se sitúan en el contexto de los sistemas biomédicos en los que se producen estos encuentros.

Todo ello, tal y como afirma Haraway (1999) en la segunda de las citas con las que comienza esta introducción, transcurre en un contexto sociocultural desde el que el filtro de nuestra mirada puede adoptar distintas tonalidades en función de la perspectiva epistemológica mediante la que nos proponemos reconocer la diversidad en salud y actuar “para la gente”.

LOS DISCURSOS SOCIO-PROFESIONALES DESDE CONTEXTOS DE ATENCIÓN BIOMÉDICOS DIVERSOS

En esta tesis hablamos de la construcción de discursos socio-profesionales que se originan en torno al desarrollo de los encuentros asistenciales con todas las poblaciones. Dirigimos nuestro foco de atención en los relatos que hablan de la relación socio-profesional que se establece con las poblaciones inmigrantes en los procesos de atención a la salud y la enfermedad. En estos encuentros se sobredimensiona la visualización de la identidad étnico-cultural y/o la procedencia geográfica entre las múltiples opciones que componen los prismas del poliedro asistencial. Asimismo, resaltamos que estos discursos se constituyen como narrativas socioculturalmente condicionadas, parciales y situadas (Haraway, 1988 y 1995; Harding, 2003). Por tanto, no se conforman imparcial y ahistóricamente como exclusivamente profesionales o científico-técnicos. Pretendemos con ello subrayar que los discursos están marcados por diversas dimensiones de una y otra índole que se entrecruzan, convergen o tratan de separarse en el espacio cotidiano del encuentro asistencial biomédico desde los que se producen y se organizan.

Además, los discursos socio-profesionales sobre los encuentros asistenciales a los que nos referimos se sitúan en el marco exclusivo de los sistemas de atención sanitarios biomédicos. Estos encuentros hacen referencia a la relación que se establece entre el personal profesional de la salud y las poblaciones que acuden al sistema sanitario:

Con la expresión "relación médico-paciente" se define un conjunto complejo de pautas, actitudes y comportamientos socialmente establecidos que se dan como supuestos de los encuentros clínicos. Es conocida la relación entre estos factores y los desenlaces y consecuencias del encuentro clínico (Girón, Bevia, Medina y Simón, 2002: 562).

En términos de diversidad, en los encuentros asistenciales se tiende a excluir el saber o la experiencia de salud y de enfermedad procedente de cualquier otra organización sociocultural de la diversidad o sistema de atención a la salud diferente al biomédico. Constituyen así un espacio sociocultural en el que en torno a las dimensiones biológicas y socioculturales de los procesos de atención a la salud y la enfermedad, se producen discursos socio-profesionales de poder, subordinación y dominación entre el personal de la salud y las poblaciones atendidas dentro de las distintas instituciones biomédicas que están integradas en contextos de diversidad cultural. A través de los espacios institucionales aludimos, por ejemplo, a los discursos socio-profesionales que se

superponen entre las profesiones de la salud pertenecientes al ámbito hospitalario y aquellas otras adscritas al ámbito de la atención primaria de salud. Sobre éste último contexto versa específicamente el desarrollo de esta tesis. En él consideramos que la relación asistencial que se establece entre el personal profesional de la salud y las poblaciones, sean o no inmigrantes, constituye un elemento clave en su construcción sociocultural (Pujol, Gené, Sans, Sampietro-Colom, Pasarín, Iglesias, Casajuana y Escaramis, 2006).

En las ciencias sociales el ámbito de la gestión de la diversidad cultural hace referencia a la amplia pluralidad de estructuras sociales, sistemas de creencias, comportamientos y estrategias de adaptación a situaciones dominantes en diferentes partes del mundo (Rodríguez y Schnell, 2007). Por tanto, atañe a una categoría que estructura diferentes realidades socioculturales en función de la observación de dimensiones socioculturales similares y distintas. Sobre ellas se construyen diferencias y se pueden legitimar desigualdades acerca de las identidades de las personas o las características típicas de determinadas poblaciones o grupos (Gijón y Saizar, 2013: 17–18). Por ejemplo, nos referimos a la etnia, al género y a la clase social que son sociocultural e históricamente variables.

Desde este marco, en esta tesis empleamos indistintamente el concepto de diversidad cultural y/o diversidad, para hacer referencia a las múltiples categorías que se construyen biomédicamente para comprender las distintas realidades socioculturales que se suceden en torno a los fenómenos de la salud y la enfermedad de las poblaciones, sean o no inmigrantes. Estas categorías se establecen en función de los procesos de construcción de diferencias que vienen dados por la presencia de dimensiones biológicas y/o socioculturales estructurales, cambiantes, complejas y percibidas en mayor o menor medida como distinguibles en salud.

Así, específicamente, nos centramos en los “procesos de construcción de las diferencias” (García-Castaño y Granados, 1999: 15–46) que se observan en los discursos socio-profesionales en torno a las categorías identidad étnico-cultural y/o procedencia geográfica. Para poder observarlo delimitamos nuestra atención en los discursos que actualmente se están produciendo y re-produciendo sociocultural e históricamente, sobre la percepción de las diferencias etno-culturales y geográfico-nacionales que se

relacionan con las poblaciones inmigrantes. Además, esta relación la situamos en el contexto de los encuentros asistenciales que transcurren con las poblaciones inmigrantes que llegan al ámbito de la atención primaria de salud al sur de Europa.

LAS PROFESIONES DE LA SALUD FRENTE AL OTRO Y LA OTRA

Bajo el término global profesiones de la salud y/o profesionales de la salud tratamos de representar a un conjunto de diversas profesiones y disciplinas científicas de las ciencias de la salud y de las ciencias sociales.

Las profesiones de la salud conviven cotidiana e históricamente desarrollando su actividad socio-profesional y científico-técnica de atención a las poblaciones¹⁰, en el contexto de reproducción socio-simbólica del sistema biomédico occidental. Concretamente, en esta tesis nos referimos a aquellas que se sitúan socioculturalmente en el ámbito de la atención primaria de salud. Debido a esta particularidad, optamos por usar el término cualificador salud frente al adjetivo sanitario. Con este término pretendemos subrayar las características socio-profesionales, comunes y divergentes, que existen entre las distintas profesiones que actúan e intervienen ante la salud y la enfermedad de las poblaciones desde atención primaria.

De este modo, abarcamos globalmente a las profesiones de medicina y de enfermería en su rama sanitaria y/o biomédica de especialización disciplinar familiar y comunitaria, y al trabajo social en su campo de desarrollo profesional y disciplinar sanitario y/o biomédico (en adelante trabajo social sanitario). Estas profesiones, por tanto, desde distintos prismas asistenciales intervienen intra, inter y transdisciplinariamente en la esfera

¹⁰ En esta tesis recurrimos al uso del término genérico poblaciones (del latín *populatio* o *populatiōnis*) sin la adjetivación de pacientes y/o usuarias. Pretendemos así resaltar su proximidad etimológica respecto al concepto sociocultural de etnia o étnico (procedente del griego clásico *ethnos*, cuyo significado es tanto pueblo (del latín *populus*) como nación) y que hace referencia “a la concreta producción de sociedad y cultura de cada conjunto de seres humanos que forma vínculos sociales” (Díaz, 2010: 24). Con su aplicación tratamos de poner de relieve el conjunto de características socioculturales diversas que, en mayor o menor medida, pueden ser compartidas por una serie de personas o grupos socioculturales pertenecientes a una determinada colectividad. Si bien, subrayamos que entre estos aspectos también incluimos la presencia de las diversidades y desigualdades internas que caracterizan socioculturalmente a cada uno de los miembros de estos grupos (García-García, 2007). Su empleo también enfatiza el carácter plural y diverso a través del que universalmente pueden manifestarse y expresarse las dimensiones socioculturales que definen y caracterizan a las circunstancias de vida de cualquier grupo humano. Por tanto, también alude a las híbridas percepciones y comportamientos que pueden históricamente construirse biológica y socioculturalmente por y acerca de las poblaciones ante los fenómenos de la salud y la enfermedad.

familiar y comunitaria que se tratan de llevar a cabo de forma integral en los encuentros asistenciales desde atención primaria.

La forma de denominar a estas profesiones y a su especialización disciplinar en diversas áreas, sigue distintos cambios terminológicos a lo largo de su articulación histórica socio-profesional y científico-técnica. Durante esta trayectoria cada profesión separadamente, y en su relación interdisciplinar e interprofesional, desarrolla una forma particular de acercarse a las poblaciones enfermas como objeto de discurso y práctica de atención biomédica. Todo ello, además de detentar una organización socio-profesional específica en un entorno institucional determinado, también añade una distinta orientación teórico-práctica acerca de la relación de cuidado y/o ayuda que prestan a las poblaciones inmigrantes o no en contextos de gestión de la diversidad. De esta forma, podemos señalar que existen convergencias y divergencias competenciales y funcionales entre las mismas, además de las propias distinciones de roles.

En suma, se trata de profesiones con diferencias socioculturales disciplinares y profesionales en la construcción histórica de su identidad colectiva entre sí y en conjunto. De ellas emanan luchas particulares de poder y reconocimiento socio-profesional en el ámbito biomédico y de atención primaria, entre las que persiste el poder de la profesión médica (Freidson, 1978). Si bien, ésta se halla en declive debido al proceso de reprofesionalización por el que atraviesa con el propósito de adaptarse a las exigencias de los intereses económicos que controlan el campo de la asistencia sanitaria y a los imperativos organizativos que acontecen por las transformaciones tecnológicas y la reconfiguración del Estado (Irigoyen, 2011).

Sin embargo, como señala Irigoyen (1996: 9), todas tienen en común su pertenencia a la organización sociocultural biomédica, lo que implica un proceso de socialización común. Así, indica que través de este proceso adquieren una disposición cognitiva similar que estructura su percepción, es decir, todas “son propensas a adoptar de forma rígida los paradigmas dominantes”. Este aspecto es el nexo de unión del que partimos para comprender sus discursos socio-profesionales sobre inmigración y salud desde una perspectiva holística.

La rigidez en la mirada epistemológica que caracteriza a las profesiones de la salud se observa en la persistencia del enfoque biomédico. Desde él habitualmente se relacionan

con las poblaciones (denominadas desde la jerga biomédica como pacientes y/o usuarias). En términos de diversidad, estas poblaciones se reducen a la categoría del otro y la otra a explorar y reconocer socio-profesional y científico-técnicamente en los encuentros asistenciales. Es decir, la diversidad que caracteriza a la complejidad de los encuentros asistenciales en el ámbito biomédico, se identifica con el proceso de construcción de identidades que acontecen entre las profesiones de la salud que ofrecen atención frente a la alteridad y/o la otredad¹¹ de las poblaciones que la reciben. A través de este proceso, las profesiones de la salud refuerzan el reconocimiento de diferencias en el otro o la otra, al tiempo que observan sus situaciones y necesidades de salud con el propósito de ofrecerles atención biomédica. Así, establecen distintas categorías biológicas y socioculturales que les acercan, chocan o alejan entre sí en los encuentros asistenciales.

El conjunto de estos condicionamientos coloca a las poblaciones en una posición asimétrica de poder, saber y experiencia. Desde esta postura, la dimensión biológica es la parte principal del objeto científico y racional del discurso y la práctica socio-profesional de atención biomédica. Quedan así alejadas de su condición de poblaciones-sujeto y de las dimensiones socioculturales que caracterizan su proceso de estar enfermas en un lugar y momento determinado. Estos aspectos ignorados las impregnan de distintas identidades, saberes y antecedentes comportamentales previos que, sin embargo, es necesario conocer y comprender para atenderles de forma integral e intercultural en salud. Además, esta conceptualización implica que desde el discurso socio-profesional y la práctica biomédica, y en una parte de la perspectiva sociocultural en salud, se considere que “«los demás» acogen creencias culturalmente determinadas y con

¹¹ El concepto de alteridad u otredad, por tanto, lo utilizamos por su oposición al concepto de identidad sociocultural. De esta forma, como señala Pujadas (2010: 16) “la alteridad cultural es fruto de la identificación de una persona, grupo o sociedad como diferente de la propia, en una situación de encuentro intercultural” y su reconocimiento siempre produce reacciones, unas veces de rechazo y en otras ocasiones de carácter paternalista. Asimismo, la construcción de la categoría del otro y la otra la entendemos siguiendo el planteamiento de Schutz (1974: 45): “Yo, ser humano, nacido en el mundo social y que vivo mi existencia cotidiana en él, lo experimento como construido alrededor del lugar que ocupo en él, como abierto a mi interpretación y acción, pero siempre con referencia a mi situación real biográficamente determinada. Solo con referencia a mí logra cierto tipo de mis relaciones con otros el significado específico que designo con la palabra «Nosotros»; solo con referencia a «Nosotros», cuyo centro soy yo, aparecen otros como «Vosotros», y en referencia a «Vosotros», que a su vez se refieren a mí, surgen terceros como «Ellos»”.

frecuencia erróneas, mientras que «nosotros» poseemos un conocimiento objetivo y empírico (Good, 2003: 11).

De ahí que, frecuentemente, el uso biomédico del término pacientes y/o usuarias generalmente no visualice el reconocimiento de la diversidad en los encuentros asistenciales con las poblaciones, sean o no inmigrantes. Así, solo en algunas ocasiones las dimensiones socioculturales se hacen muy visibles y comienzan a percibirse como grandes ejes de diferenciación y de desigualdad. Éstos se ven reflejados en la superficie líquida que influye en la conceptualización y manejo de los signos biológicos de la salud y la enfermedad, como si de un espejismo sociocultural se tratase. Aludimos a la percepción de determinadas variables socioculturales marcadamente estructurales y en estrecha relación con los cambios socioculturales globales. Hacemos referencia, por ejemplo, a la etnia, al género y a la clase social ya mencionadas. A través de ellas se pueden proyectar y reflejar sesgos en forma de valores, estereotipos y representaciones socioculturales de atención a los signos y síntomas de la salud y la enfermedad.

La diversidad por lo general se oculta así tras el racionalismo objetivo mediante el que la biomedicina trata de observar verazmente la dimensión biológica de la salud y la enfermedad. De esta forma, cuando las dimensiones socioculturales se perciben suceden procesos de construcción de diferencias mediante los que se establecen distancias biológicas y socioculturales respecto a la atención de determinados colectivos o comunidades a través los cuales se agrupan a los otros y las otras. La metáfora del espejismo utilizada en este tesis, nos lleva así a poner de relieve el proceso de culturalización de la naturaleza que, tal y como plantea Bauman (2002), tiene lugar en el pensamiento social de la segunda mitad del siglo XX. Este proceso lo podemos extrapolar al ámbito biomédico de la salud y la enfermedad, una vez que las fronteras entre naturaleza y cultura comienzan a distanciarse como consecuencia del rápido ritmo de los cambios humanos:

... después de una época dominada por la búsqueda frenética de bases sólidas e inamovibles del orden humano, consciente de su fragilidad y falta de confianza, llegó un tiempo en el que una espesa capa de artefactos humanos hizo casi invisible la naturaleza –y sus fronteras, sobre todo las hasta entonces infranqueables, se hicieron cada vez más distantes y exóticas– ... (Bauman, 2002: 15).

En definitiva, las profesiones de la salud bajo la construcción sociocultural de la categoría global de pacientes y/o usuarias designan homogéneamente a la diversidad de

grupos humanos que conforman el agregado de poblaciones que acuden en un determinado momento histórico al ámbito biomédico a causa de una enfermedad real o percibida (Vanselow, Donaldson y Yordy, 1995). De este modo, la utilizan para distinguir el rol de las personas y los grupos que potencialmente pueden interaccionar con ellas en el proceso de búsqueda de atención que transcurre en los encuentros asistenciales. Así, su uso esconde tras de sí la diversidad de identidades individuales de toda índole que definen y caracterizan a los miembros de una y otra parte, y que solo en el mejor de los casos se advierte en forma de identidades colectivas.

De este modo, en términos de diversidad en salud, la existencia de distintas dimensiones socioculturales podría quedar oculta bajo la construcción sociocultural de su etiquetaje colectivo o comunitario en categorías biológicas y socioculturales singularmente diferenciadoras o ejes únicos de diversidad intra o interculturales supuestamente homogéneos. Desde ellos difícilmente se puede percibir y reconocer la riqueza de la diversidad que caracteriza a la unidad de la especie humana en los sistemas biomédicos.

Así sucede, por ejemplo, con el término colectivo de poblaciones inmigrantes y que sin embargo incorporamos en esta tesis aún reconociendo que no existe un tipo homogéneo. Además, lo usamos frente al término migrante para destacar que situamos a las poblaciones inmigrantes en el sur de Europa como el lugar a donde llegan desde cualquier otro contexto geopolítico.

Somos, por tanto, conscientes del riesgo de reificación de la alteridad que “encierra el acto de nombrar las realidades sociales; *a fortiori* para interpretarlas, *a posteriori* produciendo o actualizando pedazos de realidad social, incluso más allá de la propia intención del sujeto que nombra” (Lurbe, 2008: 79–80). A pesar de estos peligros, lo utilizamos para insistir en el hecho de que su construcción y utilización extendida en distintos ámbitos de organización de la diversidad en occidente, como por ejemplo el biomédico, conlleva la connotación étnica, sociocultural y geográfico–nacional de ser el otro o la otra. Es decir, comporta el ser visiblemente aún más diferente que el resto de la alteridad y/o la otredad que caracteriza a las poblaciones que, a su vez, se observan como autóctonas.

De este modo, aunque somos consecuentes con la propia opacidad y ambigüedad que implica el uso de términos genéricos con o sin apellido diferenciador si quien los

observa aplica una mirada simplista o reduccionista, nuestra intención es subrayar el espejismo sociocultural que se esconde tras ellos. De esta manera, no podemos hablar homogéneamente de poblaciones ni autóctonas ni inmigrantes, ya que estos términos encierran en sí mismos la existencia de múltiples dimensiones socioculturales individuales y colectivas diversas, más o menos diferenciables. Asimismo, tratamos de poner de relieve cómo el reconocimiento de estas dimensiones puede dar lugar a distintos procesos de construcción de la diferencia en salud. Desde ellos el ámbito biomédico puede producir y reproducir desigualdades socioculturales cuando se aproxima a conceptualizar y gestionar la diversidad en salud. Así, destacamos que entre las distintas formas de desigualdad existentes en salud, pueden quedar invisibles las que son producto de construcciones socioculturales (Berger y Luckmann, 2001).

LA ATENCIÓN PRIMARIA ANTE LOS CAMBIOS SOCIOCULTURALES PRODUCTO DE LA INMIGRACIÓN

El término atención primaria de salud designa a un tipo de modelo médico que se origina y desarrolla mundialmente con formas de establecimiento y organización similares, pero no idénticas, en todos los países del mundo.

Su nacimiento se construye socioculturalmente a partir de las recomendaciones que difunde la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de la Declaración de Alma Ata en el año 1978. La difusión de este nuevo modelo conlleva la llamada hacia un nuevo orden económico internacional más justo sobre la salud mundial. Por tanto, teóricamente contempla abordar los determinantes socioculturales, políticos y económicos de la salud y de la enfermedad que van más allá de una mera orientación tecnocrática sobre la asistencia y la curación biológica de las enfermedades. De esta forma, incluye la conceptualización y la actuación mediante un amplio abanico de intervenciones sobre la dimensión sociocultural y no solo la biológica de la salud. Es decir, desde aquellas que propugnan la promoción, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación, hasta aquellas otras que incorporan cambios conductuales, institucionales y sociales más amplios (Legge, DeCeukelaire, Baum, McCoy y Sanders, 2009). Sin embargo, en el plano práctico, el alcance y las implicaciones de algunos de los principales elementos universales, comportan y deparan limitaciones de distinta índole

ante el reconocimiento y la gestión de la diversidad en el encuentro asistencial entre el personal profesional de la salud y las poblaciones.

En la literatura biomédica internacional el descriptor de atención primaria de salud (*primary health care*¹²) que utiliza actualmente la biblioteca nacional de medicina de Estados Unidos (EE.UU)¹³, fue desarrollado a través del trabajo de una comisión sobre el futuro de la atención primaria propuesta por el Instituto de Medicina [*Institute of Medicine (IOM)*] en EE.UU en 1995. Esta conceptualización a su vez se basa en la definición planteada en el año 1978 por este mismo Instituto. Indicaba que se trataba de una atención accesible, comprehensiva, coordinada y continuada prestada por una variada combinación de personal proveedor responsable de los servicios de salud, y en base a distintos ajustes prácticos que planteaban la necesidad de llevar a cabo un enfoque pluralista y flexible (Institute of Medicine, Division of Health Manpower and Resources Development, 1978: 15–28). La nueva definición señala que se trata de una atención primaria que presta servicios de atención sanitaria integrados (es decir, servicios comprehensivos, coordinados y continuos) y accesibles por personal profesional clínico, quien es responsable de hacer frente a las necesidades de la gran mayoría del personal profesional de la atención sanitaria (fundamentalmente al personal de salud pública), de desarrollar una colaboración sostenida con las poblaciones de pacientes y de llevar a cabo prácticas en el contexto familiar y comunitario (Vanselow et al. 1995).

Además, cabe señalar que algunas autoras y autores observan la necesidad de diferenciar entre el término *atención primaria de salud* que responde específicamente a la conceptualización establecida por la OMS en 1978; y el término *atención primaria* que se introduce en el Informe de Lord Dawson en 1920 para reorganizar los servicios de salud en Inglaterra y que da lugar a la creación de centros de salud (Egwu, 1984; Bhatia y

¹² El uso ocasional de la lengua inglesa se utiliza de forma explícita para mantener la comprensión semántica de términos y conceptos anglosajones concretos que facilitan la presentación del objeto de estudio, así como para preservar el sentido de las palabras otorgado por los autores y las autoras de las fuentes consultadas.

¹³ Se trata del descriptor ofrecido a través de la interfaz *PubMed* desarrollado por el Centro Nacional para la Información Biotecnológica [*National Center for Biotechnology Information (NCBI)*] de la Biblioteca Nacional de Medicina (*National Library of Medicine*) del Instituto Nacional de Salud (National Institutes of Health) de Estados Unidos (EE.UU). Esta interfaz ofrece más de veintitrés millones de citas procedentes de distintas bases de datos bibliográficas como, por ejemplo, *Medline* que incluye los campos de medicina, enfermería, odontología, veterinaria, salud pública y ciencias preclínicas.

Rifkin, 2010). En este trabajo ambos se utilizan de forma indistinta para referirnos a la teoría y la práctica del nuevo modelo médico que conceptualiza e impulsa la OMS a partir de la segunda mitad del siglo XX. De esta forma, se incluyen los dos tipos de actuaciones que caracterizan a las tipologías referenciadas: a) actividades de promoción y prevención colectivas sobre los determinantes y las desigualdades sociales en salud, y b) atención, tratamiento y rehabilitación biomédica individual.

Desde su nacimiento el modelo de atención primaria se desarrolla en un contexto de progreso científico y tecnológico biomédico que, a su vez, es paralelo al discurrir de un mundo global sujeto a importantes cambios socioculturales, políticos y económicos a los que debe hacer frente. Así sucede, por ejemplo con el fenómeno de la inmigración que comienza a despertar el interés de la atención primaria por atender la dimensión sociocultural en salud y no solo la biológica. Es decir, la presencia de la dimensión sociocultural comienza a contemplarse de forma más visible en la comparación entre las poblaciones que se consideran autóctonas respecto a aquellas otras que se observan como inmigrantes. Todo ello, de manera general, conlleva que se atribuya a las poblaciones inmigrantes la percepción de nuevas situaciones y necesidades de salud distintas a las conocidas, lo que puede dar a lugar a procesos de construcción de las diferencias étnico-culturales y geográfico-nacionales en los encuentros asistenciales.

En consecuencia, desde hace algo más de una década, el flujo de poblaciones inmigrantes procedentes de otros países o culturas que se integran en el modelo de atención primaria de salud al sur Europa, introduce la percepción de viejos y nuevos aspectos. Estos aspectos están relacionados no solo con la incorporación de la variable social en los encuentros asistenciales, sino también con la variable cultural mediante la que se constituye la diversidad, la diferencia y/o la desigualdad sociocultural en salud.

Desde este contexto de cambios socioculturales, el proceso de atención primaria a las poblaciones reúne una serie de características positivas, integradoras y holísticas que lo sitúan en un lugar privilegiado para incorporar el reconocimiento y la gestión de la diversidad en salud. Desde este espacio, parece posible afrontar las dimensiones socioculturales presentes en los procesos de construcción de las diferencias en los encuentros asistenciales con las poblaciones, sean o no inmigrantes. Igualmente, es viable caminar hacia la construcción de la equidad, y no solo la igualdad, en salud

mediante una atención integral e intercultural a las situaciones y necesidades en salud de todas las poblaciones:

[Discurso desde la profesión de medicina] Han pasado muchos años, ... los suficientes para que analicemos qué cambios se han producido en la sociedad, de evaluar qué esperan de nosotros los pacientes, de conocer el perfil profesional que demanda la administración, de averiguar por qué dijimos adiós, sin que al parecer nos doliera la renuncia, a todo lo que de innovador tuvo la atención dirigida a la comunidad.

Esta reflexión sobre nuestra historia reciente, sobre lo que hemos perdido y hemos ganado, nos debe llevar a encontrar caminos nuevos, para hacer si es necesario la reforma de la reforma, la contrarreforma.

Os invito a que pensemos juntos cual debe de ser el perfil profesional, a analizar lo que supone servir a una especialidad horizontal, y algo más, a transformarnos en el médico de las personas, para recomponer lo que otras especialidades fragmentan. A asumir el reto de identificar, diagnosticar y tratar los problemas psicosociales, construyendo un puente para enlazar, a través de la atención familiar, lo biomédico con lo social. A aceptar como parte del quehacer profesional la prevención y promoción de la salud. A entender, en fin, que somos la puerta de entrada del sistema, pero a prepararnos para ser una puerta inteligente, que aprenda a transferir y a recibir a los pacientes, asegurando la continuidad de la asistencia, pero también a asumir, en muchas ocasiones, la responsabilidad única de toda la atención (De la Revilla, 2001: 204).

RESUMEN Y ESTRUCTURA DE LA TESIS

Esta tesis se propone describir y comprender procesos de construcción de la diferencia a través del análisis de los discursos socio–profesionales que dan cuenta del encuentro asistencial con poblaciones inmigrantes desde el modelo de atención primaria de salud al sur de Europa. Con este objetivo general, la tesis que presentamos está conformada por una presentación, una introducción, cuatro capítulos de resultados y un apartado de conclusiones.

En el primer capítulo, presentamos las bases socioculturales sobre las que se construye el modelo de atención primaria de salud. Así, describimos el nacimiento político–institucional del nuevo modelo médico, su desarrollo internacional y los elementos universales teórico–prácticos que lo definen y caracterizan. Posteriormente, a través de distintos caminos epistemológicos tratamos de delimitar cómo la atención primaria incorpora la dimensión social y cultural a la hora de abordar los procesos de atención a la salud y la enfermedad de las poblaciones, sean éstas inmigrantes o no. En relación a estos aspectos, acuñamos el concepto dimensiones socioculturales en salud. Lo hacemos para reflexionar sobre cómo el ámbito biomédico construye procesos de construcción de la diferencia en los encuentros asistenciales con las poblaciones, y cómo éstos a su vez pueden producir y reproducir desigualdades socioculturales en salud (García-Castaño et al., 1999). Como caso presentamos la observación y el tratamiento diferencial

que se construye en torno a la llegada de poblaciones inmigrantes a los centros de salud. Por último, planteamos cómo se han construido los interrogantes y los objetivos de investigación que se pretenden alcanzar en esta tesis.

En el segundo capítulo, detallamos el proceso metodológico de investigación que hemos llevado a cabo para responder a los objetivos propuestos. Para ello describimos que nos basamos en un proceso de investigación cualitativo-etnográfico de orientación temática, que asimismo definimos como multisituada o multilocal (Marcus, 1995). Para abordarlo examinamos cómo los estudios sobre salud, sociedad y cultura aplican cada vez más una mirada cualitativa en la búsqueda de respuestas a sus problemas de investigación. Posteriormente, explicamos por qué elegimos la fenomenología como enfoque teórico-metodológico en la estrategia de investigación seleccionada. Igualmente, presentamos el desarrollo del trabajo de campo que hemos realizado para producir discursos socio-profesionales desde el contexto de la atención primaria de salud al sur de Europa. Así, narramos la práctica cíclica de investigación desde la que hemos desarrollado distintas experiencias de campo con diversas profesiones de la salud –medicina, enfermería y trabajo social sanitario–, en diferentes momentos y lugares de estudio. A través de ellas hemos aplicado el uso combinado de las siguientes técnicas de investigación: a) observación participante y entrevistas etnográficas, entrevista individual en profundidad semiestructurada y entrevista en grupo semiestructurada en su variedad de grupo focal a través del trabajo de campo desde distintos centros de salud, y b) observación flotante (Pétonnet, 1982) y análisis documental a través del trabajo de campo desde otros lugares de producción de discursos académicos, políticos o mediáticos. Además, en todo momento se ha hecho uso del instrumento diario de campo. Por último, mostramos el análisis de los discursos que hemos llevado a cabo sobre el conjunto de materiales empíricos que conforman esta tesis.

En el tercer capítulo, exponemos los ejes descriptivos que guían el análisis de los discursos socio-profesionales producidos en esta tesis. Partimos de la exposición del contexto político-institucional de la atención primaria para conocer las lógicas de producción del poder, el saber y la experiencia desde las que se sitúan los discursos socio-profesionales sobre inmigración y salud. Así, detallamos el marco jurídico-normativo que da lugar a la organización del modelo de atención primaria en el sur de Europa y en Andalucía, al tiempo que damos cuenta de las percepciones y experiencias

vividas en su desarrollo por el personal profesional de la salud desde el nacimiento del modelo médico hasta el momento actual. A partir de ellas planteamos cómo desde este entramado sociocultural se producen percepciones y experiencias de atención frente al otro y la otra en los encuentros asistenciales en contextos biomédicos de diversidad.

En el cuarto capítulo, presentamos los ejes interpretativos que guían el análisis de los discursos socio-profesionales producidos en esta tesis. Así, mostramos las distintas miradas desde las que el personal profesional de la salud construye su relación con las poblaciones inmigrantes en los encuentros asistenciales desde el contexto de atención primaria al sur de Europa. Para analizarlas identificamos cuáles son los aspectos, similares y diferentes, más relevantes que se abordan en la atención primaria a la salud de las poblaciones inmigrantes desde distintos lugares. A través de ellos observamos cómo el fenómeno de la inmigración se relaciona con las categorías identidad étnico-cultural y/o procedencia geográfica, al tiempo que se asocia a una transformación del escenario cotidiano del encuentro asistencial que tiene lugar en los centros de salud. Estos aspectos nos muestran cómo desde la cultura biomédica y la subcultura de atención primaria se producen percepciones y experiencias de atención en los encuentros asistenciales con las poblaciones inmigrantes que pueden estar impregnadas de sesgos en forma de valores, estereotipos y representaciones socioculturales en su construcción.

Por último se presenta el apartado de conclusiones, en el que se recogen los principales hallazgos de esta investigación y las aportaciones más relevantes alcanzadas en este trabajo. Todas giran en torno a la necesidad de incorporar el reconocimiento y la gestión de la diversidad en el ámbito de la atención primaria de salud.

CAPÍTULO 1

EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y LA GESTIÓN DE LA DIVERSIDAD

En este primer capítulo nos detendremos a analizar las bases socioculturales que sustentan la construcción del modelo de atención primaria de salud como modelo médico desde una mirada interdisciplinar sociohistórica. Describimos su nacimiento político–institucional y su desarrollo internacional, así como en qué consisten los principales elementos universales que lo promueven como variante organizacional sociocultural del sistema de atención sanitario biomédico tradicional.

Reflexionaremos sobre cómo el ámbito de la atención primaria de salud contempla implícitamente en su definición la inclusión de la dimensión sociocultural en el encuentro asistencial que acontece en los centros de salud entre profesionales de la salud y las poblaciones en general, y de manera particular con las poblaciones inmigrantes. Para ello, nos aproximaremos a observar cómo el modelo de atención primaria incorpora como conceptos clave de su conceptualización teórico–práctica dos enfoques:

- los principios y valores explícitos que se extraen de la perspectiva biomédica de salud pública sobre el estudio y la actuación hacia los determinantes y las desigualdades sociales en salud de las poblaciones; y
- los principios y valores implícitos en los contextos de atención primaria que se desprenden de la perspectiva sociocultural acerca de la diversidad, las diferencias y/o las desigualdades socioculturales en salud de las poblaciones.

Específicamente nos detendremos a examinar cómo desde los discursos socio–profesionales se contempla la atención a las dimensiones socioculturales en la salud de las nuevas poblaciones inmigrantes que acuden a atención primaria al sur de Europa. Veremos como el ámbito de la atención primaria de salud es un espacio idóneo para observar las relaciones de poder, saber y experiencias de atención de diferentes profesiones de la salud, –medicina, enfermería y trabajo social sanitario–, en los centros de salud. Igualmente, es un lugar ideal para explorar cómo sus diversas tradiciones,

valores y orientaciones teóricas se encuentran en un mismo plano (Fábrega, 1974). Esta coincidencia teórica y práctica las une en la tarea de atender a las poblaciones inmigrantes a través de una respuesta interdisciplinar sensible al manejo de sus características socioculturales. Así, todas tienen como nexo común que actúan ante la salud de las poblaciones en sentido positivo, integral y holístico desde distintos prismas y valores. Es decir, todas constituyen disciplinas académicas y profesiones insertas en el sistema biomédico (De Miguel, 1978) que tienen entre sus objetivos facilitar el encuentro asistencial con el propósito de lograr la salud de las poblaciones inmigrantes o no.

Finalmente, en la última parte de este capítulo nos aproximaremos a definir los objetivos de investigación perseguidos en este tesis.

1.1 LA CONSTRUCCIÓN SOCIOCULTURAL DE LOS MODELOS O SISTEMAS MÉDICOS

La construcción de sistemas de atención a la salud para preservar la salud o hacer frente a las enfermedades poblaciones, conforma un fenómeno universal común y un antiguo objeto de preocupación en todas las sociedades.

El nacimiento y la configuración de los sistemas de atención a la salud, puede coincidir o no con los límites establecidos por un “sistema médico” o integrar a varios de ellos (Comelles y Martínez, 1993: 87). Un modelo o sistema médico designa al conjunto de concepciones sobre la salud y la enfermedad, así como a los valores, los medios y las estrategias que una población o sociedad ponen en práctica para hacer frente a la promoción de la salud, la prevención, el tratamiento y la atención de las enfermedades. De este modo, en ninguna sociedad los procesos de atención a la salud y la enfermedad de las poblaciones conciernen únicamente al ámbito individual (García-García, 1994a: 67) y deben entenderse como prácticas socioculturales.

Utilizamos el concepto general sistema de atención a la salud *versus* a los términos sistema sanitario o sistema de atención sanitario¹⁴ (respectivamente *healing systems* en

¹⁴ Es necesario señalar que a lo largo de este capítulo también haremos referencia al término “sistemas de salud”, para dar cuenta de la concepción de sistema de atención sanitario que utiliza específicamente la OMS. Esta expresión aunque sustituye el término atención sanitaria (*healthcare*) por el de salud (*health*) en sentido amplio, hace referencia al desarrollo en los diferentes países del mundo de sistemas de atención sanitarios para ofertar o proporcionar servicios de salud de atención sanitaria (respectivamente *health*

oposición a *healthcare systems* o *delivery of health care* en la literatura biomédica internacional), de forma que el primero engloba al segundo. El propósito es poner de relieve los múltiples y complejos modelos que existen en las ciencias sociales frente a los que utilizan las ciencias de la salud, para tratar de explicar y comprender las dimensiones socioculturales que intervienen histórica y socioculturalmente en la construcción de los distintos sistemas o modelos médicos. Éstos pueden ser elaborados y empleados por las poblaciones en todas las sociedades para mantener o recuperar la salud.

Desde las ciencias sociales los modelos médicos incorporan en sus análisis las dimensiones biológicas, socioculturales, políticas y económicas de la salud y la enfermedad. Éstos se articulan e interpretan a partir de la sociedad y la cultura en la que se contextualizan históricamente. Así, no incluyen exclusivamente en su concepción la institucionalización del sistema de atención sanitario y su utilización como único itinerario terapéutico elegido por las poblaciones, fuertemente asociado al “criterio biologicista” o la dimensión biológica de la enfermedad (Laplantine, 1999: 59; Martínez, 2007: 38). Es decir, también contemplan la elaboración y uso de otros modelos médicos como, por ejemplo, el tradicional, el de autoatención, el alternativo y otros dispositivos o terapias no biomédicas (Chrisman, 1977; De Miguel, 1980; Menéndez, 1984 y 1994; Comelles, 2000; Haro, 2000; Perdiguero, 2006; Saizar, 2006). Estos otros modelos no biomédicos tratan de comprender las diferentes manifestaciones corporales y los aspectos socioculturales, mítico-religiosos y económicos (Idoyaga-Molina, 2007) presentes en las experiencias de entender y atender la salud y la enfermedad como fenómenos que superan ampliamente el aspecto biológico. De esta forma, la enfermedad se afronta a partir de distintos saberes en diferentes sociedades y momentos históricos, y sus prácticas constituyen una de las principales áreas de control social e ideológico a nivel macro y microsocioal (Menéndez, 1994).

En definitiva, los modelos médicos de las ciencias sociales son multicausales y contrastan con el desarrollo de los modelos unicausales construidos desde las ciencias de la salud. Asimismo, expresan discrepancias entre sí en el modo de interpretar los hechos biológicos, sociales (Moreno-Altamirano, 2007) y culturales ante los fenómenos de la

services o *healthcare services*) que se basan en los valores, principios y estrategias que se derivan de la definición universal de salud establecida por la OMS en 1946 como meta a lograr para todas las poblaciones del mundo.

salud y la enfermedad. Desde este marco es posible afirmar que existen diversos sistemas de atención a la salud de las poblaciones de acuerdo con la cultura de cada sociedad y con su organización sociocultural.

Los sistemas de atención a la salud son, por tanto, variables en función de sus contextos de nacimiento y de los distintos modelos médicos dominantes para un determinado grupo sociocultural en su entorno. Es decir, las distintas formas de construir su organización manifiestan la diversidad de modelos médicos existentes. Esta variedad expresa la pluralidad de los hechos o dimensiones biológicas y socioculturales que caracterizan universal y particularmente a los procesos de atención a la salud y la enfermedad que construyen las poblaciones para mitigar sus padecimientos. De este modo, estos procesos se constituyen como un fenómeno sociocultural complejo y pluridimensional que incide en la formación de cualquier contexto terapéutico (García-García, 1998a).

En suma, la construcción histórica de los sistemas de atención a la salud de las poblaciones depende de dimensiones biológicas, socioculturales, políticas y económicas. De ahí que su estudio y abordaje requiera que, en primer lugar, nos detengamos en la delimitación de estos aspectos contextuales.

En el origen y en la configuración de los sistemas de atención a la salud es difícil construir una frontera conceptual entre las dimensiones de lo social y de lo cultural en la salud y la enfermedad. La falta de consenso en la definición teórica de ambos conceptos y la liminalidad existente entre ellos, forma parte intrínseca de la propia historia de las ciencias sociales¹⁵.

¹⁵ En una de las definiciones más citadas sobre cultura, por ejemplo, Tylor en 1871 la conceptualiza como "ese todo complejo que incluye conocimiento, creencia, arte, moral, leyes, costumbres y cualquier otra aptitud y hábito adquirido por el hombre como miembro de la sociedad" (1971: 19). Por su parte, Bourdieu (1990) plantea la necesidad de distinguir entre cultura "material" (cosas) y "no material" (símbolos, lenguaje, ideas, valores, normas), y como ambas implican prácticas culturales, es decir modos de acción que empleamos en la mirada de los pequeños encuentros que se producen en la vida diaria. En definitiva, si hacemos un recorrido acerca de las diferentes definiciones de cultura en las ciencias sociales, observamos que todas ellas enfatizan su carácter aprendido y no predeterminado. De esta forma, aluden a ideas, costumbres y prácticas, es decir, a ciertos rasgos o elementos que comparte una población o una sociedad. Así, el concepto de cultura es necesario para comprender el concepto de sociedad pero ninguna sociedad puede ser culturalmente unitaria (Díaz 2010: 24). Es decir, de la misma manera que una sociedad no puede existir sin cultura, una cultura no podría existir sin sociedad, y cada ser humano es cultural en el sentido de que participa en una u otra cultura (Linton, 1976). De este modo, la dimensión de lo social y de

No obstante, en cuanto a lo social en salud podemos decir que entendemos que las personas son seres sociales en su rol de poblaciones usuarias y/o pacientes o de profesionales de la salud. Como seres sociales están insertas en un contexto social de relaciones consigo mismas, con otras personas usuarias, amigas o familiares y con profesionales de la salud en un entorno dado. Esta estrecha conexión influye en todos los aspectos de su vida personal y/o profesional y, por tanto, también en su proceder ante la búsqueda o proporción de la salud y el bienestar en el ámbito de atención a la salud. De esta forma, la dimensión social también incluye el contexto de relaciones socio-profesionales que se construyen en el encuentro asistencial entre las profesiones de la salud y las poblaciones en un lugar y tiempo determinado.

La dimensión social señala que la construcción de la definición de salud, el origen de las enfermedades y las prácticas para afrontar su atención depende de los modelos médicos dispuestos por los diferentes entornos sociales. Pero, también, alude a lo que las personas y grupos hacen por sí mismos para afrontar los padecimientos. Por tanto, solo una parte de estas delimitaciones se refiere a las relaciones socio-profesionales que se establecen entre el personal profesional de la salud y las poblaciones en el ámbito de los sistemas de atención sanitarios biomédicos. El resto se sitúan en el contexto de los itinerarios terapéuticos a seguir en otros sistemas de atención a la salud.

En cuanto a lo cultural en salud se indica que todos estos aspectos no solo se enmarcan en la cultura de un determinado grupo humano, sino que la explican (De Miguel, 1980) y se expresan a través de una pluralidad de estructuras sociales, percepciones, creencias, comportamientos y prácticas de salud. Es decir, en todas las sociedades humanas, las creencias y prácticas que se relacionan con la salud y la enfermedad son un rasgo central de la cultura (Helman, 2000: 4–5). De esta forma, por dimensión cultural en salud podemos referirnos al:

... ambiente, el espacio, humanizado por un grupo en un constante proceso de transformación y de influencia sobre las relaciones sociales. La cultura es el marco de interpretación de la vida y del

lo cultural están estrechamente interrelacionadas y son difícilmente separables tanto en el ámbito de las ciencias sociales como en el de las ciencias de la salud. Así, por ejemplo, Bételle (2013) plantea que el estudio de la sociedad y la cultura a través de las disciplinas de la sociología y la antropología se viene organizando de dos maneras, la primera estudia la sociedad a partir de la presunción de la unidad entre ambas y la segunda de su separación, al tiempo que en los dos casos existen divergencias entre principios y prácticas que en muchos casos se han creado, mantenido y separado desde el ámbito universitario.

mundo, delimitada por un espacio y un tiempo que proporcionan una clave de lectura de la realidad, no independiente de la acción y la reflexión humana (Boixareu, 2008: 48).

En definitiva, las pautas de comportamiento o prácticas socioculturales de atención ante la salud y la enfermedad, al igual que ocurre con toda cultura, pueden resultar extrañas para quienes proceden de otro ámbito cultural (Giddens, 2004: 50).

Algunos de los términos con los que se conoce a los diferentes modelos médicos dispuestos por los variados entornos socioculturales son: “popular, folk, tradicional, supersticioso, primitivo o salvaje” en sociedades marginales, en contraste con el de “medicina oficial o científica” asociada al mundo occidental (Prat, Pujadas y Comelles, 1980: 43–44). Así, la construcción de la medicina científica o biomedicina como modelo médico dominante en las sociedades occidentales constituye solo un ejemplo de sistema de atención a la salud, que permite analizar cuáles son las características de la cultura dominante de las sociedades en las que se establece y organiza.

Es decir, el papel socioculturalmente dominante de la biomedicina se produce dentro de un contexto de pluralismo médico o asistencial, que hace referencia a los diferentes procesos de atención que pueden utilizar potencialmente las poblaciones para hacer frente a un mismo o a diferentes problemas de salud en un contexto sociocultural e histórico determinado (Menéndez, 2005b). Por su parte, Kleinman señala que este pluralismo médico en las sociedades complejas, sugiere que en cualquier sociedad se pueden identificar tres sectores de cuidados sanitarios que se sobreponen unos a otros: el sector popular, folk y profesional (Kleinman, 1980). Todo ello, pone de manifiesto la existencia de los distintos caminos que emplean las poblaciones para mantener su salud mediante el uso alternativo de otras respuestas preventivas y terapéuticas (Seppelli, 2000) o la complementariedad terapéutica (Idoyaga-Molina, 2002), más allá de sus diferencias socioculturales y de la posible oferta de modelos médicos existentes (Saizar, 2006).

Sin embargo, el impacto que la medicina científica tiene sobre las medicinas populares, tradicionales o alternativas, no es ajeno al efecto que en general introduce la occidentalización en las configuraciones socioculturales¹⁶. Es decir, entre los diferentes

¹⁶ Este aspecto ya fue señalado por Weber (1964), al indicar que su impacto transforma las sociedades comunitarias tradicionales en sociedades asociativas modernas.

modelos médicos existentes se producen relaciones de hegemonía y subalternidad (Menéndez 1978, 2005a y 2005b) en función de su contexto sociocultural de nacimiento.

En relación a este aspecto, en el momento actual está en auge la utilización de terapias de medicinas complementarias o alternativas por las poblaciones, frente al uso del modelo biomédico¹⁷. Este incremento, por ejemplo, plantea una serie de interrogantes sobre la naturaleza de la medicina basada en la evidencia que trata de valorar la efectividad de los procedimientos o tratamientos de atención. Así, Barry (2006) se cuestiona la construcción positivista de la noción de evidencia que se utiliza en biomedicina, frente a la aproximación etnográfica que elabora la antropología. Pone de relieve como la primera no sólo se utiliza para evaluar la eficacia de las terapias, sino como una forma política de influir para bloquear la entrada de la medicina alternativa en el sistema biomédico en algunos países. Por su parte, la categoría antropológica de evidencia incluye conceptos como trascendencia, experiencias transformacionales; cambios en la experiencia cuerpo–vivido; y producción de significado. El estudio, por

¹⁷ Al sur de Europa, por ejemplo, desde 1990 se introduce la regulación del procedimiento de autorización y utilización de medicamentos homeopáticos (a través de la Ley 25/1990 del Medicamento, artículo 54 y disposición adicional cuarta, del Real Decreto 2208/1994, disposición transitoria segunda y del Real Decreto 1345/2007). En el momento actual el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España está preparando el borrador de una orden ministerial para regular el proceso de registro de medicamentos homeopáticos, así como para avalar su calidad y seguridad. Esta noticia ha sido acogida a través de diferentes posturas entre los colectivos científicos biomédicos (en contra) y los laboratorios fabricantes de estos medicamentos (a favor). Así, ha dado lugar a diferentes titulares de prensa. Distintas noticias informaban que la inexistencia de una ley sobre terapias alternativas como la homeopatía, añade polémica sobre la efectividad de estos productos (Sauquillo, 3 de diciembre de 2013, El País; Tardón, 3 de diciembre de 2013, El Mundo). Al mismo tiempo analizaban la necesidad que se viene reclamando acerca de regular el registro de los productos homeopáticos que ya se venden y autorizar otros nuevos. En otras noticias Sevillano, el 9 y el 16 de diciembre de 2013 en El País, ponía de relieve la opinión de quienes se oponen a su regulación. En palabras de un médico de familia "la orden que regulariza los homeopáticos contiene afirmaciones que atacan a la razón científica: medicamentos sin indicación terapéutica y medicamentos que no tienen que demostrar eficacia. Eso no es un medicamento. Queremos desmontar las pseudociencias en medicina". Esta postura ha dado lugar a diferentes campañas que expresan este desacuerdo a través de las redes sociales, y que han tratado de presionar a la Organización Médica Colegial (OMC) para que se pronuncien en su contra. La OMC que reconoció en diciembre de 2009 a la homeopatía como "acto médico", finalmente se ha pronunciado acerca del proyecto de normativa ministerial y ha recordado a todo el personal médico que "están obligados por las normas del Código de Deontología Médica a emplear preferentemente procedimientos y prescribir fármacos cuya eficacia se haya demostrado científicamente. ... no son éticas las prácticas inspiradas en el charlatanismo, las carentes de base científica y que prometen a los enfermos la curación, los procedimientos ilusorios o insuficientemente probados que se proponen como eficaces".

tanto, concluye que ambas nociones de evidencia difieren en el modo de legitimar la eficacia terapéutica de las medicinas alternativas¹⁸.

Otras dimensiones presentes en la construcción de los sistemas de atención a la salud de las poblaciones son las características sociodemográficas y las condiciones biológicas de salud de las poblaciones. También, los factores tecnológicos, económicos y las prioridades de las políticas de bienestar social y protección de la salud dominantes en un determinado momento en cada ámbito local, regional, nacional y/o mundial. Estos aspectos interaccionan con las distintas conceptualizaciones de salud y bienestar predominantes en cada momento histórico en una sociedad. Además, resultan en los principios, valores y estrategias de salud a alcanzar por las poblaciones mediante la elección de los distintos modelos médicos.

En resumen, la construcción histórica de los sistemas de atención a la salud de las poblaciones debe pensarse en la articulación de las relaciones existentes entre las dimensiones biológicas, socioculturales, políticas y económicas de un entorno. Así, los modelos médicos que los integran se establecen y configuran como organizaciones socioculturales variables y comparables. Esto ocurre, también, con respecto a la constitución de la medicina científica o biomedicina como organización y/o modelo sociocultural (Comaroff, 1978; Kleinman, 1980; Comelles y Martínez, 1993; Seppilli, 2000; Good, 2003; Van der Geest y Finkler, 2004; Barry, 2006; Moreno-Altamirano, 2007)¹⁹.

¹⁸ Desde la perspectiva antropológica, Martínez, Masana y DiGiacomo (2013: 7–16) se plantean este mismo interrogante a la hora de analizar la discusión existente entre dos tipos de evidencia: 1) las narrativas de la evidencia (medicina basada en la evidencia o *evidence-based medicine*), entendidas como una estrategia de corte explicativo y naturalista que trata de construir pruebas o datos científicos positivistas para guiar y organizar la práctica clínica en biomedicina, aunque también está influyendo en los modelos de gestión y las políticas sanitarias; y 2) la evidencia de las narrativas (medicina basada en narrativas o *narrative-based medicine*) conceptualizada como una alternativa interpretativista en el panorama de las ciencias de la salud, que entiende que “la enfermedad como forma de sufrimiento” a través de su reflejo en la “voz de la aflicción” es lo que está o debe estar en juego en la atención sanitaria, de forma que trata de recuperar la importancia del sujeto que habita el cuerpo (y a su vez es cuerpo) a la hora de expresar y manifestar sus quejas, lamentos, decisiones y síntomas: “alternativamente, en la voz de la aflicción se desvela otro tipo de prueba: el sufrimiento como «evidencia narrativa». De esta forma, la evidencia asume su condición de realidad intersubjetiva, ya sea en su carácter de construcción social de una verdad o en la expresión de la aflicción vivida” (Martínez et al., 2013: 10).

¹⁹ Son numerosos los estudios clásicos de sociología y antropología que de forma pionera, por un lado, han examinado el modelo médico a través de la dimensión sociocultural (Stern, 1927; Henderson, 1935; Parsons, 1951; y Goffman, 1961); por otro, han tratado de explicar los factores socioculturales presentes

1.1.1. BASES SOCIOCULTURALES DEL MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA

La biomedicina constituye un sistema de atención sanitario biomédico común y dominante en los distintos países del mundo occidental. En torno a ella nacen y se organizan distintos modelos médicos como, por ejemplo, el de atención primaria de salud.

La biomedicina como forma de poder, dominación y control social ofrece una respuesta hegemónica e institucional para explicar y actuar ante los procesos de atención a la salud y la enfermedad de las poblaciones en las sociedades occidentales²⁰. Para ello cuenta con una estructura organizativa sociocultural, económica, política y científico-técnica similar que la constituye como sistema de atención sanitario dominante. Así, la biomedicina como modelo médico hegemónico en occidente (Menéndez, 1978, 1984 y 1990a) consiste en:

... el conjunto de prácticas y saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, que desde fines del siglo XVIII ha logrado dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado ... (Menéndez, 1990a: 83)

Del mismo modo, Foucault (2004) afirma que el nacimiento de la biomedicina se produce en los últimos años del siglo XVIII cuando:

... reflexiona sobre sí misma, identifica el origen de su positividad a una vuelta, más allá de toda teoría, a la modestia eficaz de lo percibido ... este supuesto empirismo no descansa en un nuevo descubrimiento de los valores absolutos de lo visible, ni en el abandono resuelto de los sistemas y de sus quimeras, sino en una reorganización de este espacio manifiesto y secreto que se abrió cuando una mirada milenaria se detuvo en el sufrimiento de los hombres (Foucault, 2004: 5).

Se trata de una invención cultural que tuvo lugar en Francia y Alemania en el siglo XIX, y que posteriormente se extendió al resto del mundo (Van der Geest y Finkler, 2004: 1996). Su origen, por tanto, se remonta al momento histórico en el que se construye lo

en los procesos de atención a la salud y la enfermedad de las poblaciones (Durkheim, 1897; Faris y Dunham, 1939; Lévi-Strauss, 1949; Leighton, 1959; y Turner, 1967). También, los que se han centrado en investigar los distintos tipos de modelos médicos puestos en práctica por las poblaciones en las diferentes sociedades para hacer frente a estos procesos a lo largo de la historia de la humanidad (Rivers, 1924; Evans-Pritchard, 1937 y Ackerknecht, 1971; realizan los primeros estudios que dan cuenta de ello, entre otros y otras autoras).

²⁰ No obstante, desde una perspectiva crítica algunos estudios comparativos señalan que dentro de la pluralidad de sistemas de atención sanitarios existentes, la biomedicina puede ser “dominante” pero no en sí misma “hegemónica” (Csordas, 1988: 418).

científico, de forma que se trata de un tiempo marcado por los grandes descubrimientos científicos o filosóficos que tienen lugar en el mundo y por su carácter social. Es decir, ocurre en un siglo que demanda libertad, tolerancia y universalidad en el ámbito político, religioso y social, y estos valores también impregnan al pensamiento sobre la salud y la enfermedad (Boixareu, 2008).

Sus bases académicas y científicas, durante los siglos XIX y XX, contribuyen a consolidarla como sistema de atención sanitario hegemónico en el mundo y la institucionalizan como campo dominante del saber conocer y hacer ante las enfermedades de las poblaciones en el mundo. Sus fundamentos se establecen en torno a dos aspectos:

- en los planteamientos teóricos médico–científicos y positivistas, que instituyen la supremacía de la esfera biológica e individual en la conceptualización de la salud y la enfermedad, y
- en la configuración y organización de sistemas de atención sanitarios biomédicos que se fundamentan en tratamientos racionales científico-técnicos, de carácter esencialmente asistencialista y curativo ante la enfermedad.

Las características de la biomedicina son dinámicas, complementarias y determinan la práctica médica y al propio sistema de atención sanitario. Éstas son:

... biologismo, a-sociabilidad, a-historicidad, aculturalismo, individualismo, eficacia pragmática, orientación curativa, relación médico-paciente asimétrica y subordinada, exclusión del saber del paciente, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica, la salud/enfermedad como mercancía, tendencia a la medicalización²¹ de los problemas, tendencia a la escisión entre teoría y práctica ... (Menéndez 1978, 1984, 1998 y 2003).

En definitiva, es un “modelo de práctica e intervención científica, caracterizado por sus pretensiones de objetividad positivista y su enfoque eminentemente biológico y técnico

²¹ El proceso de medicalización se refiere al fenómeno creciente de utilización de los estándares propios de la biomedicina en distintos ámbitos de la vida cotidiana. Es decir, se trata del proceso por el que las condiciones y/o características del desarrollo de la vida se convierten en problemas médicos, al tiempo que se transforman en objeto de estudio y de atención para el personal profesional de la salud (Gijón y Saizar, 2013). Actualmente, el proceso de reestructuración por el que atraviesa la profesión médica ha dado lugar a una reformulación del concepto convencional de medicalización, que conlleva la preponderancia de la industria y las empresas que la desarrollan mediante herramientas mediáticas (Irigoyen, 2011: 291).

(“racionalidad científico-técnica”) en el abordaje del fenómeno salud-enfermedad-atención” (Caramés, 2004: 31). Así, sus principios rectores son los valores de objetividad, neutralidad, universalidad e independencia.

Los valores biomédicos han generado el origen de culturas profesionales específicas entre el personal profesional de la salud, que desarrolla sus discursos y actividad socio-profesional en los sistemas biomédicos. Asimismo, favorecen su legitimación como único sistema de atención e intervención científica ante la salud y la enfermedad en occidente, con independencia de los contextos históricos y socioculturales en los que se producen y reproducen. Su proceso de institucionalización es fruto, por tanto, de una construcción sociocultural en la que participan el personal profesional de la salud, – médico fundamentalmente–, la sociedad y los diferentes grupos socioculturales que la constituyen (Menéndez, 1978). Concretamente, en este proceso se distinguen cuatro niveles diferenciados: el económico-político, el institucional, el de la práctica médica y el ideológico (Menéndez, 1978 y 2005a).

En definitiva, la concepción biomédica de la enfermedad se inscribe en un reduccionismo que plantea que la vida, la enfermedad y la muerte son exclusivamente resultado de causas biológicas. Aunque contempla en algún momento como causas secundarias el papel del mundo social, la pobreza, la cultura, los hábitos dietéticos, las desigualdades sociales y otros factores (Martínez, 2007). Así veremos, por ejemplo, que ocurre en el modelo de atención primaria de salud y en la perspectiva biomédica de salud pública y epidemiología social.

En este contexto, la biomedicina se ha venido desarrollando históricamente a través de su institucionalización en los hospitales modernos²², y en dispensarios o consultas médicas privadas de atención individualizada.

Tras la crisis que acontece en el sistema biomédico en los años sesenta y setenta del siglo XX, y aún sin negar la relevancia que muestran los avances médicos o tecnológicos, la biomedicina reconoce sus limitaciones. De ahí que ponga en marcha una nueva variante

²² Históricamente los hospitales se constituían como casas de acogida de pobres, basadas en fórmulas de caridad y beneficencia. Sin embargo, a partir del siglo XVIII, el progreso de la medicina científica implica la racionalización de los hospitales (Laín Entralgo, 1998), dando paso a una creciente medicalización y tecnologización en los procesos biomédicos de atención a la salud y la enfermedad de las poblaciones.

en su institucionalización a través de la atención primaria de salud como nuevo sistema de atención sanitario biomédico. Es decir, la medicina occidental pasa a organizarse en centros de salud de menor tamaño frente a los “centros de enfermedad que pueden significar los hospitales”, y lo hace mediante un planteamiento distinto de la asistencia (García-García, 1994a: 67). Desde estos centros comienza a construirse un modelo médico institucional y público que, entre otros aspectos organizacionales, presta servicios sanitarios comprehensivos, integrales e integrados. En los centros de salud convergen las demandas y las respuestas asistenciales de las poblaciones. Éstas conforman comunidades de personas unidas por sus intereses compartidos, que acuden a ellos en busca de los servicios sanitarios ofertados en función del contexto político-institucional vigente en cada comunidad (García-García, 1994b: 59).

La atención primaria que comienza a practicarse en los centros de salud, por un lado, se aproxima a los modelos de las ciencias de salud. Específicamente, se acerca a la perspectiva biomédica del campo de la salud pública y la epidemiología social para abordar los determinantes y las desigualdades sociales en salud de las poblaciones. Por otro, se acerca a la perspectiva sociocultural para explicar y atender la diversidad, las diferencias y/o las desigualdades socioculturales en salud de las poblaciones. Estos aspectos están presentes en sus situaciones y necesidades en salud de distinta índole, y no solo biológicas.

La construcción del modelo de atención primaria procede de una larga trayectoria de debate sobre el papel que debe desempeñar la salud dentro de la organización de la vida social, y concretamente en la administración de los servicios sanitarios por parte de las instituciones (Uribe, 1994) que tienen la responsabilidad pública de prestarlos. Todo ello, en un marco en el que los saberes y prácticas de otros modelos médicos como el popular, el de autoatención, el tradicional y/o el alternativo no han dejado de existir y funcionar. No obstante, generalmente conviven de forma separada a los usos de los saberes científicos del modelo biomédico institucionalizado por los Estados en el mundo.

Su nacimiento internacional plantea una forma de organizar y fomentar la atención biomédica completa y eficaz, que es homogénea o similar en los distintos países del mundo pero no idéntica. Asimismo, también, se origina y se desarrolla históricamente

como una variante compleja y sociocultural de la construcción biológica, política, y económica del modelo biomédico tradicional:

... la APS [Atención Primaria de Salud] tiene como antecedentes entender que las políticas y los modelos en salud no surgen en un vacío, sino en el contexto más amplio del desarrollo económico y social –particularmente, en las críticas al colonialismo y al uso de la medicina occidental como herramienta de colonización y destrucción de las culturas populares– (Duque–Paramó, 2007: 134).

El ámbito de la atención primaria al sur de Europa se configura como uno de los pilares fundamentales de las políticas públicas de bienestar social y protección de la salud que se llevan a cabo en el marco del Estado de Bienestar. Todo ello teniendo en cuenta que:

El modelo de atención primaria que se formula a lo largo del siglo XX se encuentra atrapado entre la inaplicabilidad “extramuros” del modelo hospitalario, el escepticismo ante el modelo clásico y la imposibilidad teórica de aceptar la capacidad de los profanos de engendrar formas culturales y modelos de práctica y gestión específicos, pese a la imposibilidad manifiesta en atención primaria de asegurar la continuidad del cuidado sin la red social (Comelles, 1993: 181).

Desde estas premisas, a continuación, trataremos de poner de relieve el nacimiento político-institucional de la atención primaria de salud en el mundo como modelo médico.

1.1.2 NACIMIENTO POLÍTICO–INSTITUCIONAL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

El nacimiento político e institucional del modelo de atención primaria de salud está estrechamente relacionado con los cambios que introduce la perspectiva biomédica en torno a la incorporación de la dimensión social en el concepto de salud, a partir de la mitad del siglo XX.

El nuevo sentido positivo de la salud, por un lado, implica aceptar explícitamente el origen social, y por tanto implícitamente el origen cultural, en la construcción de los síntomas de las enfermedades y sus tratamientos como procesos para mantener o recuperar la salud variables en cada contexto y momento histórico. Por otro lado, abre el camino hacia el estudio y abordaje interdisciplinar e intersectorial ante los distintos determinantes socioculturales, políticos, económicos, medioambientales y biológicos, entre otros, que influyen en la salud de las poblaciones²³.

²³ Con este propósito caben mencionar las distintas definiciones de salud elaboradas, a mediados del siglo XX, por Sigerist (1941), Stampar (1945), Wylie (1970) y Terris (1975), entre otras y otros autores

Todo ello lleva a que la OMS, en el momento de su constitución, defina universalmente la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1946: 2). Así lo expresa en el primer principio de su carta fundacional que adopta en la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en el año 1946²⁴. Esta definición destaca como novedad la incorporación explícita de la dimensión social como una parte esencial de la salud, que irá adquiriendo progresivamente mayor importancia²⁵ en las estrategias político–institucionales que la promueven. A su vez, podemos decir que su mención crea las premisas necesarias para facilitar la incorporación de la dimensión cultural en la salud.

El cambio en la definición universal de salud, por un lado, tiene la virtud de ser innovador y, por otro, de propiciar un sentido holístico y positivo de la salud. Estos aspectos, a su vez, se reflejan en las elaboraciones o recomendaciones acerca de las formas óptimas de abordar los diferentes procesos de atención a la salud y la enfermedad de las poblaciones mediante los sistemas de salud en el mundo. Así, considera a la persona enferma en su totalidad e insertada en su contexto social, y por tanto añadimos también cultural, de forma que existe una toma de conciencia de que el ser humano es un ser social primordialmente. Es decir, la salud ya no solo constituye un problema cuando las personas enferman sino que viene determinada por dimensiones sociales, y no sólo biológicas²⁶ y psicológicas que están relacionadas con el ser humano

destacados del ámbito de la medicina, la salud pública y la epidemiología, y que representan un giro respecto al antiguo concepto negativo de la salud como ausencia de enfermedad.

²⁴ Esta conferencia se celebra en Nueva York del 19 al 22 de julio de 1946, sin embargo la entrada en vigor de la constitución de la OMS no tiene lugar hasta el 7 de abril de 1948. Esta constitución se establece a través de 9 principios básicos y 82 artículos, que dan lugar a su nacimiento internacional como organismo especializado, de conformidad con el artículo 57 de la Carta de las Naciones Unidas (ONU) (que se firma el 26 de junio de 1945 en San Francisco y entra en vigor el 24 de octubre del mismo año). Así, dispone que: “los distintos organismos especializados establecidos por acuerdos intergubernamentales, que tengan amplias atribuciones internacionales definidas en sus estatutos, y relativas a materias de carácter económico, social, cultural, educativo, sanitario, y otras conexas, serán vinculados con la Organización de acuerdo con las disposiciones del Artículo 63”. La finalidad de la OMS se recoge en el artículo 1 de su carta fundacional del siguiente modo: “... será alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud” (OMS, 1946: 3).

²⁵ Nótese, no obstante, que la dimensión social aparece nombrada en el último lugar, lo que suponemos lleva implícito una gradación jerárquica a la hora de especificar la importancia de los diferentes aspectos que influyen en la salud de las poblaciones.

²⁶ Desde las ciencias sociales se manifiesta que el “determinismo biológico (biologismo)” ha sido utilizado como un medio poderoso de explicar las desigualdades de status, riqueza y poder, y por tanto también podemos añadir en salud y bienestar de las poblaciones que se producen en las sociedades capitalistas industriales contemporáneas, así como también se ha empleado para definir los compartimientos humanos universales como “características naturales” de estas sociedades, de forma que han puesto de

individual y colectivamente. Sobre ellas establece que es posible intervenir mediante medios y medidas sociales y sanitarias. La definición deja a un lado la consideración explícita de la dimensión cultural en salud que queda fuera del discurso biomédico político-institucional de la OMS.

Bajo estas premisas, la OMS comienza a proponer que los esfuerzos por fomentar la salud, en gran parte, deben estar centrados en la promoción de la salud y en la prevención de las enfermedades, así como en la supresión de las diferencias en salud de causa social que son importantes, sistemáticas, evitables e injustas (Whitehead, 1992). Estos aspectos conducen a superar la definición negativa de salud como ausencia de enfermedad. También, llevan a apostar por el desarrollo de un modelo médico social de acuerdo a una nueva aproximación conceptual y a un enfoque de atención más positivo de la salud²⁷.

La apuesta por un modelo médico social, además, también se advierte en el conjunto de los valores y principios básicos que la OMS menciona ideológicamente en su propia constitución. Así, por ejemplo, este aspecto se observa cuando establece que el disfrute del más alto nivel de salud es un derecho humano fundamental, que no admite distinción entre las personas y grupos sociales por diferentes razones. Entre ellas, cita la raza²⁸, la religión y la ideología política. De esta forma, vemos que menciona algunas

relieve la necesidad de superar la adhesión a esta aproximación analítica general para tratar de luchar contra ellas (Lewontin, Rose y Kamin, 1987: 18).

²⁷ Sin embargo, tal y como señala Juárez (2011: 71) desde el marco de la psicología, en el momento actual, la definición y el modelo de salud negativa continua manteniendo su plena vigencia en distintos ámbitos: en el de la atención sanitaria biomédica y en una parte del personal profesional de la salud; en todos los campos de la salud; y en la vida cotidiana de las poblaciones que no quieren recibir el “diagnóstico” de una determinada enfermedad o trastorno. Asimismo, subraya que frente a la existencia de un único concepto y modelo de salud negativo dominante, existe un concepto de salud con múltiples significados que da lugar a la necesidad de utilizar múltiples modelos a la hora de intervenir en la salud de una forma más apropiada según cada momento y cada individuo o comunidad, así como de hacer un uso más eficiente de los recursos de salud y de facilitar una mejor comprensión de las necesidades de las poblaciones. Desde los modelos de salud negativa hasta los positivos, observa que se hallan una gran variedad de aproximaciones teórico-conceptuales y modelos diferentes como, por ejemplo, el biopsicosocial, el salutogénico, el de salud positiva de la psicología positiva, el holista, el de elección personal, el de salud como bienestar, el de salud como madurez, el de salud como inteligencia emocional y el de salud como resiliencia, entre otros.

²⁸ Respecto al concepto de raza debemos mencionar que su uso como categoría sociocultural analítica ha sido desestimado en el ámbito científico ya que, en sentido estricto, su raíz es biológica y genética (Lévi-Strauss y Didier, 1990: 206 citado por Valdés, 2007: 307–311). En base a esta noción se tratan de agrupar y separar a las poblaciones en constructos clasificatorios diferentes, diversos y jerarquizados y, por tanto, desiguales, que pueden dar lugar a procesos de exclusión racistas y discriminatorios en función de relaciones de poder y dominación basados en la supuesta existencia superior de unas razas sobre otras. Si

características socioculturales de las poblaciones como causas que pueden influir en su salud, por lo que se aproxima implícitamente al ámbito de lo cultural en la concepción de salud y de sistemas de salud que proclama.

La inclusión de estas características está asociada con su compromiso ideológico de velar por los derechos humanos tal y como se conceptualizan en el mundo occidental, y que tres años después serán recogidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos (1978)²⁹. Además, si bien no desarrolla en profundidad la redacción de este principio, es de suponer que con su mención trata de evitar la generación de procesos de reproducción de racismo, intolerancia y discriminación³⁰ sociocultural en las políticas que tratan de impulsar el logro de la salud de las poblaciones en los diferentes países:

El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social (OMS, 1946: 2).

Otro principio se refiere a la responsabilidad de los gobiernos de promover específicamente la salud de las poblaciones, y señala que esta obligación solo puede cumplirse mediante “medidas sanitarias y sociales adecuadas”:

Los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas (OMS, 1946: 2).

bien, actualmente, aún es habitual encontrar el empleo de este término en el ámbito de la literatura científica anglosajona para designar el polimorfismo inherente a la diversidad en la especie humana. Es decir, en ocasiones se observa que se emplea erróneamente como característica que refleja la condición biológica y genética de las poblaciones, mientras que en otras se hace con la intención de manifestar su condición étnico-cultural. Este último uso da lugar a procesos de neorracismo en la etapa de la globalización (Valdés, 2007: 307).

²⁹ No podemos olvidar que son numerosos los tratados y convenios internacionales que reconocen el derecho a la protección de la salud. Por ejemplo, en el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948; en el artículo 12.1 del Pacto Internacional de Derechos económicos, sociales y culturales de 1966; en el artículo 11 de la Carta Social Europea de 1961; y en el artículo 35 sobre protección de la salud de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea aprobada en diciembre del año 2000 en Niza y reconocida con carácter vinculante en el Tratado de Lisboa que entra en vigor el 1 de diciembre de 2009.

³⁰ En el plano internacional son variados los instrumentos jurídicos que señalan que la discriminación está prohibida. Entre ellos así se establece en el artículo 1.3 y 13.1 de la Carta de las Naciones Unidas de 1945; en el artículo 2 de la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948; y en el artículo 26 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de 1966, entre otros tratados y convenios internacionales. Igualmente, el respeto por la dignidad de las personas, los derechos humanos y las libertades fundamentales se inscribe internacionalmente en la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) (2005), en la que se reconoce que la identidad de las personas está formada por “dimensiones biológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales” (Luxardo, 2011: 232).

Todo ello, desde un marco en el que el sistema biomédico se presenta como conocimiento científico hegemónico. Por tanto, como un bien deseable que es necesario generalizar en todas las sociedades:

... la extensión a todos los pueblos de los beneficios de los conocimientos médicos, psicológicos y afines es esencial para alcanzar el más alto grado de salud (OMS, 1946: 2).

Del mismo modo, entre las funciones de la OMS para alcanzar el más alto grado posible de salud para todos los pueblos, hace hincapié en la necesidad de establecer mecanismos de cooperación con otros organismos especializados. Asimismo, subraya la promoción de “técnicas administrativas y sociales” relacionadas con la “salud pública” y la “asistencia médica” desde un punto de vista preventivo y curativo:

p) estudiar y dar a conocer, con la cooperación de otros organismos especializados, cuando fuere necesario, técnicas administrativas y sociales que afecten la salud pública y la asistencia médica desde los puntos de vista preventivo y curativo, incluyendo servicios hospitalarios y el seguro social (OMS, 1946: 3.)

Estos aspectos son la clave que fortalece y propugna política e institucionalmente, a comienzos de la mitad del siglo XX, la incorporación de lo social, y podemos añadir de lo cultural, en los procesos de atención a la salud y la enfermedad de las poblaciones³¹. Sobre ello se apoyará, treinta años después, con mayor hincapié el nacimiento del nuevo modelo de atención primaria de salud diferente a la opción curativa hegemónica hasta el momento.

No obstante, desde la constitución de la OMS surgen diversas críticas sobre la definición universal de salud y el planteamiento de los modelos médicos a la que da lugar en el mundo. Las reprobaciones se han mantenido y se han seguido introduciendo de forma constante a lo largo de los últimos sesenta años³². En general estas opiniones,

³¹ En el siglo XIX, Virchow (1821–1902) patólogo, antropólogo, político y pionero de la medicina social, ya planteaba la relevancia que las prácticas de intervención social tienen sobre la salud de las comunidades, frente a la simple intervención médico sanitaria, de manera que pone de relieve que al Estado le corresponde asegurar el derecho de las personas a disfrutar de una vida sana a través de diferentes medios y caminos (Virchow, 1907).

³² En una revisión reciente realizada desde las ciencias de la salud por Huber, Knottnerus, Green, Van der Horst, Jadad, Kromhout, Leonard, Lorig, Loureiro, Van der Meer, Schnabel, Smith, Van Weel y Smid (2011), se indica que aunque en su momento la definición de la OMS fue rompedora por su amplitud y ambición, aún presenta una serie de limitaciones: a) lo absoluto del término completo en relación al bienestar y cómo éste puede contribuir involuntariamente a medicalizar a la sociedad; b) la tendencia actual de las poblaciones a envejecer viviendo con enfermedades crónicas, que son responsables de la mayor parte del gasto actual de los sistemas sanitarios, de forma que esta realidad es contraproducente en la definición al considerarlas como definitivamente enfermas; c) y la falta de operatividad y mensurabilidad

por un lado, censuran la equiparación del concepto de bienestar con la noción de salud por tratarse de una utopía, ya que muy difícilmente se alcanzará el completo bienestar físico, mental y social y, por otro lado, cuestionan que la definición sea estática y subjetiva (Piédrola-Gil, 2001).

Igualmente, respecto al planteamiento de los modelos médicos, durante los años cincuenta del siglo XX, se asiste al fortalecimiento de la institucionalización del sistema biomédico occidental, eminentemente curativo y centrado en el ámbito hospitalario. Este refuerzo se relaciona con los siguientes aspectos:

- el auge que recibe un enfoque más apoyado en las tecnologías sanitarias debido a los avances en la investigación de medicamentos y la fuerza que adquiere la industria farmacéutica moderna,
- los cambios políticos que conllevan la retirada temporal de la Unión Soviética de las Naciones Unidas (ONU) con la consecuente mayor influencia que adquiere Estados Unidos en sus organismos, y que se expresa en su reticencia hacia la apuesta por un modelo social de salud ideológicamente mal conceptualizado en el escenario de la guerra fría,
- la influencia colonial que recibe la implantación de sistemas biomédicos en los países en desarrollo centrados en la atención curativa, la tecnología y los hospitales urbanos,
- y la expansión de programas verticales de salud pública internacional focalizados contra enfermedades concretas y sus campañas basadas en la tecnología (Irwin y Scali, 2005: 9–11).

En las décadas siguientes, tiene lugar una importante crisis económica y social en Europa y en Estados Unidos. Esto da lugar al incremento de las ideologías neoliberales y a una importante reducción del gasto público, junto al surgimiento de nuevos movimientos sociales que luchan por la conquista de derechos sociales, un clima de inestabilidad política y la emergencia de determinadas enfermedades (Gillam, 2008). En

del término completo. De esta manera, proponen un cambio dinámico en la conceptualización de la salud hacia la capacidad de adaptación (*ability to adapt*) y el automanejo (*self manage*) en la esfera de los retos sociales, físicos y mentales (p. 237).

este periodo el sistema biomédico dominante en occidente se somete a revisión y recibe críticas desde diversos ámbitos. Al mismo tiempo, comienzan a ponerse en marcha programas pioneros de salud comunitaria que obtienen resultados positivos en la salud de poblaciones de entornos empobrecidos. Así, por ejemplo, los llevados a cabo en África, Asia y América Latina, mediante el desarrollo de estrategias de promoción de salud, educación sanitaria y prevención de enfermedades (Irwin y Scali, 2005), que vuelven a poner de relieve la necesidad de apostar por el desarrollo de un modelo médico más social e integral.

Algunos de los análisis críticos que recibe el sistema biomédico tradicional se dirigen a los siguientes aspectos de su conceptualización y puesta en práctica. La supuesta neutralidad y objetividad científica, el dualismo mente–cuerpo que propugna, y su manera racional y empírica de entender y curar la enfermedad como procesos que pueden ser explicados en sí mismos biológicamente que desvía el foco de la atención de las poblaciones sanas o enfermas. Por último, la falta de eficacia de la práctica médica ante determinados problemas de salud originados por múltiples causas, entre ellas las sociales, y por tanto sus dificultades para lograr el grado más alto posible de salud en las poblaciones a nivel mundial.

Una parte de estas valoraciones se realizan desde las convenciones y encuentros sanitarios internacionales, en los que la OMS reafirma el reconocimiento de la dimensión social en la definición universal de salud y paralelamente se introduce la propuesta de fomentar un nuevo movimiento social y comunitario en salud. Este movimiento dará lugar al diseño de reformas en la institucionalización de los sistemas biomédicos existentes en cada país, y a la recuperación del protagonismo de la intervención estatal en el ámbito de la salud.

Será la misma OMS la que progresivamente se aleje de una definición utópica y maximalista de la salud. Así, comenzará a promover durante los años setenta y ochenta en distintos foros y comités de expertos y expertas un concepto dinámico y contextual de la salud. Éste se plantea como acorde con un nuevo modelo médico social que tenga en cuenta la interrelación existente entre lo biológico, lo social, lo cultural, lo político y lo económico. Estos cambios se aproximan a institucionalizar la gestión de las dimensiones socioculturales en el encuentro asistencial con las poblaciones.

Fundamentalmente lo hace a través de la potenciación de la lucha contra los determinantes y las desigualdades sociales en salud y en pro de lograr la salud de las poblaciones a través de los sistemas de salud.

Política e institucionalmente, la propuesta de promover un nuevo modelo médico social nace de las recomendaciones difundidas por la OMS en la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud que se celebra entre los días 6 y 12 de septiembre de 1978 en Alma Ata antigua capital de Kazajistán, ahora conocida como Almaty. A ella asisten representantes de 134 gobiernos y de 67 organizaciones de la ONU, organismos especializados y organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OMS y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Los y las participantes en esta conferencia acordaron promover la denominada Declaración de Alma Ata, que supone el mayor pronunciamiento internacional que ha tenido lugar en el ámbito sanitario en el mundo (Nervi, 2008)³³. A través de esta declaración se insta a los gobiernos, al personal de salud y de desarrollo, y a la comunidad mundial, a que adopten medidas urgentes para proteger y promover la salud de todas las poblaciones del mundo.

En suma, los objetivos de esta conferencia se concretaron en los siguientes aspectos:

- promover el concepto de atención primaria de salud en todos los países;
- intercambiar experiencias e informaciones sobre la organización de la atención primaria en los sistemas y servicios nacionales de salud;

³³ Posteriormente, cabe mencionar la promulgación de la *Declaración para la salud de los pueblos* en la Asamblea Mundial de Salud de los Pueblos, que se organiza en el año 2000 por el Movimiento Mundial por la Salud de los Pueblos en Savar (Bangladesh) como una alternativa popular a los foros oficiales de la OMS. Asisten 1453 participantes de 92 países del mundo, de forma que supone el documento de consenso más ampliamente alcanzado en el ámbito de la atención primaria desde la Declaración de Alma Ata en 1978. Cinco años después tiene lugar la II Asamblea Mundial de Salud de los Pueblos en Cuenca (Ecuador), donde se reúnen más de 1.300 personas de 80 países del mundo. En ella se establece la *Declaración de Cuenca* que reitera y actualiza los principios de la primera asamblea, y reafirma el compromiso de alcanzar el derecho universal a la salud que fue propuesto en Alma Ata. En definitiva, la asamblea concibe a la movilización popular como parte de la atención primaria comprehensiva y esencial para abordar los determinantes sociales de la salud, de forma que plantea que en el contexto económico global de crisis actual la movilización es necesaria para transformar las prioridades políticas y económicas que acrecientan las desigualdades sociales en salud dentro y entre países (Legge, DeCeukelaire, Baum, McCoy y Sanders, 2009).

- evaluar la situación actual de la salud y de la asistencia sanitaria mundial;
- definir los principios de la atención primaria y los medios operativos para superar los problemas prácticos que plantea su impulso;
- definir la función de los gobiernos y de las organizaciones nacionales e internacionales en la cooperación técnica y la ayuda para su desarrollo; y
- formular recomendaciones para su avance (OMS, 1978: 13–14).

Para afrontar estos objetivos, se crearon tres comisiones de trabajo. Una primera relativa a la atención primaria de salud y el desarrollo, otra dirigida a los aspectos técnicos y operativos y la tercera a las estrategias nacionales y a la ayuda internacional (OMS, 1978: 17).

La conferencia declara el inaceptable estado de salud de múltiples poblaciones en el mundo, y en particular el de las poblaciones de los países en desarrollo (OMS, 1978: 19). Igualmente, señala la necesidad de distribuir equitativamente los recursos de salud y conseguir que las poblaciones de todos los países consigan “un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económica productiva” (OMS, 1978: 19). Así, reitera la definición de salud universalmente aceptada por la OMS en 1946, que se conceptualiza como “objetivo social” y “derecho humano fundamental”. Además, subraya que para alcanzarla, en sentido pleno y social, exige la realización de acciones de intervención entre los “sectores sociales y económicos”, además del sanitario:

La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud (OMS, 1978: 2).

De este modo, la Declaración de Alma Ata insiste en otro de los principios fundacionales de la OMS (1946), al volver a establecer que es responsabilidad de los gobiernos cuidar la salud de las poblaciones:

... obligación que solo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas y equitativamente distribuidas (OMS, 1978: 20).

Haciendo un análisis de la conferencia Mahler, Director general de la OMS de 1973 a 1988 y máximo impulsor de Alma Ata, en una entrevista realizada en octubre de 2008, observa que en ese momento histórico y político la iniciativa de “adoptar un enfoque mucho más orientado hacia los sistemas de salud” procede de numerosos países y documentos de organizaciones no gubernamentales, así como de la publicación de la OMS “La salud por el pueblo”³⁴ (p.747). Relata que el impulso de este enfoque aboga por encontrar un equilibrio entre una orientación centrada en los sistemas de salud (enfoque horizontal) y otra basada en programas dirigidos a una única enfermedad (enfoque vertical).

Respecto al posible conflicto que podía existir entre personas partidarias y detractoras del “enfoque comunitario” y del de “sistemas de salud”, indica que no puede existir uno sin otro, de forma que deben combinarse. De este modo, afirma que “... la atención primaria de salud no tendrá éxito salvo que podamos conseguir la participación de personas, familias y comunidades, pero esta participación comunitaria sólo funcionará si se tiene el apoyo del sistema de salud” (Mahler, 2008: 747).

En relación a las expectativas que despertaba la celebración de esta conferencia, enfatiza el propósito de llegar a un consenso “espiritual”, así como la voluntad compartida por lograrlo mediante la que se superaron las dificultades existentes:

... Era un clima casi espiritual, no en el sentido religioso, sino en el sentido de que las personas querían acometer algo grande. Hubo muchos enfrentamientos durante los meses de preparación y en la propia conferencia. No obstante, la impresión predominante era que “debíamos llegar a un consenso”.

No fue fácil. Por ejemplo, el incluir la “planificación familiar” junto con la “atención maternoinfantil” en la Declaración hizo que todo se viniera abajo. Pero gracias a la voluntad de hacer un sacrificio por nuestros objetivos compartidos, alcanzamos un consenso espiritual. Es asombroso cuánto se criticó este consenso después ... (Mahler, 2008: 747).

Asimismo, señala que la atención primaria “fue una verdadera revolución de pensamiento”, así como el componente estratégico que impulsaba el “sistema de valores” de la estrategia sanitaria Salud para Todos³⁵:

³⁴ Concretamente, se trata de la publicación *Health by the people* editada por Kenneth Newell, Director de la División para el Fortalecimiento de los Servicios de Salud de la OMS, en el año 1975, a la que haremos referencia en los epígrafes siguientes.

³⁵ En relación a esta meta promovida por la Declaración de Alma Ata, como señala Otero (2011: 12) la literatura científica y los medios de comunicación han venido dando cuenta de que no solo no se alcanzó,

Las dos van unidas. Uno ha de saber adónde quiere que le lleven sus valores, y ahí es donde teníamos que aplicar la estrategia de atención primaria. Inmediatamente después hubo una especie de júbilo. Algunos sugieren que no se hizo nada después de aquello, pero eso es terriblemente injusto si uno ve qué hicieron las regiones y los Estados Miembros de la OMS en los primeros años que siguieron.

Por ejemplo, varios Estados Miembros de la OMS progresaron de forma sustantiva. Pero disponían de más recursos. También África había puesto en marcha algunos de los ejemplos más asombrosos de atención primaria de salud, por ejemplo en Mozambique, mientras que los esfuerzos de otros países se vieron lentamente erosionados por el clima político y económico que imperaba. Años más tarde, la OMS registró y siguió ejecutando el consenso de Alma Ata, obteniendo diversos resultados positivos en diferentes regiones y países (Mahler, 2008: 747–748).

De esta forma, observa que “el decenio de 1970 fue propicio para la justicia social” en el ámbito sanitario. Por ello tras la celebración de la Conferencia de Alma Ata “todo parecía posible” (Mahler, 2008: 748). Sin embargo, este clima favorable se vio debilitado por los ajustes propuestos por el Fondo Monetario Internacional (FMI) y la falta de apoyo del Banco Mundial. Además, subraya que la mayor decepción fue la vuelta al antiguo “enfoque selectivo” centrado en una única enfermedad que llevaron a cabo algunos organismos de la ONU:

Eso nos llevó a empezar desde cero. Habíamos empezado con programas de atención de salud selectivos, centrados en una única enfermedad, como el paludismo y la tuberculosis, en los decenios de 1950 y 1960. A continuación tuvimos este despertar espiritual e intelectual que salió de Alma Ata, y de repente algunos defensores de la propuesta de atención primaria de salud volvieron una vez más al antiguo enfoque selectivo. Quizás, paradójicamente, Alma Ata tuvo en esos casos el efecto opuesto al previsto, ya que hizo que las personas pensarán demasiado en la selección, en lugar de seguir la doctrina de Alma Ata de salud para todos (Mahler, 2008: 748).

La doctrina de Alma Ata apostaba por la estrategia Salud para Todos porque pretendía reducir la desigualdad, mejorar el nivel de salud y la calidad de vida de las poblaciones. Con ello trataba de hacer frente a la crisis económica y de efectividad, en la que estaban

sino que ha empeorado la posibilidad de alcanzarla como consecuencia del aumento de “la pobreza, las desigualdades en salud, los problemas medioambientales, la vulnerabilidad a los desastres, la falta de acceso a agua potable, la inseguridad alimentaria, la violencia, los movimientos poblacionales y las tensiones étnico–culturales” en todos los países del mundo.

sumidos los sistemas biomédicos tradicionales en la segunda mitad del siglo XX. Esta estrategia se basaba en tres pilares fundamentales:

- en la orientación de los servicios sanitarios hacia la promoción de la salud,
- en el desarrollo de la atención primaria como eje del sistema, y
- en la participación comunitaria (OMS, 1987).

En relación a este aspecto, Mahler menciona que efectivamente el objetivo de erradicar “todas las enfermedades y dolencias para el año 2000” era imposible. Así, su propósito “era centrar la atención del mundo en las desigualdades sanitarias y tratar de alcanzar un nivel aceptable de salud, distribuido equitativamente en todo el mundo” (Mahler, 2008: 748)³⁶.

En definitiva, la Declaración de Alma Ata conlleva el nacimiento político e institucional de la atención primaria como nuevo modelo médico (Martin, 1978; Freidin, 1980; Walt y Vaughan, 1982; Roemer, 1986; Frenk, González–Block y Alvarez–Manilla, 1990; Venediktov, 1998). La implantación de este modelo comienza a promoverse internacionalmente en todos los países del mundo, con independencia de su nivel de ingresos (Starfield, 2012). Sus prácticas reflejan la aceptación generalizada de transformar los sistemas de atención sanitarios biomédicos en servicios de salud públicos más sociales y comunitarios. Es decir, estos cambios enfatizan el ámbito de la intervención colectiva y comunitaria en los servicios de salud, con el afán de superar las limitaciones del esquema interpretativo del enfermar y el curar enfermedades, fundamentalmente transmisibles e infecciosas, que caracterizaba al sistema biomédico tradicional dominante hasta el momento.

³⁶ Cabe mencionar que desde el momento de la promulgación de la estrategia Salud para Todos, su puesta en marcha influye en el ámbito de las políticas de protección de la salud impulsadas por la UE. En relación a este aspecto, en los últimos veinte años, la Oficina Europea de la OMS viene promoviendo la equidad en salud. Además, desde hace más de una década, la UE pone en marcha la Estrategia Sanitaria Europea, en la que la reducción de desigualdades en salud constituye un aspecto clave. Así se observa en el Libro Blanco de la Comisión de las Comunidades Europeas, de 23 de octubre de 2007, “Juntos por la Salud: Una aproximación estratégica para la UE (2008–2013)”. La estrategia europea promueve el desarrollo de la salud en todos sus sectores, así como establece un marco estratégico único para proteger la salud de las poblaciones y promover su salud. Se trata de hacer frente a los cambios demográficos, los riesgos sanitarios, las pandemias, el bioterrorismo, la carga de las enfermedades relacionadas con los estilos de vida, las desigualdades en salud y el cambio climático en una Europa ampliada a veintisiete Estados miembros que no pueden actuar en solitario.

Surge así la propuesta de crear el modelo de atención primaria que, además, vincula la salud pública con la necesidad de establecer un nuevo orden económico internacional más justo con la salud mundial. Nace, por tanto, con el propósito de promover una estructura organizativa de servicios de salud idónea para entender el origen y las causas de la enfermedad, capaz de proteger y promover la salud de todas las poblaciones en el mundo (OMS, 1978) y no solo de curar enfermedades. Para ello, también, se basa en teorías y saberes médico-científicos occidentales, pero apoyados en estrategias comunitarias de atención a la salud de las poblaciones, de forma que requiere la acción de múltiples sectores “sociales” y “económicos” y no solo del “sanitario” (OMS, 1978).

A continuación, nos centraremos en analizar algunos de los aspectos fundamentales de su desarrollo internacional en el marco de los sistemas de salud de los diferentes países del mundo.

1.1.3. DESARROLLO INTERNACIONAL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

El desarrollo internacional del modelo de atención primaria pretende impulsar una visión holística y positiva de la salud y la enfermedad de las poblaciones, que va mucho más allá del tradicional sistema biomédico. Para ello, en la Declaración de Alma Ata la atención primaria de salud se define como:

... la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación ... (OMS, 1978: 19).

En este sentido, la atención primaria constituye:

... un servicio integrado compuesto por centros de atención primaria y equipos multidisciplinares y presta servicios sanitarios personales y de salud pública. Concentra la mayor parte de la actividad del sistema en atención sanitaria, mantenimiento de la salud, recuperación de la salud, rehabilitación y trabajo social (García-Armesto, Abadía-Taira, Durán, Hernández-Quevedo y Bernal-Delgado, 2011: 170).

Su implantación se basa, por tanto, en el reconocimiento de que las causas de la mala salud y la enfermedad deben abordarse en un contexto comunitario, y a través de un enfoque sociocultural, político y económico amplio. Igualmente, recoge el derecho y el deber de las poblaciones a participar individual y colectivamente en la planificación y cuidado de su salud. No obstante, observamos que ambas definiciones subrayan el

carácter de “asistencia sanitaria” y de “servicio integrado” que le confieren una limitación en su desarrollo. Estos aspectos, finalmente, lo establecen como una variante compleja y sociocultural de la propia institucionalización del sistema biomédico tradicional. Es decir, su orientación tecnocrática conlleva que las actuaciones de atención sanitaria individual adquieran un papel relevante, y que esta preponderancia actúe en detrimento del abordaje comprensivo de los determinantes políticos, económicos y socioculturales de la salud y la enfermedad de las poblaciones (Legge et al., 2009).

Históricamente, el desarrollo teórico del modelo de atención primaria se afianza tras la celebración de la I Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, que tiene lugar en Canadá en el año 1986 y en la que se formula la Carta de Ottawa. La Carta enuncia un amplio concepto de salud, y de manera específica subraya la importancia de los siguientes aspectos:

- actuar sobre los determinantes sociales de la salud, y
- desarrollar el ámbito de la promoción³⁷ en los sistemas de salud y especialmente en el modelo de atención primaria que se configura como idóneo para proteger y promover la salud de todas las poblaciones del mundo.

Esta misma idea se enfatiza, aún más, en las sucesivas conferencias internacionales sobre promoción de salud que tendrán lugar en el mundo en los años siguientes.

Durante los años setenta, la implantación piloto de la atención primaria obtuvo grandes resultados en la salud de poblaciones de países en desarrollo mediante políticas públicas de salud pública y programas de salud comunitaria para actuar sobre los determinantes sociales, como, por ejemplo las llevadas a cabo en Costa Rica (PAHO, 1988) o Cuba (Nayeri, 1995), entre otros. Sin embargo, en los ochenta, como señalan Irwin y Scali (2005: 21–27) la puesta en marcha de una “atención primaria de salud

³⁷ Cabe mencionar que cuatro décadas antes de la promulgación de la Carta de Ottawa, Sigerist enunció por primera vez el término promoción de salud al tratar de definir las cuatro grandes tareas de la medicina: 1) promoción de salud, 2) prevención de la enfermedad, 3) restablecimiento del enfermo y la enferma, y 4) rehabilitación (1941). En este sentido, afirmaba que “la salud se promueve cuando se facilita un nivel de vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y medios de descanso y recreación” (1941).

selectiva" centrada en un número pequeño de intervenciones de bajo costo y eficacia probada ante las principales causas de mortalidad y morbilidad de una región o de un país (como, por ejemplo, las relativas a la salud materna y la salud infantil), acabó restando importancia a la dimensión sociocultural, política y económica de la salud. También, debilitó a la "atención primaria de salud integral" en un contexto político y económico de supremacía neoliberal. Hubo que esperar hasta los años noventa, para que la salud pública evidenciara científicamente la influencia de la dimensión social en la salud y con ello que muchos países, la mayoría europeos, comenzaran a actuar sobre estos aspectos, no sin dificultades (Irwin y Scali, 2005: 29). Estos aspectos contribuyeron finalmente a reforzar el papel internacional del modelo de atención primaria de salud en los sistemas de salud.

En este marco, la conceptualización de la atención primaria incluye los determinantes económicos y sociales presentes en los procesos de salud y enfermedad de las poblaciones. También, reconoce las actividades de múltiples sectores, incluyendo las organizaciones de la sociedad civil, que tienen la posibilidad de mejorar la salud de las poblaciones (Chan, 2008: 65).

Los valores, principios y estrategias de actuación del nuevo modelo de atención primaria, sientan las bases para establecer nuevos e inevitables caminos de encuentro entre las ciencias de la salud y las ciencias sociales³⁸. El necesario diálogo entre unas y otras, ya se pone de manifiesto desde finales del siglo XIX por autoras y autores como McIntire. Este autor, en el año 1894, expresa la importancia del campo de estudio de la sociología médica en Estados Unidos a través de la reflexión y el debate sobre la profesión médica y la importancia de los factores sociales en la salud. De esta forma, el interés por observar y comprender la influencia de las dimensiones sociales, y podemos

³⁸ Desde una perspectiva histórica, las ciencias de la salud, fundamentalmente la rama de medicina, y las ciencias sociales, mantienen una relación antigua y compleja. Para estudiar con detalle la historia de las relaciones entre ambos tipos de ciencias pueden consultarse, entre otros, los manuales y textos compilados de Freeman, Levine y Reeder (1963), Fábrega (1974), De Miguel (1978 y 1979), Kenny y De Miguel (1980), Eisenberg y Kleinman (1981), Comelles (1984), Good, C. (1987), Comelles y Martínez (1993), Hahn (1995), Kleinman (1980 y 1995), Sontag (1996), Irigoyen (1996), Uribe (1996), Annandale (1998), Martínez, Comelles y Miranda (1998), Romani y Miranda (1998), Laplantine (1999), De la Cuesta-Benjumea (1999), Helman (2000), Perdiguero y Comelles, (2000), Cockerham (2002), Idoyaga-Molina (2002), Good, B. (2003), Turner, B. (2004), Foucault (2004), Fernández-Juárez (2004), Fernández-Juárez (2006), Fernández-Juárez, González y García (2008), Esteban (2007), Martínez (2008), Boixareu (2008), Esteban, Comelles y Díez (2010), Bird, Conrad y Fremont (2010) y Martínez, et al.(2013).

añadir también culturales, en los procesos de atención a la salud y la enfermedad de las poblaciones, ha estado presente en gran parte del personal profesional de la medicina mucho antes del nacimiento de la atención primaria:

... este interés estaba asociado al poco desarrollo de la medicina y de la tecnología médica, es decir, ese médico humanista o con un perfil epidemiológico más completo, que se ocupaba de lo social, lo hacía tanto por la sensibilidad que iba asociada al compadecerse del sufrimiento del otro enfermo, como por las propias limitaciones que tenía en el tratamiento médico. Esta preocupación disminuye con la aparición de los antibióticos, los insecticidas y la fabulosa tecnología médica, y quedó más reservada a los médicos dedicados a la salud pública quienes han tenido siempre unas preocupaciones por las condiciones ambientales y sociales y por las ingenierías que procuran modificarlas (Briceno-León, 2003: 34).

Sin embargo, tras el desarrollo de la medicina científica, la influencia del ámbito de lo sociocultural en salud vuelve a quedar patente a través de la institucionalización de la atención primaria a mediados del siglo XX y su cercanía a las poblaciones. La implantación del modelo supone un cambio radical en las percepciones, definiciones y experiencias de los procesos de atención a la salud y la enfermedad que tienen lugar en el encuentro asistencial entre profesionales de la salud y las poblaciones en los entornos biomédicos.

Entre ellas, podemos observar diferentes situaciones de socialización y enculturación en torno a los aspectos siguientes:

- la implantación del derecho a la protección sanitaria, entendido como una responsabilidad social y sanitaria que se basa en valores de equidad y justicia social;
- la constitución de una nueva filosofía que da lugar al modelo biopsicosocial de atención a la salud que se enmarca en la teoría general de sistemas (Engel, 1977 y 1978; Weiss, 1980; Howell, 1992; Havelka, Lucanin y Lucanin, 2009), y que se manifiesta en la asunción de múltiples causas de la salud, así como en la expresión por parte de las poblaciones de nuevas necesidades biológicas, psicológicas y sociales, y en la demanda de servicios públicos de atención comprensivos, integrados, integrales y comunitarios para hacerles frente³⁹;

³⁹ Dentro del marco del modelo biopsicosocial de atención a la salud han surgido nuevas proposiciones como, por ejemplo, el modelo salutogénico de atención a la salud propuesto por Antonovsky (1979) que consiste en valorar integralmente la salud y proponer un enfoque de intervención salutogénica interdisciplinar. Esta nueva orientación incide en las limitaciones de utilizar modelos de salud basados en

- la observación de los límites entre lo biológico, lo social y lo cultural, que se plasma en la complejidad de las múltiples dimensiones socioculturales que están presentes en la construcción de la salud y la enfermedad de las poblaciones (Devillard, 1990), y
- el intento de organizar la diversidad mediante la institucionalización biomédica de nuevas prácticas socioculturales de atención en el contexto de los servicios de salud que se ofertan a las poblaciones mediante los encuentros asistenciales y que, sin embargo, pueden no conseguir superponerse a la demanda, es decir, a las expectativas de las poblaciones usuarias (Seppelli, 2000).

Por otra parte, el modelo de atención primaria al no contemplar la dimensión cultural en salud explícitamente, da lugar a la articulación de una nueva posible relación asimétrica de saberes y poderes en la construcción compleja y heterogénea de los procesos de atención a la salud y la enfermedad de las poblaciones. Procesos que, además, transcurren en paralelo al discurrir de los cambios socioculturales, demográficos, económicos y políticos que tienen lugar globalmente en las sociedades. Todo ello, a su vez, fortalece la necesidad de promover una relación interdisciplinaria entre las ciencias de la salud y las ciencias sociales, que sin embargo solo desde el reconocimiento de la diversidad podrán progresar en su intercambio (Irigoyen, 1996: 11). Esta necesidad sigue vigente actualmente:

La concurrencia de la profesión médica con la Epidemiología, la Salud Pública o las Ciencias Sociales parece imperativa ... Pero su campo relacional restringido a las fuerzas hegemónicas que impulsan la reestructuración, determina la generalización de una cosmovisión descentrada respecto a la complejidad de las realidades sociales y las problemáticas de la salud colectiva. La profesión médica se encuentra extraviada en el laberinto tecnológico, comercial y del consumo desbocado (Irigoyen, 2011: 291).

De esta forma, se hace necesario reforzar algunos de los elementos universales del modelo de atención primaria que permiten al personal profesional de la salud acercarse, nuevamente, a la dimensión social, y por tanto también a la dimensión cultural, en los encuentros asistenciales con las poblaciones, ya que:

la enfermedad y los factores de riesgo, de forma que sustenta teóricamente el enfoque de promoción de la salud (Antonovsky, 1996). Se trata de un concepto y un modelo positivo de la salud, que tiene en consideración la habilidad de las poblaciones para afrontar, resistir e incluso aprender y crecer en las situaciones más adversas. El empleo de este modelo resulta de gran utilidad en el abordaje de comunidades, debido a la multitud de elementos que integra (Juárez, 2011).

Los trabajadores de la salud que se engloban en atención primaria ya no se limitan al curar, sino que siguen cursos de epidemiología, tienen en cuenta las condiciones económicas, laborales y afectivas de sus usuarios, están alerta a cómo éstos estructuran su sexualidad y se preocupan de sus alteraciones psicopatológicas, e incluso organizan puestas en común sobre su propia labor o, con otras palabras, se ocupan también del contexto de lo que tradicionalmente era el enfermar y el curar (Uribe 2007, 45).

La atención primaria de salud conlleva, por tanto, una transformación teórica del sistema biomédico hegemónico con el propósito programático de prestar en la práctica una respuesta innovadora y más eficaz, centrada en los contextos históricos, socioculturales, políticos y económicos presentes a lo largo del tiempo en los encuentros asistenciales entre el personal profesional de la salud y las poblaciones. Para ello, debe volver a mirar a las ciencias sociales:

... como ya lo hicieron sus predecesores de otros siglos, instalados en paradigmas en los que lo social y lo ambiental –en sentido lato –, eran la clave del entendimiento de la realidad y de su propia identidad (Perdiguero y Comelles, 2000: 23).

En definitiva, con distintos aciertos y errores, el desarrollo internacional de la atención primaria trata de recuperar la dimensión social de la salud, y con ella la dimensión cultural. Así, pretende responder a los objetivos de mejorar el bienestar y el nivel de salud de las poblaciones, disminuir la morbilidad, aumentar la equidad y mejorar la eficacia de los sistemas de salud. Objetivos no alcanzados por los sistemas de salud debido al incremento de los costes y el escaso avance en la eficiencia, aunque se han realizado grandes progresos en su consecución (OMS, 2008).

Hoy en día, en el impulso de incorporar el modelo de atención primaria en los sistemas biomédicos se reconocen y continúan confluyendo “la mayor parte de quienes luchan por el derecho a la salud de los pueblos” (Nervi, 2008: 1). En esta misma línea, Mahler plantea que la OMS está apostando por volver a la definición de salud del año 1946 y por revitalizar la atención primaria de salud. Igualmente Chan, la actual Directora General de la OMS, también lo ratifica con sus propias palabras al reafirmar que es necesario “regresar a Alma Ata” (Chan, 2008: 865):

La OMS está empezando algo muy importante. Regresa a la maravillosa definición de salud de la OMS. Si las personas la hubieran respetado más, el que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” –una definición que fue ridiculizada por numerosos profesionales médicos–. Apoyo firmemente lo que ahora está haciendo la OMS. Considero excepcionalmente valiente el hecho de que la Directora General de la OMS [Dra. Chan] haya comenzado el debate con los Estados Miembros sobre cómo revitalizar la atención primaria de salud.

Lo digo como persona de edad avanzada que estaba decepcionada por que las cosas siguieran el curso que llevaron, pero ahora veo que la OMS está preparada para examinar detenidamente

dónde nos encontramos actualmente y adónde queremos ir más allá de la atención de salud primaria. Puede tener un alto costo, no sólo por la remodelación de los programas verticales, sino por los sistemas de salud basados en conceptos de atención primaria de salud. Aprovechará todas las sinergias que, se espera, puedan generarse entre los programas verticales y horizontales. Me alegra mucho que todo esto esté empezando a suceder ahora (Mahler, 2008: 748).

Por su parte, en el “Informe sobre la salud en el mundo: la atención primaria de salud. Más necesaria que nunca” del año 2008, la OMS también hace hincapié en que “... los valores centrales de la Constitución de la OMS y los que dieron forma a la Declaración de Alma-Ata han superado la prueba de la realidad y siguen siendo válidos ...” (p.2). Sin bien, afirma que los fracasos colectivos en la materialización de estos valores continúan demandando atención y disminuyen la eficacia de los sistemas de salud (OMS, 2008). Algunos de ellos se refieren a: “... esa madre con complicaciones del parto pero sin acceso a asistencia cualificada, ese niño que no recibe las vacunas esenciales que debería, o tantos habitantes de tugurios urbanos sumidos en la miseria ...” (p.2). Por todo ello, la OMS plantea la necesidad de renovar el modelo de atención primaria de salud, y apunta que esta demanda proviene no solo del personal profesional de la salud sino también del propio personal político.

El informe, propone cuatro conjuntos de reformas a llevar a cabo en el ámbito de la atención primaria para responder a los desafíos actuales de la salud:

- reformas en pro de la cobertura universal que favorezcan la equidad sanitaria, la justicia social y el fin de la exclusión;
- reformas de la prestación de servicios que reorganicen los servicios de salud en función de las necesidades y expectativas de la población para hacerlos más pertinentes socialmente y sensibles a los cambios que experimenta el mundo;
- reformas de las políticas públicas que mejoren la salud de las comunidades mediante la integración de las intervenciones de salud pública y la atención primaria, la aplicación de políticas públicas saludables en todos los sectores y el fortalecimiento de las intervenciones de salud pública trasnacionales; y
- reformas en pro de un liderazgo integrador, participativo y dialogante (OMS, 2008: 2).

Estas reformas a pesar de que son de aplicación universal no tienen como propósito impulsar un nuevo movimiento social, sino contribuir a que los y las líderes políticas presten atención al incremento de las expectativas sociales sobre una atención sanitaria, justa y eficiente, que incorpora muchos de los valores de la Declaración de Alma Ata (Chan, 2008: 866). Las medidas para llevar a cabo estas reformas en cada país, se propone que se realicen en función del contexto y las condiciones específicas, así como a partir de la mejor evidencia disponible (OMS, 2008: 2).

En su desarrollo actual, el planteamiento de renovación de la atención primaria se asienta en la necesidad de articular los aprendizajes del pasado con los retos y cambios socioculturales que acontecen en el presente en el ámbito de los encuentros asistenciales:

[Discurso desde la profesión de medicina] Se ha hecho demasiada propaganda del poder y del progreso de la medicina, y muchas personas no aceptan la incertidumbre en medicina. Así, cada vez llegan a nuestras consultas un mayor número de pacientes, tanto de carácter crónico como también para resolver problemas banales que hasta hace unos años se solucionaban en el seno de la familia o simplemente no merecían una consideración como problema de salud. Es necesario modular el uso consumista de los servicios sanitarios, y recuperar el valor y el prestigio de la consulta médica. Debemos invertir los máximos esfuerzos en dar respuestas desmedicalizadas a las demandas no médicas (Hernansanz, Clavería, Gérvas, Márquez y Álvarez-Dardet, 2012: 3).

Hoy por hoy, podemos decir que la puesta en práctica organizativa del modelo de atención primaria, aún posiciona al personal profesional de la salud frente a una serie de limitaciones teórico-prácticas en el contexto del abordaje de las dimensiones socioculturales en el encuentro asistencial con las poblaciones en general, y con las poblaciones inmigrantes en situación de vulnerabilidad⁴⁰ o desigualdad en particular. Estas limitaciones dificultan, entre otros aspectos y por diversas causas que es necesario investigar, la respuesta comprensiva, integrada e integral que propone la práctica del modelo de atención primaria ante las dimensiones socioculturales en contextos de diversidad.

⁴⁰ Como señalan Borrell y Artazcoz (2008: 467), el concepto de población vulnerable en biomedicina se refiere a la existencia de un grupo social que a causa de sus características sociales, ligadas a la posición que ocupa en la estructura social durante el transcurso de la vida cotidiana, presenta una mayor probabilidad de estar expuesto a diferentes tipos de riesgos. No obstante, desde una perspectiva sociocultural podríamos añadir que esta posibilidad también podría deberse a sus características culturales. Difiere, por tanto, del concepto biomédico ampliamente utilizado en épocas anteriores “poblaciones en riesgo”, que hace referencia a un grupo poblacional que se caracteriza por su alta exposición a un determinado factor de riesgo específico.

A continuación, recogemos con mayor detenimiento el estudio de los principales elementos universales que formalmente definen como una entidad homogénea al ámbito de la atención primaria en el mundo. De esta forma, abordaremos su construcción como modelo médico internacional, independientemente de la configuración sociocultural y político-institucional que su puesta en práctica tiene en cada contexto y momento histórico particular. Aspecto que abordaremos específicamente en el trabajo de campo llevado a cabo en esta tesis en relación a su desarrollo en el caso del sur de Europa y Andalucía.

1.1.4 ELEMENTOS UNIVERSALES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

La salud es un bien básico y un objetivo ampliamente valorado y relativo, que es deseable alcanzar y maximizar en todas las sociedades y culturas. Bajo este canon tradicionalmente se ha venido estableciendo la diferencia entre lo normal y lo patológico en la conceptualización de la salud de las poblaciones (Canguilhem, 1978).

De esta forma, el concepto de salud puede albergar múltiples significados que, a su vez, dan lugar a una elección no neutral ni libre de valores acerca del modelo médico a utilizar para alcanzarla o repararla. Así, el tipo de modelo médico dispuesto por las sociedades para fomentar el bienestar y la salud de las poblaciones ocupa un lugar clave en el entorno de la vida de las mismas.

En base a esta idea, presumiblemente, se afirma con frecuencia que la salud “es uno de los principales objetivos de la medicina o incluso el objetivo de la medicina” (Nordenfelt, 2007: 5). Para alcanzarlo, los Estados configuran sistemas de atención sanitarios biomédicos que tratan de contribuir “decisivamente a proteger a los más débiles de la sociedad de la incertidumbre y la angustia, de la enfermedad y el dolor”, si bien se asume que cualquier actuación no es válida o tiene una repercusión positiva en la salud (Martín-Martín y del Puerto-López, 2011: 2773). En esta línea, los sistemas biomédicos se caracterizan por excluir administrativa y jurídicamente cualquier alternativa autónoma de gestión de la salud por parte de las poblaciones (Comelles, 1993). Sin embargo, como afirma Colom (2010: 109) el concepto de salud “traspasa los límites y las acciones particulares del sistema sanitario, y sería un reduccionismo funcional imperdonable constreñir la salud de la población a lo exclusivamente sanitario”.

Los valores, principios y estrategias para lograr la salud de las poblaciones que sustentan la definición del modelo de atención primaria constituyen en conjunto los distintos elementos universales y homogéneos que lo distinguen del sistema biomédico tradicional. Conllevan que la salud, la enfermedad, las poblaciones enfermas y las personas encargadas de cuidarlas adquieran significados peculiares en el contexto de su desarrollo (García-García, 1994a: 67).

La mayor parte de los elementos universales que describiremos a continuación, así como las posibles características locales de institucionalización a las que éstos particularmente dan lugar, se desprenden del desarrollo de algunas experiencias de programas de salud comunitarios realizadas en vinculación con la implantación piloto del modelo de atención primaria entre los años sesenta y setenta del siglo XX. Estas prácticas alcanzaron logros en la salud de poblaciones de África, Asia y América Latina. Entre ellas, por ejemplo, destacan los modelos alternativos de salud llevados a cabo en algunas zonas rurales de países africanos como Tanzania, entre otras experiencias; el modelo “del personal médico descalzo” en China; o los métodos de educación y promoción sanitarios empleados en países de América Latina; o (Newell, 1975)⁴¹.

El *primer elemento universal* del modelo de atención primaria, plantea que su meta principal es lograr el grado más alto posible de salud en todas las poblaciones (OMS, 1978). Para ello su nacimiento se apoya en el reconocimiento que adquiere la promoción y la protección de la salud como aspectos esenciales para el bienestar humano y el desarrollo socio-económico sostenido (OMS, 2010b).

⁴¹ Newell en el capítulo final de la publicación que recoge estas experiencias, expresa su “emoción” al analizar la experiencia de diez programas que aunque partían de diferentes puntos de vista y empleaban métodos diferentes, todos obtenían resultados de salud “éxitosos” (1975: 191): “... tales victorias en el campo de la salud se han ganado en muchas regiones geográficas, en países con sistemas políticos muy diferentes y en algunas de las poblaciones rurales más pobres del mundo. Por el uso de técnicas de salud simples –casi convencionales– bien aceptadas y la provisión de alimentos, educación y asistencia en la mejora de la productividad, la salud de las comunidades ha mejorado dramáticamente y visiblemente y en un modo que hace a uno optimista sobre las posibilidades de continuar el cambio”. En esta línea, propone que los ejemplos analizados en el libro, se pueden leer de diferentes maneras y se pueden usar como una fuente de información sobre cómo la atención primaria de salud puede desarrollarse en situaciones muy diferentes, ya que en todos ellos se parte del contacto previo de las poblaciones con este modelo de atención. Igualmente, pone de relieve que en todos los ejemplos el nuevo sistema de atención primaria se vincula con el sistema indígena, o al menos trata de adquirir las mismas cualidades sociales que los sistemas ya existentes. En definitiva, esta publicación es uno de los primeros precedentes que promueven el compromiso de la OMS con las dimensiones sociales de la salud y, por tanto, con la apuesta de impulsar un modelo de atención primaria internacional que apueste por la “salud total”, es decir que no establezca ninguna separación entre las acciones de promoción salud, prevención y curación (p. 194).

Específicamente, en su declaración original señalaba que uno de sus principales objetivos sociales consiste en que todas las poblaciones alcanzaran, en el año 2000, un nivel de salud que les permitiera llevar a cabo una vida social y económicamente productiva, así como participar activamente en el ámbito social de la comunidad donde viviesen (OMS, 1978). Teniendo en cuenta estas premisas la atención primaria se concibe, como un ámbito a través del cual conseguir universalmente “un nivel aceptable de salud que forme parte de un desarrollo social inspirado en la justicia social” (OMS, 1978: 20).

Con esta meta social, se conceptualiza como un nuevo modelo médico científico, político, económico y socioculturalmente aceptable. Así, trata de institucionalizarse universalmente a través de los sistemas de salud en el mundo sobre la base de los valores ideológicos de maximizar la salud, luchar contra la desigualdad⁴² y promover la justicia social. Estos valores representan en el plano de las políticas de protección de la salud internacionales, una manifestación histórica y colectiva de voluntad que se inspira en ellos (OMS, 1978: 23).

En la estrecha relación entre el logro de la salud y el desarrollo socio-económico, del que ésta depende y al mismo tiempo la favorece, se establece la filosofía sobre la que se constituye la atención primaria. Este nexo se inscribe en la propia historia de construcción de los sistemas de atención a la salud. Se enmarca en los contextos en los que tienen lugar individual y colectivamente los procesos de atención a la salud y la enfermedad de las poblaciones. Asimismo, se extiende al ámbito del conocimiento teórico, la acción política y la práctica organizacional y profesional en la que se insertan los procesos de carácter biomédico y social. La interdependencia entre estos aspectos se pone de relieve en el impulso que recibe la coordinación de actividades entre el sector

⁴² El origen de las desigualdades sociales se contextualiza a finales del siglo XVIII, con el desarrollo del sistema económico liberal que tiene lugar a partir de la Revolución Industrial. La generación de desigualdades sociales se produce, por tanto, como consecuencia de los fallos del sistema capitalista, y da lugar a la necesidad de elaborar políticas sociales para su corrección como, por ejemplo, las relacionadas con la sobreexplotación de trabajadores y trabajadoras, el desempleo o la progresiva desigualdad de las rentas (Aleman y García, 1999; Rodríguez-Cabrero, 2004). Entre ellas podemos incluir, también, todas las relacionadas con las necesidades y problemas que influyen en las condiciones de vida, en la salud y en el acceso y utilización de los sistemas sanitarios biomédicos por las personas y grupos sociales, y, por tanto, todas aquellas causas socioculturales que dan lugar a desigualdades sociales en salud que son injustas y evitables.

salud y otros sectores sociales y económicos⁴³, que inicialmente se plantea con distintos propósitos:

... para mejorar la nutrición, en particular la de los niños y las madres; incrementar la producción y el empleo; distribuir más equitativamente los ingresos personales; combatir la pobreza; y proteger y mejorar el medio ambiente (OMS, 1978: 21)

De este modo, la intención de promover un nuevo orden económico internacional a través del desarrollo económico y social en todos los países, así como de hacer frente a las desigualdades sociales en la salud de las poblaciones, especialmente las que ocurren entre los países en desarrollo y los desarrollados y las que suceden dentro de cada país (OMS, 1978: 2), da lugar a la caracterización del *segundo elemento universal* del modelo de atención primaria de salud.

En el momento actual, el fomento y la interrelación existente entre estos dos elementos universales, es decir lograr la salud de las poblaciones y conseguir con ello el desarrollo económico y social mediante la equidad en salud, sigue estando vigente en las políticas de protección de la salud universales que se inspiran ideológicamente en este modelo médico. El lugar privilegiado que ocupa la atención primaria en la agenda internacional, asimismo, se refleja en las múltiples conferencias mundiales en las que es objeto principal de discusión y reflexión o parte esencial del mismo.

Por ejemplo, la OMS lo acoge como tema central de atención en el *Informe Mundial de la Salud* del año 2008. Ese mismo año, el informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud reafirma la importancia que continua adquiriendo la visión y los valores del modelo de atención primaria actualmente. Además, la necesidad de fortalecer la atención primaria en el mundo también se encuentra, implícita y significativamente,

⁴³ En la literatura biomédica este tipo de actividades coordinadas se conceptualizan bajo los siguientes descriptores: “acción intersectorial”, “acción transectorial”, “acción multisectorial”, “acciones integradas de salud” o “coordinación intersectorial”. Estos términos hacen referencia a la acción en la que el sector salud y los demás sectores sociales como, por ejemplo, educación, igualdad, empleo, innovación, industria, obras públicas, agricultura y medio ambiente, entre otros, colaboran en acciones destinadas total o parcialmente a abordar el logro de una meta común vinculada con la salud, mediante una estrecha coordinación de sus contribuciones. La propia Declaración de Alma-Ata resalta el carácter multisectorial del desarrollo de la salud en diversas ocasiones, estableciendo que exige la participación y cooperación de todos los sectores del gobierno (OMS, 1978: 24). De esta manera, la acción intersectorial en salud constituye una metodología adecuada para reducir la desigualdad en salud, ya que evita la duplicidad de recursos y unifica las respuestas a ofrecer (Martín, Sierra, Jiménez y Escudero, 2007).

enfaticada entre los distintos objetivos que recoge la Declaración del Milenio⁴⁴. Así se promueve a la hora de realzar la aspiración universal de alcanzar el desarrollo de todos los pueblos del mundo por parte de los distintos Estados y gobiernos de las Naciones Unidas. Igualmente, en el propósito de promover para ello un clima favorable para la acción multisectorial que pone de relieve la conexión existente entre la salud y los determinantes sociales (ONU, 2000). Sin embargo, a pesar de estas proclamaciones y avances, la realidad muestra que aún es necesario continuar promoviendo el desafío de definir el modelo de atención primaria de salud, la equidad y el empoderamiento (Bhatia y Rifkin, 2010) al que aspiran las sociedades en el marco de la globalización.

A este respecto, a pesar de los grandes cambios que se han producido en el desarrollo internacional del modelo de atención primaria en los sistemas de salud y los progresos logrados en la salud mundial, la propia OMS indica que los fracasos colectivos disminuyen la eficacia que se pretende alcanzar y cómo estas deficiencias, inadmisibles y evitables, continúan demandando una atención máxima (OMS, 2008).

El criterio de configuración de los servicios de atención primaria de salud como puerta de entrada que desempeña la función central en los sistemas de salud de los que forma parte, podemos considerarlo el *tercer elemento universal* en su conceptualización. El modelo como primer nivel de contacto se orienta hacia los principales problemas de los individuos, las familias y las comunidades mediante la actuación de diferentes servicios de salud que, en conjunto, prestan una atención cercana y permanente a las poblaciones:

... La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria (OMS, 1978: 19–20).

⁴⁴ La Declaración del Milenio fue aprobada en el año 2000 por 189 Estados en el seno de la Asamblea General de las Naciones Unidas en Nueva York y, posteriormente, reafirmada en el año 2005. Como punto de partida, la Declaración comienza recogiendo, entre los valores y principios, el siguiente reconocimiento por parte de los y las Jefas de Estado y de Gobierno firmantes: "... además de las responsabilidades que todos tenemos respecto de nuestras sociedades, nos incumbe la responsabilidad colectiva de respetar y defender los principios de la dignidad humana, la igualdad y la equidad en el plano mundial. En nuestra calidad de dirigentes, tenemos, pues, un deber que cumplir respecto de todos los habitantes del planeta, en especial los más vulnerables y, en particular, los niños del mundo, a los que pertenece el futuro". En relación a su estructura, la Declaración está compuesta de un total de ocho objetivos que se concretan en 18 metas a conseguir en el año 2015.

El *cuarto elemento universal*, destaca la importancia que recibe la participación plena y organizada, así como la autorresponsabilidad “*de la comunidad, de manera que los individuos, las familias y las comunidades sean más responsables de su propia salud*” (OMS, 1978: 21). De esta forma, se plantea como relevante que la atención primaria estimule la participación de la población en todas las actividades relacionadas con la mejora y conservación de su salud.

El *quinto elemento universal* hace referencia a la puesta en práctica de una atención primaria de salud comprehensiva (*comprehensive health care* en la literatura biomédica internacional), que contempla una atención integral e integrada de la salud y la enfermedad, a su vez, estrechamente relacionada con la participación de las poblaciones. Una atención comprehensiva hace referencia a la provisión por parte de personal profesional de la salud de un amplio rango de servicios para el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de las poblaciones, que se dirigen a “algún problema de salud en algún determinado estado del ciclo de vida de un o una paciente” (Vanselow et al., 1995: 192).

El término comprehensivo, por tanto, más allá de hacer referencia a un amplio conjunto de intervenciones de atención sanitaria, debe incluir las medidas integrales e integradas que deben realizarse sobre los determinantes sociales (o las dimensiones socioculturales), políticas y económicas de la salud y la enfermedad de las poblaciones. Todo ello a través de la promoción, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación, así como de la incorporación de cambios conductuales, institucionales y sociales más amplios (Legge, et al., 2009).

En esta línea la atención primaria, por un lado, impulsa servicios integrados de promoción, prevención, curación, rehabilitación y de urgencia adecuados para resolver los principales problemas de la comunidad, con particular atención a los grupos vulnerables. Por otro, plantea que los servicios estén adaptados integralmente a las problemáticas, necesidades y capacidades de la población (OMS, 1978: 22). Al mismo tiempo, reconoce que estos problemas y su resolución pueden variar según los países y las comunidades. Todo ello, resalta la importancia de tener en cuenta los contextos donde se llevaran a cabo las prácticas socioculturales de atención. De esta forma, debe comprender, al menos, las siguientes actividades sanitarias:

... enseñanzas relativas a los problemas de salud más frecuentes y a los métodos para identificarlos, prevenirlos y combatirlos; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento suficiente de agua potable y medidas de saneamiento básico; la asistencia maternoinfantil, incluida la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; la promoción de la salud mental; y el suministro de medicamentos esenciales (OMS, 1978: 29).

Este quinto elemento destaca, por tanto, la relevancia de fomentar una atención sanitaria completa a través de los servicios de salud que se ofertan a las poblaciones, pero destacando siempre de manera prioritaria los que se dirigen a quienes se encuentran en situación de mayor necesidad⁴⁵:

... debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados (OMS, 1978: 5).

Sin embargo, la conceptualización de los términos integrada e integral, debemos señalar que son complejos y contemplan diversos significados e interpretaciones en sí mismos y entre sí. Esto ocurre aun cuando siempre se refieren a la prestación de distintos servicios por parte del personal profesional de la salud mediante una cobertura “comprehensiva”. Es decir continuada, total y holística ante las necesidades y las demandas de salud de toda índole que plantean las poblaciones en su contexto sociocultural individual, familiar y comunitario de producción y reproducción.

El concepto de atención integrada, siguiendo un estudio realizado por Baeta-Neves, Itsuko, Gejo e Icart (2009) se refiere a la realización de un conjunto articulado y continuo de acciones preventivas y curativas, individuales y colectivas, en los diferentes grados de complejidad del sistema. En atención primaria se analizan las causas de la enfermedad y la salud para después orientar los servicios y las prestaciones sanitarias desde una atención interdisciplinar, la integración entre diferentes sectores sociales y las redes comunitarias. Concluye que todo ello tiene el propósito de comprender, desde un plano integral, la interdependencia sociocultural y económica, que actúa como condicionante o determinante de la salud y la enfermedad de las poblaciones.

⁴⁵ La Declaración de Alma Ata en diferentes momentos muestra su preocupación por atender las necesidades especiales por razones geográficas, políticas, sociales o financieras de los grupos más vulnerables o expuestos. Entre estos grupos destacan a “las mujeres, los niños, los trabajadores muy expuestos y los sectores desfavorecidos de la sociedad ...” (OMS, 1978: 30).

Desde distintas perspectivas críticas, algunas autoras y autores valoran la puesta en marcha de una atención integrada en atención primaria desde diferentes aproximaciones. Así, mientras autoras como Ferrer (2009: 261), desde la profesión de enfermería, alertan acerca de la necesidad de fomentar los servicios de promoción y prevención de la salud:

[Discurso desde la profesión de enfermería] Cuando se analizan los resultados obtenidos desde la Atención Primaria parece que sólo se han desarrollado aquellos servicios orientados a los pacientes crónicos, algunos relacionados con la prevención, básicamente la vacunación y los orientados al niño sano, quedando los relacionados con la promoción de la salud, el fomento del autocuidado y algunos de prevención como en una banda de “servicios grises”, en ocasiones poco valorados por la población, pero de valor incalculable para la sociedad y para el propio sistema (Ferrer, 2009: 261).

Otros autores como Castiel y Álvarez-Dardet (2007), desde el campo de la salud pública, advierten sobre la dudosa efectividad de las estrategias de promoción y prevención de la salud. Indican la necesidad de prevenir la hiperprevención que genera el auge de estos enfoques y su relación con la noción de riesgo de enfermedad y los procesos de medicalización a los que ésta da lugar:

[Discurso desde la profesión de salud pública] ... la prevención se ha vuelto un elemento obsesivo en el campo de la salud y parece más bien ser una de las manifestaciones que acompaña el ambiente de alta desconfianza, incertidumbre e inseguridad que afecta el mundo moderno (Castiel y Álvarez-Dardet, 2007: 462).

Por otro lado, el origen de la conceptualización de una atención integral en atención primaria se refiere a una filosofía entendida como el efecto de la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales que implican “considerar e intervenir en los factores sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad más allá de la concepción asistencial tradicional” (Abreu, 2009: 70). Así, la incorporación de la integralidad en la salud, como plantea Comelles (1993 y 1994) es consecuencia de las contradicciones que plantea el modelo hospitalario en su relación con el autocuidado y la atención primaria de las poblaciones. De este modo, el pretendido logro de la integralidad en salud conlleva en sí mismo una dimensión utópica que le es inherente, puesto que no está emplazada exclusivamente en las instituciones, y no lo ha estado nunca, así como incorpora el autocuidado y la decisión de las poblaciones de acudir a la atención institucionalizada o a sistemas alternativos (Comelles, 1993 y 1994). Así, podemos decir que la integralidad alude a una práctica sociocultural de salud que está en cambio permanente, al igual que ocurre con el propio concepto de salud y bienestar de las poblaciones.

El *sexto elemento universal* hace referencia a la formación de equipos de salud que actúan multidisciplinar e interdisciplinariamente ante las necesidades de salud de las personas y comunidades y que, además, tratan de fomentar la continuidad asistencial entre el sector salud y el sector social. Para ello establece, que el modelo de atención primaria de salud debe estar apoyado por todo el sistema de salud mediante la formación adecuada del personal, la supervisión, los servicios de consulta y el envío de casos y apoyo logístico (OMS, 1978: 22).

De esta manera, la atención primaria de salud se basa:

... en personal de salud, con inclusión, según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad⁴⁶, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresadas de la comunidad (OMS, 1978: 5).

Como podemos observar en esta cita, la atención primaria de salud plantea una “crítica del elitismo médico”, que implica una menor confianza en el personal médico y enfermero especializado, y una mayor participación del personal de la comunidad en las tareas de responsabilidad sanitaria (Irwin y Scali, 2005: 13). Es decir, abre la puerta no solo a la legitimización de la actuación de profesionales de la salud estrictamente biomédicos, sino también a otras profesiones que trabajan en y con la comunidad. Del mismo modo abre la puerta al trabajo asistencial que históricamente desempeña el trabajo social sanitario en el ámbito de las prácticas socioculturales de atención a las poblaciones (Pérez, 2000; Gutiérrez y Vázquez, 2008). A este respecto cabe recordar que la inclusión del trabajo social sanitario en el contexto biomédico, y específicamente en el ámbito de la atención primaria:

[Discurso desde la profesión de trabajo social sanitario] ... no fue un hecho casual sino que se produce como resultado de un proceso histórico, que comienza en el siglo diecinueve, durante el cual la medicina se hizo cada vez más sensible al contexto social que rodea la enfermedad (Abreu, 2009: 71).

Discurso desde la profesión de trabajo social sanitario ... las funciones propias del trabajo social se pueden incardinar fácilmente en este nivel de atención; igualmente nuestro trabajo lo

⁴⁶ Como podemos ver a lo largo de las distintas citas textuales que venimos recogiendo, desde una perspectiva de género el lenguaje utilizado en la Declaración de Alma Ata lejos de ser inclusivo, pone de manifiesto la construcción de un discurso asimétrico y jerárquico. Este discurso se expresa tanto en lo que se refiere a las identidades, roles y funciones entre distintas profesiones de la salud, como en lo que respecta a determinadas situaciones y problemas de salud que se atribuyen dicotómicamente a mujeres u hombres en base al sistema binario sexo-género que excluye del discurso cualquier otra realidad sociocultural en salud.

desarrollamos con personas, familias, grupos específicos o dirigido a la comunidad en sí. Todas estas funciones, especialmente las preventivas, se prestan a través de los Programas de Salud (Burgos, Pérez y Sánchez, 2009: 8).

Si bien cabe señalar que la referencia a “personal trabajador de la comunidad” en la Declaración de Alma Ata no tiene la intención de hacer referencia explícita, y deducimos que tampoco implícita, a la figura de profesionales del trabajo social sanitario. La permisibilidad con la que se incluye a personal trabajador de la comunidad en los equipos de salud, más bien se deriva del éxito que su rol y funciones ejercieron, durante los años sesenta y setenta, en las anteriormente mencionadas experiencias de programas de salud comunitarios que se realizaron en el ámbito de la atención primaria en algunos países en desarrollo. En estas prácticas, la definición de este tipo de personal no encaja en la descripción que se espera del personal médico o enfermero o del trabajo social sanitario, sino que se trata de una persona seleccionada por la comunidad (de dentro o fuera de ella), entrenada localmente y con responsabilidades temporales en los aspectos de promoción, prevención o curación (Newell, 1975).

El modelo, como vemos en la cita, otorga permisibilidad a la práctica sociocultural en salud que realizan “trabajadores de la comunidad” y “personas que practican la medicina tradicional” siempre que sea necesario, y una vez que su saber sea legitimado técnica y socialmente para ser ejercido. De esta forma, plantea vías para la convergencia entre el modelo o sistema de atención primaria y otros tipos de modelos o sistemas médicos existentes como, por ejemplo, la “medicina tradicional”. No obstante, aunque menciona expresamente este tipo de medicina no aclara qué entiende por la misma, y en un momento dado añade que se refiere a la inclusión, cuando proceda, de “personas que practican la medicina tradicional y parteras empíricas” (OMS, 1978: 31). En todo caso, pone como requisito el “adiestramiento” acerca del funcionamiento del entorno de atención sanitario biomédico, que conlleva el proceso de socialización y enculturación por parte de quienes puedan practicar la señalada medicina tradicional.

En relación a estos aspectos, la atención primaria pone como requisito que el personal de salud esté organizado para “trabajar en equipo, adaptado al modo de vida y a las condiciones económicas del país de que se trate” (OMS, 1978: 22). Asimismo, recomienda de forma específica que se establezca una relación estrecha entre el personal profesional de salud y la comunidad:

... los gobiernos fomenten la atención primaria de salud y otras actividades de desarrollo afines de manera que aumente la capacidad y la determinación de la población para resolver sus propios problemas. Para ello se requiere una estrecha colaboración entre el personal de atención primaria de salud y la comunidad y que cada equipo sea responsable de una zona determinada (OMS, 1978: 30).

Al mismo tiempo, reconoce la necesidad de disponer de personal capacitado no solo técnicamente sino también “socialmente”. Asimismo, que esté motivado para “servir” a la comunidad y que dedique parte de su actividad a la formación continua y la formación de profesionales de salud y de otros sectores:

... el personal de salud, especialmente los médicos y las enfermeras, reciba una formación social y técnica y esté motivado para servir a la comunidad; que todas las actividades de capacitación comprendan trabajos prácticos sobre el terreno; que se exhorte a los médicos y a otras categorías de profesionales de la salud a que, al comenzar sus carreras trabajen en zonas desatendidas; y que presten la debida atención a la enseñanza permanente, a la supervisión de apoyo, a la preparación de los profesores de personal de salud y al adiestramiento sanitario de personal de otros sectores (OMS, 1978: 31).

Como *séptimo elemento universal* destaca la disposición de la atención primaria a distribuir de forma equilibrada los recursos disponibles, particularmente los recursos públicos, de forma que se preste una atención apropiada y dirigida a los grupos de población desfavorecidos (OMS, 1978). De esta forma, plantea que:

Las políticas nacionales de desarrollo en materia de salud deben hacer accesible a todos, con carácter prioritario, la atención primaria de salud como parte integrante de un sistema completo de asistencia sanitaria, teniendo en cuenta las características geográficas, sociales, culturales, políticas, económicas y de otra índole del país de que se trate (OMS, 1978: 21).

En este elemento universal podemos observar, también, la adaptación a las características de cada entorno nacional que la atención primaria propugna en el momento de implantarse. Esta misma intención se advierte cuando afirma que contempla todas aquellas actividades que contribuyen a mejorar la salud mediante el contacto entre la comunidad y el sistema de salud:

... a fin de que la atención primaria de salud sea completa, todas las actividades encaminadas al desarrollo deben estar relacionadas entre sí y equilibradas de modo que se concentren en los problemas de máxima prioridad, conforme los perciban tanto la comunidad como el sistema sanitario; y que se pongan en práctica intervenciones culturalmente aceptables, técnicamente apropiadas, factibles y adecuadamente seleccionadas, en combinaciones que respondan a las necesidades locales, lo cual exige integrar los programas monovalentes en las actividades de atención primaria de salud tan rápida y armoniosamente como sea posible (OMS, 1978: 29).

Estos propósitos, constituyen los únicos momentos explícitos en los que la definición del modelo de atención primaria se refiere a la dimensión cultural en salud, en relación a su intención de intervenir y prestar servicios de salud culturalmente aceptables para

todas las poblaciones. Es decir, este elemento hace referencia manifiesta a la finalidad de que los procesos de atención primaria de salud y la enfermedad de las poblaciones se promuevan mediante la organización de servicios adaptados a las dimensiones socioculturales, y no solo sanitarias, que están presentes en los contextos comunitarios nacionales y locales en los que trata de desarrollarse. Este aspecto, podemos señalar que contribuye a configurar la atención primaria de salud como el ámbito del sistema biomédico más sensible a los cambios socioculturales que tienen lugar en las poblaciones y en las sociedades en las que éste se inserta.

La atención primaria de salud se distancia significativamente del sistema biomédico tradicional que en los últimos dos siglos pone en práctica el personal profesional de la salud en los hospitales. De este modo, aunque nace como un modelo médico subordinado al ámbito de la atención hospitalaria del que forma parte, también, trata de independizarse del mismo y propugnar en su conceptualización y desarrollo otros presupuestos filosóficos, más cercanos a las dimensiones sociales, presentes en el origen y desarrollo de las enfermedades. Sin embargo, no lo consigue y también reproduce aspectos establecidos por el ámbito hospitalario como, por ejemplo, ocurre en el momento actual con la organización de la atención de la cirugía ambulatoria menor y otras prácticas de atención y medicalización que se tratan de llevar a cabo en los centros de salud. Para ello, la propia Declaración de Alma Ata ya destaca la necesidad de contar con “tecnología apropiada”, lo que supone trasladar recursos de salud de hospitales urbanos a los centros de salud, y hacerlo a un coste que las poblaciones y las sociedades puedan asumir:

La atención primaria de salud exige la elaboración, la adaptación y la aplicación de tecnología apropiada para la salud, que la población pueda utilizar y costear, incluido el suministro suficiente de medicamentos esenciales baratos y de buena calidad, vacunas, productos biológicos y otros materiales y equipos, así como servicios auxiliares de salud que funcionen eficazmente como centros de salud y hospitales. Es precioso reorientar esos servicios en función de las necesidades de la atención primaria de salud y adaptarlos al medio social y económico (OMS, 1978: 22).

Es nuevamente en este esfuerzo que proclama de reorientar los servicios a las necesidades de las poblaciones y adaptarlos al medio social y económico, donde podemos observar su intención de aproximarse a la dimensión sociocultural en los procesos de atención a la salud y la enfermedad de las poblaciones. Así, trata de afrontar que el concepto de salud está inmerso en el entorno social, la cultura y los valores, así como en el ámbito de un sistema de salud que puede condicionarlo. Todo ello, perfila el

concepto de salud comunitaria (Uribe, 1994) y conlleva la apuesta sin descanso de la implantación de una atención primaria de salud social y cultural, que continúa luchando contra los conceptos biologicistas y las formas de funcionamiento asistencialistas que caracterizan al sistema de atención sanitario biomédico tradicional.

En resumen, a lo largo de este epígrafe hemos analizado los principales elementos universales que caracterizan el modelo de atención primaria de salud. De manera sintética y con mayor nivel de desagregación, estos aspectos son los siguientes:

1. Universal: Consiste en el derecho a la salud de todos los hombres con igualdad en la recepción de prestaciones de salud... La universalidad lleva implícito el concepto de accesibilidad, que debe ser física o geográfica, financiera, cultural, funcional administrativa y técnica...
2. Participativa: La atención primaria de salud está basada en la participación activa de la comunidad en todas las fases del proceso de planificación, programación y puesta en práctica de las actividades...
3. Esencial: La asistencia esencial está basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad. No se considera necesario el empleo de técnicas sofisticadas, que están reservadas para otros niveles de atención.
4. Pertinente: La pertinencia se refiere al uso racional de los recursos según las prioridades que se decidan. La atención ha de realizarse a un coste que la comunidad y el país puedan soportar.
5. Global o integral: Esta característica estudia a la persona como tal en sus diversos aspectos físicos y psicológicos, y como ser inmerso en la realidad social, económica y cultural en que desarrolla su vida.
6. Integrada: ... expresa el deseo de que la promoción para la salud, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social estén interrelacionados en las diversas actuaciones que se realicen tanto en el nivel primario como con los otros niveles de atención. Ello obliga a una participación dinámica entre los diferentes niveles del sistema sanitario.
7. Continuada: Implica que las personas deben ser seguidas desde los comienzos de su enfermedad hasta la completa recuperación o hasta que haya desaparecido el riesgo que justificó la vigilancia.
8. Permanente: Los servicios de atención deben ser permanentes, y estar abiertos todos los días durante 24 horas, de manera coordinada por un sistema apropiado de guardias.
9. Descentralizada: Los servicios de atención deben ser gestionados de forma descentralizada y situados lo más cerca posible de la población (Fernández, Gómez y Gómez, 2001: 1131–1133).

En definitiva, los elementos clave de la atención primaria no son el nivel de riqueza de un país ni el número de profesionales de la salud, sino la orientación de su política de salud hacia la atención primaria, la cobertura financiera universal y pública, la distribución equitativa de recursos, la integralidad de los servicios, y los bajos o nulos copagos en sus servicios (Starfield, 2012). En esta línea, la OMS en el “Informe sobre la Salud en el Mundo” del año 2010 destaca y aborda la necesidad de orientar las formas de financiar la asistencia sanitaria en países ricos y pobres, así como señala la relevancia de priorizar el avance hacia la cobertura universal en la prestación de los servicios de

salud en el mundo. Todo ello, en un momento que se caracteriza por la crisis económica y el aumento de los costes de la atención sanitaria ante el envejecimiento de la población, el crecimiento de las enfermedades crónicas y la emergencia de tratamientos novedosos y costosos (OMS, 2010b).

Por su parte, la propia Declaración de Alma Ata ya menciona la necesidad de asignar prioritariamente recursos presupuestarios al ámbito de la atención primaria:

... recursos presupuestarios a la atención primaria de salud, una mejor distribución y utilización de los recursos existentes y el perfeccionamiento de los métodos y de la capacidad de gestión en todos los niveles a efectos de planificación, ejecución, preparación de presupuestos, vigilancia, supervisión y evaluación, con el respaldo de un sistema de información pertinente (OMS, 1978: 23).

Asimismo, indica la relevancia que adquiere la elaboración de indicadores para la planificación, ejecución y evaluación de la atención primaria, incluyendo indicadores para la participación y autoasistencia de la comunidad (OMS, 1978: 23). Con este propósito, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), en el año 2002, inicia el proyecto “Indicadores de Calidad de la Atención Sanitaria”, para tratar de medir y comparar internacionalmente la calidad de la provisión de los servicios de salud en los diferentes países. Uno de sus siete ámbitos de trabajo se dedica a identificar veintisiete indicadores en tres áreas clave de la atención primaria:

- *promoción de salud* (prevalencia de la obesidad, actividad física, tasa de fumadores, prevalencia de diabetes, tasa de *gonorrhoeae*/ clamidia y tasa de abortos)
- *prevención de la atención* (clasificación de sangre y detección de anticuerpos en pacientes prenatales, cribado de VIH en pacientes prenatales, cribado de bacteriuria en pacientes prenatales, condiciones inmunizables, tasa de bajo peso al nacer, inmunización de adolescentes, detección de la anemia en mujeres embarazadas, cribado de gonorrea cervical en mujeres embarazadas, cribado de hepatitis B en mujeres embarazadas, documentación de hepatitis B en el registro en el momento de la entrega, inmunización de la hepatitis B para los grupos de alto riesgo, influencia de la vacunación en grupos de alto riesgo, vacunación antineumocócica en grupos de alto riesgo), y

- *diagnóstico y tratamiento en atención primaria* (tasa de reingresos de insuficiencia cardíaca congestiva, primera visita en primer trimestre, asesoramiento para dejar de fumar en asmáticos, medición de la presión arterial, re-mediciones en pacientes con alta presión arterial, investigaciones iniciales de laboratorio en hipertensión y hospitalización en condiciones sensibles de atención ambulatoria) (Marshall, Leatherman y Mattke, 2004).

En suma, a través de este proyecto se identifican las áreas que son prioritarias en el desarrollo de indicadores de calidad de la atención en relación con determinantes de la salud no médicos (como el tabaco, nutrición y consumo de alcohol) y con el estado de salud de las poblaciones (como la diabetes, mortalidad infantil, y salud dental) (Marshall et al., 2004). Todas ellas destacan la medición de actuaciones en gran medida biologicistas, que son aplicadas mediante tecnologías subordinadas al ámbito hospitalario a un coste menor, y con una alta medicalización basada en el diagnóstico y tratamiento de nuevas condiciones de salud consideradas enfermedades. Entre ellas la diabetes, la hipertensión y la comorbilidad inherente a la coexistencia de múltiples condiciones crónicas en las poblaciones.

Sin embargo, debemos mencionar que los desafíos y retos del modelo de atención primaria están en constante proceso de cambio y transformación. Como señala Starfield (2008) una gran parte de esta atención se dirige hoy en día a tratar problemas de salud que no se atribuyen a un diagnóstico específico. Así, observa que el desarrollo de mejores indicadores de medida como, por ejemplo, aquellos que aluden a los signos y síntomas físicos y emocionales de las poblaciones, más que a medidas orientadas a la enfermedad como los valores de laboratorio, son necesarios para evaluar de forma más adecuada los resultados y la calidad de la atención primaria prestada.

Las fortalezas y debilidades que definen a la atención primaria de salud emanan de la conceptualización de sus elementos universales, y en conjunto la configuran como un modelo médico que pretende ir mucho más allá de la mera prestación de servicios ante los procesos de atención a la salud y la enfermedad de las poblaciones. Se trata de un proyecto de transformación social a largo plazo que guiado por un espíritu de justicia social trata de empoderar a las personas en situación de vulnerabilidad y a las

comunidades, de ahí que hoy en día “continúen los apasionados debates sobre el significado y el legado de Salud para Todos” (Irwin y Scali, 2005: 23).

Además, en el contexto internacional de crisis económica actual surge nuevamente la necesidad de apostar por el fortalecimiento en el cumplimiento de algunos de los principales elementos universales que se proponen desde su origen. Son numerosos los estudios que advierten la necesidad de desarrollar medidas socioculturales, políticas y económicas que contribuyan a hacer realidad la sostenibilidad de los sistemas biomédicos. Estos sistemas deben afrontar los nuevos cambios y desafíos socioculturales y sanitarios que plantean las poblaciones, y garantizar la equidad y la eficiencia de los sistemas de salud. Así, es necesario avanzar en el análisis de la caracterización de estos aspectos, así como observar comparativamente y transculturalmente aquellos otros que tienen que ver con la integración del modelo de atención primaria en el contexto político–institucional nacional, regional y/o local de los sistemas de salud en cada caso.

Estos elementos universales a modo de “recetas” o “tipificaciones”⁴⁷ (Schutz, 1974: 45) para todos los sistemas biomédicos se traducen en los discursos socio-profesionales del personal profesional de la salud en el encuentro asistencial con las poblaciones en los centros de salud. En relación a todos ellos, especial mención requieren los que tienen que ver con la interacción entre el rol y las funciones de distintas profesiones de la salud con la gestión de la dimensión sociocultural presente en los procesos de atención a la salud y la enfermedad de las poblaciones. Este aspecto puede quedar oculto tras los debates sobre la eficacia y la eficiencia de la calidad en la prestación de la atención.

En este marco, trataremos de reflexionar sobre cómo la llegada de poblaciones inmigrantes a los centros de salud contribuye a que las profesiones de la salud visualicen las categorías identidad étnico-cultural y/o procedencia geográfica como dimensiones socioculturales presentes en la salud y la enfermedad de las poblaciones en contextos de

⁴⁷ Empleamos el término receta y/o tipificación siguiendo los conceptos desarrollados por Schutz de forma que “sirven de técnicas para comprender o, por lo menos controlar aspectos... de la experiencia” (Natanson, 1973: xxix, citado por Ritzer, 1996: 269). Ritzer (1996: 269) aclara que si bien el término receta se relaciona más con la situación, mientras que la tipificación se refiere en mayor medida con las personas, además observa que las recetas se utilizan incluso cuando nos encontramos ante situaciones problemáticas o inusuales, de forma que solo las abandonamos para desarrollar otras cuando vemos con claridad que no sirven.

diversidad. Todo ello, pone de relieve que en el momento actual el estudio y la profundización del proceso de construcción de la diferencia etno-cultural y geográfico-nacional en torno a las poblaciones inmigrantes, es una cuestión clave. Así, se manifiesta en la necesidad de incorporar la dimensión cultural en salud, y no solo la social, como un elemento universal esencial y que debiera estar explícitamente definido en el modelo de atención primaria de salud.

1.2 LAS DIMENSIONES SOCIOCULTURALES EN ATENCIÓN PRIMARIA Y SU RELACIÓN CON EL FENÓMENO DE LA INMIGRACIÓN

El propósito de prestar una atención integral e integrada a las poblaciones, como uno de los principales elementos que configuran la atención primaria en el mundo, nos sirve de pretexto para reflexionar sobre el reconocimiento y la gestión de la diversidad en salud. Estos elementos sitúan al ámbito de la atención primaria como un contexto de estudio idóneo, para reflexionar sobre cómo desde este modelo tiene lugar la incorporación de la dimensión social y cultural en los encuentros asistenciales con las poblaciones. Además, para analizarlo planteamos que los discursos socio-profesionales sobre inmigración y salud en el sur de Europa son un medio a través del que aproximarnos a examinar procesos de construcción de la diferencia desde la atención primaria:

[Discurso desde la profesión de trabajo social sanitario] Los factores socioculturales (incluida la inmigración) en la utilización de los servicios sanitarios obligan a los equipos de Atención Primaria a plantear nuevas formas de trabajo (Aretio y García, 2008: 17)

[Discurso desde la profesión de salud pública] Las características y la problemática de la atención sanitaria a la población perteneciente a otras etnias, en un buen número inmigrante, es una inquietud para profesionales e investigadores en nuestro país, fundamentalmente en los servicios de atención primaria como puerta de entrada a los servicios sanitarios generales (Gil-González, Vives-Cases y Álvarez-Dardet, 2007: 431-432)

[Discurso desde la profesión de medicina] La relación profesional-paciente inmigrante, sobre todo en el ámbito de la AP [Atención Primaria], debe focalizarse más en el paciente que en su enfermedad, teniendo en cuenta sus condiciones de vida. Esto hace que sea más dificultosa, tanto por factores dependientes de los inmigrantes como de los propios profesionales sanitarios:

- Por parte de los inmigrantes: el idioma, la manera de expresarse (lenguaje no verbal), el concepto de enfermedad y salud, la religión, las diferentes expectativas ante una consulta médica, y el elevado número de consultas por somatizaciones y signos o síntomas mal definidos como resultado de trastornos adaptativos debidos al fenómeno migratorio.
- Por parte de los profesionales: la presencia de estereotipos o incluso situaciones de xenofobia, la escasa formación en medicina transcultural o la sospecha de enfermedades no comunes en nuestro medio (tropicales o importadas) (Vázquez-Villegas, 2006: 249)

De acuerdo con el alcance programático que propugna impulsar un modelo de atención integral e integrada, las diversas dimensiones socioculturales que caracterizan a las

poblaciones autóctonas en general, y a las poblaciones inmigrantes en particular, teóricamente instan a que el personal profesional de la salud afronte la atención del otro y la otra en la totalidad de sus dimensiones biológicas y socioculturales. También, reclaman que lo haga desde de una pluralidad de prácticas socioculturales de atención como, por ejemplo, las funciones de promoción, prevención y atención a la salud. Además, todo ello se inspira en la constitución de un discurso socio-profesional y una práctica de atención que pretende ser científico-técnica, participativa, interactiva, continuada, permanente, próxima y adaptada al contexto sociocultural, político y económico en el que tiene lugar el desarrollo de la vida y la salud de las poblaciones. Así, específicamente de cara a analizar el encuentro asistencial que tiene lugar en atención primaria con las poblaciones inmigrantes es importante tener en cuenta que:

... la relación médico/paciente debe ser analizada en tanto relación diádica, a partir del encuentro técnico y social producido. Pero dicha relación además de ser descrita y analizada en este nivel, debe ser referida a las múltiples relaciones dentro de las que intervienen entre otras: las institucionales, étnicas o socioeconómicas, y que remiten a otros niveles de análisis que debieran ser articulados con el primero, pero a partir del análisis específico de la relación señalada (Menéndez, 1994: 73).

Por todo ello desde el modelo de atención primaria *a priori* parece posible incorporar la teoría y la práctica de la perspectiva de la diversidad en el encuentro asistencial con todas las poblaciones, y no solo con las inmigrantes. Frente al peligro de aquella otra que como señala Rodríguez-Ocaña (1999: 19) propugnaría un reduccionismo sociocultural que entiende a “la medicina como solo medicina”, en lugar de como parte de una totalidad compuesta por la ciencia, la economía y la sociedad, a la que también sumamos la cultura.

Bajo estas bases el devenir del objeto del discurso y la práctica de atención en el ámbito de la atención primaria, está estrechamente relacionado con la percepción y la experiencia que depara el atender a las diversas dimensiones socioculturales en la salud y la enfermedad de todas las poblaciones. Esta percepción influye tanto en la organización de los servicios de salud que se ofertan, como en el rol y las funciones del personal profesional de la salud que los desarrolla cotidianamente en el encuentro asistencial con diferentes personas y grupos en contextos de diversidad. En estos contextos, las poblaciones inmigrantes solo son un colectivo más y en torno a ellas se establece una relación de polaridad basada en la construcción de un sistema de diferencias entre nosotros y nosotras y los otros y las otras. Si bien la perspectiva de diversidad está

incorporada como un componente fundamental que define implícita y transversalmente los encuentros asistenciales con todas las poblaciones en atención primaria, en muchos casos está estrechamente interrelacionada con la atención que recibe la dimensión biológica de la enfermedad, mientras que en otros emerge enmascarada tras ella o a pesar de ella:

[Discurso desde la profesión de medicina] Los médicos tenemos una tarea sagrada, y por ello la sociedad nos permite traspasar las barreras de la piel y del alma. Así, en nuestro trabajo se mezcla el pus de la infección con las lágrimas del dolor, la exploración ginecológica con el sentimiento de desolación, los mocos del catarro con el arrepentimiento por un antiguo aborto voluntario, el bulto abdominal con la situación de estancia ilegal. Todo ello y más forma parte de nuestro trabajo diario, de nuestro papel de sanadores, de seres capaces de actuar con ciencia y conciencia para situar el sufrimiento humano en su contexto, para entender más el enfermar que la enfermedad (Gérvás, 2008: 3)

[Discurso desde la profesión de trabajo social sanitario] A pesar de que, formalmente, se acepta la definición de salud de la OMS y el, más actualizado, concepto ecológico de salud, en la práctica concreta, cuando hay que responder a las demandas concretas de personas concretas cambia la óptica: en vez de considerar y afrontar los problemas de salud desde una perspectiva interactiva y multidimensional, se enfocan desde perspectivas unidimensionales y, a menudo, reduccionistas, de actuación ante la enfermedad, en las que unas veces prima la atención a lo somático y otras a lo psicológico, como si fueran no sólo aspectos distintos sino totalmente disociados, mientras que la atención a lo social se relega a otras instancias o, simplemente, se obvia (Ituarte, 2009: 11).

[Discurso desde la profesión de enfermería] La RAP [Reforma de Atención Primaria] ha supuesto ventajas en todos los sentidos, sobre todo en la mejora de la accesibilidad, ampliación de horarios y oferta de servicios. A pesar de ello, en opinión de los entrevistados [*personal de enfermería*], *la reforma no está acabada, no se han alcanzado todos los objetivos ni se ha consolidado en la práctica el modelo teórico. Los servicios de atención primaria siguen orientados más a la enfermedad que a la salud* (Sancho, Vidal, Cañellas, Caldés, Corcoll y Ramos, 2002: 534–535)

En base a estas premisas, existen diversos caminos para tratar de abordar cómo se incorpora la diversidad en atención primaria a través de la conceptualización y abordaje de las dimensiones socioculturales en los procesos de atención a la salud y la enfermedad de las poblaciones.

En el primero de ellos, desde las ciencias de la salud se observan dos conceptos teórico-prácticos clave que se utilizan para hacer referencia a las diferencias biológicas y a las diferencias socioculturales que influyen en la salud y la enfermedad de las poblaciones: los determinantes sociales de la salud y las desigualdades sociales en salud a las que éstos pueden dar lugar. Así, vemos que aunque ambos conceptos implícitamente otorgan un lugar preeminente a las dimensiones socioculturales en salud, su utilización desde el campo de la salud pública y la epidemiología no está exenta de complejidades y dificultades teórico-prácticas según los presupuestos de la perspectiva sociocultural. De este modo, tal y como señala Perdigüero y Comelles (2000: 25) en el ámbito de las

investigaciones sobre epidemiología histórica se observa con preocupación “la utilización de la expresión factores culturales como un cajón de sastre con el que explicar aquello que no era comprensible con otras matrices explicativas más inmediatas y simplistas”. Dado el estrecho vínculo de la salud pública con la atención primaria, es necesario reflexionar sobre cómo se emplea el concepto “diferencias socioculturales” cuando se abordan los determinantes de las desigualdades sociales de la salud aplicados al fenómeno de la inmigración. También a aproximarnos con ello a contemplar parcialmente cómo se viene incorporando el reconocimiento y la gestión de la diversidad desde el modelo de atención primaria de salud.

En el segundo camino, desde las ciencias sociales los conceptos de determinantes sociales y desigualdades sociales podemos englobarlos bajo la noción dimensiones socioculturales en salud. Su empleo designa a las distintas realidades socioculturales que se pueden distinguir en función de la percepción de diferentes tipos de categorías socioculturales, más o menos diferenciables, en la salud y la enfermedad de las poblaciones. Nos referimos, por ejemplo, a la etnia, a la raza⁴⁸, al género, a las diferencias sexuales, a los grupos de edad, a la clase social y al territorio (procedencia rural o urbana), entre otras. Su empleo y uso biomédico camina en paralelo al desarrollo del concepto ejes de desigualdad social en salud. Las dimensiones biológicas y socioculturales sobre las que se construye la compleja división de tipologías en cada una de estas categorías socioculturales en salud, y sus posibles intersecciones, son social e

⁴⁸ Recordemos que en este estudio los conceptos de raza, racial o racismo se emplean como categorías socioculturalmente construidas y, por tanto, en sentido opuesto a aquellos términos que aluden a características biológicas y genéticas para diferenciar y distanciar a las poblaciones. De este modo, utilizaremos estas nociones entre comillas de acuerdo a la traducción e interpretación que realicemos sobre el uso otorgado hacia los mismos en el contexto de la literatura biomédica consultada a lo largo de la redacción de los distintos epígrafes de esta tesis. En relación a estos aspectos, cabe mencionar la dificultad que comprende tal propósito, ya que desde el mismo campo de la salud pública y la epidemiología se advierte una falta de consistencia y claridad en la definición y uso del concepto de raza que emplean. De este modo, para la epidemiología social el concepto de raza está estrechamente ligado al de etnia, de modo que “la raza/etnia es una categoría social, no biológica, que se refiere a grupos sociales que a menudo comparten herencia cultural y ascendencia y que son forjados por sistemas opresivos de relaciones raciales, justificados por la ideología, en los que un grupo se beneficia del dominio sobre otro grupo y se define a sí mismo y a los demás a través de esta dominación y de la posesión de características físicas selectivas y arbitrarias, como el color de la piel” (Krieger, 2002: 485). En relación a la dificultades inherentes al empleo del concepto raza, por ejemplo, en las investigaciones estadounidenses que tratan de medir cada uno de los indicadores que se asocian con la “desigualdad racial” o la diferencia, se advierte que usan la variable raza para medir el estatus socioeconómico de un grupo, los valores y estilos de vida culturales, la predisposición genética y el racismo, además también se observa que en la mayoría de las ocasiones estos indicadores no tienen en cuenta la diversidad intragrupal (King y Willians, 1995: 101).

históricamente variables. Es decir, dependen del contexto sociocultural y del momento desde los que se producen y localizan las clasificaciones.

En distintos ámbitos de organización sociocultural, el reconocimiento de las dimensiones socioculturales se viene empleando para diferenciar la alteridad y/o la otredad en las poblaciones humanas y en base a ello separarlas en distintos grupos socioculturales. Su construcción y utilización expresa relaciones asimétricas y jerárquicas de poder en el interior de cada dimensión o eje de diferenciación y en la combinación entre ellos. Estas relaciones pueden dar lugar a distintas situaciones de discriminación y exclusión a través de las que se pueden estructurar y legitimar desigualdades socioculturales. La determinación de dimensiones socioculturales en el ámbito biomédico occidental, y concretamente en atención primaria de salud, nos aproxima a examinar los posibles procesos socioculturales de construcción de las diferencias que se dan en estos contextos. Estos procesos se expresan y manifiestan a través de las distintas identidades, roles, comportamientos, valores, estereotipos, representaciones socioculturales, relaciones de poder y posiciones de subordinación o dominación que se pueden establecer en los encuentros asistenciales con las poblaciones en general o con distintas personas y grupos socioculturales de poblaciones en particular.

En esta tesis nos centramos en analizar con mayor profundidad el proceso biomédico de construcción de las diferencias que tiene lugar en torno a la conceptualización de la categoría sociocultural identidad étnico-cultural y/o procedencia geográfica con respecto a las poblaciones inmigrantes. Lo hacemos por la novedosa, pero también podemos decir estrecha relación de proximidad, que se viene construyendo entre esta categoría y la incorporación de la noción dimensiones socioculturales en salud al sur de Europa desde hace algo más de una década. Así, en muchos casos desde la biomedicina y otros ámbitos de organización sociocultural, como ya puso de manifiesto Max Weber ocurre que la etnia” y lo étnico se contemplan como aspectos que se unen a la herencia genética, al parentesco, a la tradición y las costumbres, a las creencias y a formas ancestrales comunitarias con rasgos lingüísticos, políticos y religiosos (Aliende y Azcona, 2007: 129):

Llamaremos “grupos étnicos” a aquellos grupos humanos que, fundándose en la semejanza del hábito exterior y de las costumbres, o de ambos a la vez, o en recuerdos de colonización y migración, abrigan una creencia subjetiva en una procedencia común ... (Weber, 1964: 318).

En esta tesis, por tanto, no nos referimos a la construcción de la etnia⁴⁹ o de la etnicidad de acuerdo al procedimiento moderno y/o civilizado occidental como “una forma específica de juntarse que tienen los individuos pertenecientes a una determinada colectividad” (Aliende y Azcona, 2007: 128). Aludimos a la forma en la que se observan y se constituyen las diferencias que se relacionan con la agrupación de personas a grupos étnico-culturales o geográfico-nacionales desde una creencia o percepción externa. Por ello no remitimos al proceso de autoidentificación étnico-cultural o geográfico-nacional. Así, específicamente, nos centramos en el impulso que está adquiriendo actualmente la construcción de la categoría condición de inmigrante en base a las diferencias étnico-culturales y geográfico-nacionales que se le atribuyen desde los sistemas biomédicos en el sur de Europa, y particularmente desde el modelo de atención primaria.

De este modo, tratamos de acercarnos a la conceptualización y tratamiento de la identidad étnico-cultural y/o procedencia geográfica que se advierte a través de la llegada de nuevas poblaciones inmigrantes desde la perspectiva biomédica. En muchas ocasiones, esta perspectiva las sitúa como nuevos otros y otras muy diferentes al resto de poblaciones autóctonas. En torno a estas diferencias se constituyen novedosas agrupaciones como colectivos o comunidades en posición o situación de inferioridad, minoría, vulnerabilidad, exclusión o riesgo social:

[Discurso desde la profesión de trabajo social sanitario] ... Aquellos usuarios del Sistema Sanitario que “a priori” podría presumirse que parten de una situación de desventaja social: los inmigrantes económicos extranjeros que viven y/o trabajan en España. Dicha situación de desventaja estaría ocasionada por tres factores. Por un lado uno podríamos hablar del distinto tratamiento que la normativa de extranjería otorga al extranjero respecto del español. Otro factor nada desdeñable se refiere a las condiciones de vulnerabilidad en que viven y trabajan buena parte de los inmigrantes que se encuentran en nuestro país. Y por último, las dificultades originadas por el insuficiente dominio de claves culturales, verbales y no verbales (Vázquez, Gutiérrez, Gómez y Maldonado, 2011)

Todo ello, puede dar lugar a experiencias de discriminación y/o desigualdad sociocultural en salud. Así, en estas construcciones aparecen mezclados los conceptos

⁴⁹ En el ámbito de las ciencias sociales la generalización del uso del concepto de etnia, como señala (Lurbe, 2008: 83–87) responde a un cambio de modelo conceptual analítico que progresivamente se introduce en la antropología norteamericana para dar cuenta de las diferencias existentes entre grupos de individuos que comparten elementos culturales específicos, un origen ancestral común o una lengua particular, en contraposición a las tesis socio-biológicas y las ideologías racistas de explicación de la heterogeneidad social, mientras que recientemente se utiliza en conexión con la idea de nación y los procesos mediante los que las minorías poblacionales se incorporan a los Estados–nación, de forma que se trata de un concepto polisémico para las ciencias sociales.

de diferencias socioculturales y de determinantes sociales de la salud que pueden dar lugar a desigualdades sociales en salud evitables e injustas. Sin embargo, reconocemos que el proceso de reconocimiento de la alteridad y/o la otredad no es propio o exclusivo de los sistemas biomédicos. Desde las ciencias sociales, como por ejemplo la rama de la antropología, se observa que la existencia de esta curiosidad o inquietud hacia el diferente o la diferente está patente en múltiples de sus estudios e investigaciones:

... emergencia de nuevos otros que comienzan a ser encontrados en la propia “estructura de clases”, o en la propia sociedad, a través del “loco”, del “desviado” o del “marginal”, los cuales deben ser estudiados en su campo, pero un campo al que en parte también pertenece el propio antropólogo (Menéndez, 2002: 80).

De esta forma, utilizamos la relación inmigración y salud como un contexto de trabajo de campo más. Éste nos sirve de excusa para aproximarnos a observar y estudiar el binomio diversidad y atención primaria en torno a los procesos de construcción de la diferencia sobre el que versa nuestro objeto de estudio.

A continuación, analizamos los principales conceptos que desde la definición teórica y práctica del modelo de atención primaria se relacionan con la incorporación de las dimensiones socioculturales en salud a partir de la perspectiva biomédica y la sociocultural. Asimismo, estos conceptos nos sirven para reflexionar sobre su intervención y alcance en la construcción de los discursos socio–profesionales sobre el encuentro asistencial con poblaciones inmigrantes, y cómo éstos pueden producir y reproducir desigualdades socioculturales en salud desde atención primaria.

1.2.1 LA DIMENSIÓN SOCIAL EN SALUD DESDE LA PERSPECTIVA BIOMÉDICA

Desde la perspectiva biomédica la incorporación de la dimensión social al ámbito de la salud, hace referencia al reconocimiento y la conceptualización acerca de que el origen de los procesos de atención a la salud y la enfermedad de las poblaciones es una cuestión social, y no sólo biológica. La construcción de estos procesos está relacionada con las condiciones o causas de tipo físico, psíquico y social, y por tanto también cultural, que están presentes en el transcurrir de las vidas de las poblaciones y son variables en cada contexto y momento histórico.

En el ámbito biomédico las dimensiones, causas, factores, condiciones o circunstancias de toda índole que intervienen en la salud y la enfermedad de las poblaciones han sido

objeto de preocupación desde la antigüedad. Desde los años setenta del siglo XX, son conocidas en el campo de la salud pública⁵⁰ y la epidemiología⁵¹ como determinantes de la salud. Bajo este concepto, por tanto, se engloban las diferentes características biológicas, ambientales, políticas, económicas, sociales y culturales que influyen en la salud individual y colectiva de las poblaciones, al tiempo que se reconoce que estos aspectos pueden interactuar entre sí en diferentes niveles de modo que la determinan.

Hoy en día, desde la perspectiva biomédica (y fundamentalmente desde la epidemiología social)⁵² se acepta ampliamente que gran parte de los determinantes de la salud son de

⁵⁰ La salud pública puede definirse “como el esfuerzo organizado de la comunidad dirigido a proteger, fomentar y promocionar el bienestar de la población cuando está sana, y a restaurar y restablecer su salud cuando ésta se pierde y, en caso de necesidad, rehabilitar y reinsertar al enfermo, integrándolo de nuevo en su medio social, laboral y cultural” (Piédrola-Gil, 2001: 10).

⁵¹ Cabe señalar que la epidemiología es uno de los pilares fundamentales en los que se apoya la salud pública a la hora de estudiar y atender científicamente a las poblaciones humanas desde principios del siglo XIX. Existen numerosas definiciones acerca de en qué consiste la epidemiología. Todas ellas señalan que es la ciencia responsable de estudiar los fenómenos epidemiológicos en su acepción más amplia, de forma que sus contribuciones sobre el estudio de las enfermedades de las poblaciones, la distribución de sus factores de riesgo y el desarrollo de modelos predictivos en relación a la salud, han sido de gran relevancia para la salud pública del siglo XX. Así, durante largo tiempo se ha desarrollado como una ciencia biomédica y positivista de marcado carácter biologicista más que social “se ha tardado en comprender la variabilidad y la multicausalidad de los fenómenos de salud y enfermedad, y solo recientemente se ha comprendido que la epidemiología no es un estudio solamente biológico, sino también social. Se trata de la observación y experimentación de una población viviendo en su realidad socioambiental, que es su contexto natural” (Gálvez-Vargas y Guillén-Solvas, 1988: 84). En relación a este aspecto, específicamente es necesario distinguir la rama de epidemiología “social” del conjunto de la epidemiología, que es denominada así por primera vez en el año 1950 y se caracteriza “por su empeño en investigar explícitamente los determinantes sociales de las distribuciones de la salud, la enfermedad y el bienestar en las poblaciones, en vez de tratar dichos determinantes como un simple trasfondo de los fenómenos biomédicos” (Krieger, 2002: 480). Igualmente, cabe indicar que en algunos países de América Latina se están desarrollando dos corrientes epidemiológicas alternativas: la “epidemiología sociocultural” y la “salud colectiva”, ambos enfoques aún en proceso de discusión, debate y definición. Los dos parten de una perspectiva holística e integradora que se nutre de los saberes científicos de la biomedicina, la epidemiología y las diversas ciencias sociales (especialmente de la antropología) para tratar de ofrecer un nuevo paradigma de estudio ante los nuevos perfiles poblacionales del siglo XXI (Haro, 2010: 8–9). En suma, podemos decir que estas dos corrientes junto con la epidemiología social se encuentran muy próximas al alcance de los elementos universales que caracterizan al modelo de atención primaria de salud.

⁵² Conviene destacar que desde la rama de la epidemiología social se critica ampliamente la preponderación de la conceptualización y estudio de la dimensión biológica en la salud y la enfermedad de las poblaciones que caracteriza a la epidemiología tradicional. Así, para la epidemiología social se aprecia que la epidemiología tradicional como máximo llega a aceptar la influencia de algunos factores de riesgo social clásicos en la salud y la enfermedad de las poblaciones, tales como el consumo de tabaco y alcohol, etc. Sin embargo, desde la perspectiva sociocultural ambos campos, la epidemiología tradicional y la epidemiología social, se incluyen bajo el paradigma de la perspectiva biomédica. La interdependencia de los postulados de ambas y las dificultades inherentes a la hora de establecer fronteras interdisciplinares entre ellas, nos llevan a reflexionar sobre el proceso de auto y hetero etiquetaje por el que atraviesan las propias disciplinas científicas y que, a su vez, repercuten en el personal investigador que estudia o se adscribe a unas u otras. De esta forma, desde el prisma del personal epidemiólogo de la rama social la perspectiva biomédica de la epidemiología obvia la influencia del contexto social en la salud y la enfermedad de las

origen social, y que casi todos ellos son modificables “atacando la raíz de las causas de las enfermedades y las inequidades en materia de salud” (Irwin y Scali, 2005: 3). Con este propósito, desde el ámbito biomédico científico y sus distintos organismos internacionales se fomenta de forma recurrente la actuación de intervenciones y políticas de salud públicas dirigidas a actuar específicamente sobre los llamados determinantes sociales de la salud, como parte de un enfoque más comprehensivo para mejorar la salud, abordar las desigualdades y acelerar el impacto sobre la salud (Dean, Williams y Fento, 2013).

En el campo de la salud pública y la epidemiología social la definición de determinantes sociales de la salud alude a “las características específicas y a las vías mediante las cuales las condiciones sociales afectan a la salud, las cuales pueden ser alteradas a través de acciones documentadas” (Krieger, 2002: 487). En sentido amplio, por tanto, incluye los sistemas económicos, políticos y jurídicos pasados y presentes de una sociedad y sus relaciones externas, políticas y económicas con otros países (Krieger, 2001 y 2002). Así, diferentes autores y autoras que estudian los determinantes sociales de la salud, consideran que el contexto social en el que viven las poblaciones es crucial para su salud. Para ello, por ejemplo, Marmot (2006: 5) señala que se basan en observaciones epidemiológicas sobre las diferencias existentes en los índices y tasas de enfermedad dentro y entre los distintos países, en los rápidos cambios que se advierten en las tasas de enfermedad y las desigualdades sociales de las poblaciones, y en los que se producen entre las poblaciones inmigrantes.

De este modo, para la perspectiva biomédica algunas de las causas de las enfermedades se relacionan fundamentalmente con características del contexto social, y por tanto del cultural, de forma que se pone de relieve cómo éstas se relacionan e influyen en la salud y la enfermedad de las poblaciones. No obstante, la salud pública y la epidemiología no están exentas de ciertas dificultades epistemológicas, teóricas y metodológicas a la hora de conceptualizar y abordar las condiciones de la salud de las poblaciones de índole social y, por tanto, también podemos decir que cultural:

poblaciones y por eso se somete a revisión o crítica. Sin embargo, desde el ángulo del personal de antropología o sociología la epidemiología social que atiende al contexto social sigue siendo una rama de la biomedicina y por eso se somete a revisión o crítica, junto a la epidemiología tradicional.

Aun cuando se registren variables sociales o culturales, ya sea mediante su incorporación en las encuestas o mediante el complemento de técnicas cualitativas, es factible observar el uso instrumental y reduccionista de los conceptos. Así sucede con la reducción de la cultura a variables como el nivel de escolaridad o la religión, o cuando la etnicidad se equipara al color de su piel o el habla de una lengua distinta (Haro, 2010: 7).

Corin (1995) señala la importancia de asumir que los conceptos, las variables y las clasificaciones que se desarrollan y emplean para estudiar las dimensiones socioculturales en la salud no son reflejos verdaderos de la realidad, especialmente cuando se estudian procesos de atención a la salud y la enfermedad en relación a contextos sociales y culturales diferentes a los conocidos. Pone de relieve la necesidad de reflexionar acerca de la construcción sociocultural de las variables o categorías a emplear en el estudio biomédico de los determinantes sociales en la salud. Diferentes autores y autoras, también, reflexionan sobre la forma en que son definidas y tratadas biomédicamente desde la epidemiología las categorías de “raza” y “etnicidad” (Senior y Bhopal, 1994; Bhopal y Donalson, 1998; Kaplan y Bennett, 2003⁵³; Bhopal, 2004 y 2006; Krieger, 2005; Lee, 2009), o las categorías “racial”, “étnico” y “otras categorías ancestrales” en la investigación genética (Race, Ethnicity, and Genetics Working Group, 2005), de modo que reflexionan sobre los valores que se asocian al empleo de las mismas.

El ámbito de lo social en la salud se ocupa de la extensa variedad de aspectos que determinan la salud y la enfermedad de las poblaciones en cada sociedad. Conciernen a la perspectiva sociológica (macro) que se relaciona con los cambios sociales, culturales, políticos y económicos de cada contexto y momento histórico. Asimismo, se corresponde con la interpretación antropológica (micro) según los valores y las diferencias socioculturales de cada población sobre las que se estructuran y legitiman desigualdades socioculturales. Así, desde la perspectiva sociocultural en salud se puede afirmar que la conceptualización biomédica de los determinantes de la salud y la enfermedad se refiere a dimensiones eminentemente socioculturales, y no meramente sociales, presentes en la vida y en los procesos de atención a la salud y la enfermedad de las poblaciones o sociedades.

⁵³ Kaplan y Bennett (2003) reflexionan sobre la necesidad de que el personal profesional investigador, clínico y decisor político distingan entre raza y etnicidad como factor de riesgo o como marcador de riesgo, y busquen un modo de escribir en la literatura biomédica científica sin estigmatizar, ni emplear la dicotomía nosotros y nosotras y ellos y ellas entre el personal de la salud y las poblaciones de color.

Algunos ejemplos son las relaciones de poder y subordinación y las discriminaciones socioculturales singulares o múltiples que se asocian a la etnia, el género, la edad o la clase social. Otros se refieren a las condiciones de vida y de salud de las poblaciones o sociedades. Estos últimos aspectos además de estar relacionadas con las anteriores categorías socioculturales, también se vinculan con otros fenómenos socioculturales. Entre ellos caben citar las migraciones, los desastres naturales, las transformaciones tecnológicas, las crisis económicas, la pobreza, la exclusión, el desempleo, la situación laboral, el trabajo doméstico y de cuidados, el nivel económico, la situación familiar, el estado civil, el nivel educativo, la religión, el idioma, el color de la piel, hábitos relacionados con la salud, la vivienda, el apoyo social, el entorno comunitario y los servicios sanitarios y sociales, entre otros.

A este respecto, algunos estudios muestran que los principales determinantes sociales de la salud en las poblaciones migrantes son el lugar de nacimiento y el proceso migratorio (Malmusi, Borrell. y Benach, 2010). Además, diferentes revisiones sobre inmigración y salud en el sur de Europa señalan que los determinantes sociales más relevantes en las poblaciones inmigrantes se refieren a aspectos muy variados. Como las distintas oportunidades de acceso a los servicios de salud públicos, mayor utilización de los servicios de urgencias, problemas de comunicación e idiomáticos, utilización de redes paralelas de atención, falta de apoyo social, situaciones de discriminación, situaciones de precariedad económica, situaciones de vulnerabilidad en las condiciones de trabajo y de vivienda, y situaciones de irregularidad jurídico administrativa, entre otros determinantes (Serra-Sutton, Hausmann, Bartomeu, Berra, Elorza y Rajmil, 2004; Berra, Elorza, Bartomeu, Hausmann, Serra-Sutton y Rajmil, 2004; Sanz, Regidor, Galindo, Pascual, Lostao, Díaz y Sánchez, 2011).

Entre ellos, el acceso y la utilización de los servicios de salud por las poblaciones inmigrantes al sur de Europa es uno de los principales determinantes considerados y estudiados en los discursos socio-profesionales. A este respecto recientemente manifiestan que las poblaciones inmigrantes utilizan los servicios de medicina “general” de igual modo que las poblaciones autóctonas, al tiempo que los servicios de medicina “especializada” los usan en menor o igual forma que estas poblaciones, de modo similar a los patrones empleados en otros países (Carmona, Alcázar-Alcázar, Sarría-Santamera y Regidor, 2014).

Sin embargo, cabe señalar que al sur de Europa aún son pocos los estudios que analizan los determinantes sociales entre la población autóctona y la población inmigrante y los factores que la explican, al tiempo que los resultados obtenidos por los mismos son poco concordantes:

En algunos se han hallado mejores resultados en la salud de la población inmigrante y en ciertos hábitos de vida, mientras que otros han descrito una peor autovaloración de la salud y una peor salud mental, muy relacionadas con sus condiciones de vida más desfavorables. Otros factores importantes para entender las desigualdades entre ambas poblaciones incluyen el apoyo social, el tiempo de residencia, el nivel de riqueza del país de procedencia y las características de los trabajos que realizan (Rodríguez, González-Rábago, Bacigalupe, Martín y Lanborena, 2014).

Entre los estudios realizados en el ámbito de la Unión Europea, Davies, Basten y Frattin (2009) enfatizan que las poblaciones inmigrantes son propensas a experimentar desafíos específicos que influyen en su salud debido al propio proceso de migración. Señalan que los determinantes sociales de la salud de las poblaciones inmigrantes, por tanto, se relacionan fundamentalmente con factores propios del proceso de migración, las razones para migrar y el modo de viaje, la duración de la estancia, las habilidades lingüísticas y el estatus social y legal en los países de destino. Igualmente, subrayan que la mayor parte de las dificultades que encuentran en su salud están afectadas por las desigualdades sociales que encuentran en los países de acogida. Resaltan que experimentan obstáculos para acceder a los servicios de salud y a los servicios sociales, especialmente quienes se encuentran en una situación de indocumentación. Y, también, que encuentran grandes problemas de acceso legal y real a una apropiada información sanitaria y barreras culturales y lingüísticas en el acceso a los servicios de atención sanitaria. Por su parte, Ingleby (2009) destaca que a pesar de que en los últimos quince años ha aumentado la atención sobre la salud de las poblaciones inmigrantes en Europa, es necesario continuar realizando investigaciones sobre sus condiciones de vida en los países de acogida. Advierte que las áreas que requieren más atención se refieren al estado de salud y al acceso a una atención biomédica de buena calidad.

De acuerdo con el planteamiento de la perspectiva biomédica de los determinantes sociales en la salud, su abordaje debe estar presente en los discursos socio-profesionales y las prácticas socioculturales de atención a realizar desde atención primaria. Esto sucede porque se acepta ampliamente que no actuar ante ellos desde el ámbito biomédico puede contribuir a generar desigualdades sociales en la salud de las poblaciones.

El concepto de desigualdad social hace referencia a la posibilidad de que algunas personas o grupos puedan tener una mejor o peor salud junto a mayores o menores oportunidades de disponer de recursos de bienestar que otros, incluyendo el acceso a la atención a la salud que reciben de los sistemas sanitarios biomédicos en general y del modelo o sistema de atención primaria en particular. Estas posibilidades en algunos aspectos dependen de ciertos determinantes sociales presentes en sus vidas como, por ejemplo, la etnia, el género, la edad, la clase social, el territorio o el país de origen, entre otros. Las personas y los grupos socioculturales que en función de estas características se encuentran en una situación más desfavorecida o vulnerable, presentan una peor salud que el resto.

En el campo de la salud pública y la epidemiología social, la definición de desigualdades sociales en salud específicamente indica que son aquellas diferencias en la salud entre grupos de poblaciones que se consideran importantes, sistemáticas, evitables e injustas (Whitehead, 1992)⁵⁴. Se trata, asimismo, de las desigualdades “en un país y entre diferentes países que se consideran improcedentes, injustas, evitables e innecesarias (no inevitables ni irremediables)” (Krieger, 2002: 487). Sus causas se encuentran en las estructuras sociales subyacentes, así como en el impacto que las instituciones políticas, económicas y legales ocasionan en las poblaciones (Daponte-Codina, Bolívar-Muñoz y García-Calvente, 2008). De esta forma, son resultado de la distribución económica, el poder político y los recursos de todo tipo a nivel mundial, nacional, regional y/o local. Asimismo, explican la mayor parte de las desigualdades sanitarias.

El origen y las consecuencias de las desigualdades sociales en salud de las poblaciones son históricamente variables, deben analizarse en el contexto científico, político, económico, social y cultural en el que se desarrolla cada sociedad, y a su vez comparativamente entre sociedades, al tiempo que son modificables en base a

⁵⁴ El concepto de desigualdad social en salud no es sinónimo de desigualdad en la salud, dado que esta última expresión puede ser interpretada como referida a cualquier diferencia, y no específicamente a disparidades injustas (Krieger, 2001 y 2002). La desigualdad social en salud, también, incorpora una dimensión moral y ética al contemplar las diferencias en la salud que son innecesarias y evitables. Lograr la equidad en salud comportaría que idealmente todas las poblaciones tuvieran una oportunidad justa de alcanzar el máximo desarrollo posible de su salud (Whitehead, 1992). Esta definición, por tanto, está próxima a los planteamientos acerca de la igualdad o la desigualdad entre las poblaciones que se realizan de las ciencias sociales, y que ponen de relieve cómo ambos conceptos no se relacionan con las diferencias que se perciben entre poblaciones en base a criterios biológicos, sino con aspectos socioculturales y con las disposiciones éticas que una sociedad puede o no otorgar a todos sus miembros (Dobzhansky, 1978).

intervenciones y políticas públicas sociales y sanitarias adecuadas que actúen sobre sus causas (Whitehead y Dahlgren, 2006).

La existencia de desigualdades sociales en salud de origen social, constituye un reto para las políticas de protección de la salud en las sociedades. En gran parte de ellas frecuentemente son causa de un exceso de mortalidad y morbilidad en las poblaciones, superiores a la mayoría de los factores de riesgo de enfermedad conocidos (Borrell y Artazcoz, 2008). Ocuparse del estudio de las desigualdades sociales en salud, supone contribuir al propósito de aumentar la salud de todas las poblaciones. Desde un punto de vista sociocultural y colectivo implica aspirar a que todas las personas y poblaciones tengan igualdad de oportunidades para alcanzar el máximo nivel posible de salud atendiendo a sus circunstancias y contextos de vida. De ahí, que el modelo de atención primaria de salud juegue un papel clave para reducir las desigualdades sociales que influyen en la salud de los diferentes grupos humanos:

[Discurso desde la profesión de medicina] Entre las razones que justifican la renovación de la APS [*Atención Primaria de Salud*] están la aparición de nuevos desafíos epidemiológicos que esta debe afrontar, la necesidad de corregir las debilidades e inconsistencias presentes en algunos de los enfoques ampliamente divergentes de la APS, el desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre mejores prácticas que puede asimilar la APS para ser más efectiva y el reconocimiento creciente de que la APS es una herramienta que fortalece la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud. Aplicar un enfoque renovado de la APS es, además, una condición esencial para afrontar los determinantes sociales de la salud y alcanzar el más alto nivel de salud posible para cada persona (Macinko, Montenegro, Nebot, Etienne y Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud, 2007: 74)

En definitiva, tal y como señala Briceño-León (2003) desde la perspectiva sociocultural en salud podemos apreciar dos orientaciones en el estudio y abordaje biomédico de los determinantes y las desigualdades sociales en salud de las poblaciones:

- a. La que relaciona el origen sociocultural de las enfermedades con el comportamiento, las actitudes y las prácticas individuales, y que frecuentemente se asocia con la cooperación de pacientes o estilos de vida⁵⁵ personales (*patient compliance* y *lifestyle* respectivamente en la literatura biomédica internacional) y se aborda mediante estrategias de educación e información sanitaria. Éstas presentan grandes limitaciones en la comprensión del contexto sociocultural de la enfermedad.

⁵⁵ Por estilos de vida la perspectiva biomédica se refiere a patrones culturales que, además de referirse a patrones de comportamiento, alude a formas de vida en riesgo o sanas (Duque-Paramó, 2007: 136).

- b. La que interpreta que el origen sociocultural de las enfermedades tiene un origen estructural o colectivo que no se puede obviar como, por ejemplo, el que viene determinado por la etnia, el género y la clase social. Éstos hacen referencia desde diferentes ópticas macro y micro a las dimensiones socioculturales en las que transcurre la vida de las poblaciones y que pueden dar lugar a desigualdades sociales en salud.

Desde una perspectiva histórica, en las últimas cuatro décadas, diversas actuaciones biomédicas político–institucionales y distintos informes de organismos internacionales del campo de la salud pública y la epidemiología “social” han puesto de manifiesto la importancia de actuar ante los determinantes y las desigualdades sociales en la salud de las poblaciones. Sin embargo, los medios de comunicación y las publicaciones no especializadas han prestado una escasa atención a este objeto de estudio (Benach y Muntaner, 2005) y tema de actuación de la agenda política. Concretamente, el incremento del foco de atención sobre los determinantes de las desigualdades sociales en la salud es resultado de la confluencia de los siguientes aspectos: a) los desarrollos en el campo de la epidemiología social, b) la globalización de datos de sociales y de salud, y c) la reflexión nacional y la auto-valoración (Amick III, Levine, Tarlov y Chapman, 1995).

En el ámbito biomédico de actuación político-institucional, la amplia aceptación de estos aportes arranca con la constitución de la OMS en el año 1946 y el reconocimiento de la dimensión social de la salud. Años más tarde, se plasma en la Declaración de Alma Ata (OMS, 1978) que al tiempo que recoge la propuesta internacional de implantar el modelo de atención primaria de salud como parte integral de los sistemas de salud, constituye un hito en la historia de la salud pública y la epidemiología moderna. El nuevo modelo o sistema médico, como hemos visto, sienta las bases para abordar desde distintos sectores sociales y económicos, además del sector salud, las dimensiones sociales, y podemos añadir culturales, que están presentes en los procesos de atención a la salud y la enfermedad de las poblaciones. De esta manera, el enfoque político de acción intersectorial para actuar sobre los determinantes y las desigualdades sociales en salud, comienza a adquirir un papel clave para alcanzar la meta de Salud para Todos mediante el desarrollo de un modelo de atención primaria de salud social e integral. En este período, algunos países avanzaron enormemente en la forma de abordar algunos

determinantes sociales clave como, por ejemplo, la nutrición y la educación de las mujeres (Irwin y Scali, 2005: 61).

Durante los años ochenta y siguientes, como señalan Irwin y Scali (2005) de igual modo que el desarrollo del modelo de atención primaria integral se debilita, la acción sobre los determinantes sociales también disminuye debido al contexto político y económico neoliberal imperante en el mundo. Observan que serán las prescripciones equivocadas que plantea el neoliberalismo, junto al reconocimiento de la necesidad de desarrollar enfoques alternativos y el aumento de la comprensión científica, lo que ponga de relieve la importancia de llevar a cabo nuevas políticas de salud pública para actuar sobre los determinantes y las desigualdades sociales en salud. Sin embargo, la mayoría de ellas se desarrollarán en países de altos ingresos, con la excepción de algunos casos en países en desarrollo.

Estas dificultades, no obstante, también conviven con el auge que paralelamente comienza a adquirir la atención hacia los determinantes y las desigualdades sociales de la salud en el desarrollo que recibe el ámbito de la promoción de salud a partir de la Declaración de Alma Ata (1978). Esta iniciativa culmina con la celebración de la I Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en Canadá en el año 1986. En ella se promulga la Carta de Ottawa que recoge una definición amplia sobre los conceptos de salud y promoción de salud, a la vez que señala la existencia de ocho tipos de determinantes o requisitos esenciales para la salud de las poblaciones. Éstos son la paz, la vivienda, la educación, los alimentos, los ingresos, el ecosistema estable, los recursos sostenibles, y la justicia social y la equidad. Para lograrlos afirma que es necesario fomentar la promoción de la causa y contar con la acción coordinada del gobierno, de organizaciones no gubernamentales, del sector privado y los medios de comunicación.

A partir de este momento, la celebración de las siguientes conferencias internacionales de promoción de salud que tienen lugar en el mundo, continúan avanzando en el compromiso de favorecer un nuevo enfoque intersectorial para abordar los determinantes sociales que influyen en la salud de las poblaciones y evitar la generación

de desigualdades sociales⁵⁶. En relación a estos aspectos, la OMS en el año 2010 adopta además la “Declaración de Adelaida sobre la salud en todas las Políticas: hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar” que señala la necesidad de establecer un nuevo contrato social entre todos los sectores, de forma que la salud y el bienestar se incluyan como componentes esenciales en la formulación de políticas en pro de la equidad y la justicia social. Todo ello, conlleva nuevamente el reconocimiento político y programático acerca de que las causas de la salud y el bienestar están fuera del ámbito del sector salud y tienen un origen social y económico (OMS, 2010a).

Los informes biomédicos de organismos internacionales del campo de la salud pública y la epidemiología “social”, dan lugar a la elaboración de distintos modelos teóricos para explicar los diferentes modos que relacionan a la salud con sus determinantes sociales y, por ende, con la posible generación de desigualdades sociales en salud importantes, sistemáticas, evitables e injustas (Whitehead, 1992). Podemos decir que a raíz de estos análisis multicausales, se ponen de relieve algunos de los caminos a emprender desde el modelo de atención primaria de salud con el fin de abordar y transformar la presencia de las dimensiones socioculturales en la salud y la enfermedad de las poblaciones.

En el año 1974 el “Informe Lalonde” en Canadá identifica cuatro grandes grupos de determinantes que influyen en el nivel de salud de una comunidad o de una población:

1. la biología humana (constitución, carga genética, desarrollo y envejecimiento),
2. el medio ambiente (contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural),

⁵⁶ En concreto estas conferencias son las siguientes: a) II Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud: “Recomendaciones de Adelaida sobre políticas públicas para la salud” (1988); b) III Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud: “Declaración de Sundsvall sobre los ambientes favorables a la salud” (1991); c) IV Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud: “Declaración de Yakarta sobre la promoción de la salud en el siglo XXI” (1997), d) V Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud: “Declaración de México sobre promoción de la salud: hacia una mayor equidad” (2000); e) VI Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud: “Carta de Bangkok para la promoción de la salud en mundo globalizado” (2005); f) VII Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud: “Llamamiento a la Acción de Nairobi para cerrar la brecha de aplicación en materia de promoción de la salud” (2009); y g) VIII Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud: “Declaración de Helsinki sobre la salud en todas las políticas: un llamamiento a la acción” (2013), en ella se evalúan los logros y objetivos de promoción de la salud alcanzados desde Ottawa a Nairobi, de forma que se abordan los desafíos existentes, los éxitos alcanzados y las lecciones aprendidas.

3. los estilos de vida y las conductas de salud (uso de drogas, sedentarismo, alimentación, estrés, violencia, conducción peligrosa, mala utilización de los servicios sociosanitarios), y
4. el sistema de asistencia sanitaria (mala utilización de recursos, sucesos adversos producidos por la asistencia sanitaria, listas de espera excesivas, burocratización de la asistencia) (Lalonde, 1974: 31).

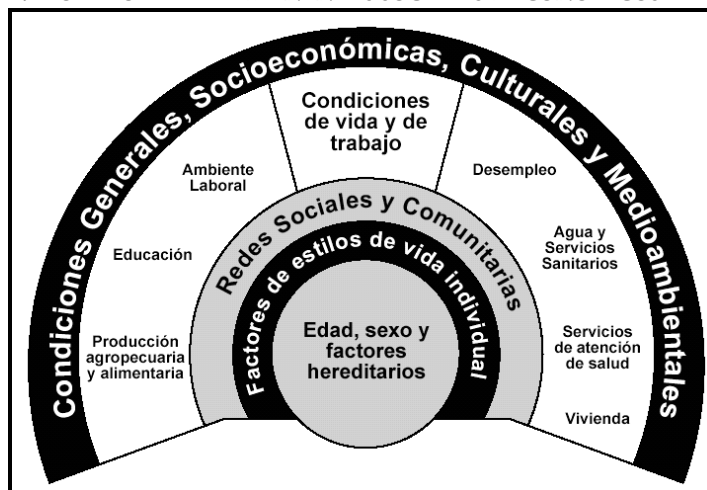
De este modo, introduce una nueva perspectiva integral en el análisis sobre las causas sociales de la enfermedad, que pone de relieve que el sistema de salud no es el determinante más relevante en el origen de los procesos de salud y enfermedad de las poblaciones, y subraya la necesidad de abordar las desigualdades en salud socialmente determinadas. Posteriormente, entre otros informes, caben mencionar la realización en Reino Unido del “Informe Black” llevada a cabo por el Departamento Británico de Salud y Seguridad Social en el año 1980, y actualizada en 1992; el “Informe Whitehead” publicado en 1987; el “Informe Acheson” en 1998; y años más tarde la revisión de Marmot del año 2010.

Igualmente, entre los distintos modelos existentes, Dahlgren y Whitehead (1991) explican cómo las desigualdades sociales son el resultado de las interacciones entre distintos niveles de condiciones causales, desde el individuo hasta las comunidades (véase Figura 1). El modelo sitúa en el centro del diagrama a las poblaciones. Así, a nivel individual, la edad, el sexo y los factores hereditarios condicionan su potencial de salud. La siguiente capa representa los comportamientos personales y los hábitos de vida. A continuación se representan las influencias sociales y de la comunidad. En el nivel siguiente, se encuentran los factores relacionados con las condiciones de vida y de trabajo, acceso a alimentos y servicios esenciales. En el nivel superior, se sitúan las condiciones económicas, culturales y ambientales prevalentes en la sociedad y que abarcan en su totalidad a los demás niveles.

El modelo de Dahlgren y Whitehead (1991) explica cómo las inequidades en salud son resultado de las interacciones entre distintos niveles de condiciones causales, desde el individuo hasta las comunidades. Las personas se encuentran en el centro del diagrama. A nivel individual, la edad, el sexo y los factores genéticos condicionan su potencial de salud. La siguiente capa representa los comportamientos personales y los hábitos de

vida. A continuación se representan las influencias sociales y de la comunidad. En el nivel siguiente, se encuentran los factores relacionados con las condiciones de vida y de trabajo, acceso a alimentos y servicios esenciales. Las condiciones económicas, culturales y ambientales prevalentes en la sociedad abarcan en su totalidad los demás niveles

FIGURA 1: MODELO DE DETERMINANTES SOCIALES Y ECONÓMICOS DE LA SALUD



Fuente: Dahlgren y Whitehead, 1991

A lo largo de este tiempo, el interés internacional que suscita el estudio y el análisis de la influencia de la dimensión social sobre la salud de las poblaciones, lleva a que la OMS ponga en funcionamiento de forma específica una Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud en el mes de marzo del año 2005⁵⁷. La comisión en el plazo de tres años, ha tenido por objeto reunir datos científicos sobre las causas sociales y ambientales de las desigualdades sanitarias y las posibles políticas e intervenciones para corregirlas en pro de la equidad, así como proponer a todos los programas de la OMS que incorporen los determinantes sociales de la salud en sus pautas de trabajo normativo, técnico y de planificación (OMS, 2004).

En este marco de trabajo, la comisión presenta un modelo conceptual para explicar los determinantes de las desigualdades sociales en salud en el año 2007 (véase Figura 2), que se compone de los siguientes elementos: a) los determinantes estructurales del contexto socioeconómico y político, b) la posición socioeconómica que también incluye algunos

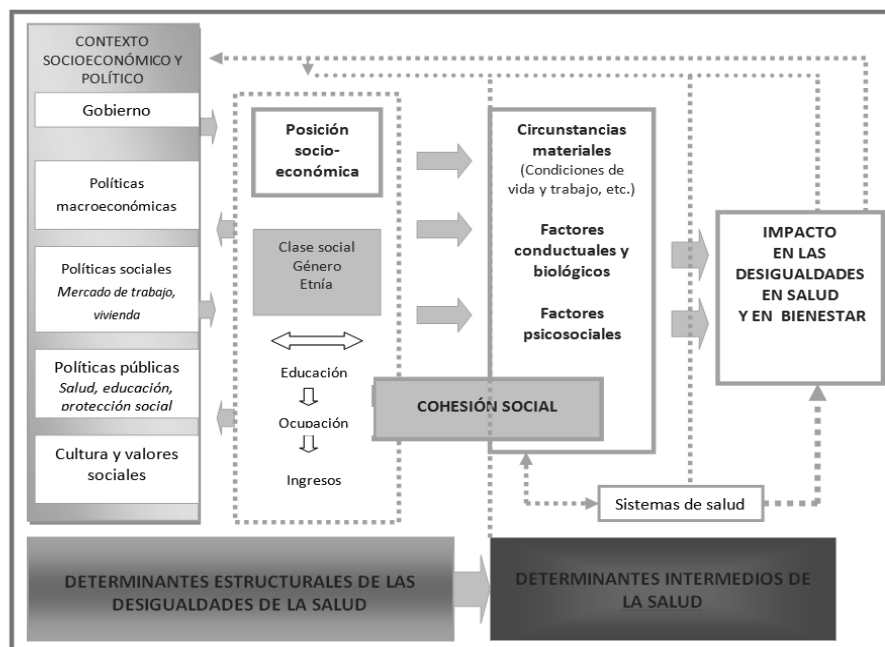
⁵⁷ La comisión ha estado integrada por diecinueve miembros de distintas instancias normativas, investigadoras y de la sociedad civil, y ha sido presidida por Michael Marmot adscrito a la Universidad College de Londres. Esta comisión crea cuatro grupos de trabajo sobre los siguientes temas: 1) colaboración con los Estados miembros, 2) colaboración con la sociedad civil, 3) redes mundiales de expertos/as, y 4) colaboración dentro de la OMS.

determinantes estructurales como, por ejemplo, la etnia, el género y la clase social, c) los determinantes intermedios de la salud, tales como las condiciones de vida y trabajo, los comportamientos y conductas, y el sistema sanitario biomédico.

En el año 2008, la comisión presenta su informe final a la OMS “Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud”. Este informe observa globalmente los determinantes sociales de la salud y los define de la siguiente manera:

La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno «natural», sino el resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política. Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país (OMS y Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2008: 5).

FIGURA 2: MARCO CONCEPTUAL DE LAS PRINCIPALES CATEGORÍAS Y VÍAS DE ACCIÓN SOBRE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD



Fuente: Solar e Irwin (2007: 33)

Tal y como señala esta definición, la comisión reafirma que los procesos de atención a la salud y la enfermedad dentro y entre los distintos países del mundo, independientemente de sus niveles de ingresos, siguen un gradiente social que señala que

cuanto más baja es la situación socioeconómica de una persona o grupo social, peor es su estado de salud. De este modo, vuelve a denunciar ante la comunidad internacional la existencia de desigualdades injustas. Es decir de diferencias sistemáticas en el estado de salud de las poblaciones que son evitables mediante la adopción de medidas e intervenciones razonables, sostenidas a nivel internacional, nacional y local y mediante la participación de todos los sectores. Para ello propone enfatizar la importancia de relacionar el desarrollo de las políticas económicas con el de las políticas sociales.

En relación a estos aspectos, la comisión señala tres recomendaciones generales o principios de acción:

1. mejorar las condiciones de vida de las poblaciones, es decir, las circunstancias en que nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen,
2. luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, es decir, los factores estructurales de los que dependen estas condiciones de vida a nivel mundial, nacional y local; y
3. medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones, para ampliar la base de conocimientos, dotarse de personal profesional cualificado y sensibilizar a la opinión pública en relación a este aspecto.

Uno de los primeros estudios publicados al sur de Europa sobre esta materia es el “Informe de desigualdades sociales de salud en España” del año 1996. Es el resultado de la petición que, en el año 1993, el Ministerio de Sanidad y Consumo realiza a una comisión científica que se establece para analizar las desigualdades sociales en salud, y hacer recomendaciones sobre cómo mejorar la salud de la población española mediante la puesta en práctica de políticas públicas tendentes a disminuirlas (Navarro y Benach, 1996). Describe desigualdades en términos de mortalidad, salud percibida, conductas relacionadas con la salud y utilización de servicios sanitarios, y muestra la necesidad de actuar prioritariamente en la reducción de desigualdades.

Sin embargo, los cambios en la orientación política del gobierno en los años siguientes a la elaboración del informe, no otorgan prioridad a este aspecto. A pesar de ello, diversos informes y publicaciones científicas pondrán de manifiesto de forma continuada la

existencia de desigualdades sociales en España y la necesidad de abordarlas (Benach, Borrell y Chamizo, 1998; Rico, Ramos y Borrell, 2002; Artazcoz, García-Calvente, Esnaola, Borrell, Sánchez-Cruz, Ramos, Merino, Daponte-Codina, Anitua, Rohlfs y Cabrera-León, 2002; Borrell, García-Calvente y Martí-Boscà, 2004; Pérez, Cirera, Rodríguez-Sanz y Borrell, 2005; Rodríguez-Sanz, Carrillo-Santistevé y Borrell, 2006; entre otros y otras).

Posteriormente, la reducción de desigualdades sociales vuelve a convertirse en una acción prioritaria nacional. Así, en noviembre de 2008, la Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior del Ministerio de Sanidad y Política Social, pone en marcha una Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, formada por 18 profesionales fundamentalmente del campo de la salud pública, que tiene como propósito realizar una propuesta de medidas de intervención a corto, a medio y a largo plazo para disminuir las desigualdades en el ámbito de la salud pública, así como identificar otras áreas de intervención e instituciones implicadas en el desarrollo de las mismas. Del trabajo de esta comisión, nacen dos documentos.

En el primero de ellos, “Análisis de situación para la elaboración de una Propuesta de Políticas e Intervenciones para reducir las Desigualdades Sociales en España”, la comisión centra su atención en cuatro aspectos: a) las desigualdades en salud, el marco conceptual y los principios para la acción de las políticas; b) las evidencias sobre los determinantes de las desigualdades sociales en salud en España; c) las políticas europeas para reducir las desigualdades; y d) la incorporación de políticas de reducción de desigualdades en los planes de salud de España (Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España, 2009).

En relación al primer aspecto, el informe corrobora que a pesar de que en España existe evidencia sobre la presencia de determinantes y desigualdades socioeconómicas en la salud de las poblaciones, las políticas para disminuirlas se han introducido con dificultad en la agenda política, salvo en algunas comunidades autónomas como, por ejemplo, Andalucía, Cataluña y País Vasco en las que se encuentran entre los objetivos principales de sus planes de salud (Borrell y Artazcoz, 2008).

Respecto a los determinantes sociales de las desigualdades en España, el análisis presentado observa que las poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad son las

personas de clases sociales desfavorecidas, las mujeres y las poblaciones inmigrantes procedentes de países pobres, así como advierte que existen diferencias en la salud de las poblaciones en función de la comunidad autónoma de residencia:

Los grupos sociales más vulnerables son las personas de clases sociales desfavorecidas, las mujeres, o más recientemente la población inmigrada de países pobres, que presentan peores condiciones de vida y de trabajo, adoptan conductas no saludables y tienen más dificultades para acceder a algunos servicios. ... Además de las características de los individuos, el entorno social, cultural y económico influye en la salud de la población. Es decir, independientemente de las desigualdades entre individuos, existen también variaciones geográficas en la salud, relacionadas con los recursos sociales, económicos y sanitarios que dispone cada región (Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España, 2009: 34–35).

Asimismo, se enfatiza la necesidad de monitorizar e investigar los determinantes y desigualdades sociales en salud, mediante la mejora de las fuentes de información.

El estudio de las experiencias de algunos los países europeos para reducir las desigualdades sociales en salud, analiza el caso de las políticas integrales llevadas a cabo en Finlandia, Noruega, Suecia, Inglaterra e Irlanda y otras experiencias de interés realizadas en Dinamarca y Holanda. Así, se describen tres tipos de aproximaciones complementarias para reducir las desigualdades:

- a. las que focalizan la atención en mejorar la salud de los grupos vulnerables,
- b. las que tratan de reducir desigualdades dentro de estos grupos y los más favorecidos,
y
- c. las que pretenden disminuir desigualdades en toda la población, pero teniendo en cuenta el conjunto del gradiente social.

El informe resalta que las experiencias europeas ponen de relieve la necesidad de otorgar preferencia a este último enfoque, pero atendiendo al grado de desventaja social de las poblaciones. Además, subraya la relevancia que adquiere la atención sanitaria para reducir las desigualdades en salud, y cómo los servicios de salud pueden aumentarlas si no adaptan su atención a las diferentes necesidades y problemáticas de los grupos socioculturales. Por último, destaca que el papel predominante que se otorga a la dimensión socioeconómica en la definición de desigualdades sociales, sitúa a las dimensiones de género, edad, etnia o país de origen en una posición secundaria.

Finalmente, el análisis de la incorporación de políticas de reducción de desigualdades en los planes de salud de España, concluye que la equidad y las desigualdades se han incluido de forma explícita como una prioridad y un valor que debe estar presente en las políticas de salud y de servicios sanitarios de las comunidades autónomas (sensibilidad simbólica). No obstante, se aprecian diferencias entre ellas en las propuestas concretas que se establecen en los planes para hacer frente a los problemas de salud, a los entornos y a los objetivos de apoyo (sensibilidad operativa). Además, en general, se observa que el mayor número de propuestas se concentra en los problemas de salud y en la dimensión género.

En el segundo informe, “Avanzando hacia la Equidad. Propuesta de Políticas e Intervenciones para reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España”, la comisión propone una adaptación del marco conceptual que describe los determinantes de las desigualdades sociales en salud de las poblaciones en base a modelos ya existentes. Por tanto, distingue entre los dos tipos de determinantes anteriormente mencionados: a) los determinantes estructurales: relacionados con el contexto socioeconómico y político que afectan a la estratificación social y a la distribución del poder y los recursos, y que conciernen a los distintos ejes de desigualdad social existentes; y b) los determinantes intermedios: que vienen condicionados por la estructura social e influyen en una peor salud (véase Figura 3).

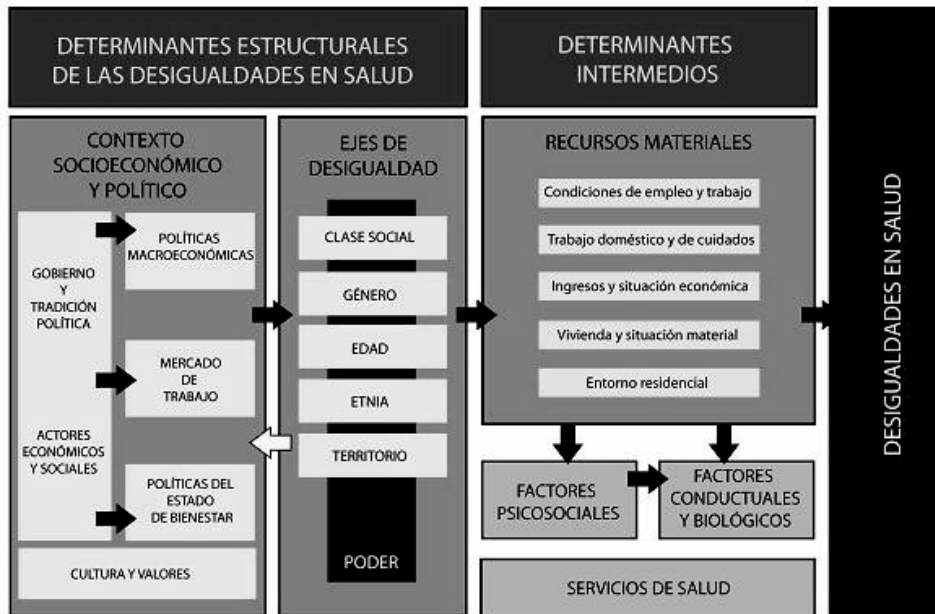
Respecto a los distintos “ejes de desigualdad” que identifica este modelo, se tratan fundamentalmente desde un punto de vista social. Esta perspectiva alude a la estructuración de las diferentes jerarquías de poder existentes en la sociedad y cómo estas posiciones influyen en las oportunidades de salud de las poblaciones. No obstante, se interconectan de alguna forma con la apreciación de diferentes valores, actitudes y conductas. Incluso se llegan a relacionar con el concepto de discriminación y con ello de forma implícita se aproximan a incorporar la dimensión cultural en salud:

Estos ejes determinan las oportunidades de tener una buena salud y ponen en evidencia la existencia de desigualdades en salud debido al poder, el prestigio y el acceso a los recursos, siendo más beneficiadas las personas de clases sociales privilegiadas, los hombres, las personas de edad joven y adulta, las de raza blanca y las originarias de áreas geográficas más ricas. Estos ejes de desigualdad están relacionados con el concepto de discriminación ... que se denominan clasismo, sexismo o racismo.

... Pertenecer a etnias como la afroamericana en Estados Unidos, la Maori en Nueva Zelanda, o la gitana en España supone padecer procesos de discriminación interpersonal e institucional y de

exclusión social y económica con impacto en la salud (Comisión para reducir las Desigualdades en Salud en España, 2010: 6–7).

FIGURA 3. MARCO CONCEPTUAL DE LOS DETERMINANTES DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD, BASADO EN SOLAR E IRWIN (2007) Y NAVARRO (2004A)



Fuente: Comisión para reducir las Desigualdades en Salud en España (2010: 7)

La elaboración de este marco orienta las recomendaciones propuestas por la comisión, y concretamente consta de 27 recomendaciones principales y 166 específicas, que a su vez se ordenan por prioridad y se dividen en los siguientes 5 grandes apartados que contienen un total de 14 áreas:

1. la distribución del poder, la riqueza y los recursos (salud y equidad en todas las políticas; financiación justa y gasto público para la equidad; poder político y participación; buena gobernanza mundial),
2. condiciones de vida y trabajo cotidianas a lo largo del ciclo vital (infancia; empleo y trabajo; envejecimiento),
3. entornos favorecedores de la salud (entornos físicos acogedores y accesibles; acceso a una vivienda digna; entornos favorecedores de hábitos saludables),
4. servicios sanitarios (un sistema sanitario que no causa desigualdad),

5. información, vigilancia, investigación y docencia (información, vigilancia y evaluación; investigación; docencia) (Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España, 2010).

En un primer momento, se han priorizado 20 políticas estratégicas que implican el desarrollo de los servicios de salud pública y 15 dirigidas a la administración de los servicios sanitarios, algunas de ellas se encuentran en ambos listados. El informe propone que para avanzar hacia la equidad en salud siguiendo las recomendaciones propuestas es necesario contar con los siguientes requisitos:

- a. crear organismos políticos y técnicos que sostengan esta prioridad,
- b. obtener datos y contar con sistemas de vigilancia para estudiar la evolución de las desigualdades y el impacto de las políticas,
- c. impulsar intervenciones sanitarias y de salud pública que reduzcan las desigualdades, y
- d. establecer alianzas para impulsar las políticas para reducir las desigualdades en salud que se desarrollan fuera del sector salud (Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España, 2010).

En definitiva, las recomendaciones planteadas evidencian que la disminución de desigualdades sociales en salud no es posible sin la existencia de un compromiso para promover la salud y la equidad en todas las políticas para avanzar hacia una sociedad más justa (Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2012).

En los últimos años, la reducción de las desigualdades sociales en salud continúa siendo una de las prioridades del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, y así se concreta en la “Estrategia nacional de equidad en salud”⁵⁸ (Ministerio de Sanidad,

⁵⁸ Con motivo de la Presidencia española de la UE, durante el primer semestre de 2010, el Ministerio de Sanidad y Política Social de España, estableció la Equidad en Salud como una de las prioridades a visibilizar y desarrollar durante su mandato. De esta manera, bajo el título “Innovación en Salud Pública: Monitorización de los Determinantes Sociales de la Salud y Reducción de las Desigualdades en Salud”, se elabora un documento técnico que plantea la necesidad de avanzar en los siguientes objetivos: 1) avanzar hacia una agenda de la UE coherente y efectiva en la reducción de las desigualdades, 2) contribuir a la innovación en salud pública mediante el impulso de la monitorización de los determinantes sociales de la salud, 3) facilitar el intercambio de experiencias entre los Estados miembros para promover la

Servicios Sociales e Igualdad, 2013). Actualmente, la primacía, la concreción y la puesta en marcha de las recomendaciones realizadas por la comisión, recae en las administraciones sanitarias. Además, el citado Ministerio establece la prioridad en torno a nueve medidas que se agrupan en cuatro líneas de trabajo. A saber:

1. desarrollar sistemas de información sobre equidad en salud que guíen las políticas públicas,
2. promover y ampliar el conocimiento y las herramientas intersectoriales, avanzando hacia el concepto de “Salud y equidad en todas las políticas”⁵⁹,
3. impulsar un plan de apoyo integral a la salud infantil y juvenil que vele por la igualdad de oportunidades de niñas y niños, independientemente de las condiciones de sus madres y padres, y
4. realizar un plan de visibilización política de la estrategia de equidad y los determinantes sociales de la salud (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013).

De acuerdo con las prioridades señaladas, entre las actividades desarrolladas en el marco de esta estrategia, se está introduciendo el enfoque de los determinantes sociales y la equidad tanto en el ámbito de las administraciones sanitarias como en el de los servicios de salud (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013).

Respecto a las administraciones sanitarias, específicamente, se ha puesto en marcha un proceso formativo interno para incorporar el enfoque de determinantes sociales y equidad en todas las estrategias, programas y actividades relacionadas con la salud, mediante la sensibilización, capacitación y formación del personal profesional vinculado

implementación de estrategias nacionales que aborden las desigualdades, 4) colaborar en el progreso hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU, y 5) reforzar y dar visibilidad al trabajo internacional sobre equidad en salud realizado anteriormente por la Comisión Europea, las Presidencias previas de la UE, la OMS, etc. (Calvete, Campos, Catalán, Fernández, Herrador, Merino, Ramírez, Santaolaya y Hernández, 2010).

⁵⁹ Uno de los principales resultados de las propuestas realizadas por la Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior del Ministerio de Sanidad y Política Social durante la Presidencia española de la UE, son las conclusiones sobre “Equidad y salud en todas las políticas”, que fueron aprobadas por el Consejo de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores (EPSCO), el 8 de junio de 2010, con el propósito de avanzar en la reducción de desigualdades desde una visión global que integre la salud en todos los ámbitos (Council of the European Union, 2010).

a instituciones promotoras de la estrategia (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013). Junto a ello se ha elaborado una “Guía metodológica para integrar la equidad en las estrategias, programas y actividades de salud” (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España, 2012b).

En el ámbito de los servicios de salud, se han desarrollado dos instrumentos que, en cierto modo, pretenden incorporar el abordaje de las dimensiones socioculturales y su relación con el fenómeno de la inmigración en los procesos de atención a la salud y la enfermedad de las poblaciones: 1) “Guía de gestión de la diversidad religiosa en los centros hospitalarios” (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España, Servicio de Salud de Castilla La Mancha y Fundación Pluralismo y Convivencia, 2011), y 2) “Instrumento para la valoración de la competencia intercultural en la atención en salud mental. Hacia la equidad en salud” (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011)⁶⁰.

Por último, cabe citar la publicación del “Primer Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía” (INDESAN) en el año 2008 (Escolar–Pujolar, Martínez–Ruiz y

⁶⁰ Además, desde el año 2003, se lleva a cabo la primera “Estrategia nacional de equidad en salud dirigida a población gitana”, que actualmente se sigue implementando desde el área de promoción de la salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013). Esta estrategia se desarrolla mediante un acuerdo de colaboración entre este Ministerio y la Fundación Secretariado Gitano (2003–2008). A partir del año 2006, la estrategia se desarrolla con la colaboración del Grupo de Salud del Consejo Estatal del Pueblo Gitano, en el que participan activamente todos los miembros decidiendo las líneas de acción a seguir. En este marco se han llevado a cabo los siguientes instrumentos y documentos: 1) la elaboración del vídeo “El arte de vivir sano” (2010), 2) el desarrollo del “Plan de acción para el desarrollo de la población gitana 2010-2012: Área de salud”, 3) la realización de la investigación “Hacia la equidad en salud: Estudio comparativo de las encuestas nacionales de salud a población gitana y población general de España” (2006), 4) la presentación de las bases de la estrategia de equidad a través del documento “Salud y comunidad gitana. Análisis de propuestas para la actuación” (2005) que recoge una valoración de necesidades, y la propuesta de políticas y acciones para eliminar desigualdades en población gitana, 5) el diseño de una “Guía para la actuación con la comunidad gitana en los servicios sanitarios” (2006) para formar y sensibilizar al personal profesional en las intervenciones en salud, 6) la elaboración del documento “Comunidad gitana y salud. La situación de la comunidad gitana en España en relación con la salud y el acceso a los servicios sanitarios: conclusiones, recomendaciones y propuestas” (2008) que presenta el avance de resultados de la primera “Encuesta nacional de salud a población gitana: Comunidad gitana y salud”, realizada en el año 2006, así como recoge recomendaciones y estrategias de intervención sobre áreas prioritarias, 7) el desarrollo del estudio “Estilos de vida de la comunidad gitana” que mediante un abordaje cualitativo da a conocer aspectos de la cultura, los valores y las creencias que condicionan la adopción de estilos de vida, 8) recopilación de otra información de interés para la equidad de la población gitana como, por ejemplo, la constitución del “Programa de Desarrollo Gitano” en 1989, la creación del “Consejo Estatal del Pueblo Gitano” en 2005, y la puesta en marcha de la “Estrategia nacional para la inclusión de la población gitana en España 2012–2020”, entre otros, 9) y la realización de jornadas, conferencias y talleres relacionados con este ámbito de estudio y actuación (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013).

Daponte–Codina, 2008). La iniciativa proviene de la “Asociación de Defensa de la Sanidad Pública de Andalucía (ADSP–A)”, de ahí que no se trate de un documento gubernamental a diferencia de los analizados hasta el momento. Por un lado, presenta una reflexión teórica sobre la conceptualización de los determinantes de las desigualdades sociales y, por otro, expone resultados cuantitativos sobre medidas de desigualdad relacionadas con la esperanza de vida, la mortalidad, la posición socioeconómica, el trabajo, el medio ambiente, el género y el uso de servicios sanitarios en Andalucía. Los datos muestran que, en los últimos treinta años, a pesar de las políticas sociales y económicas puestas en marcha, en general no se han reducido las desigualdades sociales entre España y Andalucía, ni en el interior de Andalucía. Además, observa que el funcionamiento de los servicios sanitarios en Andalucía actúa como un “tapón del efecto en salud de las desigualdades sociales. Las desigualdades en salud que hemos encontrado serían sin duda mucho mayores si no nos hubiéramos dotado de un sistema público de salud, universal, y con un funcionamiento tendente a la equidad” (Escolar–Pujolar et al., 2008: 24).

En resumen, los diferentes informes analizados subrayan la necesidad de fortalecer el principio de salud en todas las políticas. El principio se sustenta en la conceptualización de la dimensión social, junto a la dimensión política y económica de la salud. El conjunto de estas dimensiones ofrece una visión positiva y holística sobre el contexto que determina los procesos de atención a la salud y la enfermedad de todas las poblaciones en general y de las poblaciones inmigrantes en particular:

... la salud está fuertemente influenciada por el entorno, por cómo viven, trabajan, comen, se mueven o disfrutan su tiempo de ocio las personas. Además, estas condiciones de vida no dependen exclusivamente de decisiones individuales, sino que están determinadas por factores sociales, culturales, económicos o medioambientales. En consecuencia, las decisiones políticas que influyen sobre la salud de las personas no solo, ni de manera más significativa, son las relacionadas con los servicios o las políticas sanitarias, sino fundamentalmente las tomadas en otros ámbitos públicos y privados, políticos y civiles. Salud en todas las políticas supone identificar y actuar sobre los determinantes de la salud presentes en ámbitos no sanitarios, tales como la educación, el mercado laboral, el urbanismo, la vivienda o las políticas de inmigración, entre otros, en los cuales se generan o transmiten desigualdades sociales (Artazcoz, Oliva, Escribà–Agüir y Zurriaga, 2010: 1–2).

En este marco, internacionalmente se reconoce que el sistema o los servicios de salud no son los determinantes que influyen más relevantemente en la salud de las poblaciones (Vandale, Rodríguez, Laguna y López, 1984; Roos, Brownell y Menec, 2006). Sin embargo, los elementos universales que caracterizan al modelo de atención

primaria al sur de Europa como, por ejemplo, el prestar una atención comprensiva, integral, integrada y comunitaria bajo los valores de lograr la salud, la accesibilidad, la universalidad, la justicia social y la equidad, parecen situarlo en una posición idónea para actuar sobre ellos mediante el trabajo conjunto con otros sectores (Macinko et al., 2007; Hernández–Aguado, Santaolaya–Cesteros y Campos–Esteban, 2012; Daponte, Bernal, Bolívar, Mateo, Salmi, Barsanti, Berghmans, Piznal, Bourgueil, Marquez, González, Carriazo, Maros-Szabo, Ménival, 2014).

1.2.2 LA DIMENSIÓN CULTURAL EN SALUD DESDE LA PERSPECTIVA SOCIOCULTURAL

Desde la perspectiva sociocultural la incorporación de la dimensión cultural al ámbito de la salud hace referencia a la organización de la diversidad de conceptos, teorías y prácticas construidas sociocultural e históricamente por las poblaciones en torno a los procesos de atención a la salud y la enfermedad desde la antigüedad. Asimismo, alude a las diferentes características biológicas y socioculturales que se utilizan para definir e interpretar el *continuum* de salud y enfermedad por y acerca de las poblaciones y grupos socioculturales dentro, entre y en el ámbito de los distintos sistemas o modelos médicos existentes. Así sucede con el caso de la biomedicina y del modelo de atención primaria de salud.

Sobre la dimensión cultural se estructura la construcción de realidades socioculturales diversas, similares, diferentes y/o desiguales que, en definitiva, expresan la variabilidad intracultural e intercultural de la diversidad como parte de la vida y la salud de las poblaciones⁶¹. Esta variabilidad caracteriza a la constitución de modelos dominantes o particulares de conceptualizar y organizar el afrontamiento biológico y sociocultural de los procesos de atención a la salud y la enfermedad. También a la producción del conocimiento y a la estructuración de discursos y prácticas médicas que se utilizan colectivamente para identificar y comparar los fenómenos de la salud y la enfermedad de

⁶¹ A este respecto debemos distinguir entre los conceptos “diferencia” y “diversidad” en salud desde una perspectiva sociocultural. Así, mientras que la diferencia hace referencia a la clasificación jerarquizada de las distintas características o dimensiones biológicas y socioculturales que se relacionan con la salud, la enfermedad y la búsqueda de respuestas ante la enfermedad, el concepto de diversidad alude a la constatación de la variedad de dimensiones que se relacionan con la salud y el proceso de atención a la salud como fenómenos socioculturales.

las poblaciones. Desde estos modelos de saberes y prácticas se construyen interpretaciones y conductas sobre las distintas características biológicas y socioculturales que distinguen a las poblaciones y grupos entre sí, al tiempo que se producen distintas relaciones de poder. La cultura permite comprender así las relaciones de poder que determinan la construcción de diferencias y desigualdades socioculturales en salud (Duque–Paramó, 2007).

En el ámbito biomédico así ocurre, por ejemplo, con la construcción y el uso actual de las categorías identidad étnico–cultural y/o procedencia geográfica para referirse a la alteridad y/o la otredad de las poblaciones inmigrantes y que hace referencia al:

... efecto de la relación social entre dos heterogeneidades. La alteridad, en consecuencia, no es una realidad sustantiva, sino que es siempre relativa –los otros siempre son los otros de un heterogéneo nosotros– y relacional –los otros de un nosotros son un nosotros que nos ve como otros– (Santamaría, 2002: 7).

Es decir, a través de estas categorías se observan las diferencias que caracterizan biológica y socioculturalmente a la salud y la enfermedad de las otras y los otros constituido por las poblaciones inmigrantes. Este colectivo frente a un homogéneo nosotros y nosotras que representa a las poblaciones autóctonas en distintos contextos biomédicos, a menudo se conceptualiza y se utiliza sin suficiente conexión epistemológica respecto a los presupuestos teóricos de la diversidad desarrollados por las ciencias sociales⁶².

Uno de los principales problemas que encontramos a la hora de analizar y reflexionar sobre el alcance de la dimensión cultural en salud se encuentra, por tanto, en cómo definimos qué entendemos por “factores culturales” en la salud (Perdiguero y Comelles, 2000: 17). Las limitaciones que hallamos para conceptualizar la cultura en salud podemos decir que en cierto modo se asemejan a las controversias que existen acerca de

⁶² El uso de estas categorías biomédicas como nuevas variables de identificación, diferenciación y comparación entre poblaciones y grupos socioculturales, se ha incorporado recientemente al campo de la salud pública y de la epidemiología social en el sur de Europa. Su empleo se consolida dentro de la lógica científica biomédica como una ampliación del campo de estudio que observa distintas variables sociales. Estas variables se conceptualizan como relevantes para analizar la distribución, la frecuencia, las relaciones y los modelos de predicción de los determinantes de las desigualdades sociales en la salud y la enfermedad de las poblaciones (Jiménez et al., 2009). Igualmente, ocurre en el momento actual con el énfasis internacional y nacional que recibe la incorporación de la dimensión género como eje de desigualdad social en el ámbito de la investigación y las políticas de salud (Sen, George y Östlin, 2005; García–Calvente, Jiménez y Martínez, 2010; Esteban et al., 2010; Ariño, Tomás, Eguiluz, Samitier, Oliveros, Yago, Palacios y Magallón, 2011).

las diferentes maneras de definir la salud. En ambos casos las proposiciones oscilan desde conceptualizaciones fundamentalmente naturales y/o biologicistas a aquellas otras más sociales y, por tanto, también más culturales.

A grandes rasgos, en el primer caso, la definición hegemónica de cultura en salud se refiere a aquellas dimensiones biológicas y socioculturales que se emplean para diferenciar a las poblaciones en torno a las percepciones, las creencias y los comportamientos de atención a la salud y la enfermedad que acontecen en el transcurrir de la vida cotidiana. En el segundo, la definición dominante de salud alude a las distintas dimensiones biológicas, psicológicas y sociales que influyen o intervienen en las condiciones o estados de salud y enfermedad de las poblaciones que están imbricadas por tanto con la cultura.

Históricamente la mayoría de las veces las elaboraciones de ambos conceptos desde un plano teórico y práctico se realizan de forma desarticulada y distanciada entre sí. Si bien, los dos se refieren a aspectos centrales de la vida social y la cultura de las poblaciones. A través de ellos se observa la enfermedad en su dimensión biológica, social y cultural como un proceso mediante el que adquiere un significado reconocido socialmente (Martínez, 1999). Así, el binomio cultura y salud incorpora en sí mismo una relación compleja. Remite ineludiblemente al hecho de que existen diferencias individuales en la conceptualización y afrontamiento que realiza el ser humano acerca de la salud y la enfermedad. Pero también al reconocimiento de que estas diferencias no se pueden suprimir u obviar desde un paradigma biologicista de atención.

Todo ello en el ámbito biomédico, tal y como señala Good (2003: 22–23) está relacionado con el hecho de que la “enfermedad es paradigmáticamente biológica”, lo que da lugar a dos tipos de investigación. Por una parte, la medicina, la sanidad y la ecología humana que aportan modelos para el estudio de la enfermedad y su lugar en los sistemas biológicos. Por otra, los estudios socioculturales que investigan la adaptación humana y las respuestas a la enfermedad, lo que en suma requiere desnaturalizar conscientemente la enfermedad y considerarla como un ámbito cultural. Sin embargo, en ambos tipos de investigaciones es preciso destacar el papel que desempeña la cultura

tanto en la etiología y en la explicación de la enfermedad⁶³, como en las formas de organizar su atención (De Miguel, 1980).

Además, si específicamente nos detenemos a reflexionar sobre el problema de definir la cultura en salud, cabe señalar que esta dificultad no es propia o exclusiva de la perspectiva biomédica y sociocultural que estudia y aborda los fenómenos de la salud y la enfermedad de las poblaciones. Desde las ciencias sociales la historia del significado atribuido al propio concepto de cultura tiene en sí mismo un desarrollo complejo.

Así, a pesar de que desde las ciencias sociales se reconoce ampliamente que no existe un consenso sobre el concepto unificado de cultura, como afirma García-García (1998b: 1–13) fundamentalmente es una forma de organizar la diversidad de los comportamientos individuales y, por tanto, la unidad que la constituye como una entidad homogénea es formal y no sustantiva:

Por una parte, los individuos que comparten una cultura mantienen sus peculiaridades en todos los ámbitos de la conducta. Por otra, el hecho de que tales conductas formen parte de una organización implica la existencia de convencionalismos, de reiteraciones conductuales e incluso de asunciones de roles pautados en contextos específicos, que pueden llegar a configurar algunas manifestaciones individuales susceptibles incluso de presentarse como prueba de una arraigada homogeneidad interna (García-García, 1998b:2).

García-García (1998b: 1–13) aclara que la “organización” de la cultura implica que se trata de una unidad procesual, que no es estática ni esencialista, sino que es fruto de la negociación cotidiana. Por su parte, advierte que la “diversidad” establece las condiciones de la negociación que no tendrían sentido si las partes fuesen completamente coincidentes. Además, añade que la negociación no produce homogeneidad, sino que otorga una “dimensión social a la diversidad, esto es, la organiza redefiniendo en términos sociales los objetivos particulares” (García-García (1998b: 2). De esta forma, una situación que desembocaría en conflicto se asume y se cuenta con ella al convertirse en “conductas previsibles” al margen de los sujetos concretos que las ponen en práctica. En suma, plantea una definición que resalta que la cultura alude a la diversidad de formas que tienen de organizarse los grupos

⁶³ Así, por ejemplo, en las “sociedades mediterráneas” la explicación de la enfermedad históricamente se corresponde con interpretaciones y prácticas religiosas (judías, cristianas, islámicas y paganas), y empírico-naturales heredadas de saberes empíricos, prácticas mágicas, técnicas de autocuidado y tradiciones cultas ligadas a las medicinas técnico-científicas (Comelles, 1996: 302).

socioculturales que comparten un determinado territorio. De esta interpretación se extrae la siguiente conceptualización acerca del otro o la otra: “si la cultura propia es una organización de las diferencias internas, la del otro lo es también” (García-García (1998b: 13).

Sea cual fuese la definición de cultura que elijamos, desde la perspectiva sociocultural en salud se reconoce considerablemente que la dimensión cultural está presente en la diversidad de percepciones, experiencias y comportamientos aprendidos y compartidos por las poblaciones o las sociedades ante los procesos de atención a la salud y la enfermedad. También en la elección y en el uso de los sistemas o modelos médicos que se emplean para afrontarlos en un determinado territorio. De ahí, que los temas de estudio y los avances teóricos desarrollados por la perspectiva sociocultural sobre la salud y la enfermedad como aspectos clave en la vida social y cultural de las poblaciones o las sociedades, hayan supuesto un impulso en el ámbito general de la teoría socioantropológica social y/o cultural de los últimos treinta años:

... tanto por su crecimiento exponencial, como por la significación teórica que ha tenido en la renovación de las polémicas entre cultura y naturaleza, cultura y biología y la importancia del cuerpo y de las emociones en la construcción de la cultura (Perdiguero y Comelles, 2000: 24).

De acuerdo con estas afirmaciones, la perspectiva sociocultural en salud como señala Martínez (2007: 38) plantea que los procesos de atención a la salud y la enfermedad de las poblaciones deben entenderse como un fenómeno multidimensional, frente a la unidimensionalidad analítica y centrada en la dimensión biológica que propone el modelo biomédico. Para ello, indica la utilidad de emplear tres términos, que en la lengua inglesa coloquial se usan como sinónimos, para distinguir las diferentes dimensiones presentes en el análisis de los fenómenos de la salud y la enfermedad: *disease*, *illness* y *sickness*. Estos tres términos designan respectivamente a las dimensiones biológicas y psicobiológicas, culturales y sociales de la enfermedad⁶⁴.

En primer lugar, el término enfermedad definida como patología (*disease*) hace referencia a la dimensión biológica de la enfermedad. Es decir, esta categoría se corresponde con el

⁶⁴ A modo de ejemplo puede consultarse el trabajo de Martínez (1999), que aplica este modelo teórico-conceptual de las enfermedades sobre el caso de un trastorno mental de importante tradición en la investigación antropológica en salud: la esquizofrenia.

nivel objetivo de la enfermedad biológica, que en antropología alude a la dimensión *etic*⁶⁵. La enfermedad se entiende, por tanto, como aquellas características que alteran el estado de normalidad funcional o estructural de base orgánica, y que se pueden observar mediante signos u otros medios (Comelles y Martínez, 1993). Aunque su calificación no es exclusiva de la biomedicina, alude a la definición de condición biomédica (Fábrega, 1974: 45), que designa a las causas de la enfermedad según las clasificaciones médicas. Esta dimensión se constituye como el objeto de estudio de la medicina (García-García, 1998a).

En segundo lugar, la dimensión cultural de la enfermedad se refiere a su conceptualización como dolencia o padecimiento (*illness*) o categoría sociocultural de la enfermedad (Fábrega, 1974: 3). Es decir, esta dimensión identifica a la enfermedad con la existencia de un problema percibido, y atañe a la dimensión antropológica *emic*. Así, tal y como señalan Comelles y Martínez (1993) esta dimensión se constituye como la construcción semiótica, semiológica y fenomenológica de los síntomas y otras formas de expresión de la enfermedad. Además, señalan que muestra, por tanto, el proceso por el que las personas reconvierten una patología orgánica o sensación de malestar en una experiencia individual significativa. Observan que la dimensión cultural concierne a la vivencia subjetiva de la enfermedad, o lo que es lo mismo a la forma en que está se expresa como resultado del modo en el que la experiencia de la enfermedad se incorpora (*embodied*) por las personas que la padecen, o por quienes le rodean, a partir de pautas configuradas culturalmente. La dimensión cultural interviene así en los procesos de construcción social, mediación y producción de las bases biológicas y psicobiológicas de la enfermedad (Martínez, 2007). Esta dimensión sería el campo de estudio de la antropología que se viene denominando etnomedicina (García-García, 1998a).

⁶⁵ La categoría *etic* corresponde al discurso que basa su racionalidad fuera de un sistema, y *emic* al discurso que basa su racionalidad dentro de un sistema particular (Velasco y Díaz, 1999: 35). Es decir como señala Pike (1954, citado por Olabuénaga, 1996: 16) dentro del ámbito lingüístico lo “ético” es aquello externo o ajeno que la persona investigadora formula desde fuera de las culturas y comparando unas con otras, al tiempo que lo “émico” es lo interno o doméstico, siendo aquello que es descubierto por la persona investigadora desde dentro de una cultura concreta y que se entiende como un todo y no como un elemento independiente o aislado de la cultura concreta en la que sucede. Asimismo, observa que la dicotomía entre lo ético y lo émico no es absoluta ni completa, sino que es parcial y se complementan mutuamente para descubrir un conocimiento total.

Por último, la dimensión social de la enfermedad (*sickness*) es aquella que manifiesta las relaciones sociales en las que se insertan los procesos de enfermedad con sus articulaciones ideológicas, sociopolíticas y económicas (Comelles y Martínez, 1993). Es decir, bajo la conceptualización de esta dimensión se engloban los conceptos de determinantes de las desigualdades sociales en salud que son acuñados por la perspectiva biomédica del ámbito de la salud pública y la epidemiología social para hacer referencia a las diferencias importantes, sistemáticas, evitables e injustas (Whitehead, 1992) en la salud y la enfermedad de las poblaciones. Esta dimensión puede considerarse como el objeto de estudio de la antropología médica (García-García, 1998a)⁶⁶.

La dimensión social de la enfermedad pone de relieve su constitución como fenómeno complejo, en el sentido que muestra la interrelación existente entre la patología y su percepción en el contexto cultural al que pertenece cada persona (Comelles, 1994). Es decir, como vemos, es difícil establecer una frontera entre lo social y lo cultural en salud, aunque como afirma Martínez (2007) es necesario distinguir entre estos dos planos de la enfermedad:

... ya que se trata de oponer a la visión más centrada en lo ideológico que ha caracterizado al culturalismo, una posición más orientada al estudio de las relaciones sociales (funcionalismo y estructural-funcionalismo) y de las estructuras económico-políticas (marxismo) que son inherentes a cualquier enfermedad. Dicho con un ejemplo, una cosa es estudiar las percepciones de los chicanos en Estados Unidos sobre la tuberculosis (*illness*) y otra dar cuenta de las relaciones sociales y de las condiciones económicas que producen la mayor morbilidad y mortalidad por esta enfermedad entre esta minoría étnica (Martínez 2007, 39).

De acuerdo con estas argumentaciones y particularmente en relación al ámbito de los sistemas biomédicos, podemos afirmar que la perspectiva sociocultural pone de relieve que en los sistemas biomédicos la diversidad de maneras de autopercebir y afrontar la salud y la enfermedad por y acerca de las poblaciones, son histórica y socioculturalmente

⁶⁶ Por su parte, De Miguel (1980) clasifica y divide a la subdisciplina de la antropología de la salud o de la medicina operativamente en cinco áreas de contenidos de investigación a tratar, que incluyen el estudio de las dimensiones biológicas, culturales y sociales de la enfermedad: 1) epidemiología; 2) sistemas sanitarios; 3) etnomedicina; 4) fenómenos bio-culturales y cambio socio-cultural; y 5) planificación de recursos sanitarios. Por otro lado, Good (2003: 61-128) analiza las distintas representaciones que existen sobre la enfermedad desde la antropología médica y distingue cuatro formas: 1) la enfermedad como creencia popular; 2) la enfermedad como modelo cognitivo; 3) la enfermedad como realidad culturalmente constituida; y la enfermedad como mistificación. La primera de ellas se corresponde con una tradición empirista del lenguaje y por ello con el modelo biomédico, mientras que la segunda se basa en una idea formalista del lenguaje y un tratamiento de los significados como realidades de tipo mental. La tercera y la cuarta, se inscribe en la discusión que, desde la década de los setenta del siglo XX, enfrenta a idealistas y materialistas en antropología médica: la enfermedad como significado versus la enfermedad como desigualdad social.

construidas. Además, reconoce que la incorporación de la dimensión cultural en salud está estrechamente relacionada con la dimensión social, y que en conjunto promueven la organización sociocultural de la diversidad que tiene lugar dentro⁶⁷, en o entre los distintos sistemas de atención sanitarios biomédicos existentes.

Sin embargo, mediante una rápida mirada sobre el desarrollo histórico de la perspectiva sociocultural en salud, observamos que la influencia del paradigma biomédico se ha hecho notar en ella, ya que desde sus comienzos se ha ocupado de la causalidad y su primer objeto de estudio lo ha constituido la enfermedad, más que la persona enferma (Zempléni, 1985). De igual modo, en sus inicios se advierte un mayor interés por estudiar y reflexionar sobre los fenómenos de la alteridad y/o la otredad en la salud y la enfermedad. Es decir, por observar las diferencias socioculturales que se perciben entre las poblaciones que utilizan y desarrollan modelos médicos distintos, y alejados socioculturalmente en términos evolucionistas, del hegemónico.

Todo ello pone de manifiesto los sesgos etnocéntricos y biomedicocéntricos, entre otros, mediante los que se ha venido dejando a un lado al nosotros y nosotras representado por el propio o cotidiano sistema de atención sanitario biomédico occidental como objeto de estudio. Estos aspectos han dado lugar a la generación de interpretaciones impregnadas por los valores y principios del paradigma biomédico occidental (Young, 1976).

Estos sesgos, por un lado, consisten en considerar que la producción del conocimiento científico biomédico representa el culmen del conocimiento médico racional aplicado frente al conocimiento popular irracional, de forma que supone el último eslabón en la cadena de modernización lineal (De Miguel, 1980; Ackerknecht, 1971 y 1985). Asimismo, lo conceptualizan como el modelo de referencia desde el que observar la diversidad o la distancia en la que se sitúan el resto de sistemas o modelos médicos (Seppilli, 2000: 37–39). Por otro lado, se refiere al hecho de que las características de las

⁶⁷ De acuerdo con Bauman (2002: 38–45) la oposición dentro o fuera es una extrapolación entre la certeza y la incertidumbre. Así, por un lado, el hecho de estar situado “dentro” de un terreno familiar o conocido hasta el punto de la evidencia, hace que se esté seguro o segura de cómo actuar y, por otro lado, la situación de encontrarse “fuera” o en un lugar desconocido que no se puede predecir o comprender, del que se espera y se cuida poco, e invita a problemas y temibles perjuicios. Sin embargo, señala que esta polarización, hoy en día, ha perdido gran parte de su significado ante el amplio progreso de los medios de transporte y de la información que dan lugar a una nueva organización del espacio en el mundo moderno.

instituciones biomédicas se han presentado como conocidas o familiares para las ciencias sociales en occidente. Por ejemplo, solo recientemente la perspectiva sociocultural ha pasado de realizar estudios sobre creencias y prácticas médicas étnicas tradicionales o folklóricas, a centrar su mirada en las representaciones, creencias y prácticas de salud y enfermedad que tienen lugar en los sistemas de atención sanitarios biomédicos occidentales (Seppilli, 2000; Van der Geest y Finkler, 2004). De esta forma, se comienza a enfatizar que la diferencia entre biomedicina y etnomedicina es tan prominente en la cultura occidental como en cualquier otra, de modo que las clasificaciones *folk* occidentales de enfermedad, al igual que sucede en otros sistemas folk, por ejemplo, no diferencian con claridad la enfermedad física del malestar psicosocial (*malaise*) (Comaroff, 1978).

Así, tal y como expresa Sepelli (2000: 36–37) la perspectiva sociocultural en salud progresivamente ha tratado de liberarse de estos sesgos ampliando su campo de investigación al ámbito del sistema biomédico:

... la historia de la constitución de la antropología de la medicina como disciplina científica es la de su tendencia a liberarse de una visión estrechamente eurocéntrica y de una unívoca función de apoyo a una estrategia operativa cuyo objetivo era promover la pura y simple adhesión de la población a los cánones de la biomedicina y sus instituciones. De ahí el abandono de cualquier forma de diversidad cultural y conductual en la relación con tales cánones o instituciones. La diversidad era entendida sin matices como *prejuicio*, *superstición*, simple retraso con respecto a la biomedicina y en general a la cultura de clase, hegemónica en Europa ... Pero quizá el salto de calidad más incisivo, aquello que ha afianzado y transformado radicalmente el conjunto de la antropología de la medicina, ampliando su densidad crítica, modificando sus relaciones con otros ámbitos de investigación y desplazando su significado operativo, ha sido la decidida ampliación de su campo de investigación. Esto ha ocurrido cuando ha ido más allá del estudio de la *alteridad* –en resumen, el estudio de la medicina folklórica europea o bien de los sistemas médicos no occidentales o “heterodoxos”–, y ha iniciado el abordaje, cada vez más frecuente, de la biomedicina misma, estudiada como *uno más* de los sistemas médicos que se han constituido en el mundo. Sistema, ciertamente diferente, por basarse en el método científico (con todos los presupuestos y las implicaciones que esto comporta), pero al mismo tiempo, al igual que los otros sistemas, *institución social* y *estructura de poder*, y como los otros, en cada caso, *aparato ideológico-cultural* y *organizativo históricamente determinado*.

En definitiva, los estudios socioculturales clásicos manifiestan una tendencia por comprender el nosotros y nosotras (dimensión antropológica *emic*) mediante el estudio de la alteridad y/o la otredad a través de los otros y las otras (dimensión antropológica *etic*). Esta tendencia también se detecta en los orígenes de la perspectiva sociocultural en salud a través de su interés no explícito por comprender el propio sistema biomédico (dimensión antropológica *emic*). Tarea que realiza mediante la investigación de las prácticas socioculturales de atención que se derivan del uso de otros sistemas o modelos

no biomédicos (dimensión antropológica *etic*). En ambos casos el estudio de la alteridad y/o la otredad en ocasiones comporta un claro reflejo de los sesgos etnocéntricos y biomedicocéntricos que enfatizan la construcción de diferencias entre culturas y sociedades. Estos sesgos impiden advertir la diversidad existente en el interior de las mismas, y dan lugar a la omisión del estudio de las propias sociedades y sistemas biomédicos occidentales como organizaciones o sistemas socioculturalmente contruidos e históricamente determinados.

En esta línea, hasta hace relativamente escaso tiempo, los estudios socioculturales de la salud no comienzan de forma más profunda a analizar y estudiar los sistemas biomédicos occidentales. Es decir, estos estudios empiezan a dejar de enfatizar las diferencias en términos de alteridad u otredad respecto a la distancia de los sistemas biomédicos occidentales. Comienzan así a dar cuenta sobre la organización de la diversidad que está presente en las dimensiones biológicas, socioculturales, económicas, políticas e históricas que configuran al propio sistema biomédico; y cómo desde ellas se observa a los procesos de atención a la salud y la enfermedad de las poblaciones. Estos procesos se tratan a partir de un sistema de significados y símbolos aprendidos, o lo que es lo mismo a través de un conjunto de dimensiones, elementos o normas socioculturales conocidas, compartidas y producidas por las poblaciones o las sociedades en un determinado territorio.

Los estudios socioculturales de la salud comienzan así a estudiar las dimensiones o características socioculturales de la organización biomédica. Estas características, siguiendo el planteamiento del término de cultura de García-García (1998b: 1-13), guían las “conductas previsibles” del personal profesional de la salud y las poblaciones pacientes en los encuentros asistenciales, ambos como miembros sociales participantes de una misma organización sociocultural compartida. Además, muestran cómo las diferencias intraculturales en salud son negociadas en el ámbito de los sistemas biomédicos. De este modo, generan percepciones y comportamientos predecibles, y añadimos invisibles, entre unos y otros participantes (García-García, 1998b). Si bien, entre ellos se incluyen “alternativas conductuales y formas de pensar diferentes” que tienen mucho de opcional y que no crean determinismos psicológicos (García-García, 2007: 49). La hipótesis de una supuesta homogeneidad intracultural sistémica conlleva que las diferencias interculturales resulten imprevisibles, y añadimos más visibles, para

los distintos participantes al no haber transitado por una previa negociación social (García-García, 1998b: 1–13).

Asimismo, los estudios socioculturales de la salud advierten que la biomedicina hace invisible la observación de las diferencias intraculturales existentes en toda organización de la diversidad a través del reforzamiento de la identidad étnico-cultural del nosotros o nosotras [los y las habituales pertenecientes al contexto de atención cotidiano]. También, advierten que visualiza las diferencias interculturales de origen sociocultural que resultan distintas desde su interior a través de la percepción de los otros o las otras [los y las extrañas o no pertenecientes al contexto de atención cotidiano]. La observación biomédica de las diferencias constituye así un fenómeno sociocultural generado a partir de discursos socio-profesionales sobre la categoría colectiva de cultura (García-García, 2007). Estos discursos podemos apuntar que resultan eficaces en los encuentros asistenciales que se construyen con diferentes grupos socioculturales en los sistemas biomédicos, al igual que sucede en otros ámbitos.

En esta línea, frecuentemente se observa la dificultad que tiene el personal profesional de la salud para reconocerse a sí mismo como sujeto perteneciente a la cultura occidental, que a su vez está socializado y enculturado en el saber biomédico (Good, 2003). De acuerdo con los planteamientos anteriores, a esta dificultad sumamos sus limitaciones para considerar que las poblaciones habituales también lo son y lo están. A ellas se añaden sus límites para tener en cuenta en su actuación las diversas dimensiones socioculturales que caracterizan a las poblaciones y a las distintas prácticas socioculturales de atención. Éstas se derivan de la presencia de la diversidad en el propio sistema biomédico y de la inherente a la convivencia de diversos modelos médicos emplazados en las sociedades occidentales.

De este modo, desde la perspectiva sociocultural se constata la existencia de una doble paradoja en la perspectiva biomédica. Por un lado, se precisa que la biomedicina, y sus diferentes variantes incluyendo el trabajo social sanitario, son disciplinas de la alteridad y/o la otredad (Comelles, 1981; Comelles, 2007). Es decir, se caracterizan por sus discursos acerca del otro y la otra a través de las diferencias, y de forma menos manifiesta sobre el nosotros y nosotras a través del cuestionamiento de la propia identidad personal y étnico-cultural (Martínez, Orobig y Comelles, 2000). Pero, por otro

lado, a través de los cambios socioculturales globales actuales se subraya que cuando percibe explícitamente la dimensión cultural en la salud, se debe principalmente a que su mirada comienza a contemplar la alteridad y/o la otredad a través de las diferencias interculturales muy visibles en determinados grupos socioculturales de poblaciones. No lo hace, por tanto, porque observe la cultura como un aspecto positivo y esencial en la vida y la salud de las poblaciones occidentales, o bien porque la conciba como una forma de organizar la diversidad de los discursos y prácticas socioculturales en salud:

[Discurso desde la profesión de enfermería] [la cultura no es] como lo entendió el pensamiento funcionalista, un elemento negativo de la conducta humana, ni un subterfugio ideológico que se convierte en un factor de riesgo o en la razón por la cual los pacientes o las comunidades no obedecen ciertas prácticas sanitarias. En las mentes y en los discursos de profesionales y técnicos (*técnicos*) del sector salud se desprecia la cultura con el argumento de que es un obstáculo para lograr la salud de individuos y colectivos (Duque-Paramó, 2007: 129).

Todo ello, actualmente, genera que desde la perspectiva sociocultural comience a advertirse cómo desde el sistema biomédico se asiste a la construcción de una nueva necesidad de estudiar las diferencias interculturales en salud. Este tipo de diferencias se hacen más perceptible desde el interior de una determinada organización sociocultural biomédica que, además, se considera a sí misma como una entidad homogénea pretendidamente igualitaria, neutral, universal y dominante. Nos referimos al hecho de que excluye de su marco de percepción y actuación a la diversidad. Es decir, omite las características que se derivan de la existencia de saberes o comportamientos procedentes de otros sistemas de atención a la salud que resulten distintos al sistema biomédico. Al mismo tiempo escasa, y casi inexistente, obvia estudiar y reflexionar acerca de la organización de la diversidad intracultural que caracteriza tanto a las habituales poblaciones, como al propio o cotidiano sistema biomédico que se articula e interpreta a partir de la sociedad y la cultura en la que se contextualiza.

En suma, hoy en día, podemos observar que la perspectiva biomédica acoge los mismos sesgos etnocéntricos y biomedicocéntricos que se manifiestan en la perspectiva sociocultural clásica y en los inicios de la perspectiva sociocultural en salud. Todas ellas manifiestan en diferentes contextos y momentos históricos un interés por afrontar la alteridad y/o la otredad mediante el análisis y el abordaje de las similitudes y las diferencias interculturales, y no de la diversidad intra e intercultural que constituye *per se* a las poblaciones o las sociedades. La inclinación de estas perspectivas por simplificar su aproximación a la diversidad, como afirman García–Castaño et al. (1999) puede dar

lugar a procesos de construcción de la diferencia. Estos procesos, en muchos casos, se traducen en desigualdades en distintos ámbitos de organización sociocultural como, por ejemplo, puede suceder en el caso de los sistemas biomédicos:

... la construcción de la diferencia no es más que una nueva forma de presentar las distancias culturales, sociales y políticas que son legitimadas bajo la apariencia de ausencia de jerarquías sociales pero que ocultan un refinado mecanismo de exclusión (García-Castaño et al., 1999: 15–46).

De acuerdo con García-Castaño et al. (1999: 15–46) las bases sobre las que se producen los procesos de construcción de la diferencia son cuatro:

- a. la epistemológica, que parte de hacer referencia sobre los mecanismos y procedimientos de clasificación “nomotéticos” (descendente de lo más general a lo más específico) e “ideográficos” (ascendente de lo más específico a lo más general) que utilizamos a partir de distintos criterios para diferenciar cosas y personas, para llegar a plantear cómo construimos nuestro conocimiento de la diferencia desde una determinada cultura;
- b. la histórica, en cuya narración se facilita una determinada construcción de la diferencia y de la distancia occidental respecto a “los otros y las otras” que no tienen historia o se les niega,
- c. la fundamentación natural de las diferencias, que expresa las distintas maneras de diferenciación que hemos heredado de la ciencia natural de los siglos XVIII y XIX y que aún hoy utilizamos en la vida cotidiana para hacer referencia a las diferencias entre grupos de poblaciones; y
- d. la práctica política a través del desarrollo legislativo, que genera que el discurso político refleje los mayores intentos por reducir o eliminar desigualdades y promover la igualdad, si bien contradictoriamente a través de este discurso se observan procesos de construcción de la diferencia y la desigualdad sociocultural.

Sobre estas bases, podemos decir que los sistemas biomédicos constituyen un ámbito más de organización sociocultural. En él se producen y reproducen procesos de construcción de la diferencia entre distintos grupos socioculturales de poblaciones. Así, no es más que una justificación del proceso de desigualdad sociocultural. Este proceso puede, por tanto, llevar a distinguir jerárquicamente entre distintos grupos

socioculturales de poblaciones en los sistemas biomédicos. Además, puede hacerlo aunque estos se configuren sobre los valores y principios de accesibilidad, universalidad, justicia social y equidad como, por ejemplo, ocurre en el caso del modelo de atención primaria.

El proceso de construcción de diferencias en base a la asignación de dimensiones biológicas y socioculturales supuestamente homogéneas para determinados grupos socioculturales, origina en el personal profesional de la salud la necesidad de llevar a cabo intervenciones biomédicas específicas con ellos. Estas intervenciones, en general, se conceptualizan y abordan desde posiciones hegemónicamente monoculturales. Estas posiciones obvian la diversidad intra e intercultural aplicable a todas las poblaciones dentro o fuera de los sistemas biomédicos. Este hecho viene ocurriendo, por ejemplo, en relación a la perceptibilidad a través de la que se identifica y se actúa de forma diferenciada ante determinados grupos socioculturales. Por ejemplo, las poblaciones en situación de pobreza o exclusión social, las poblaciones envejecidas, las poblaciones en situación de diversidad funcional y/o dependencia, las poblaciones femeninas, las poblaciones gitanas y recientemente las poblaciones inmigrantes, entre otras.

La aproximación sectorial sobre determinados colectivos o comunidades diferenciadas en salud, en términos de diversidad en cierto modo contribuye a construir y reconstruir la condición de marginalidad, de inferioridad o de minoría que en definitiva puede generar la aparición de las desigualdades socioculturales.

Además, como apúntabamos, en el caso de la perspectiva biomédica el énfasis por destacar las diferencias biológicas y socioculturales que se construyen para caracterizar a la igualdad o a la desigualdad que distingue a unas poblaciones de otras en términos de salud y enfermedad, se viene realizando generalmente sin asumir que los sistemas biomédicos se constituyen como organizaciones socioculturalmente determinadas. Por tanto, no se admite que se establecen en sí mismas como una forma de gestionar la diversidad en torno a los procesos de atención a la salud y la enfermedad de las poblaciones. Igualmente, los procesos de construcción de la diferencia frecuentemente se desarrollan desde proposiciones teóricas alejadas de los aportes más consensuados por la perspectiva sociocultural en el momento actual. Si bien, en sus planteamientos generalmente podemos observar que utilizan algunos de sus principales conceptos

como, por ejemplo, ocurre con la etnia y el género que quedan desprovistos así de su significado y alcance teórico-práctico.

Esto se debe en parte a una inexistente o anecdótica formación del personal profesional de la salud para atender a la diversidad en los sistemas biomédicos. También, a la supuesta emergencia con la que estas organizaciones y sus miembros tratan de encontrar “recetas” (Schutz, 1974: 45) teórico-conceptuales y prácticas para responder a las nuevas necesidades y situaciones de salud que plantean los dinámicos encuentros asistenciales con poblaciones diferentes en las sociedades de acogida. Así, los procesos de construcción de la diferencia en el ámbito biomédico pueden generar las desigualdades que precisamente se tratan de evitar y eliminar. Esto ocurre, por ejemplo, desde aquellos sectores de la biomedicina que se encuentran más próximos a la realidad sociocultural y a su propósito de transformarla tales como la salud pública, la epidemiología social y el modelo de atención primaria.

En este marco de premisas podemos, por tanto, afirmar que hace relativamente pocos años que la perspectiva sociocultural y la perspectiva biomédica, se ocupan específicamente de estudiar y actuar ante la presencia de poblaciones inmigrantes en el sistema biomédico como contexto empírico de estudio y de actuación político-institucional. Este interés por contemplar a través de distintas aproximaciones el fenómeno de las migraciones en los sistemas biomédicos, es el resultado de la creciente diversidad étnico-cultural que se observa de forma paralela al incremento en la llegada de poblaciones inmigrantes procedentes de distintos contextos geográfico-nacionales al ámbito de los hospitales y de los centros de salud. A su vez, es consecuencia de las transformaciones socioculturales, políticas, económicas globales que tienen lugar en el mundo moderno y postmoderno actual. En líneas generales, las poblaciones inmigrantes en los sistemas biomédicos dan lugar a un cambio de expresión de las dimensiones biológica y sociocultural en torno los procesos de atención a la salud y la enfermedad de las poblaciones, que genera la necesidad de emprender nuevos estudios y actuaciones para abordarlas.

Estos cambios vuelven más visibles las variables ocultas que se relacionan con la diversidad de las poblaciones inmigrantes. A través de ellas se pueden generar procesos de construcción de la diferencia en los encuentros asistenciales que tienen lugar con

estas poblaciones dentro, en y entre los sistemas biomédicos. Asimismo, los cambios plantean la necesidad de reflexionar acerca de la construcción de los nuevos discursos socio–profesionales mediante los que se conceptualiza y actúa ante la alteridad y la otredad a partir de la presencia de poblaciones inmigrantes en el ámbito de los sistemas biomédicos. Este mismo hecho también viene ocurriendo en otros ámbitos de organización sociocultural en las sociedades de acogida como, por ejemplo:

a. en los sistemas educativos y que dan lugar:

... a un creciente discurso sobre similitudes y diferencias, proximidades y lejanías, semejanzas y desigualdades, choques y alianzas en términos culturales para con las poblaciones extranjeras frente a las autóctonas en general (García-Castaño y Rubio, 2011: 285),

b. y en los sistemas de servicios sociales en los que:

... los contextos de atención social constituyen espacios mediados por las singularidades que los sujetos demandantes de atención conforman de su experiencia de la desigualdad, así como también de los marcadores de identidad que despliegan las distintas culturas profesionales que interactúan en el proceso (Lorente, Sevilla y Camacho, 2011: 50).

Es decir, la importancia de considerar estos aspectos es extrapolable a cualquier otro espacio sociocultural en el que tengan lugar procesos de relación de cuidado y/o ayuda a las poblaciones. Estos procesos, en definitiva, como afirma Vázquez y González (1996) se constituyen como productos socioculturales de la sociedad occidental. Por ejemplo, así sucede con la labor desempeñada por la profesión del trabajo social en la que “existe una intención práctica – propia de su naturaleza epistemológica – en dirigir sus reflexiones a formas de intervención interculturales” (Lorente, 1999: 238). De esta forma, es relevante abordar la importancia que las cuestiones étnicas y culturales plantean para el trabajo social en distintos ámbitos de ayuda al otro y la otra como, por ejemplo, el sanitario y/o biomédico:

... qué ocurre con nosotros (los trabajadores sociales), cómo nos posicionamos frente a una persona que tiene unos registros culturales distintos, cómo influyen esos registros, qué aspectos de nuestra visión de la vida se ven amenazados y por qué ante esta presencia. En definitiva, cuáles son las especificidades que hay que estudiar y manejar en la relación de ayuda con personas de distintas culturas (Vázquez y González, 1996: 111).

Aludir a la cuestión cultural responde al objetivo de dotar nuestra praxis de un sentido crítico, de reflexionar sobre el papel de mediación que ejercemos entre sistemas culturales diferenciados. El Trabajo Social es una profesión que está muy cerca de los problemas sociales y, cómo tal, debe buscar su lugar en la contribución a la convivencia intercultural. En ese sentido no puede permitirse una práctica aséptica y desprovista de connotaciones ideológicas o políticas, sino posicionarse, pero desde una concepción respetuosa con las diferencias étnicas, actuar como

garante, en relación a sus competencias, de los derechos sociales de estos colectivos (Lorente, 1999: 249).

En líneas generales es el trabajador social el profesional más destacado en este campo de intervención [de ámbito privado]. Sus formas de intervención no son diferentes con el colectivo de inmigrantes, ni desde el punto de vista metodológico, ni en los enfoques paradigmáticos que utiliza. Si destaca su profesionalidad y cualificación técnica. En cambio, no encontramos trabajo social crítico, ni trabajo social comunitario ortodoxo con este colectivo, quedando reflejada las ideas de Hamzaoui (2005) a este respecto, y que nos informan de trabajadores sociales altamente tecnificados, pero tan centrados en resultados micro y locales, que desentiende las perspectivas globales o macro en las que se producen y alimentan determinados elementos sociales; y en este caso el fenómeno migratorio no es una excepción. Como principales problemas los trabajadores sociales detectan las diferencias presupuestarias para trabajar con inmigrantes en función del territorio donde ejerzan. Es destacable el interés de los trabajadores sociales por tener una mayor formación sobre culturas diferentes, y los idiomas de la población inmigrante. En ello entendemos algo novedoso no atendido desde la academia. Se podría vincular la acción del trabajador social más con los mediadores interculturales, y/o bien tener el trabajador social una mayor cualificación formativa en este campo (Barrera–Algarín, Sarasola–Sánchez Serrano y Malagón–Bernal, 2011: 34).

En los sistemas biomédicos, al igual que sucede en otros ámbitos, en términos de interculturalidad las características diferentes de las poblaciones inmigrantes se hacen más visibles que las del resto de personas y grupos habituales que acuden en busca de atención a los servicios sanitarios modernos.

En torno a la llegada de las nuevas poblaciones inmigrantes, percibidos como étnico–culturalmente diferentes y procedentes de diversos contextos de vida y salud, comienzan a construirse novedosos discursos socio–profesionales sobre la alteridad y/o la otredad en los sistemas biomédicos. Estos discursos en relación con las poblaciones inmigrantes (minoritarias) expresan el choque, la extrañeza o la lejanía⁶⁸ que el personal profesional de la salud experimenta en su relación con estas poblaciones. El choque se origina desde la homogeneización monocultural mediante la que observa como conocidas y cercanas las percepciones y los comportamientos de atención a la salud y la enfermedad de las poblaciones habituales (mayoritarias). Las lógicas de cercanía o distancia ocasionan que el personal profesional de la salud eluda la percepción de diferencias intraculturales entre las poblaciones autóctonas ante los fenómenos de la salud y la enfermedad, y el uso

⁶⁸ Desde el ámbito de la psicología social la situación de choque y lejanía sociocultural ha dado lugar al desarrollo del método de los incidentes críticos y al método de los choques culturales por Magalit Cohen–Emerique a partir de Pederson (2011: 67). La autora a través del método de los choques culturales pone de manifiesto la necesidad obvia de cuestionar el marco cultural de referencia propio como determinante de nuestra cosmovisión del mundo y la de los y las demás, para ello propone tres fases: a) la descentración, b) la penetración en el sistema del otro y la otra, y c) la negociación y mediación intercultural.

cotidiano que las mismas realizan de los servicios de salud para hacer frente a los mismos en el ámbito local de los sistemas biomédicos de adscripción profesional.

Podemos decir que todo ello genera una situación más multicomunitaria (Touraine, 1995) que multicultural e intercultural en salud. Desde ella hay una escasa reflexión sobre la heterogeneidad que caracteriza a las poblaciones y a los distintos ámbitos de organización sociocultural de las sociedades de acogida occidentales. Desde esta situación, la observación de las dimensiones socioculturales en salud se fragmenta. Bien como parte de una comunidad u organización sociocultural mayoritaria diferenciada y delimitada con respecto a una serie de aspectos conocidos e iguales. Bien como pertenecientes a una comunidad u organización sociocultural minoritaria en relación a una serie de aspectos desconocidos y diferentes biológica y socioculturalmente. Estos aspectos se perciben como parte de la maleta con la que determinadas poblaciones inmigrantes se desplazan, viven, enferman y acuden en un momento dado a los sistemas biomédicos. Todo ello genera la necesidad de traducir (más que interpretar y/o comprender) aquellas dimensiones socioculturales minoritarias que generan conflictos o desafíos multiculturales e interculturales en el interior de los sistemas biomédicos. Se hace sin partir del reconocimiento y la práctica extendida de gestión de la diversidad en la configuración de estos sistemas.

Sin embargo, los significados de las dimensiones socioculturales son fundamentalmente individuales y contextuales. De ahí que “no tiene sentido hablar de la cultura de un sujeto social que ha cambiado de contexto, como si esa cultura fuese una propiedad que le acompaña de forma permanente” (García-García, 2007: 50). Así, por un lado, se observan diferencias interculturales pero, por otro, se tratan de obviar tratando de invisibilizar las diferencias y las ambivalencias de las opciones culturales (Bauman, 2002) mediante la traducción y no del intercambio. Todo ello pone de relieve las dificultades para llevar a la práctica una perspectiva multicultural e intercultural en el ámbito de la salud, ya que como afirma Touraine (1995: 15):

... el multiculturalismo no consiste en una fragmentación de la sociedad en comunidades encerradas en sí mismas que sólo estarían ligadas entre sí por el mercado o incluso por la segregación y la guerra santa, la guerra de clases, de naciones, de religiones o de sexos; el multiculturalismo sólo tiene sentido si se define como la combinación, en un territorio dado, de una unidad social y de una pluralidad cultural mediante intercambios y comunicaciones entre actores que utilizan diferentes categorías de expresión, análisis e interpretación.

A pesar de estos aspectos, desde el ámbito biomédico cada vez con más frecuencia surgen discursos socio-profesionales que incluyen los conceptos cultura, interculturalidad, multiculturalidad, diversidad o competencia cultural. Estos conceptos se utilizan para hacer referencia al reconocimiento de las peculiaridades biológicas y socioculturales que se relacionan con la observación de la salud y la enfermedad a través de las poblaciones inmigrantes procedentes de contextos diferentes a los de las poblaciones autóctonas. Además, se emplean sin que estos discursos concluyan en la certeza de que las percepciones y los comportamientos de atención a la salud y la enfermedad observados en las poblaciones inmigrantes, realmente sean diferentes respecto a los de las poblaciones autóctonas. De este modo, no hablan de diversos grupos socioculturales gestionando sus diferencias, sino de diversas culturas, por lo que pueden caer en el error de cosificar y esencializar las dimensiones socioculturales en los encuentros asistenciales con las poblaciones (García Castaño y Barragán, 2000: 3). Todo ello puede derivar en la generación de desigualdades socioculturales a través de la construcción de distintas situaciones de discriminación y exclusión en salud.

En definitiva, al nacimiento de los discursos socio-profesionales que dan cuenta de la interculturalidad y la multiculturalidad en salud, en detrimento de la intraculturalidad, sería aplicable el siguiente argumento de los sistemas educativos:

... surgen como consecuencia de la existencia de la desigualdad disfrazada de diferencia, y ello, a pesar de que la condición de todo grupo humano es la diversidad tanto biológica como cultural. Dicho de otra manera, la diferencia es una construcción para justificar la desigualdad en un mundo cuya condición es la diversidad, gracias a la cual, prosigue con éxito la evolución (García-Castaño García-Castaño et al., 1999: 15-46).

En el momento actual, las profesiones de la salud en el ámbito de atención primaria deben comenzar a adoptar nuevos discursos socio-profesionales. Estos discursos deben advertir los distintos actos socioculturales a los que el personal profesional de la salud debe hacer frente en los encuentros asistenciales que se enmarcan en una sociedad cada vez más plural y diversa, siendo la inmigración solamente una dimensión más de la diversidad.

Para ello, el reconocimiento de la diversidad y la actuación ante las diferencias socioculturales presentes en todas los grupos humanos, deben estar exentos de “clasificaciones cristalizadas y consolidadas” (Ramírez-Goicoechea, 2007: 308) en la práctica rutinaria de los discursos socio-profesionales y prácticas socioculturales de

atención ante la salud y la enfermedad de las poblaciones, inmigrantes o no. Estos discursos y prácticas pueden estar impregnadas de valores, estereotipos y representaciones socioculturales, éticos, ideológicos y políticos. Todo ello, a su vez, puede generar desigualdades socioculturales en salud desde el modelo de atención primaria que es necesario evitar en los encuentros asistenciales con las poblaciones, inmigrantes o no.

1.2.3 INMIGRACIÓN Y DIVERSIDAD EN EL ENCUENTRO ASISTENCIAL DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Las paradójicas ambivalencias mediante las que el ámbito biomédico trata de incorporar la perspectiva de la diversidad en salud, parten de los diferentes planteamientos eclécticos a partir de los que pretende comprender e interpretar distintas realidades socioculturales en base a diferentes conceptos teóricos. Estos conceptos se toman de la perspectiva biomédica y de la sociocultural, con el propósito de gestionar las dimensiones socioculturales presentes en los procesos de atención a la salud y la enfermedad de las poblaciones en contextos de diversidad.

Estas ambigüedades, en el caso del modelo de atención primaria de salud, se hacen aún más patentes al contemplar cómo la dimensión cultural –y no solo la social–, está implícita a la vez que estrecha y transversalmente latente en la Declaración de Alma Ata (1978). De esta premisa derivan las distintas conceptualizaciones teóricas e implicaciones prácticas de institucionalización de la atención primaria en los diferentes países del mundo:

... [La atención primaria] es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública ... (OMS, 1978: 4).

Las características positivas, integradoras y holísticas que definen el modelo de atención primaria como organización sociocultural, conllevan que la definición teórico-práctica de la mayoría de sus principales elementos universales arranquen del proceso de incorporación de la dimensión social y, por tanto, que estén próximos a añadir la dimensión cultural en salud.

Todo ello comporta una serie de consecuencias en el desarrollo de los encuentros asistenciales que tienen lugar con las poblaciones, sean éstas inmigrantes o no, en cada contexto biomédico y momento histórico. Es decir, la mayoría de sus características requieren tener en cuenta de forma expresa, y no solo tácita, la presencia y el reconocimiento de la diversidad en salud. Entre ellas, por ejemplo, el prestar una atención comprensiva, coordinada, continuada, accesible, responsable, en colaboración con las poblaciones y mediante prácticas de atención en el contexto familiar y comunitario (Vanselow et al., 1995), así como en base a los valores y principios de justicia social, equidad y solidaridad (OPS y OMS, 2007). Así, el reconocimiento y la gestión de la diversidad está presente en cada uno de los aspectos configuradores en los que se enmarca la relación entre el personal profesional de la salud y las poblaciones. También, en las dificultades o retos que generan los cambios y el dinamismo subyacente a la presencia de las dimensiones socioculturales en esta interacción.

Sin embargo, la incorporación de la diversidad en atención primaria históricamente se produce y reproduce con frecuencia sociocultural, política y económicamente bajo la influencia de los presupuestos epistemológicos de la perspectiva biomédica tradicional. Junto a ellos, ocasionalmente adopta determinadas orientaciones teóricas procedentes de la perspectiva sociocultural de forma descontextualizada o sin suficiente profundización. Estas orientaciones se acogen con el propósito de afrontar y gestionar ciertas dimensiones socioculturales muy visibles en contextos biomédicos de diversidad. Por ejemplo, así sucede con la identidad étnico-cultural y/o la procedencia geográfica en relación a las poblaciones inmigrantes. Además, esta incursión se enmarca en el debate tradicional existente en el ámbito de las ciencias de la salud, a través del que repetidamente surgen discusiones sobre la dualidad de optar por mirar entre la dimensión biológica o sociocultural de la salud y la enfermedad. Es decir, entre la preponderancia de producir y reproducir: “por un lado, las visiones naturalistas de tipo explicativo y, por otro, las perspectivas más humanistas o científico-sociales de carácter comprensivo e interpretativo” (Martínez et al., 2013: 7).

En términos de diversidad, los cambios y las transformaciones socioculturales ante las que la biomedicina debe actuar, generan que eventualmente ésta se vea empujada a transitar hacia nuevas orientaciones epistemológicas hermenéuticas, fenomenológicas o

constructivistas. Estos caminos tienen como objetivo generar nuevos discursos y modelos de práctica socio-profesional en relación a los contextos de diversidad en los que opera como, por ejemplo, ocurre desde la atención primaria.

Desde estos ámbitos, la categoría sociocultural identidad étnico-cultural y/o procedencia geográfica en las poblaciones inmigrantes, suele constituirse como una de las variables que origina distintos y novedosos problemas o desafíos en los encuentros asistenciales. Para abordarlos, el modelo de atención primaria se suele situar en o cerca de posiciones relativistas o antiesencialistas⁶⁹. Sin embargo, estas posturas pueden actuar como “<trucos divinos> que prometen al mismo tiempo y en su totalidad, la visión desde todas las posiciones y desde ningún lugar, mitos comunes en la retórica que rodea a la Ciencia” (Haraway, 1995: 329). De esta manera, la incorporación de la gestión de la diversidad en atención primaria coexiste bajo la influencia de los mismos sesgos biomedicocéntricos y etnocéntricos, entre otros⁷⁰, a través de los que los sistemas biomédicos en general plantean la conceptualización y el abordaje de las dimensiones socioculturales en salud.

En este contexto, las profesiones de la salud abordan el encuentro asistencial en atención primaria desde distintas disciplinas científicas. Por tanto, actúan desde diferentes perspectivas teórico-prácticas aprendidas mediante las que tratan de ocuparse de las plurales, dinámicas y cambiantes dimensiones biológicas y socioculturales que definen a los procesos de atención a la salud y la enfermedad de las poblaciones sean éstas inmigrantes o no.

Por ejemplo, desde las ciencias de la salud el personal profesional de la medicina y de la enfermería comparte una base teórico-científica, a partir de la que interpretan su actividad diaria práctica de atención socio-profesional a la salud y la enfermedad (Fábrega, 1974). Sin embargo, en el ámbito de la atención primaria su conocimiento científico de la salud se sitúa en la rama de especialización familiar y comunitaria, y en

⁶⁹ Sobre este aspecto, una investigación biomédica que estudia las implicaciones de las creencias epistemológicas en la práctica profesional del personal de la medicina, muestra que en el “dominio moral” son relativistas (35%) y constructivistas (35%), al tiempo que esta especificidad tiende a disminuir con la experiencia y el aumento de la edad (Novoa, 2007).

⁷⁰ Cabe señalar que entre estos otros sesgos nos referimos, por ejemplo, al hospitalocéntrico, el sociocéntrico, el androcéntrico, el heterocéntrico, el adultocéntrico, etc.

proximidad al campo de la salud pública y la epidemiología social. Esta posición frecuentemente les facilita ver más allá de la dimensión biológica que se asocia al dolor, al aspecto físico o al psicológico de una enfermedad, aunque no sin dificultades:

[Discurso desde la profesión de medicina y enfermería] En buena medida, en la relación con el paciente, la actitud es de defensa (y para ello sirven las técnicas de entrevista, mantener la distancia, *la actitud profesional, el autocontrol, el aguante*). El objetivo es *no salir afectado, sobrevivir a la consulta*. Se plantea que *la medicina está totalmente deshumanizada*, basada en el uso de la tecnología (en parte, en base al miedo y a la práctica de la "medicina defensiva", con la consecuencia de que *hemos perdido la exploración clínica del enfermo*), *que nos estamos olvidando de los problemas crónicos o que la gente mayor está apartada del sistema de atención*. Sin embargo, por otra parte, es difícil "humanizar" la atención en el encuentro clínico (*si hablas te retrasas en la consulta y la gente se queja, si el enfermo sabe que le vas a escuchar no pararía de plantear cosas, con poco tiempo, entre hablar y recetar, te tiras a la receta*) (Girón et al., 2002: 566)

[Discurso desde la profesión de enfermería] En la práctica cotidiana de la salud pública es común entender los conocimientos, las prácticas y los valores culturales como una realidad propia de las comunidades y, de manera negativa, como factores de riesgo que se deben erradicar o cambiar. Esta mirada excluyente no considera que la cultura se refiere a la experiencia humana compartida; por lo tanto, es un elemento constitutivo de nuestra propia humanidad. En este sentido, la dimensión cultural del fenómeno salud-enfermedad se encuentra en los diversos conocimientos, prácticas e instituciones para promover la salud y prevenir, curar y rehabilitar a las personas enfermas. Esta diversidad se constituye en campos simbólicamente mediados que las personas reproducen, construyen y transforman a través de relaciones de poder situadas socialmente, espacial e históricamente (Duque-Paramó, 2007: 128)

De esta forma, en general podría afirmarse que en los contextos biomédicos actuales les requiere un mayor esfuerzo o reto orientar su atención hacia una relación de cuidado y/o ayuda integral a las poblaciones. Esta dificultad está relacionada tanto con la organización de los servicios de salud que se ofertan, como con el rol y las funciones del personal profesional de la salud que los desarrolla cotidianamente. A todo ello, en ocasiones, se suman las imágenes y expectativas de las poblaciones que acuden en busca de atención biomédica y demandan el ejercicio de un determinado rol en cada profesión⁷¹:

[Discurso desde la profesión de medicina y enfermería] La enfermería ha sufrido del estereotipo público durante mucho tiempo ... Una de las causas atribuidas a la consolidación de una imagen enfermera que poco tiene que ver con la realidad actual es la estructura jerárquica entre el médico y la enfermera, que emanan de sus respectivos orígenes educacionales. Hay que tener en cuenta que la enfermería ha sido una profesión ejercida mayoritariamente por mujeres y que se ha desarrollado tradicionalmente junto a profesionales médicos, bajo su supervisión y siendo considerados como

⁷¹ Si existe un desconocimiento o una imagen errónea sobre qué son y cuáles son los cometidos de las profesiones de la salud por parte de las poblaciones, también es cierto que este desconocimiento e imagen incompleta también se da en el interior de las diversas profesiones de la salud cuando se observan entre sí interprofesionalmente. Así se percibe cuando intraprofesionalmente tratan de delimitar el quehacer socio-profesional que cada una desarrolla frente a las otras en el mismo ámbito de atención biomédica, como veremos a lo largo del análisis de los materiales empíricos producidos en esta tesis.

un colectivo de gran prestigio. De modo que «la contribución de la profesión enfermera ha sido percibida como la prolongación del servicio que los médicos daban a la población». Además, no debemos olvidar que la enfermería ha sido estrechamente vinculada a un estereotipo sexual, y que en los medios de comunicación se ha reforzado una imagen tradicional sobre la enfermería. Estos son sólo algunos de los condicionantes que han podido llevar a la población a tener una idea equivocada o incompleta de lo que es el quehacer enfermero, no contemplando el propio campo de responsabilidad de la enfermería ... Una imagen negativa de la enfermería puede tener numerosas consecuencias, como que la población no recurra a ella y no se beneficie de sus servicios. Asimismo, puede tener un impacto en la cantidad y calidad de personas que la eligen como profesión, o que afecte a la toma de decisiones de los políticos, que definen el alcance y la financiación de los servicios (Errasti-Ibarrondo, Arantzamendi-Solabarrieta y Canga-Armayor, 2012: 270).

Las profesiones de medicina y de enfermería⁷² encuentran así dificultades a la hora de afrontar las dimensiones socioculturales, y no solo las biológicas, que intervienen en los procesos de atención a la salud y la enfermedad de las poblaciones sean éstas inmigrantes o no, así como para contribuir con ello a que éstas conquisten un mayor bienestar en sus vidas fuera de las consultas⁷³. Si bien estas profesiones de la salud se sitúan en el ámbito de la atención primaria para llevar a cabo estos propósitos. Para ello transitan hacia conocimientos, saberes y prácticas socio-profesionales de atención integrales y más socioculturales en el encuentro con las poblaciones. Estos aspectos, sin embargo, desde el marco disciplinar de las ciencias sociales teóricamente forman parte

⁷² En relación al personal de enfermería cabe señalar que su rol y funciones históricamente han estado muy marcadas por la práctica del tradicional modelo biomédico hegemónico. Solo con el tiempo, encuentra espacio para reflexionar sobre su rol como parte de un equipo con funciones propias y distintas a la atención biológica de la enfermedad: “los profesionales de enfermería, como parte del equipo de salud que atiende al usuario realizando una serie de actividades englobadas en el rol interdependiente, necesitan tiempo y metodología propia para desarrollar un rol autónomo. A través de ese rol son valoradas las necesidades del usuario y de la familia para aplicar los cuidados necesarios y conseguir que los pacientes logren la mayor independencia posible” (Buendía, Méndez y Narbona, 1997: 53). De este modo, en un primer momento a raíz de la implantación del modelo de atención primaria en el sur de Europa, el personal de enfermería se beneficia de su estrecha supeditación con el personal médico para realizar cuidados que requieren cierta complejidad, para posteriormente mostrar abiertamente su intención de ejercer un rol autónomo (Minguez, 2011).

⁷³ En relación a estos aspectos, desde un plano general en el año 1980 tiene lugar la constitución de una asociación científica sin ánimo de lucro denominada Equipo CESCA (2013). Se crea con el propósito de entender lo que sucedía en la consulta del profesional de la medicina (general y/o familiar), y su relación con los problemas de salud de las personas pacientes. El acrónimo CESCA procede del primer proyecto que abordan mediante la financiación de fondos públicos, titulado “Correlación entre las Entradas y las Salidas en la Consulta Ambulatoria”: “este estudio es un buen ejemplo de la investigación del Equipo CESCA, pues permitió analizar la correspondencia entre los motivos por los que acude el paciente a la consulta del médico de cabecera (médico general/de familia) y el proceso de su atención, incluyendo su relación posterior con el resto del sistema sanitario (derivación a especialistas, y/o urgencia, solicitud de pruebas complementarias, re-citación, prescripción de medicamentos y paso por la farmacia, etc.)”. Su interés, por tanto, se centra en mejorar los registros, clasificaciones, definiciones y conceptualizaciones de las características que definen al ámbito de la atención primaria, partiendo de la premisa de que este trabajo se realiza siempre con un escaso tiempo “que muchas veces deja al profesional insatisfecho, con una sensación de casi vértigo”. Sus líneas actuales de trabajo giran en torno a las siguientes temáticas: organización de servicios, clínica, metodología, actividades preventivas, investigación y política sanitaria.

esencial del origen y el desarrollo de la profesión y la disciplina del trabajo social sanitario y/o biomédico.

Es por ello que *a priori* podríamos considerar que de las tres profesiones y disciplinas mencionadas el trabajo social es la que de manera identitaria se construye históricamente sobre las bases del desarrollo de una relación sociocultural de cuidado y/o ayuda a las poblaciones que se encuentran en situaciones de necesidad o dificultad de diversa índole. De este modo, sus intervenciones socio–profesionales individuales–familiares, grupales y/o comunitarias en el campo de actuación sanitario o biomédico se basan en los siguientes ejes elementales:

[Discurso desde la profesión de trabajo social sanitario] ... desde el primer encuentro con la persona afectada, nada más empezar su estudio, ésta y sus allegados cada cual, en su justa medida, empiezan a formar parte del andamio que les permitirá reconstruir sus nuevas realidades o reequilibrar las existentes (Colom, 2011: 17)

[Discurso desde la profesión de trabajo social sanitario] La salud y la enfermedad son, por tanto, procesos sociales y personales en las que lo somático, lo psicológico y lo social (que implica lo relacional, lo cultural, lo ético, lo estético, etc., etc.) son tres aspectos relacionados e indisolubles. Y ello tiene consecuencias tanto en la atención a la salud de la comunidad (Salud Pública) como en la atención a la salud de las personas individuales o de grupos concretos de población (Ituarte, 2009: 4)

[Discurso desde la profesión de trabajo social sanitario] El trabajador social es concebido como un profesional que, en el centro de salud, complementa y apoya las actividades del resto de los profesionales sanitarios del equipo. Su objetivo es el de colaborar en el estudio y tratamiento de los factores sociales que condicionan la salud individual, familiar y comunitaria, promoviendo la organización de la población en defensa de aquella e introduciendo en las actividades de los programas las técnicas y métodos propios del trabajo social. Así mismo, se indica que el trabajador social velará por la individualización y respeto a la libertad y autodeterminación del usuario del centro, teniendo sus acciones un carácter preferentemente preventivo y educativo (Pérez, 2000: 195).

Así, como diría Richmond (1995: 17)⁷⁴ mientras la profesión médica, y podemos añadir la enfermera, enseñan a las poblaciones a autocuidarse el trabajo social sanitario las

⁷⁴ Mary Richmond (1995: 9–58) es una de sus principales autoras clásicas y de mayor influencia en la profesión de trabajo social. Es autora del primer manual sobre las técnicas de intervención del trabajo social publicado bajo el título de *Diagnóstico Social* en 1917 (*Social Diagnosis*). En él otorga a la profesión su primer contenido técnico e ideológico, a través del que se puede observar un planteamiento progresista mediante el que trata de propugnar la realización de reformas ante los cambios sociales. Por su parte, en su trabajo el Caso Social Individual en 1922 (*Social Case Work*) desarrolla un método y una técnica propia para el trabajo social, que le impregna la tarea de comprender a fondo y despacio a cada persona o familia, no solo en un momento transversal sino a través de la reconstrucción histórica de sus vidas y sus relaciones con el entorno, para paralelamente establecer acciones sobre la persona y el entorno. Estas propuestas y actuaciones, hoy en día, en el contexto del sur de Europa se han ido despreciando y quedando atrás al ser calificadas como “reaccionarias” y “ñoñas” acusadas de pretender únicamente la “adaptación” de las poblaciones al sistema, lo que convierte al trabajo social de casos en muchas ocasiones en un servicio de tramitación de prestaciones y gestiones, que confunde lo que es el trabajo

forma para autoayudarse⁷⁵. Además, socio–históricamente se plantea que lo hace o debe hacerlo teóricamente desde una posición próxima a incorporar las dimensiones socioculturales en sus discursos y prácticas socio-profesionales.

En relación a este último aspecto, por ejemplo, Lorente (1999: 234–238) señala que mediante los escritos producidos en trabajo social por Richmond en los años veinte del siglo XX, ya se aprecia como “lo étnico” se trata mediante las cuestiones migratorias de la sociedad norteamericana. Señala así que el enfoque de esta autora sigue aún vigente y puede situarse en el centro del debate interétnico e intercultural actual. Richmond sostiene que el ser humano es producto de la sociedad que le ha tocado vivir y que, por tanto, no le son imputables directamente las condiciones socioeconómicas y étnicas determinantes de su situación, dado que éstas son políticas. Es decir, todo esto nos plantea que el quehacer del trabajo social, y por tanto del trabajo social sanitario, no consiste en adaptar las personas a la sociedad, sino la sociedad a las personas:

... Los trabajadores sociales tienen que afrontar el gran hecho de que existen diferencias individuales en los seres humanos que no se pueden suprimir. La democracia debe afrontarlo y la cultura tenerlo siempre presente. La afirmación de que las personas son diferentes parece el mayor de los truismos, ya que no solo tenemos que contar con sus diferencias heredadas e inmutables, sino que a éstas hay que añadir todas las disimilitudes que se producen como resultado de las diversas experiencias sociales y de las distintas respuestas ante una misma experiencia.

... No tenemos más que nombrar algunas de las clasificaciones más usuales – los desempleados, los que abandonan a la familia, los recién inmigrados, etcétera para darnos cuenta de que esa costumbre todavía persiste y reconocer sus riesgos. Necesaria como punto de partida, la clasificación, debe ser transformada en un fin. Algunas de las locuras recientemente cometidas en nombre de la americanización son directamente imputables a la práctica de pensar que todos los inmigrantes son básicamente iguales y que deben ser tratados en forma semejante.

... El hecho es que las personas en circunstancias similares nunca son tan parecidas como pudiera resultar a primera vista. Con todo, la errónea generalización de antaño se repetirá muchas veces, aunque de maneras diferentes, en los años que quedan por venir. Por esta razón, es necesario insistir en el tema. El problema actual radica, sin embargo, no tanto en demostrar la necesidad de un tratamiento social diferenciado, sino en desarrollar las técnicas sociales adecuadas que tal

social con los servicios sociales y la administración social (Richmond, 1995: 9–58). Estas reflexiones, podemos añadir, también atañen al trabajo social sanitario y a las intervenciones que éste realiza en los servicios de salud y la administración sanitaria o biomédica que en muchos casos quedan desdibujadas y desvalorizadas, a la vez que confundidas con la labor realizada por el trabajo social en el sistema de servicios sociales.

⁷⁵ En relación a la constitución de la profesión del trabajo social sanitario, Colom (2008, 2011 y 2012) trata de enfatizar que se trata de una profesión “sanitaria” al igual que lo son la profesión de medicina y de enfermería. Para ello, apuesta por el hecho de que sus intervenciones se apoyen en un Diagnóstico Social Sanitario (Colom, 2012) que le permita desarrollar un plan de trabajo para llegar a la resolución de la situación de necesidad o problema que genera la demanda por parte de las poblaciones. Asimismo, subraya que este plan debe estar integrado en los planes terapéuticos diseñados por el conjunto del personal profesional sanitario en base a un modelo biopsicosocial. Para ello, trata de establecer los “procedimientos, los protocolos y los procesos” que de manera específica determinan su catálogo de prestaciones y cartera de servicios en los sistemas biomédicos (Colom, 2011).

tratamiento demanda y en multiplicar los brazos y mentes expertos para que llegue a ser una realidad (Richmond, 1995: 125–129).

Sea cual fuere el cometido y las peculiaridades concretas de cada profesión y disciplina de la salud, y cómo éstas van cambiando históricamente, todas se basan en sí mismas en una relación de atención integral e intercultural con las poblaciones que se sustenta en el reconocimiento y la gestión de la alteridad y/o la otredad en salud⁷⁶. Además, en los tres casos los discursos socio–profesionales sobre los encuentros asistenciales con las poblaciones sean éstas inmigrantes o no, están fuertemente marcados por las creencias y expectativas que cada profesión comparte intraculturalmente. Al mismo tiempo también lo están por aquellas que proceden del conjunto de concepciones y prácticas hegemónicas de atención que están condicionadas socioculturalmente a través de su convivencia prolongada en el entorno biomédico. Esta diversidad de puntos de vista nos muestra la relevancia de tener en cuenta el papel de cada profesión en la construcción de los encuentros asistenciales con las poblaciones, así como el contexto en el que éstos transcurren. Así, en este espacio de relación y transformación existen relaciones de poder entre las distintas profesiones, y éstas otorgan hegemonía a aquellas que prestan la atención sanitaria (Blázquez, 2008).

Específicamente en el ámbito de la atención primaria todas tienen en común que actúan intra, inter y transprofesionalmente y disciplinadamente ante los procesos de atención a la salud y la enfermedad de las poblaciones desde posiciones cercanas, pero no idénticas⁷⁷.

⁷⁶ Con el tiempo la relación con la alteridad y/o la otredad ha dado lugar a modelos específicos de especialización en las profesiones. En el caso de la medicina debemos señalar el surgimiento en Estados Unidos de la especialidad de medicina transcultural, que pertenece al área de estudio de las diferencias y similitudes entre culturas con respecto a los cuidados de la salud y la enfermedad de las poblaciones. De esta forma, se asumen los posibles diferentes valores culturales, de creencias y comportamientos para proveer cuidados específicos y culturalmente congruentes (Munuera y Munuera, 2007). Es decir, esta especialidad destaca la importancia que depara la cultura de las poblaciones en el diagnóstico, tratamiento y/o en la comunicación durante la práctica médica (Santagata, Mónica y Terrasa, 2002). En el caso de la enfermería, debemos mencionar también el surgimiento en Estados Unidos del modelo de enfermería transcultural y a Madeleine Leininger (1978) como una de sus principales autoras de referencia. Para formular este modelo Leininger (1988) reconoce que la cultura es el eslabón perdido en el conocimiento y la práctica enfermera. Tras señalar que el concepto de cultura se deriva de la antropología y el concepto de cuidado de la enfermería, sostiene que el cuidado cultural proporciona el más amplio e importante marco para estudiar, explicar y predecir el conocimiento y las prácticas de cuidados de enfermería.

⁷⁷ Debemos señalar que la profesión de trabajo social sanitario y de enfermería, así como recientemente también la medicina familiar y comunitaria (Saletti-Cuesta, 2013), comparten un proceso de feminización como elemento a tener en cuenta en su análisis como culturas socio–profesionales que coinciden con matizaciones en la tarea de cuidar y/o ayudar a las poblaciones. Este aspecto tal y como señala Lorente (2004) no solo alude al incremento de mujeres en el interior de cada profesión, sino al proceso a través del que se determinan valores culturalmente considerados femeninos a estas profesiones. Este hecho sucede

Además, lo hacen desde presupuestos y orientaciones teóricamente sensibles o entrenadas en el abordaje de las dimensiones socioculturales, y no solo en la prestación de atención sanitaria a la dimensión biológica. Es decir, todas tratan de dirigir sus actuaciones e intervenciones hacia un modelo de atención integral e intercultural en el que la contemplación y el tratamiento de las diferencias socioculturales constituyen un aspecto esencial. Si bien, no está exento de complejidades teóricas y prácticas en su desarrollo contemporáneo actual.

La llegada de poblaciones inmigrantes al ámbito de la atención primaria, crea un contexto de análisis idóneo para observar y reflexionar sobre cómo los encuentros asistenciales no están libres de sesgos en forma de valores, estereotipos y representaciones socioculturales. Son, por tanto, resultado de un proceso de construcción sociocultural que puede explicarse a través de los discursos socio-profesionales parciales, situados y localizables (Haraway, 1995) que se generan en torno a los procesos de atención a la salud y la enfermedad de las poblaciones. Así, ocurre en las percepciones y experiencias de atención que se construyen en los encuentros asistenciales con las poblaciones inmigrantes en contextos biomédicos de diversidad.

Las identidades socio-profesionales no son entidades totales completamente definidas, sino que son cambiantes en su relación con los otros y las otras. De este modo, lo que las profesiones de la salud contemplan y narran en los encuentros asistenciales con las poblaciones inmigrantes está estrechamente relacionado con las identidades colectivas que caracterizan intraprofesional, disciplinar y socio-históricamente a cada profesión. A ello habríamos de añadir cada una de las identidades socio-profesionales individuales según etnia, género o clase social, entre otras. También las particularidades que determinan al propio ámbito de atención primaria en el que se contextualiza su trabajo de atención cotidiano, así como los aspectos socioculturales, políticos y económicos que las condicionan históricamente.

En esta tesis no nos proponemos examinar la trayectoria socio-profesional y disciplinar seguida específicamente por cada una de las profesiones de la salud de atención

junto a la desvalorización simbólica, social y política que generalmente se asigna a los saberes y prácticas que las profesiones de cuidado y/o ayuda llevan a cabo socio-históricamente en los sistemas públicos de bienestar social (Lorente, 2004) como, por ejemplo, sucede en el biomédico.

primaria, ni establecer sus similitudes y diferencias con amplitud. No obstante, sí es necesario señalar que la delimitación de los roles y las funciones y/o actividades a llevar a cabo por cada una de ellas en el ámbito de la relación de cuidado y/o ayuda a las poblaciones, no está exenta de convergencias y distancias. Estos aspectos, en muchas ocasiones, pueden constituirse como objeto de conflicto o problema a la hora de establecer límites o fronteras socio-profesionales entre las mismas.

Estos aspectos dan lugar a la presencia de las dificultades que se derivan de la convivencia inter socio-profesional que desarrollan entre ellas para llevar a cabo una atención primaria interdisciplinar capaz de actuar de forma integral e intercultural en la salud y la enfermedad de las poblaciones (Gijón y Saizar, 2013). Así, como señala Lorente (2004) aún impera una jerarquización profesional en los equipos de salud, y los saberes que distinguen a cada profesión en el interior de estos equipos no tienen igual fuerza, valor y prestigio. De esta forma, la medicalización de la salud se constituye como expresión del poder de la biomedicina al tiempo que la legitima como paradigma terapéutico de conocimiento (Lorente, 2004).

A través de los discursos socio-profesionales sobre el encuentro con poblaciones inmigrantes es posible, por tanto, reflexionar sobre el binomio diversidad y atención primaria a partir de los procesos de construcción de la diferencia que establecen en torno a la relación inmigración y salud.

A este respecto, la afluencia de la inmigración en el sur de Europa ha creado un escenario en el que el afrontamiento de las diferencias etno-culturales y geográfico-nacionales en los centros de salud, incrementa el interés socio-profesional por afrontar las nuevas y desconocidas características de los encuentros asistenciales con estas poblaciones. Estas características se vienen planteando tanto en términos sanitarios o epidemiológicos, como en términos sociales y culturales desde atención primaria. Todo ello está contribuyendo a generar la producción de una visión única, en ocasiones polarizada entre problema o desafío (Jansà y Villalbí, 1995; Jansà, 1998; Jansà y García de Olalla, 2004; Jansà, 2006) y, que se difunde a través de un cuerpo homogéneo de

saberes y prácticas específicas en forma de discursos socio–profesionales sobre inmigración y salud⁷⁸.

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

El interés de esta tesis se centra en describir e interpretar cómo se construye la diferencia en salud cuando se reconoce y se gestiona la atención a la diversidad en salud. Para ello observamos un contexto socio-profesional biomédico preocupado hoy por la incorporación de las dimensiones socioculturales en el modelo de atención primaria de salud. Este contexto y esta inquietud se han visto actualmente reforzados por la aparición de poblaciones vinculadas a los procesos migratorios al sur de Europa.

La llegada de poblaciones inmigrantes al ámbito de la atención primaria produce así discursos socio-profesionales –de profesionales de la medicina, de la enfermería y del trabajo social sanitario– mediante los que se construyen diferencias sobre el encuentro asistencial con ellas.

A lo largo de la investigación empleamos metafóricamente la noción de espejismo sociocultural para hacer referencia al concepto de lugar o espacio de trabajo de campo en un sentido etnográfico no clásico. Así, por lugar no aludimos a un espacio físico o territorial delimitado en un entorno sociocultural y/o poblacional concreto, sino al que se produce en diferentes espacios de observación y que se conoce como etnografía multisituada o multilocal (Marcus, 1995). Es decir, se trata de “una práctica menos marcada por el trabajo de campo, concebido al estilo clásico, como la estancia de larga duración del etnógrafo en un solo lugar de escala reducida” (Roca, 2010: 265).

Desde este espejismo pretendemos observar las relaciones situacionales discursivas (García–García, 2000) que se vienen construyendo diferencialmente, de forma procesual y constante, en torno al nexo inmigración y salud desde el contexto de la atención primaria de salud en la última década. Los discursos socio–profesionales nos sirven de pretexto para examinar el binomio diversidad y atención primaria a través de los

⁷⁸ Algunas de estas reflexiones sobre los discursos en torno a la constitución de la diversidad que tienen lugar desde la atención a la salud en el Sur de Europa, están plasmadas en una publicación previa (véanse en Gijón, 2011).

procesos de construcción de la diferencia aplicados al caso de las poblaciones inmigrantes sobre el que versa nuestro objeto de estudio.

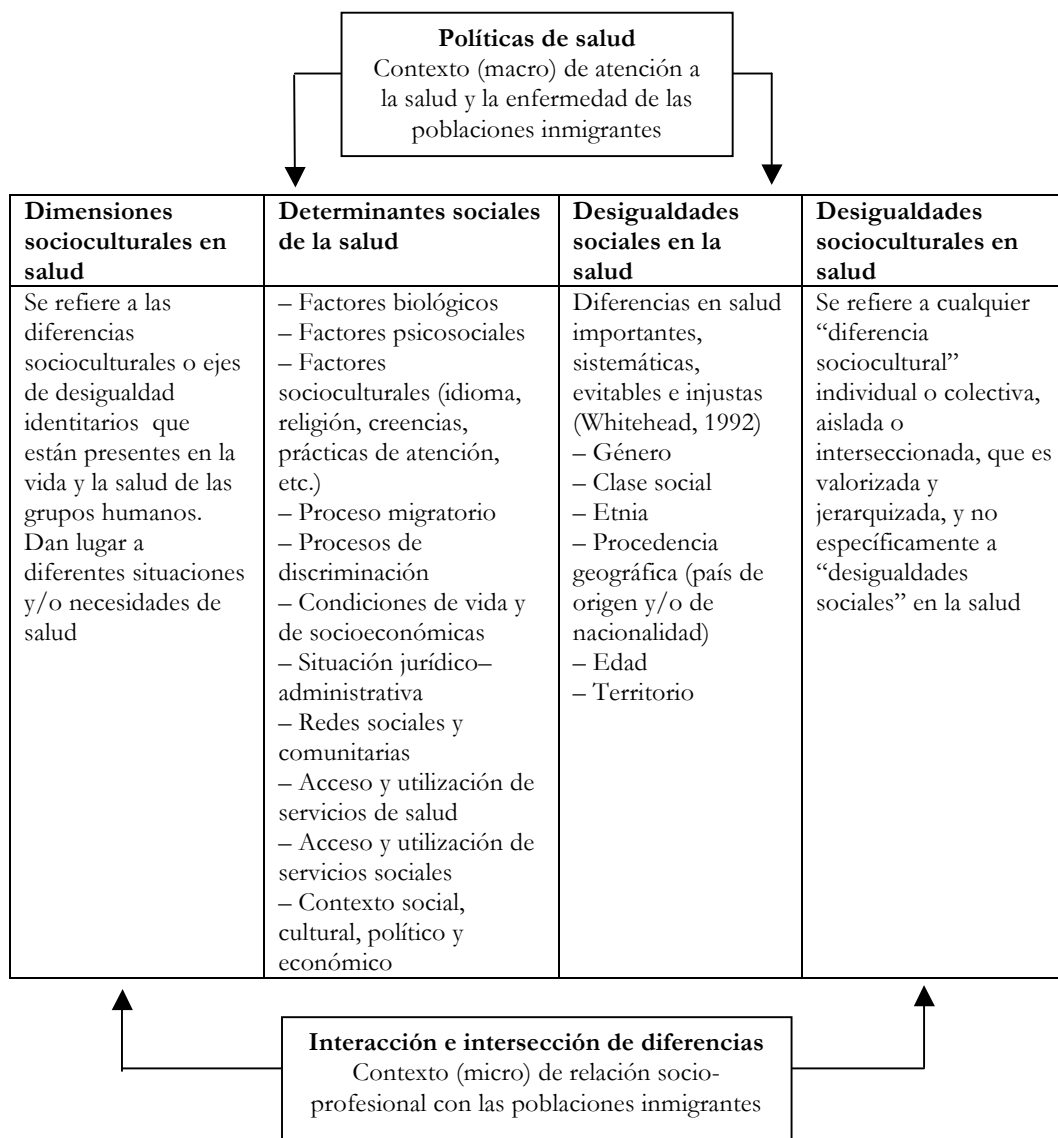
En la Figura 4, podemos ver una síntesis de los ejes teóricos de este estudio. Estos ejes tratan de relacionar la perspectiva biomédica mediante el abordaje de los determinantes y las desigualdades sociales en salud con la perspectiva sociocultural, a través de un enfoque de gestión de la diversidad, las diferencias y/o la desigualdad sociocultural en atención primaria de salud.

Así, por ejemplo, el concepto de clase social desde el extremo subjetivo de la perspectiva sociocultural, nos aproxima a la construcción de distintas situaciones de necesidad o dificultad socioeconómica que pueden asignarse valorativa y jerárquicamente a determinados grupos humanos, y con ello producir desigualdades socioculturales en salud. Sin embargo, la clase social desde el extremo objetivo de la perspectiva biomédica, nos acerca a la definición de aquellos determinantes de las desigualdades sociales en salud que tienen su origen en la existencia de distintas posiciones socioeconómicas estructurales e intermedias que se atribuyen como influyentes en la salud y la enfermedad de diferentes poblaciones y grupos socioculturales, y que son importantes, sistemáticas, evitables e injustas. Es necesario distinguir y tener en cuenta el efecto que ambas perspectivas pueden ejercer en los discursos socio-profesionales sobre la salud y la enfermedad de las poblaciones inmigrantes, con la finalidad de comprender a nivel macro la incorporación de las dimensiones socioculturales en las políticas de salud; y a nivel micro los procesos de construcción de las diferencias, singulares o combinadas entre sí, que se producen y reproducen en los encuentros asistenciales con las poblaciones inmigrantes.

A través de los ejes teóricos revisados (Figura 1), hemos observado que una parte de la perspectiva biomédica se dirige fundamentalmente a analizar aquellas condiciones estructurales e intermedias que se constituyen como determinantes sociales de la salud y que pueden dar lugar a desigualdades sociales en salud entre diferentes poblaciones y grupos socioculturales. Las desigualdades sociales en la salud se relacionan con distintas variables socioculturales, políticas y económicas sobre las que las poblaciones no ejercen control. Estos aspectos pueden abordarse mediante políticas públicas de salud que hacen referencia a la justicia en la distribución de recursos, y promuevan condiciones de

equidad plenas ante las distintas distintas necesidades y/o problemáticas que se crean entre diferentes grupos humanos.

FIGURA 4: EJES TEÓRICOS DE ESTUDIO EN TORNO A LOS DISCURSOS SOCIO-PROFESIONALES SOBRE EL ENCUENTRO ASISTENCIAL CON POBLACIONES INMIGRANTES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD



Fuente: Elaboración propia

Un ejemplo de estas políticas lo constituye la atención sociosanitaria y/o biomédica que se planifica para ocuparse de la salud y la enfermedad de las poblaciones inmigrantes, y que busca corregir cualquier proceso de discriminación en los procesos de atención a la salud y la enfermedad. Sin embargo, estas políticas pueden aplicarse sin suficiente profundización teórica en relación a aquellos presupuestos de la perspectiva sociocultural que estudian los conceptos de la diferencia y la diversidad, y que necesariamente no

remiten a un planteamiento de justicia. Por lo que en ocasiones se limitan a legitimar procesos de construcción de las diferencias sobre los que es posible ejercer un control, y a corregir las desigualdades sociales en salud que ya están presentes en las condiciones macroestructurales de los países de acogida.

De este modo, por un lado, el reconocimiento de la diversidad a través del abordaje de la salud en las poblaciones inmigrantes se realiza desde planteamientos culturalistas, etnocéntrica y biomedicocéntricamente sesgados, que remiten principalmente a la construcción de diferencias que se atribuyen a las identidades étnicas y a los contextos geográficos de origen y/o nacionalidad. Ensombrecen así la presencia de las diferencias socioculturales que están presentes en la vida y la salud de cualquier población atendida por el sistema sanitario, inmigrante o no. Por otro lado, en otras ocasiones se observa un uso más amplio e impreciso de las dimensiones socioculturales en salud. A través de estas dimensiones se tratan de explicar múltiples situaciones de necesidad y/o problemas relacionados con los procesos de atención a la salud y la enfermedad de las poblaciones. Entre ellos se incluyen temas como, por ejemplo, la autopercepción de salud, la utilización, la accesibilidad y la frecuentación a los servicios sanitarios, las creencias en salud, los estilos de vida, los patrones de enfermedad, el apoyo social, etc., pero sin tratar los conceptos socioculturales abordados como objetos teóricos de estudio.

El estudio que plantea esta tesis, en definitiva, trata de poner de relieve cómo a través de distintas aproximaciones teóricas nacen discursos socio-profesionales sobre las diferencias presentes en el encuentro asistencial entre distintas profesiones de la salud y las poblaciones inmigrantes en atención primaria. De esta forma, se enfatiza el carácter humanístico que da lugar a la construcción de diferentes realidades socioculturales en atención primaria, similares y diferentes, y que conforman un mundo humano, hecho por las personas y habitado por las personas en continuo proceso histórico (Berger y Luckmann, 1966).

El acento se circunscribe, por tanto, en los elementos “ateorizados” o “teóricos” (Lurbe, 2008: 86–87) comunes que se observan en los discursos de diferentes profesionales de la salud sobre la relación cotidiana que establecen con las dimensiones socioculturales en los procesos de atención a la salud y enfermedad de todo tipo de poblaciones, sean o no

inmigrantes, en sus consultas de atención primaria. Asimismo, gira en torno a cómo estos discursos interactúan y son influenciados entre sí creando un nuevo cuerpo de conocimientos y prácticas de atención diversas, similares o diferentes, en función de la visualización de determinadas dimensiones socioculturales relacionadas con las poblaciones inmigrantes.

El interrogante de partida en esta tesis nos lleva a plantear que el fenómeno de la inmigración ocasiona transformaciones y cambios socioculturales en atención primaria. El personal profesional de la salud fruto de sus encuentros asistenciales con poblaciones inmigrantes, observa estos cambios a través de la dimensión biológica y sociocultural en la atención a la salud y la enfermedad. El análisis de los discursos socio-profesionales sobre estos fenómenos en este contexto, nos plantea la pregunta general de conocer cómo afrontan la diversidad en atención primaria y a partir de ella cómo se construyen diferencias socioculturales en la atención a las poblaciones inmigrantes.

De acuerdo a las características estructurales y organizativas del modelo de atención primaria, los discursos socio-profesionales abordan con mayor o menor profundización la incorporación de la dimensión sociocultural en los encuentros asistenciales con las poblaciones inmigrantes. En este contexto, se sitúan ante discursos socio-profesionales que tratan de decidir qué transformaciones y cambios de las dimensiones biológicas y socioculturales presentes en estos encuentros son más urgentes y cuáles menos, así como cuáles son estrictamente biológicas y cuáles no. Es decir, se encuentra en la encrucijada de resolver si su percepción y experiencia trasciende al signo y si se adentra o no en la interpretación de los síntomas socioculturales.

En este marco, a pesar de que la perspectiva profesional y disciplinar de la que parten las profesiones de la salud a la hora de observar y tratar la diversidad presenta particularidades distintas, sus procesos de socialización y enculturación en atención primaria pueden influir sobre cómo construyen intra e interprofesionalmente su percepción y experiencia sobre la salud y la enfermedad de las poblaciones inmigrantes. La percepción de diferencias que se atribuyen a estas poblaciones pueden influir en los valores, estereotipos y representaciones socioculturales que interactúan en sus prácticas de atención en contextos de diversidad.

Por eso se hace necesario describir y comprender los discursos socio-profesionales sobre el encuentro asistencial con poblaciones inmigrantes, y cómo estos se vienen observando y tratando bien como objeto de preocupación, como problema de atención o como desafío sociocultural y/o sanitario en el momento actual. Para ello arrancamos de tres puntos de partida:

1. El que pone de relieve desde una perspectiva de la diferencia y de la desigualdad social en salud, que las profesiones de la salud tienen que tener en cuenta las dimensiones socioculturales en los encuentros asistenciales con las poblaciones, sean o no inmigrantes, en atención primaria.
2. El que señala que desde una perspectiva de relación e interacción socio-profesional y disciplinar, las profesiones de la salud en atención primaria comparten *a priori* un componente social que favorece la percepción y el tratamiento de las dimensiones socioculturales en los encuentros asistenciales con las poblaciones, inmigrantes o no. Si bien, el abordaje técnico-científico y sociocultural de la atención como parte de los elementos estructurales que definen a la atención primaria como modelo médico, pueden repercutir en la desdibujación del manejo que estas dimensiones requieren intra e interprofesionalmente.
3. El que observa los cambios y las transformaciones socioculturales, demográficas, económicas y políticas que se suceden en las sociedades globales en el momento actual. Estos aspectos pueden dar lugar a que las profesiones de la salud construyan nuevas formas de observar y atender a las dimensiones socioculturales en los encuentros asistenciales con las poblaciones. Así se advierte, por ejemplo, con la percepción de la condición de poblaciones inmigrantes a través de la identidad étnico-cultural y la procedencia geográfica, y cómo ésta influye e interacciona en el abordaje de los encuentros asistenciales en occidente.

Miramos los discursos socio-profesionales que abordan los encuentros asistenciales con las poblaciones inmigrantes, de modo que no nos ceñimos a una situación de necesidad y/o problema determinado de atención a la salud y la enfermedad. Lo hacemos así con el propósito de no guiar las observaciones y planteamientos discursivos al contexto de los signos biológicos de un único aspecto de salud o enfermedad que podría sesgar biomedicocéntricamente en exceso los discursos socio-profesionales. De este modo,

nos interesa (re)construir inductivamente aquellas dimensiones socioculturales que las distintas profesiones de la salud observan y construyen como un colectivo de participantes *insiders* (Ruiz-Olabuénaga, 1996: 16) en el encuentro asistencial que llevan a cabo con poblaciones inmigrantes desde atención primaria.

Nuestra mirada, por tanto, se centra en el ámbito de atención primaria y la relación de atención que este modelo médico (Comelles y Martínez, 1993: 87) establece con el otro y la otra. Tomamos como ejemplo desde una perspectiva *emic* las afinidades y las diferencias que pueden existir entre distintas profesiones de la salud, cuando atienden a las nuevas poblaciones inmigrantes que acuden a los servicios de atención primaria de salud en el sur de Europa. Creemos que estudios cualitativos que tengan el propósito de reflexionar, como participantes *outsiders* (Ruiz-Olabuénaga, 1996: 16) y desde una perspectiva *etic* interdisciplinar, sobre cómo se abordan las dimensiones socioculturales en los encuentros asistenciales con las poblaciones inmigrantes, se hacen más necesarios que nunca en el contexto de crisis económica actual y de cambios en el derecho a la atención a la salud.

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Describir y comprender los procesos de construcción de la diferencia en los discursos socio-profesionales sobre el encuentro asistencial con poblaciones inmigrantes desde el modelo de atención primaria de salud al sur de Europa.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conocer el contexto sociocultural y político-institucional de la atención primaria en el que se producen discursos socio-profesionales sobre el proceso de construcción de la diferencia en relación al fenómeno de la inmigración.
2. Comprender cómo el personal profesional de la salud observa y construye la categoría identidad étnico-cultural y/o procedencia geográfica en torno a la llegada de poblaciones inmigrantes a atención primaria.
3. Identificar los aspectos emergentes, similares y diferentes, que se asocian en los discursos socio-profesionales con valores, estereotipos y representaciones

socioculturales presentes en la atención a las dimensiones socioculturales en la atención a la salud de las poblaciones inmigrantes.

CAPÍTULO 2

PROCESO METODOLÓGICO DE INVESTIGACIÓN

Los estudios científicos sobre salud, sociedad y cultura constituyen un ámbito de conocimiento epistemológico y ontológicamente interdisciplinar que atiende fundamentalmente a dos aspectos. Uno, desde el paradigma positivista pretende analizar las causas (o signos) de las dimensiones biológicas y socioculturales que intervienen individual y colectivamente en la generación de diferencias y desigualdades sociales en salud. Otro, desde el paradigma naturalista se ocupa de comprender los significados (o síntomas) en forma de lenguaje, conductas e interpretación de los hechos humanos desde el punto de vista de las personas que actúan ante las dimensiones biológicas y socioculturales en los procesos de atención a la salud y la enfermedad, de forma que pueden dar lugar a procesos de construcción de las diferencias.

Desde esta segunda aproximación “el modo en que enfocamos los problemas y buscamos las respuestas” en esta tesis (Taylor y Bogdan, 1998: 15), se basa en una metodología de investigación cualitativa-etnográfica cuyo foco central lo constituye la “búsqueda” del significado abierto en múltiples sentidos (Ruiz-Olabuénaga, 1996: 51). Este tipo de metodología se refiere a “la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable” (Taylor y Bogdan, 1998: 20). Específicamente, se trata de una investigación cualitativo-etnográfica de orientación temática que definimos como multisituada o multilocal (Marcus, 1995; Roca, 2010: 265). Además, tomamos como perspectiva teórico-metodológica interdisciplinar a la fenomenología (Schutz, 1974; Berger y Luckmann, 1966).

Una metodología cualitativa-etnográfica es un proceso de investigación que más allá de utilizar y aplicar un conjunto de técnicas de campo para producir y analizar informaciones empíricas, alude a que todo conocimiento adquirido es el producto de la elaboración e interpretación que realiza la persona o personas que investigan (Pujadas, 2010: 17).

Desde este abordaje describiremos el conjunto de técnicas de campo que hemos empleado en distintos momentos espacio-temporales, para producir un conjunto de resultados empíricos en forma de discursos socio-profesionales e investigadores que nos aproximaran a comprender los procesos de construcción de la diferencia desde atención primaria. De esta forma, los resultados producidos son paradójicos desde un punto de vista teórico-empírico. Así, por un lado se revelan como importantes tanto en la experiencia intersubjetiva del personal de la salud sujeto de estudio como en la de las personas que investigan. Al tiempo que éstas últimas, además, han transitado por múltiples territorios epistemológicos y forman parte de la realidad sociocultural que analizan.

En suma, a través de estas páginas pretendemos dar a conocer la articulación de las diferentes perspectivas teórico-metodológicas de investigación que hemos utilizado para describir y comprender los discursos socio-profesionales producidos sobre inmigración y salud al sur de Europa. Con ello pretendemos aportar claves sobre cómo tratar de interpretar este fenómeno desde cualquier otro contexto de estudio. Asimismo, enfatizamos que planteamos la descripción de este proceso como un ejercicio de (auto) crítica y reflexión sistemática sobre los aciertos y errores llevados a cabo en la investigación que presentamos.

2.1 LA MIRADA CUALITATIVA EN LOS ESTUDIOS SOBRE SALUD, SOCIEDAD Y CULTURA

Bajo la denominación de investigación cualitativa se incluyen métodos de trabajo, prácticas y técnicas de investigación muy diversas (Conde, 2009: 15). Así, los orígenes de la observación descriptiva, las entrevistas y otros métodos cualitativos son tan antiguos como la historia escrita (Wax, 1971, citado por Taylor y Bogdan, 1998: 17).

No obstante, será a partir del siglo XIX y principios del XX, cuando los métodos cualitativos se emplean más ampliamente en la investigación social. Posteriormente, tras distintas etapas de auge y declive, su empleo resurge en la década de los sesenta y su planteamiento se cristaliza a partir de los años setenta del siglo XX (Alvira, 1983). Es, por tanto, a partir de esta década cuando se abre todavía más la brecha existente entre la investigación cualitativa y la cuantitativa por motivos no solo técnicos sino políticos o ideológicos (Valles, 2009).

Su consolidación sucede una vez que se observan los resultados que este tipo de metodología aporta al análisis de la realidad sociocultural en diversas áreas epistemológicas de conocimiento. Entre ellas se encuentran las correspondientes a las ciencias de la salud, así como las que son el resultado de la interacción entre las ciencias de la salud y las ciencias sociales. Concretamente, la investigación cualitativa en salud se establece como un campo que se difunde y consolida en el contexto de “Iberoamérica” (América Latina, España y Portugal) durante la década de los años noventa del siglo XX, si bien se encuentran trabajos publicados en décadas anteriores (Gastaldo, Mercado–Martínez, Ramasco–Gutiérrez, Lizardi–Gómez y Gil–Nebot, 2002).

El nacimiento de los métodos cualitativos en el ámbito de las ciencias sociales suscita “una vieja polémica” que lejos de atenuarse se intensifica cada día más. Se trata de la que opone el planteamiento cuantitativo frente al cualitativo y gira entre la incompatibilidad absoluta y la indiscriminación total entre ambos (Ruiz–Olabuénaga, 1996: 11). El debate se establece en torno a diferentes ejes centrales. Por ejemplo, el de la comprensión frente a la explicación del saber; el que opone la cualidad a la cantidad, y el que enfrenta como dicotómicas a sus bases epistemológicas. Estas últimas se sitúan entre el naturalismo en la perspectiva cualitativa (especialmente en la fenomenología, el interaccionismo simbólico, la sociología crítica y la hermenéutica), así como en el positivismo y postpositivismo en la perspectiva cuantitativa.

Numerosas y numerosas autoras observan que en función de esta diferencia epistemológica, ambas perspectivas difieren en sus principales características y particularidades. Por ejemplo, aquellas que se corresponden con sus técnicas de investigación, y que establecen una separación radical entre la encuesta/experimentación/datos estadísticos y la observación participante/historias de vida/entrevista (Alvira, 1983: 54). Otras y otros autores observan puntos de articulación y encuentro entre las dos perspectivas. Observan la posibilidad de que puedan integrarse entre sí mediante lo que hay de específico en cada una de ellas (Conde, 1990) o la combinación de algunos de sus elementos metodológicos (De Andrea, 2010). También, se presentan distintas argumentaciones a favor y en contra de las implicaciones ontológicas y epistemológicas que conlleva la división entre ambos tipos de metodologías, así como los posibles desafíos que comporta la incorporación de un

enfoque metodológico mixto en las ciencias sociales (Wayessa, 2013). Por último, otras afirmaciones resaltan que “ambos enfoques tienen espacios de cobertura de la realidad social absolutamente distintos” (Alonso, 1988: 157).

Los modos de hacer ciencia social tal y como señala Beltrán (2007) son, por tanto, variados y diversos:

... en función de la complejidad del objeto corresponde necesariamente un planteamiento epistemológico ..., ello impone como correlato necesario un pluralismo metodológico que permita acceder a la concreta dimensión del objeto a la que en cada caso haya de hacerse frente (p. 46).

A este respecto, no obstante, Ruiz–Olabuénaga (1996) obseva que hoy en día todavía se aprecia una evidente “neta superioridad” de la investigación cuantitativa en las ciencias sociales:

... en cuanto al volumen de su producción, a la sofisticación de sus métodos y a la multiplicidad de sus técnicas, pero de ahí en modo alguno se puede deducir que la metodología cuantitativa sea más antigua, que sus resultados heurísticos hayan sido más importantes y que sus criterios de validez sean más rigurosos o definatorios (p. 12).

Por el contrario, también existe un proceso de convergencia y reconocimiento mutuo entre la perspectiva cuantitativa y cualitativa en las ciencias sociales. Como afirma Alvira (1983: 73) la cuantitativa ha relajado en alguna medida su énfasis en la verificación y lo ha aumentado en la construcción de teorías a través de la modelación o simulación. Asimismo, señala que la cualitativa mantiene su insistencia en la construcción y generación de teorías, al tiempo que aumenta la verificación y confirmación. Además, en los últimos años, todo ello desemboca en un auge del empleo de la metodología cualitativa en la investigación social, que se traduce en una expansión de sus usos y ámbitos de aplicación, de modo que muestra una tendencia hacia su sistematización y especialización (Valles y Baer, 2005).

A pesar de estos debates, cada vez se reconoce con más firmeza que la necesidad de emplear una u otra perspectiva metodológica viene marcada por la construcción del objeto teórico de estudio de cada investigación. Además, la afirmación de esta necesidad se enfatiza independientemente de que el objeto teórico de estudio se sitúe en el mundo de las ciencias sociales y/o naturales. Así, tal y como plantea Schutz (1974) el procedimiento científico tiene igual validez para todas las ciencias empíricas, tanto si se refiere a problemas humanos como problemas de la naturaleza:

Las ciencias sociales modernas enfrentan un grave dilema. Cierta escuela de pensamiento considera que existe una diferencia básica entre la estructura del mundo social y la del mundo de la naturaleza. Esta concepción, sin embargo, conduce a la errónea conclusión de que las ciencias sociales difieren *toto coelo* de las ciencias naturales, con lo que desdeña el hecho de que ciertas reglas de procedimiento relacionadas con la organización correcta del pensamiento son comunes a todas las ciencias empíricas. La otra escuela procura contemplar la conducta del hombre tal como el especialista en ciencias naturales contempla la «conducta» de sus objetos de pensamiento, dando por sentado que los únicos métodos científicos son los de las ciencias naturales (sobre todo los de la física matemática), que han resituado tan magníficos resultados. Presupone, además, que basta con adoptar los métodos de las ciencias naturales en cuanto a construcciones teóricas para lograr un conocimiento seguro de la realidad social. Sin embargo, estos dos supuestos son incompatibles (p. 38).

En el ámbito de los estudios científicos sobre salud, sociedad y cultura, este objeto no es otro que la realidad sociocultural que se construye en torno a la interacción de las dimensiones biológicas y socioculturales en la salud y la enfermedad de las poblaciones. Por “realidad sociocultural” entendemos la explicación establecida por Schutz (1974):

... la suma total de objetos y sucesos dentro del mundo social cultural, tal como los experimenta el pensamiento de sentido común de los hombres que viven su existencia cotidiana entre sus semejantes, con quienes los vinculan múltiples relaciones de interacción. Es el mundo de objetos culturales e instituciones sociales en el que todos hemos nacido, dentro del cual debemos movernos y con el que tenemos que entendernos. Desde el comienzo, nosotros, los actores en el escenario social, experimentamos el mundo en que vivimos como un mundo natural y cultural al mismo tiempo; como un mundo no privado, sino intersubjetivo, o sea, común a todos nosotros, realmente dado o potencialmente accesible a cada uno. Esto supone la intercomunicación y el lenguaje (p. 74–75).

Por tanto, la realidad a estudiar “está llena de significados (más exactamente, es en buena parte significados) que es preciso comprender para explicarla” (Beltrán, 2007: 46). De modo que su abordaje cuantitativo o cualitativo es completamente diferente al de la realidad físico-natural. Específicamente una parte de estos estudios tienen como propósito plantear interrogantes que permitan profundizar en la descripción de los procesos de atención a la salud y la enfermedad, y hacerlo desde la perspectiva de las poblaciones implicadas, proporcionando una información inductiva y rica, así como interpretando estas descripciones (Morse, 2012: 51). De ahí, que bajo estos propósitos la mirada cualitativa en salud se produzca cada vez de forma más recurrente y habitual desde las ciencias de la salud, con el propósito de no presuponer la realidad sociocultural sino comprenderla e interpretarla.

Sin embargo, históricamente, las ciencias de la salud parten de paradigmas teórico–metodológicos de investigación cuantitativos, para alcanzar la verdad, –cierta o probablemente cierta–, sobre los objetos de estudio. Para ello se formulan teorías de contrastación empírica; la medición objetiva de los fenómenos de naturaleza científico–

biológica que constituyen principalmente su objeto de estudio; y el análisis estadístico de los resultados. De este modo tratan de explicar patrones de comportamiento sobre la enfermedad y probar teorías.

Esta práctica tradicional se explica por una visión de la salud y la enfermedad basada fundamentalmente en el paradigma positivista de la ciencia, bajo el que se construye el modelo biomédico de atención sanitaria hegemónico. Desde esta mirada, se hace hincapié en la explicación causal determinista de los procesos de atención a la salud y la enfermedad, y no en la comprensión e interpretación de estos fenómenos establecida en el paradigma naturalista. Así, cobra relevancia el análisis, la medición y la predicción que se obtienen de un conjunto de datos que informan de los comportamientos de estos procesos, frente a las características esenciales que definen a los aspectos relevantes en la construcción de la realidad sociocultural de los mismos. A la vez la meta de teorización conlleva una abstracción y una simplificación en el abordaje de esta realidad, al tiempo que les aleja de ella. En resumen, este paradigma se caracteriza por el individualismo, la utilización de datos objetivos válidos y fiables, la separación respecto al objeto de estudio, así como la orientación hacia la verificación mediante procesos deductivos, el estudio de un alto número de casos generalizables y la comprobación de teorías.

Por todo ello y durante largo tiempo, la metodología cualitativa en salud ha sido generalmente desconocida, o bien evaluada desde una visión que le ha otorgado un menor rigor científico y valoración, principalmente por su alta subjetividad (Vázquez Navarrete, Ferreira, Mogollón, Fernández, Delgado y Vargas, 2006). Sin embargo, en los últimos años, tal y como señalan Hammersley y Atkinson (2005) las ciencias de la salud no son ajenas a las características esenciales del debate teórico-metodológico gestado en el ámbito de las ciencias sociales:

Durante mucho tiempo, los investigadores sociales han sufrido la tensión entre las concepciones del método científico modeladas a partir de prácticas de las ciencias naturales, por una parte, y las ideas acerca del hecho diferencial del mundo social y de las implicaciones que conlleva cómo debe ser estudiado, por otra. Pero en los últimos años, esto se ha exacerbado al incrementarse las preguntas sobre el valor y el carácter de las ciencias naturales. Éstas ya no representan el prestigioso modelo que fueron en el pasado. En cierta medida, esto surge tras reconocer que los frutos que produce son una bendición confusa. Además, se pone mayor énfasis en el hecho de que se trata de un producto social ... (p. 16).

Este debate ha servido de inspiración en los análisis cualitativos a llevar a cabo en el contexto de las ciencias de la salud (Amezcuza y Gálvez, 2002). De esta forma,

mayoritariamente sin renunciar a la precisión de la razón, se ocupan cada vez con más frecuencia de lo humano o lo sociocultural desde una relación próxima al objeto de estudio y sin separar los hechos de los valores y la subjetividad. En relación a este aspecto, por ejemplo, en el contexto del sur de Europa el desarrollo reciente de la investigación cualitativa en salud bajo la influencia de la sociología y la antropología se ha dirigido a explorar los fenómenos de salud y enfermedad desde la perspectiva de las personas que experimentan estos procesos (Gastaldo, et al., 2002)

Así, a nivel nacional e internacional estamos asistiendo a una incipiente implantación de la investigación cualitativa que trata de aplicar los métodos cualitativos a problemas concretos del contexto de la salud y de la atención sanitaria biomédica (Pope y Mays, 1995; Poses e Isen, 1998; Sofaer, 1999; Amezcua y Carricondo, 2000; Bilbao, March y Prieto, 2002; Dongre, Deshmukh, Kalaiselvan y Upadhyaya, 2009). Al tiempo que se reconoce la importancia y las posibilidades que depara la perspectiva cualitativa en el avance de las vías de mejora de la práctica investigadora en salud (Calderón, 2009).

Específicamente, sobre el empleo de la etnografía en salud hace poco tiempo que se introduce en el campo de las ciencias de la salud como un método de investigación más:

La técnica de la observación participante ... se sitúa bajo la óptica del trabajo etnográfico como forma de acercamiento a la realidad, una realidad poliédrica ... no ha tenido tanta suerte en la investigación en Ciencias de la Salud como otras técnicas cualitativas, quizá por las dificultades conceptuales que entraña para el investigador, que tradicionalmente utiliza la distancia con el sujeto para garantizar la objetividad. Pero también por la propia historia de la observación participante, vinculada en sus orígenes a los comienzos de la Antropología Social, que terminó por apropiarse de ella (Amezcua, 2000: 30).

A este respecto aunque la etnografía se establece como técnica común a muchas disciplinas, ha sido la antropología quien ha detentado la apropiación de su práctica:

Hay que enmarcar el abandono de la observación participante por parte de la mayoría de las disciplinas, y su apropiación por parte de la Antropología, en el contexto de la crisis de los métodos cualitativos y holísticos de análisis de la realidad social. Es una crisis que tiene que ver con el carácter político, e incluso revolucionario, de unas etnografías que describían con crudeza las vidas de los barrios obreros o del campesinado. Las ciencias sociales sustituyen esta cercanía personal al objeto de estudio por instrumentos neutros y asépticos (como la estadística) que sirven para deshistorizar la realidad y fraccionarla (Guasch, 2002: 13).

La consolidación de la etnografía como método de investigación social sucede a comienzos del siglo XX. Su fortalecimiento dota a la antropología social y cultural de un estatuto científico y de una función social relevante, que resulta apropiada para combatir el etnocentrismo occidental y el prejuicio étnico-racial a través del relativismo cultural.

No ha sido, por tanto, hasta en décadas recientes cuando se ha convertido en una manera popular de aproximarse a la investigación social, al igual que ha sucedido con otro tipo de trabajos cualitativos (Hammersley y Atkinson, 2005: 15).

Paralelamente, y de forma progresiva, el uso de la etnografía comienza también a incorporarse al ámbito de la salud y de la atención sanitaria (Manias y Street, 2001; Cook, 2005; Quinlan, 2009; Sinding, 2010; Thomson, 2011; Oladele, Richter, Clark y Laing, 2012; Gustafsson, Kristensson, Holst, Willman y Bohman, 2013). Su introducción sucede una vez que la perspectiva sociocultural muestra que la etnografía es apropiada para estudiar creencias, actitudes y prácticas en salud, así como modelos médicos en diferentes situaciones sociales y culturales (Rice y Ezzy, 1999). En relación a este aspecto, por ejemplo, Pigg (2013) indica que algunas de las discusiones contemporáneas entre la antropología médica y la salud global frecuentemente vienen dadas por el imperativo de “hacer algo” sobre un problema de salud. Sin embargo, la autora subraya que en el método etnográfico el camino para tomar decisiones nunca está totalmente claro. De esta forma, no siempre es obvio quienes se benefician o pierden desde diferentes aproximaciones, aunque desde discursos como el de la salud pública se pretenda fijar una agenda estricta alrededor de cuál es el problema y qué debe hacerse sobre el mismo. Señala que la etnografía muestra que las definiciones de lo que sucede, así como la comprensión de por qué sucede son formuladas desde una localización social específica. Desde esta presunción, aboga por una práctica etnográfica paciente (*sitting*) como una manera de comprender, como una forma de reflexividad crítica y como un diagnóstico de las políticas de relevancia.

En definitiva, de modo gradual la incorporación de diferentes tipos de metodologías cualitativas tiene cada vez más auge en distintos campos de la salud. De este modo ocurre en la rama de la salud pública (Baum, 1995; Ulin, Robinson y Tolley, 2006). Igualmente, sucede en el ámbito de las revisiones sistemáticas de la evidencia en salud (Pope y Nick, 2007). Por ejemplo, así se observa entre aquellas que proponen el uso de la metasíntesis (Finfgeld, 2003; Carrillo–González, Gómez–Ramírez y Vargas–Rose, 2007; Kent y Fineout–Overholt, 2008; Korhonen, Hakulinen–Viitanen, Jylhä y Holopainen, 2013); y de la metaetnografía (Britten, Campbell, Pope, Donovan, Morgan y Pill, 2002; Varcoe, Rodney y McCormick, 2003; Atkins, Lewin, Smith, Engel, Fretheim y Volmink, 2008; Campbell, Pound, Morgan, Daker–White, Britten, Pill, Yardley, Pope

y Donovan, 2011). Ambas se establecen como metodologías de investigación novedosas y apropiadas para valorar la evidencia científica de la investigación cualitativa en las ciencias de la salud. Otro campo en el que se aprecia la necesidad de incorporar la metodología cualitativa es el de la evaluación de tecnologías sanitarias (Mahtani, Axpe, Serrano, González y Fernández, 2006). En este campo se advierte como una necesidad sentida por parte del personal investigador y de las autoridades sanitarias, que nace de la finalidad de investigar aspectos complejos y explicar el cómo y el porqué de los fenómenos observados en los contextos reales en los que se aplican las tecnologías sanitarias (Mahtani et al., 2006).

El ámbito de la salud muestra de esta forma su inclinación por promover el desarrollo de investigaciones mixtas o híbridas desde el punto de vista ontológico, epistemológico y metodológico en torno a la salud, la sociedad y la cultura. Estas investigaciones tratan de abordar sus objetos teóricos de estudio a partir de una pluralidad de aproximaciones metodológicas de investigación (Beltrán, 2007). Entre ellas, por ejemplo, están las que articulan las perspectivas cuantitativa y cualitativa de forma complementaria. Este tipo de investigaciones promueven la utilización progresiva de investigaciones multimétodos en salud, que se apoyan en la combinación apropiada que existe entre las perspectivas cualitativas y cuantitativas, de forma que una aporta lo que le falta a la otra (Pope y Mays, 1996; Morgan, 1998; Barbour, 1999; Polit y Hungler, 2000). Por otra parte, también, suelen ser cada vez más habituales aquellas otras que se acogen al uso del enfoque cualitativo de manera claramente dominante.

Estas últimas tratan de captar con mayor profundidad la complejidad inherente al conocimiento de la realidad sociocultural en salud. Con este fin, plantean abordar objetos teóricos de estudio que contienen la investigación de dimensiones que trasciende el ámbito de lo biológico, – o de lo natural y su causación –. Por ejemplo, nos referimos a aquellas que tratan de comprender e interpretar las dimensiones socioculturales que son inseparables del estudio de la realidad de los fenómenos de la salud y la enfermedad de las poblaciones. Estas investigaciones se llevan a cabo a partir del empleo exclusivo de métodos cualitativos de investigación científico social aplicados al ámbito de la salud.

La aplicación del método cualitativo en las ciencias de la salud es objeto de debate, al igual que continua siéndolo en el ámbito de las ciencias sociales. Estas discusiones se plasman en muchos estudios biomédicos en los que la utilización de metodologías cualitativas se propone como adecuada e importante solo en las fases iniciales de una posterior investigación cuantitativa. Esta inclinación se sustenta en creer que los datos y los análisis cualitativos tienen un escaso valor en la posibilidad de verificar rigurosamente hipótesis y teorías, aspecto que constituye el objetivo del proceso metodológico científico en sí mismo. En otras ocasiones, su uso se percibe como útil en las últimas fases de una investigación cuantitativa y como combinación complementaria a ésta, entendiendo que constituyen una manera más de verificar hipótesis y teorías. Además, otras veces se advierte que el uso de datos cualitativos en las investigaciones en salud se transforma en cuantitativo a través de la producción y el análisis estadístico de los datos cualitativos.

Respecto a este debate, como ya puso de relieve Kuhn, lo cierto es que la inconmensurabilidad de los paradigmas dificulta el contraste empírico de cosmovisiones teóricas distintos, pues éstas determinan qué tipo de datos se ven (Alvira, 1983). Estas discusiones también tienen eco en el ámbito de los sistemas de atención sanitarios biomédicos, así como en el de las trayectorias científicas y socio–profesionales de los diferentes colectivos de profesionales de la salud que llevan a cabo la tarea de investigar en estos contextos.

El debate es similar al que se genera en las ciencias sociales. Se escuchan voces que señalan la imposibilidad de comparar ambos paradigmas y otras que los proponen como opuestos. También se hallan propuestas que los presentan como complementarios y necesarios. Al mismo tiempo, se observan posturas que consideran que la metodología cualitativa proporciona en sí misma una manera adecuada de descubrir y construir teoría a partir del conocimiento de la realidad sociocultural sobre el ámbito de la salud y la enfermedad. Incluso consideran que su función clave consiste en el imperativo moral de “humanizar la atención sanitaria” (Morse, 2012: 51). Todo ello suscita el debate sobre la necesidad de que las ciencias de la salud superen la preocupación por usar un tipo u otro de método de investigación. Se plantea así que acudan a los enfoques teórico–metodológicos de las ciencias sociales de los cuales emergen, con el fin de obtener conocimientos útiles para explicar e interpretar los resultados de la investigación en

salud (Lambert y McKeivitt, 2002; Cohen y Crabtree, 2008). Desde esta premisa, es esencial que las investigaciones cualitativas en salud resalten la importancia de definir los objetivos de investigación y crear modelos *ad hoc* en función de las características de los objetos de estudio, en lugar de producir una mera reflexión metodológica instrumental (Conde, 2009: 17).

De este modo, la utilidad del enfoque cualitativo fundamentalmente se plantea en torno a tres vías de conocimiento:

... para estudiar y explicar los factores económicos, sociales, culturales y políticos que influyen en la salud y en la enfermedad;
para conocer cómo la población y los individuos interpretan la salud y la enfermedad, y por tanto poder explicar determinados comportamientos, miedos y rechazos, adhesión a personas o tratamientos, dudas y temores, satisfacción o insatisfacción...;
para estudiar las interacciones entre varias personas que tienen un papel relevante ante alguna necesidad de salud pública (cooperación, competencia, simbiosis...) (March, Prieto, Hernán y Solas, 1999: 314).

Estas diferentes formas de mirar los objetos de estudio a partir de distintas opciones metodológicas de investigación, también están presentes en los discursos socio-profesionales científicos o expertos que abordan el estudio de los encuentros asistenciales con poblaciones inmigrantes desde el contexto biomédico. Así lo hemos señalado en diferentes revisiones de la literatura biomédica sobre inmigración y salud realizadas sobre el sur de Europa (Gijón, Jiménez y Martínez, 2006b y 2008; Jiménez et al., 2009; Gijón, 2011). De esta forma, podemos decir que desde la perspectiva cualitativa se encuentran posiciones más sensibles a la comprensión e interpretación de la diversidad en salud a través de la inmigración, mientras que desde la perspectiva cuantitativa se hallan posturas más centradas en los aspectos biológicos de la enfermedad de las poblaciones inmigrantes en contextos de diversidad. Sin embargo, desde ambas visiones aún se observa una tendencia positivista a construir discursos socio-profesionales sobre la diferencia sociocultural en salud desde el ámbito biomédico. En definitiva, a través de este enfoque se trata de investigar “para actuar”, en lugar de “para comprender”, ante los encuentros asistenciales con poblaciones inmigrantes desde la lógica biomédica.

2.2 ENFOQUE TEÓRICO-METODOLÓGICO DE INVESTIGACIÓN DESDE LA FENOMENOLOGÍA

Con el propósito de describir y comprender los discursos socio-profesionales sobre el encuentro asistencial con poblaciones inmigrantes, tomamos como perspectiva interdisciplinar teórico–metodológica de investigación cualitativa–etnográfica a la fenomenología.

De acuerdo con Taylor y Bogdan (1998), y éstos a su vez al igual que Deutscher (1973), empleamos el término fenomenología en sentido amplio para designar a la tradición teórica de las ciencias sociales que se preocupa por la “comprensión del marco de referencia del actor social” (Taylor y Bogdan, 1998: 16).

La fenomenología constituye una doctrina filosófica que estudia lo que aparece, – es decir los fenómenos –, de forma que aspira a conocerlos y entiende por éstos “simplemente, las cosas tal y como se muestran, tal y como se ofrecen a la conciencia” (Ortiz, 2012: 3–4). Como afirma Ritzer (1996: 266) el mayor esfuerzo de los estudios fenomenológicos ha consistido en “filosofar”, “teorizar” o “reflexionar” sobre el funcionamiento de la conciencia y la construcción del significado, de modo que señala que sus investigaciones siempre se han basado en estudios de sí mismos y de sus propias experiencias. Así advierte que a través de la investigación fenomenológica se intentan comprender las experiencias de otras personas, y que este acercamiento a la subjetividad es posible mediante la escucha atenta de la persona entrevistada y el análisis de las respuestas abiertas en los cuestionarios. Por tanto, indica que aunque no hay un acceso directo a la conciencia o a las experiencias subjetivas de otras personas, es posible comprender su naturaleza y contenido mediante sus expresiones y la información que proporcionan.

En esta tesis a través de la fenomenología buscamos específicamente entender los significados de la población sujeto de estudio, –el personal profesional de la salud–, y la forma en que éste entiende el “mundo cultural intersubjetivo” (Schutz, 1974: 41) en torno al binomio atención primaria y diversidad:

Es intersubjetivo porque vivimos en él como hombres entre otros hombres, con quienes nos vinculan influencias y labores comunes, comprendiendo a los demás y siendo comprendidos por ellos. Es un mundo de cultura porque, desde el principio, el mundo de la vida cotidiana es un universo de significación para nosotros, vale decir, una textura de sentido que debemos interpretar para orientarnos y conducirnos en él. Pero esta textura de sentido – he aquí lo que diferencia al ámbito de la cultura del ámbito de la naturaleza– se origina en acciones humanas y ha sido instituido por ellas, por las nuestras y las de nuestros semejantes, contemporáneos y predecesores. Todos los objetos culturales –herramientas, símbolos, sistemas de lenguaje, obras de arte,

instituciones sociales, etc.– señalan en su mismo origen y significado las actividades de sujetos humanos (p. 41).

Esta perspectiva se concreta en una descripción y comprensión de los fenómenos socioculturales de la salud y la enfermedad en sí mismos, entendiendo por éstos los hechos significantes, no los sucesos físicos, a través de los que las personas crean la realidad sociocultural. Estas significaciones movilizan la “acción” de las personas que actúan y se relacionan intersubjetivamente, –profesionales de la salud y poblaciones inmigrantes–, en los encuentros asistenciales que tienen lugar en atención primaria:

Con el término «acción» [latente o manifiesta] designaremos la conducta humana como proceso en curso que es ideado por el actor de antemano, es decir, que se basa en un proyecto preconcebido. Con el término «acto» designaremos el resultado de este proceso en curso, es decir, la acción cumplida (Schutz, 1974: 86).

Pero en la experiencia cotidiana de estos encuentros se experimenta un mundo ya existente, que nos es dado incluso institucionalmente, y por eso en cierto modo constriñe el acto de las personas que actúan en los mismos, si bien clarifica que las personas que actúan y las estructuras se influyen recíprocamente (Ritzer, 1996: 272).

La realidad que importa en este estudio, por tanto, es lo que las personas participantes en el mismo perciben como significativo (Taylor y Bogdan, 1998: 16). Así, pretendemos conocer la realidad desde la perspectiva *insider* (émica) de distintas profesiones de la salud para tratar de captar el “significado particular” que atribuyen al encuentro asistencial con poblaciones inmigrantes, y con ello contemplar los distintos elementos que configuran a estos encuentros como “piezas de un conjunto sistemático” (Ruiz–Olabuénaga, 1996: 17).

En contraste con la perspectiva cuantitativa positivista que busca las causas y caracteriza de forma hegemónica a las ciencias de la salud, desde la perspectiva cualitativa fenomenológica la información que importa es el *verstehen* (Weber, 1964). Para Schutz (1974: 82) el *verstehen*, – o postulado de la interpretación subjetiva –, debe entenderse del siguiente modo: “todas las explicaciones científicas del mundo social pueden, y para ciertos fines deben, referirse al sentido subjetivo de las acciones de los seres humanos en los que se origina la realidad social”. De este modo, Schutz (1974) plantea que las acciones son “conductas motivadas”.

Además, Schutz (1974) desarrolla el concepto de tipificación (constructos de primer orden) que desarrollan y usan las personas en el mundo social (*lebenswelt*), de modo que ignoran los rasgos individuales y particulares y se centran en las características genéricas y homogéneas de una situación (Ritzer, 1996: 268–282). Específicamente, señala que el “lenguaje” es el principal medio tipificador mediante el que damos sentido al mundo social a través de los procesos socialización:

El medio tipificador por excelencia que permite transmitir el conocimiento de origen social es el vocabulario y la sintaxis del lenguaje cotidiano. La jerga de la vida cotidiana es principalmente un lenguaje de cosas y sucesos nombrados, y cualquier nombre incluye una tipificación y generalización que se refiere al sistema de significatividades predominante en el endogrupo lingüístico que atribuyó a la cosa nombrada importancia suficiente como para establecer un término específico para ella. El lenguaje habitual precientífico puede ser comparado con un depósito de tipos y características ya hechos y preconstituidos, todos ellos de origen social y que llevan consigo un horizonte abierto de contenido inexplorado (Schutz, 1974: 44).

Así, pone de relieve que la mayor parte del conocimiento es de origen social, de forma que no solo se nos enseña a definir el ambiente, sino a elaborar construcciones típicas de acuerdo a un sistema de significatividades para el endogrupo que incluye modos de vida y métodos para abordar el ambiente, es decir, “recetas” eficaces para lograr fines típicos en situaciones típicas:

... en la vida diaria construyo tipos acerca del campo de trato directo del Otro y del alcance y textura de su conocimiento. Al hacerlo, presumo que él se guiará por determinadas estructuras de significatividades, que se expresan en un conjunto de motivos constantes que conducen a una pauta particular de acción y hasta codeterminan su personalidad. Pero esta afirmación anticipa el análisis de las construcciones del sentido común relacionadas con la comprensión de nuestros semejantes, que constituye nuestra próxima tarea (Schutz, 1974: 45).

En definitiva, Schutz (1974: 35–70) señala que el conocimiento sobre el mundo tanto en el sentido común (*lebenswelt*) como en el pensamiento científico “supone construcciones, es decir, conjuntos de abstracciones, generalizaciones, formalizaciones e idealizaciones propias del nivel respectivo de organización del pensamiento. En términos estrictos, los hechos puros y simples no existen”. De este modo pone de relieve que los hechos, separados o insertos en su contexto, siempre son interpretados:

Esto no significa que en la vida diaria o en la ciencia seamos incapaces de captar la realidad del mundo; sino que captamos solamente ciertos aspectos de ella: los que nos interesan para vivir o desde el punto de vista de un conjunto de reglas de procedimiento aceptadas para el pensar, a las que se denomina método científico.

...

Los hechos, datos y sucesos que debe abordar el especialista en ciencias naturales son hechos, datos y sucesos solamente dentro del ámbito de observación que le es propio, pero este ámbito no «significa» nada para las moléculas, átomos y electrones que hay en él. En cambio, los hechos, sucesos y datos que aborda el especialista en ciencias sociales tienen una estructura totalmente

distinta. Su campo de observación, el mundo social, no es esencialmente inestructurado. Tiene un sentido particular y una estructura de significatividades para los seres humanos que viven, piensan y actúan dentro de él. Estos han preseleccionado y preinterpretado este mundo mediante una serie de construcciones de sentido común acerca de la realidad cotidiana, y esos objetos de pensamiento determinan su conducta, definen el objetivo de su acción, los medios disponibles para alcanzarlo; en resumen, los ayudan a orientarse dentro de su medio natural y sociocultural y a relacionarse con él (Schutz, 1974: 36–37).

Indica que en las ciencias sociales no existe controversia acerca de que su objeto lo constituye la conducta humana, sus formas, su organización y sus productos. Si bien sí existen opiniones diferentes acerca de cómo debe estudiarse este objeto, y si su finalidad consiste en explicar “la «realidad social» tal como la experimenta el hombre que vive cotidianamente dentro del mundo social” (Schutz, 1974: 60).

Este análisis remite al sentido subjetivo que tiene la acción. Es decir, a la interpretación de la acción y al punto de vista único e individual de la persona que actúa, y que se origina en una situación biográfica única y particular.

Nuestro interés en la fenomenología radica en los aspectos esenciales de esta perspectiva, y cómo nos permiten acercarnos a describir y comprender los discursos socio–profesionales sobre el encuentro asistencial con poblaciones inmigrantes en atención primaria. Ritzer (1996: 264) sintetiza estos aspectos en los siguientes:

- a) el modo en que las personas producen activamente y mantienen los significados de las situaciones,
- b) la manera en que las acciones de las personas constituyen las situaciones, y
- c) el análisis de la vida cotidiana que llevan a cabo, es decir de las actividades mundanas y comunes que las personas realizan en la sociedad.

A través de esta perspectiva ponemos en suspensión el mundo natural de la salud y la enfermedad, de forma que no lo negamos, pero sí colocamos “un nuevo “signo” a la “actitud natural”, lo que significa abstenerse respecto a la existencia espacio–temporal del mundo” (Ortiz, 2012: 13).

Además, tomamos como referencia teórica-metodológica la obra de Berger y Luckmann “La construcción social de la realidad” (1966). En ella los autores se inspiran en las ideas de Shutz, a la vez que tratan de ampliarlas con la psicología social de Mead y las teorías

sociológicas de Durkheim y Weber. Como señala Ritzer (1996: 282–287), tratan de extender los intereses de la sociología fenomenológica a las estructuras y las instituciones sociales, así como integrar el individuo y los niveles sociales. Si bien, advierte que no consiguieron analizar satisfactoriamente las estructuras sociales como realidad objetiva. La tesis central de este trabajo consiste en la siguiente argumentación:

... la realidad se construye socialmente y ... la sociología del conocimiento debe analizar los procesos por los cuales esto se produce. ... bastará definir la “realidad” como una cualidad propia de los fenómenos que reconocemos como independientes de nuestra propia volición (no podemos “hacerlos desaparecer”) y definir la “realidad” como la certidumbre de que los fenómenos son reales y de que poseen características específicas (Berger y Luckmann, 2001: 13).

Con este propósito procuran identificar el proceso por el que las personas crean y dan forma a la realidad mediante la interacción social. De modo que ponen de relieve cómo el entorno se construye y reconstruye socialmente a partir de la producción cotidiana del conocimiento, al tiempo que la sociedad se convierte en una realidad objetiva que crea a su vez a las personas:

La sociedad, efectivamente, posee facticidad objetiva. Y la sociedad, efectivamente, está construida por una actividad que expresa un significado subjetivo... Es justamente el carácter dual de la sociedad en términos de facticidad objetiva y significado subjetivo lo que constituye su “realidad *sui generis*” (Berger y Luckmann, 2001: 35).

Utilizamos esta argumentación porque nos interesa conocer el modo en que el personal profesional de la salud construye cotidianamente su conocimiento sobre la realidad sociocultural en los encuentros asistenciales con las poblaciones inmigrantes. Así, a través de este instrumento teórico interpretativo tratamos de estudiar procesualmente cómo se construyen socioculturalmente diferencias y desigualdades socioculturales en torno a la diversidad desde atención primaria y a través de la producción de discursos socio–profesionales sobre inmigración y salud.

2.3 DESARROLLO DEL TRABAJO DE CAMPO CUALITATIVO-ETNOGRÁFICO

Los objetivos de investigación de esta tesis se han abordado mediante el trabajo de campo cualitativo-etnográfico, que hemos realizado para producir discursos socio–profesionales desde el contexto de la atención primaria de salud. Así, como unidad de análisis principal nos hemos situado en el estudio de los procesos de construcción de las diferencias que tienen lugar mediante los encuentros asistenciales cotidianos con poblaciones inmigrantes desde el modelo de atención primaria.

Con este propósito hemos elegido distintas unidades de observación desde las que hemos desarrollado la experiencia de campo con diferentes participantes en distintos momentos y lugares de estudio. Éstos últimos han sido entendidos como cualquier espacio donde tiene lugar la manifestación de la realidad sociocultural estudiada (Guasch, 2002: 36–38).

Específicamente, por un lado, las unidades de observación se han concretado a través de distintas profesiones de la salud y en distintos centros de salud emplazados en Granada. Junto a ellos, por otro lado, se han seleccionado otros lugares de producción de discursos, desde el contexto de producción del saber experto o legítimo de la atención primaria, en los que hemos observado cómo se reproducen distintas estrategias y lógicas de construcción de la diferencia en relación al fenómeno de la inmigración, como el ámbito académico, el político o el mediático.

De este modo, el trabajo de campo se ha realizado mediante el desarrollo de diferentes tareas en tres fases de estudio, dos de ellas intermitentes y una tercera realizada de forma constante. Así, por un lado, hemos llevado a cabo trabajo de campo *in situ* en dos momentos temporales y en distintos lugares sociosanitarios de estudio durante el periodo comprendido de 2005 a 2012 en Granada. Por otro lado, hemos realizado trabajo de campo *ex situ* a lo largo de toda la investigación a través de la aplicación de una mirada investigadora (auto) crítica e interdisciplinar sobre otros espacios biomédicos de producción de los discursos hegemónicos seleccionados. Para llevarla a cabo, en todo momento hemos procurado combinar una posición investigadora de proximidad (subjetividad) y distancia (objetividad).

Además nos hemos basado en un proceso metodológico de investigación cualitativa–etnográfica de tipo cíclico mediante el que se hemos tratado de abordar la comprensión interpretativa de la realidad sociocultural. El proceso de investigación ha oscilado así entre la producción de datos e informaciones, su paralela sistematización y análisis, y por último la verificación, contraste y retroalimentación interpretativa permanente con las personas que actúan en los lugares estudiados.

A partir de este enfoque hemos realizado una investigación cualitativa–etnográfica de orientación temática, que asimismo definimos como multisituada o multilocal (Marcus, 1995). Este tipo de investigación se caracteriza por dirigirse a un objeto de estudio que

no puede ser explicado etnográficamente si se realiza trabajo de campo intensivo en un solo lugar. Así, tal y como señala Roca (2010: 65) responde a la tendencia etnográfica contemporánea que se aleja del trabajo de campo de estilo clásico:

Una de las tendencias contemporáneas más características de la llamada nueva etnografía se orienta hacia una práctica menos marcada por el trabajo de campo, concebido al estilo clásico, como la estancia de larga duración del etnógrafo en un solo lugar de escala reducida. Este tipo de aproximación emergente se caracteriza por una deslocalización de la etnografía, que incorpora como material etnográfico tanto las observaciones directas de campo y las entrevistas, como el análisis de la producción literaria, el tratamiento mediático de determinadas noticias, el discurso político, los informes económicos, tecnológicos e industriales, las tendencias de la moda, los análisis sobre el consumo, la producción artística, el uso social de nuevas tecnologías, como Internet, o el análisis de los nuevos movimientos sociales emergentes, entre otros *inputs* informativos.

En la definición propuesta por Marcus (1995), el autor distingue seis tipos de técnicas distintas que consisten en seguir el movimiento (planificado o espontáneo) y trazar la relación entre los distintos aspectos de un fenómeno cultural complejo. En nuestro caso, este fenómeno responde al estudio de la construcción de las relaciones situacionales discursivas sobre la alteridad u otredad que se producen y reproducen en atención primaria de salud a través de la inmigración. Estas técnicas son: “seguir a la gente”, “a las cosas”, “a la metáfora”, “a la historia o a la alegoría” y “a la vida o a la biografía”, a las que suma la “etnografía estratégicamente situada” que pese a desenvolverse en un único lugar, solo es local circunstancialmente, al pretender captar algún aspecto del sistema global en términos etnográficos.

La tipología de etnografía desarrollada la hemos especificado como de orientación temática ya que se ha centrado en el estudio de los discursos socio-profesionales sobre inmigración y salud, sin enfatizar únicamente el factor territorial y geográfico como aspecto definitorio de la unidad de observación (Roca, 2010: 255). De esta manera, hemos focalizado temáticamente nuestro estudio en la llegada de poblaciones inmigrantes a atención primaria al sur de Europa en los últimos años, como instrumento descriptivo–interpretativo de la realidad. A través de él hemos tratado de aproximarnos al estudio de los procesos de construcción sociocultural de las diferencias y desigualdades en salud a través de la producción de discursos socio-profesionales en distintos lugares (Berger y Luckmann, 2001). De esta manera, entendemos que las unidades de observación “son constructos delimitados desde supuestos discursivos de muchos tipos” (García-García, 2000: 77).

Asimismo, cabe señalar que hemos buscado e indagado en el conocimiento proporcionado por otras investigaciones cualitativo–etnográficas, que han sido realizadas de forma similar en el ámbito de la atención primaria desde una perspectiva sociocultural (Uribe, 1992 y 1996) o biomédica al sur de Europa (Bernalte, 2003; Mínguez, 2011). Si bien, siempre hemos tenido en cuenta que los lugares de estudio de las mismas responden a realidades diferentes, aunque todas ellas emergen del contexto del modelo biomédico hegemónico que resulta así en transcultural en muchos espacios locales de atención en occidente.

De este modo, hemos constado que el enfoque de investigación cualitativa–etnográfica seleccionado en esta tesis se presenta como una opción metodológica apropiada y útil en el ámbito de la atención primaria. Así, permite producir discursos de un conjunto de profesiones de la salud adscritas a una institución sanitaria abierta (Uribe, 1996), lo que lejos de ser el estudio de una institución total (Goffman, 1961) nos aporta información directa sobre la realidad sociocultural en los encuentros asistenciales que tienen lugar en ella con las poblaciones sean o no inmigrantes.

Así, el uso de la etnografía específicamente responde al propósito de lograr una comprensión holística acerca del mundo sociocultural en el que se sitúan los discursos del personal de la salud (Thomson, 2011). Igualmente, el desarrollo de una etnografía institucional es adecuado para conocer cómo crean conocimiento los equipos multidisciplinares de atención primaria (Quinlan, 2009) y para comprender cómo se producen desigualdades en el ámbito de la atención sanitaria (Sinding, 2010).

Para llevar a cabo el trabajo de campo en esta investigación no ha sido fácil separar la situación biográfica que ocupamos dentro del mundo sociocultural a la hora de planificarlo y realizarlo:

En la situación etnográfica, también el antropólogo y sus circunstancias influyen como variables en el proceso de construcción discursiva. El discurso etnográfico es un discurso especial. Emisor y receptor se convierten en informante y etnógrafo en cada uno de sus encuentros. Incluso existe la advertencia de que la relación entre ambos siempre debe encerrar una cierta distancia que permita mantener la objetividad... Hay, en primer lugar, una asimetría de intereses en la comunicación. El etnógrafo realiza una tarea bien definida que tiene más que ver con su vida profesional, que con su vida cotidiana... la mayoría de las situaciones etnográficas en las que se encuentran actualmente los antropólogos no son de esta naturaleza y, normalmente, el investigador comparte con el informante conocimientos y con frecuencia otros intereses distintos a los meramente profesionales ... (García–García, 2000: 79).

Además, *a fortiori* esta posición de personas investigadoras en el campo de trabajo ha transitado hacia una postura implicada, de modo que con nuestra actuación hemos intervenido en cierto modo en relación al objeto de estudio (Fassin, 1999). Esta postura se ha llevado a cabo con el propósito de plantear nuevas claves para entender los encuentros asistenciales con poblaciones inmigrantes que contribuyan a generar reflexiones sobre cómo fortalecer los procesos de atención a la salud y la enfermedad en contextos de diversidad. Si bien, en todo momento, se ha procurado mantener cierta distancia epistemológica sobre el objeto de estudio y el ejercicio de la práctica investigadora, que no siempre ha sido posible salvaguardar.

El conocimiento del objeto de estudio que se ha producido, por tanto, es subjetivo. Además, es así porque la subjetividad no solo es inevitable, sino que se establece como necesaria en la investigación social (Guasch, 2002: 11). Se basa en la experiencia y en el contacto que se ha instituido con los distintos lugares en los que se sitúan los discursos socio-profesionales producidos e interpretados en esta tesis. Este conocimiento es “intuitivo, tácito y explícito” (Alvira, 1983: 63), en el sentido de que las personas que investigan forman parte de la realidad socio-profesional que analizan.

Además, conocen los servicios de salud del ámbito de atención primaria tanto en calidad de usuarias en los encuentros asistenciales, como en el papel de investigadoras de este fenómeno. Las fronteras que separan a un tipo de conocimiento u otro son, por tanto, difíciles de delimitar. De ahí que el esfuerzo de “extrañamiento” respecto al objeto de estudio ha sido una constante presente en el planteamiento y abordaje de su desarrollo (Schutz, 1971), así como en sus circunstancias y entramados subyacentes tal y como adquieren sentido significativo en la producción de discursos socio-profesionales:

... una de las condiciones esenciales para hacer etnografía es alimentar la capacidad del extrañamiento, una forma de curiosidad que se despierta cuando uno descubre que las vidas de las gentes, sus formas de entender la realidad y de ponerla en práctica, son diversas (Velasco y Díaz, 1999: 95)

Desde estas premisas, el trabajo de campo *in situ* se ha realizado mediante el uso combinado de tres tipos de técnicas de investigación: a) observación participante y entrevistas etnográficas, b) entrevista individual en profundidad semiestructurada, y c) entrevista en grupo semiestructurada en su variedad de grupo focal. Junto a ellas, se ha desarrollado transversalmente las siguientes tareas: d) observación flotante (Pétonnet,

1982), y e) análisis documental. Además, en todo momento se ha hecho uso del instrumento diario de campo para describir e interpretar las relaciones y significaciones situacionales discursivas que se han producido en los lugares de estudio contemplados.

Dada la naturaleza de nuestro objeto de estudio, hemos procurado llevar a cabo un uso plural y flexible de las técnicas de campo cualitativo–etnográficas empleadas con el propósito de que se adapten al mismo:

Si alguien emprende una expedición, decidido a probar determinadas hipótesis, y es incapaz de cambiar en cualquier momento sus puntos de vista y de desecharlos de buena gana bajo el peso de las evidencias, no hace falta decir que su trabajo no tendrá ningún valor. Cuantos más problemas se plantee sobre la marcha, cuanto más se acostumbre a amoldar sus teorías a los hechos y a ver los datos como capaces de configurar una teoría, mejor equipado estará para su trabajo (Malinowski, 1973: 26).

La idoneidad de las técnicas ha permitido describir y comprender el conjunto de los discursos socio-profesionales e investigadores producidos sobre inmigración y salud. A través de ellos se han analizado:

- a. datos descriptivos, es decir, las palabras y conductas del personal profesional de la salud en unos determinados lugares y periodos de tiempo concretos, y
- b. datos hermenéuticos, es decir, nuestras propias palabras y conductas presentes en la construcción interpretativa sobre el fenómeno objeto de estudio.

Todos ellos están estrechamente vinculados con los valores, estereotipos y representaciones socioculturales que concurren en el proceso de elaboración de los significados de los discursos producidos. Además, específicamente, adoptan la forma de las percepciones y experiencias que son construidas socioculturalmente y dinámicamente por distintos grupos de profesionales de la salud en el encuentro asistencial cotidiano con poblaciones inmigrantes en atención primaria (Berger y Luckmann, 2001).

2.3.1 LA ELECCIÓN DEL CONTEXTO DE ESTUDIO

El contexto de estudio de esta tesis se emplaza en la unidad de análisis (macro) que está conformada por las bases socioculturales y político–institucionales del modelo de atención primaria de salud en Andalucía.

Desde este contexto hemos seleccionado las unidades de observación (micro) que se concretan en los distintos lugares de estudio, técnicas de campo empleadas y sujetos participantes seleccionados. Es decir, se componen de las observaciones y entrevistas etnográficas, las entrevistas individuales y las entrevistas grupales que hemos realizado a una muestra de personal de la salud en distintos centros de atención primaria en Granada. Asimismo, se disponen sobre el resto de datos producidos a partir del análisis documental y las observaciones flotantes realizadas en diferentes espacios socioculturales, tiempos y formas a lo largo de toda la investigación.

De este modo, los discursos se han producido y analizado en función de los elementos constitutivos del contexto del modelo de atención primaria de salud. Es decir, situamos su producción en las bases socioculturales que están presentes en la construcción del modelo de atención primaria y en su configuración político–institucional al sur de Europa. Todo ello define las costumbres, creencias y tradiciones mediante las que el personal profesional de la salud desarrolla cotidianamente su actividad socio-profesional en los encuentros asistenciales con las poblaciones inmigrantes. Además, forma parte de la cultura biomédica y la subcultura de atención primaria en la que se emplazan sus discursos socio–profesionales particulares en relación al fenómeno de la inmigración.

Entre estos aspectos se ha tenido en cuenta el vestuario representado por la bata blanca; los objetos y significaciones que rodean el encuentro asistencial; y los comportamientos del saber, poder o prestigio que pueden estar presentes en el desarrollo del ámbito de las consultas de atención primaria en los centros de salud. El conjunto de estas características define al contexto donde se enmarca la relación socio-profesional entre el personal de la salud y las poblaciones inmigrantes desde el modelo de atención primaria.

En relación a los lugares de estudio, debemos puntualizar que por centro de atención primaria se conceptualiza la estructura física que se establece mediante los centros de salud. Esta estructura permite al personal de la salud llevar a cabo encuentros asistenciales con las poblaciones, inmigrantes o no, desde el modelo de atención primaria. Se trata, por tanto, del espacio de organización sociocultural donde se realizan consultas y se prestan servicios asistenciales de atención primaria. La organización de estos servicios se delimita en relación a una determinada zona básica de salud, – rural o urbana –. Algunas zonas básicas de salud de ámbito rural no disponen de centros de

salud, de forma que cuentan con consultorios locales y auxiliares que a su vez dependen de un determinado centro de salud concreto.

En definitiva, en los centros de salud y en los consultorios se encuentran los recursos humanos y materiales que son necesarios para poder desarrollar y prestar los servicios de atención primaria a las poblaciones. Así, cada centro de atención primaria está integrado por un conjunto de profesionales de la salud que se constituyen como los sujetos de estudio participantes en esta tesis.

Respecto a ellos, debemos detallar que por personal profesional de la salud aludimos a aquellas personas que trabajan en sus respectivos centros de salud y consultorios. En ellos desarrollan distintas actividades de atención sanitaria o sociosanitaria con las poblaciones de manera individual–familiar, grupal y comunitaria así como de acuerdo a la definición de sus roles y funciones específicas a realizar en el ámbito de la atención primaria de salud. De este modo, pueden interaccionar en solitario o mediante trabajo en equipo con las poblaciones, – inmigrantes o no –, que acuden a estos centros en busca de atención por cualquier motivo o demanda y en cualquier etapa del desarrollo del encuentro asistencial. Esta definición, por tanto, no la construimos desde el establecimiento de criterios jurídicos–normativos o biomédicos que distinguen entre profesiones “sanitarias” (o clínicas) y “no sanitarias” (o sociales).

En esta tesis la elección del personal de la salud participante en el trabajo de campo ha estado delimitada por las distintas unidades de observación, es decir por los lugares que hemos definido y seleccionado en cada fase del estudio llevado a cabo. Hemos realizado esta práctica multisituada (Marcus, 1995; Roca, 2010) con el propósito de acercarnos a la complejidad de la realidad sociocultural a estudiar por diferentes vías de trabajo de campo. No obstante, en conjunto, fundamentalmente nos hemos centrado en la producción de discursos socio–profesionales correspondientes a tres tipos de profesionales de la salud, – personal médico y enfermero y del trabajo social sanitario –. Sobre ellos hemos tratado de reconstruir sus voces en un solo conjunto de discursos socio–profesionales sobre diversidad y atención primaria que tienen en común los siguientes aspectos:

- a. haber adquirido una formación teórica especializada y/o una formación en el ámbito familiar y comunitario,

- b. desarrollar su experiencia profesional práctica y su desempeño socio-profesional cotidiano en atención primaria de salud, y
- c. formar parte de una organización sociocultural que teóricamente presta una atención positiva, integradora y holística a las poblaciones en contextos de diversidad en la que ha sido socializados y enculturados.

Además, en general, estos diferentes tipos de profesionales de la salud comparten entre sí un bloque de opiniones mediante las que justifican para qué y por qué desempeñan su trabajo cotidiano en atención primaria. Entre ellas destacan, por un lado el propósito de mejorar la salud de las poblaciones y la finalidad de atender, escuchar, ayudar y apoyar a las poblaciones. Por otro lado, el hecho de que les gusta su profesión y su ejercicio profesional, así como la intención que profesan por prestar cuidados a las poblaciones con criterios de calidad (Diario de campo, Centro Sierra Norte, viernes 28 de enero de 2005).

Las unidades de observación se emplazan en distintos centros de atención primaria ubicados geográfica y territorialmente en una provincia de la comunidad autónoma andaluza. En estos lugares se ha realizado trabajo de campo *in situ* con diferentes grupos de profesionales de la salud que desempeñan su actividad socio-profesional con poblaciones inmigrantes en Andalucía desde el contexto de la atención primaria.

2.3.2 LA ENTRADA AL CAMPO

La llegada al contexto de atención primaria a través de los lugares de estudio no ha sido una tarea fácil. En cualquier trabajo cualitativo–etnográfico que se precie la etapa inicial que posibilita la entrada al campo requiere preparación, tiempo y paciencia. Si a este hecho agregamos que los lugares de estudio pertenecen al ámbito del sistema biomédico que organiza la atención sanitaria hegemónica en el sur de Europa, además de la demandada perseverancia, también se deben sortear con habilidad y éxito no pocos obstáculos. Por ejemplo, aquellos que conllevan la gestión y superación de diferentes trabas burocrático–administrativas. También los que se refieren a las diferentes relaciones socio–históricas que se suceden en la interrelación existente entre el conocer y el saber hacer de las ciencias sociales y de las ciencias de la salud en el espacio

biomédico. A continuación describiremos brevemente el camino andado por este periplo.

El punto de partida para realizar el trabajo que presentamos arranca de una investigación preliminar realizada entre los años 2002 y 2003 (Gijón, 2003). En relación a los resultados obtenidos en este estudio, por un lado, nos aproximamos a describir cuantitativamente la presencia de población inmigrante en Granada a partir de diversas fuentes demográficas y de otros sistemas sociodemográficos de información sanitaria (Gijón, Galicia y García, 2002; Gijón, García–Castaño, Bolívar y Sánchez, 2004; Gijón, 2010). Por otro lado, nos acercamos a conocer y comprender cualitativamente las características del proceso de salud–enfermedad–atención en poblaciones inmigrantes desde la perspectiva del personal profesional de la medicina y de las propias poblaciones inmigrantes en el ámbito de la atención primaria (Gijón, Jiménez y Martínez, 2006a).

Para poder llevarla cabo, hubo que familiarizarse y conocer en detalle el marco sociocultural, socio-profesional y jurídico-normativo que da forma al contexto político-institucional de la atención primaria en Andalucía mediante la configuración del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) y del Servicio Andaluz de Salud (SAS). Una tarea que, por otra parte, se ha seguido realizando de manera permanente hasta el momento actual, y que describimos con mayor grado de detalle en el conjunto de materiales empíricos producidos en esta tesis.

El segundo paso consistió en profundizar en el conocimiento sobre la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud institucionalizada por el SAS en Andalucía y que se concreta en la constitución de los denominados distritos de atención primaria y las llamadas áreas de gestión sanitaria.

Una vez que obtuvimos esta información, establecimos contacto personal con las estructuras de gestión constituidas en la provincia de estudio para organizar los servicios de atención primaria de acuerdo a la legislación vigente en aquel momento (principalmente planteada en el Decreto 195/1985, de 28 de agosto, sobre ordenación

de los servicios de atención primaria en Andalucía; y en la Ley 8/1986, de 6 de mayo, de creación del SAS)⁷⁹.

De este modo, para entrar en los contextos de estudio fue necesario acercarnos progresivamente al campo de trabajo en el mismo orden jerárquico en el que se organiza la atención primaria a nivel provincial y local. Este requisito solo fue posible alcanzarlo mediante la realización de numerosas y prolongadas visitas a los distintos distritos de atención primaria dispuestos en aquel momento en la provincia⁸⁰. Así, a partir de establecer relación con la secretaría de dirección, y después de obtener la confianza de diferentes informantes clave, se dirigieron diversos escritos al personal encargado de dirigir uno de los distritos sanitarios que en ese momento configuraban el mapa de la atención primaria en Granada⁸¹.

En este escrito informábamos sobre los objetivos y propósitos de investigación en relación a nuestro objeto de estudio. Asimismo, pedíamos permiso para:

⁷⁹ Durante la realización de la primera fase del trabajo de campo, la delimitación territorial de los servicios de atención primaria se establecía principalmente mediante el Decreto 195/1985, de 28 de agosto, que organizaba los servicios en 70 Distritos de Atención Primaria de Salud para la planificación, prestación y gestión de los servicios sanitarios, de modo que éstos abarcaban el conjunto de zonas básicas de salud vinculadas a una misma estructura de dirección, gestión y administración. Posteriormente, la Ley 8/1986, de 6 de mayo, coincidiendo con cada provincia andaluza, crea ocho demarcaciones territoriales denominadas Áreas de Salud que están integradas por dos unidades menores el Distrito de Atención Primaria de Salud y el Área Hospitalaria (Sistema General de Información Sanitaria e Innovación, Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad, 2013).

⁸⁰ Hasta el año 2006 el mapa sanitario de la provincia de Granada estaba distribuido en cuatro distritos de atención primaria: a) distrito sanitario nordeste, b) distrito sanitario Granada, c) distrito sanitario metropolitano de Granada y d) distrito sanitario sur. A partir de este año esta distribución ha sido remodelada como consecuencia de la crisis económica y el impacto que ésta ha tenido en el diseño del mapa sanitario en Andalucía. Los cambios vienen dados bajo el propósito de introducir criterios de “racionalización” en las estructuras directivas, que además se pretenden traducir en la reducción de cargos directivos y costes económicos (Vallejo, 19 de octubre de 2012, Granada Hoy). Asimismo, esta nueva reordenación fundamentalmente se asienta en la potenciación de la creación de “unidades de gestión clínica intercentros”, que unen al personal profesional de una misma especialidad de dos o más centros o distritos sanitarios distintos, y que lo hacen supuestamente a través de un “proceso de convergencia voluntario” con la finalidad de mejorar la equidad del sistema para las poblaciones y el desarrollo profesional del personal médico (Reyes, 6 de abril de 2013, El País). De este modo, el nuevo mapa sanitario de Granada se ha reconfigurado del siguiente modo: 1) mediante la creación del área de gestión sanitaria sur (que integra al anterior “distrito sanitario Granada sur” de acuerdo a la Orden de 5 de octubre de 2006); 2) la creación del área de gestión sanitaria norte (que incorpora al anterior distrito sanitario Granada nordeste de acuerdo a la Orden de 13 de febrero de 2013); y 3) la fusión de los distritos sanitarios Granada y Metropolitano de Granada en un único distrito (Distrito Sanitario Granada–Metropolitano, 2013).

⁸¹ Agradecemos al personal profesional adscrito a los distritos de estudio, y especialmente al personal directivo de los mismos, que nos hicieran posible llevar a cabo nuestro estudio en todo momento.

- a. acceder a los registros de población inmigrante que recibía atención sanitaria en el citado distrito;
- b. revisar el historial clínico; consultar las memorias de los centros; c) realizar observación en las consultas de las visitas biomédicas de la población; y
- c. entrevistar a personal profesional de la salud. Paralelamente, solicitábamos una primera evaluación y aprobación del proyecto de investigación al “comité de ética de investigación clínica” correspondiente a este distrito. Al mismo tiempo, esta instancia se acompañaba con el diseño del protocolo de nuestro proyecto en términos biomédicos.

El paso de nuestra investigación por un comité de ética vinculado al ámbito de la salud, requiere adaptar el protocolo de investigación a las bases y mecanismos científicos de la biomedicina, tanto en jerga como en formato metodológico, además de responder a su visión objetiva y a sus exigencias científicas de aplicabilidad práctica y relevancia investigadora.

Con este propósito fue necesario considerar los requerimientos del procedimiento de investigación impuesto por las condiciones académicas biomédicas, en las que se iba a inscribir la práctica investigadora de campo a realizar. Al mismo tiempo nos demandaba introducir las características que éstas establecen a la hora de proteger los derechos de las poblaciones que participan en las investigaciones científicas (Luxardo, 2011). Entre otros aspectos, en la práctica estas características se materializan en la obligación de utilizar “consentimientos informados” voluntarios, escritos o verbales, junto al requisito de salvaguardar la confidencialidad de los datos durante la aplicación de las técnicas de producción y análisis de información de acuerdo al modelo de comportamiento ético regulado por el campo de la biomedicina⁸²:

⁸² A este respecto debemos mencionar que existen diferentes documentos internacionales que regulan el procedimiento ético a seguir en la investigación biomédica, entre ellos caben destacar el Código de Nuremberg (1946); la Declaración de Helsinki (1964) promulgada por la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos y sus distintas revisiones sucesivas en Tokio (1975), Venecia (1983), Hong Kong (1989), Somerset West (1996), Edimburgo (2000), Washington (2002) y Seúl (2008); el Convenio del Consejo de Europa (4 de abril de 1997), relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina; y la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO (2005). Además, en el sur de Europa son diversos los instrumentos que específicamente vienen

Las evaluaciones que realizan los comités de ética sobre proyectos sociales –cuando se solicitan– suelen estar basadas en requerimientos que se exigen para otro tipo de fenómenos y de abordajes, y muchas veces son inconmensurables con epistemologías alternativas que coexisten –junto a las estándares– dentro del campo de las ciencias sociales y humanas (Luxardo, 2011: 227).

Una vez que adquirimos las autorizaciones correspondientes, nos fue posible acceder a los lugares de estudio mediante la selección de diferentes centros de atención primaria ubicados en la provincia de Granada. En ellos realizamos trabajo de campo con personal profesional de la medicina y con poblaciones inmigrantes. El trabajo producido durante toda esta etapa preliminar de investigación, se entregó al distrito sanitario mencionado.

De este modo, en el año 2005 a través de las relaciones de confianza establecidas con el personal profesional y directivo adscrito al mismo distrito en cuestión, se solicitó una renovación del permiso obtenido para continuar realizando trabajo de campo intensivo en dos centros de salud de Granada y sin pasar previamente por un nuevo visto bueno del comité de ética. Esta nueva autorización hizo posible que emprendiéramos el desarrollo de la primera fase de estudio. En ella llevamos a cabo una etapa de trabajo de campo etnográfico sobre la atención sanitaria prestada por distintas profesiones de la salud a poblaciones inmigrantes “dentro” de una misma institución sanitaria pública.

Posteriormente, tras continuar trabajando en la distancia institucional sobre el objeto de estudio, en el año 2012 decidimos realizar una segunda fase de estudio a través del trabajo de campo cualitativo en distintos centros de salud en Granada. Para ello retomamos las relaciones socio-profesionales afianzadas durante las etapas anteriores y contactamos con nuevos informantes clave. Además, fue necesario dirigir nuevas cartas al nuevo personal encargado de dirigir diferentes distritos sanitarios a nivel provincial, así como (re)diseñar un nuevo protocolo de investigación que, a su vez, nuevamente fue evaluado y aprobado por el “comité de ética” correspondiente a los distritos en cuestión.

Durante estas etapas, y una vez que obtuvimos el ansiado permiso “oficial”, la entrada preliminar en los centros de salud siempre vino de la mano del contacto establecido con

a legislar la investigación biomédica y en ciencias de la salud como, por ejemplo, la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal; el Real Decreto 1720/2007 por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999; y la Ley 14/2007 de Investigación biomédica.

el personal profesional de la salud encargado de dirigirlos. A través de su posición jerárquica y la actitud empática desarrollada en torno a la misma, nos fue posible lograr la autorización oficiosa para poder acceder a los lugares de estudio y conocer al resto del personal profesional de la salud adscrito a cada centro:

Esta mañana me he reunido con el Doctor Pedro (M4), Director del Centro de Sierra Norte, quien me ha comunicado que puedo comenzar a realizar trabajo de campo en este centro desde hoy mismo. En primer lugar, nuestra conversación ha versado sobre el organigrama y el funcionamiento del centro de salud. Asimismo, me ha contado a grandes rasgos los principales antecedentes históricos de institucionalización del centro de salud Durante la reunión me aclara que lleva solo un año al frente de la dirección del centro, y que al principio no se veía ejerciendo este rol. Sin embargo, con el tiempo está contento con su papel, y aunque así me lo expresa con simpatía, también se queja acerca de que las distintas funciones que ejerce en el rol de director y en el rol de médico de familia, le exigen una mayor dedicación de tiempo de trabajo... Por otra parte, a propósito de las relaciones que establece el centro de salud con las poblaciones usuarias, me comenta que son “*buenas*”, al tiempo que me advierte “*te vas a hartar*”, ya que “*hoy es un día tranquilo*” (Diario de campo, Centro Sierra Norte, viernes 28 de enero de 2005)

Una vez superados los obstáculos iniciales de acceso e inserción a los centros de salud, fue posible asegurar nuestra presencia sociocultural entre un grupo de profesionales de la salud que nos era ajeno y que progresivamente nos acogieron (Guasch, 2002: 12). Así, se establecieron relaciones socio-profesionales cercanas y próximas con el resto del personal profesional de la salud (desde el personal auxiliar administrativo, hasta el personal médico, pediatra, enfermero y trabajador social sanitario). Especialmente destacables fueron las alianzas establecidas con el personal profesional de enfermería y de trabajo social, quienes en todo momento se mostraban en una postura abierta a través de la que describían y explicaban su trabajo cotidiano, así como incluso en disposición de “enseñarme” cómo realizar sus tareas. Estas oportunidades me las brindaban a través de la observación y el acompañamiento constante en su trabajo cotidiano dentro y fuera del centro de salud. Las complicidades mantenidas se materializaban en el tratamiento que me brindaban como estudiante al confundirme ocasionalmente con el rol de alumna en período de formación práctica “sanitaria”.

En relación a estos aspectos, hay que hacer notar que el desarrollo del trabajo de campo siempre hemos procurado ejercerlo a través del rol de personal investigador social lego o no sanitario. Este rol, en muchas ocasiones, se potenció de manera consciente para evitar que el personal profesional de la salud se sintiese amenazado o condicionado bajo una mirada evaluadora experta de su trabajo cotidiano. Incluso, este rol se acompañó con la adopción de la posición de personal observador participante en sentido clásico, en la que no existe un conocimiento previo sobre el contexto o escenario a estudiar, ni

quiera en calidad de usuaria de un centro de salud en occidente. Para ello se adoptó un comportamiento en el que todo parecía extraño y desconocido:

... la experiencia del extraño no queda restringida a aquellos que se trasladan a vivir una sociedad diferente... resulta particularmente cierto en las modernas sociedades industriales con su compleja división de labores, la multiplicidad de estilos de vida, la diversidad étnica y las comunidades desviadas, y también subculturas, así como las perspectivas que mantienen, y que son generadas por estas divisiones sociales (Hammersley y Atkinson, 2005: 23).

El rol de investigadora social facilitaba que pudiésemos realizar observaciones, tomar notas y escuchar conversaciones en cualquier lugar con la finalidad de aprender de las ciencias de la salud y, por tanto, sin ser percibida como una evaluadora crítica de las acciones cotidianas. Estos aspectos como contrapartida han dificultado el logro de relaciones socio-profesionales igualitarias en todos los casos, así como algunas actitudes y comportamientos de desconfianza por parte del personal de la salud. Estas limitaciones solo han sido superadas con la experiencia investigadora constante de estar ahí presentes de primera mano, el mayor número de horas y en el mayor número de lugares compartidos posibles (Thomson, 2011).

Igualmente, para comprender en mayor medida el punto de vista *etic* del personal profesional de la salud y conseguir que éste entendiera mi papel en el centro se hizo uso de una bata blanca. A través de la bata se lograba pasar inadvertida de consulta en consulta y por las distintas instalaciones del espacio sanitario. Este aspecto no dejaba de ser una contradicción con respecto al desarrollo de mi papel de lega o no sanitaria mediante el que el personal profesional de la salud observaba y justificaba mis actuaciones en el centro.

Todo ello introduce el debate ético sobre cuáles son las implicaciones prácticas del cómo conocemos a las poblaciones sujeto de estudio dentro de una institución sanitaria pública. Es decir, cuestiones éticas como, por ejemplo, cómo tratar a los sujetos participantes antes, durante y después de la investigación, cuáles pueden ser sus sentimientos y reacciones durante la producción de información, cómo responder ante las reacciones que se generan en las interacciones de campo y qué hacer con los materiales que se producen, entre otros aspectos, se convierten en algunas de las preocupaciones de la práctica de la ética que acompañan al proceso de investigación desde su comienzo hasta su finalización (Luxardo, 2011).

Desde estas premisas, se adoptó el rol de investigadora social profana y disfrazada de sanitaria en el campo de la salud, de curiosa recopiladora de todo tipo de información que se genera en un centro de salud, de interesada en todo lo que sucede dentro y fuera de las consultas, de aprendiz de enfermera, de interesada en la medicina, de apasionada en las diferencias culturales y en las relaciones entre profesionales y pacientes, etc. Si bien, la denominación general bajo la que me acogieron en los centros fue la de “chica antropóloga”, casualmente la identidad socio-profesional con la que más reticencias aún hoy me siento (auto) identificada debido a que como investigadora social en el campo de la salud me siento en una permanente situación de frontera entre distintas disciplinas.

El carácter de antropóloga me situaba ante el personal socio-profesional como supuesta conocedora experta de la realidad migratoria de las poblaciones pacientes y/o usuarias inmigrantes, pero profana en el saber teórico-práctico asistencial biomédico. Esta posición, en muchas ocasiones, generaba que fuese confundida erróneamente con el rol de mediadora intercultural. Esto hacía que en algunos momentos, mi presencia en un lugar y momento determinado fuese valorada como útil o eficaz por parte del equipo de atención primaria, quien comenzaba a requerirme cada vez en mayor medida para solucionar cualquier tipo de dificultad de comunicación que pudiese establecerse en el quehacer del centro con las poblaciones inmigrantes. De este modo, lo que en un primer momento fue fruto de la confusión de roles en el escenario investigador de los encuentros asistenciales con poblaciones inmigrantes, posteriormente y de forma progresiva me proporcionó prestar puntualmente un trabajo voluntario como contrapartida a la labor investigadora que me facilitaban en el centro de salud.

De ahí que uno de los principales aspectos básicos de la entrada al campo lo constituyera el crear una rutina de actividades a desarrollar en el centro de salud. De esta forma, mi presencia poco a poco se fue considerando como una parte más “no asistencial” del equipo de atención primaria en relación a la atención de las poblaciones inmigrantes. Así, fue necesario conocer la organización de las consultas, el horario de trabajo de cada perfil profesional, el distinto funcionamiento de los servicios de atención ofertados, la disposición física de los espacios sanitarios, las dinámicas de relación social afectivas o conflictivas entre los miembros del equipo, el rol de las personas usuarias, etc. En este fragmento de diario de campo podemos observar el proceso seguido:

Hoy, como cada mañana, mi primera tarea consiste en buscar un ordenador libre para consultar la distribución del listado de citas de pacientes del día. Mi intención es captar a través del programa informático Diraya⁸³ aquellos nombres y apellidos de pacientes que me suenen extraños y que me hacen intuir, aunque en muchas ocasiones sesgadamente, que pertenecen a poblaciones que se corresponden con la identidad étnico-cultural y/o la procedencia geográfico-territorial de una persona inmigrante. Esta rutina ha quedado “institucionalizada” entre mis tareas cotidianas, además ha sido el propio personal profesional de la salud (especialmente el personal directivo) quién ha contribuido a que la practique cada día con el fin de que yo misma conozca el funcionamiento del centro y sea más autónoma en mis actividades investigadoras. Para el personal profesional de la salud es más fácil y apropiado que yo misma compruebe “cuántos y cuántas” personas pacientes inmigrantes hay citadas durante la jornada laboral cotidiana del centro y a qué profesionales están asignadas. De esta forma, yo misma puedo “moverme” con mayor facilidad entre sus consultas, entrando y saliendo de las mismas, con el objetivo de buscar el momento (en función de la hora de las citas captadas) en el que introducirme en sus tareas cotidianas para observar cómo transcurren los actos asistenciales con inmigrantes en ellas. Hoy martes, por ejemplo, hay una media de tres pacientes inmigrantes por UAF en la mañana y en la tarde, y una sola paciente inmigrante en la consulta de trabajo social sanitario. Algunas de estas personas tienen asignadas dos citas médicas contiguas y sus nombres corresponden a mujeres, por lo que me imagino que se trata de citas programadas relacionadas con el desarrollo de la consulta de la mujer. Con el paso de los días, yo también he llegado a pensar que este procedimiento me ofrece la posibilidad de visitar las distintas consultas dispuestas del centro y con independencia de las “afinidades” que ya comienzo a fraguar concretamente con algunos y algunas de las profesionales. Además, este trámite contribuye a que no tenga que detectar quienes son las personas inmigrantes que acuden al centro recurriendo solo a su “aspecto” (físico o comunicativo) mediante mis estancias en la sala de espera. Aprovechando el proceso de captación de estas citas siempre procuro llegar un tiempo antes a cada consulta en cuestión para observar de “paso” alguna consulta más con poblaciones “no inmigrantes”... Entre cita y cita, gran parte del tiempo que me lleva esperar estos encuentros asistenciales lo paso en la sala de espera. Ahí sentada, sin llevar la bata puesta y siempre con la libreta en la mano, me encuentro más cómoda e inadvertida en la posición de “paciente”. Este rol me permite escuchar y observar al conjunto de poblaciones que acuden al centro con una mayor tranquilidad, además estos ratos los aprovecho para revisar y actualizar mis anotaciones en el diario de campo. En las salas de espera el bullicio es continuo, los y las pacientes hablan entre sí, muchos de ellos parecen mantener relaciones de vecindad, lo que me llama la atención en comparación con mi experiencia como usuaria de un centro de salud en otro barrio de la ciudad, ya que cuando acudo al mismo encuentro un mayor silencio y menos comunicación entre las poblaciones usuarias... También capta mi atención la relación cercana que mantienen gran parte de las poblaciones usuarias con el personal profesional de la salud, especialmente con enfermería, a quienes se dirigen con familiaridad y se intercambian saludos afectuosos y expresivos sobre el estado de salud del paciente en cuestión o sobre las situaciones de salud de alguna persona familiar o familiares cercanas a éste... Otro aspecto recurrente que observo en las salas de espera es la expresión de comentarios relacionados con el “tiempo que falta” o la “tardanza” en la atención recibida. Este tipo de expresiones es una buena forma de comenzar a entablar conversaciones informales entre poblaciones que no se conocen, y que en seguida empatizan en la queja o protesta acerca de que la hora de su cita ha pasado así como en las molestias que empiezan percibir por el tiempo excedido. Esto genera algunas veces un clima de protesta e impaciencia que el personal profesional de la salud siempre trata de esquivar cuando las poblaciones, entre cita y cita, se aproximan a la puerta de sus consultas para preguntar sobre la hora en que serán atendidas, o cuando expresan a las claras sus reproches por la tardanza experimentada una vez que están dentro de las mismas (Diario de campo, Centro Sierra Norte, martes 22 de febrero de 2005).

⁸³ El programa informático Diraya es un Sistema Integrado de Gestión e Información para la Atención Sanitaria, que responde a tres objetivos: 1) integrar toda la información que se genere en relación a una persona usuaria en una Historia de Salud única y con independencia del nivel asistencial que intervenga; 2) facilitar la accesibilidad a los servicios y prestaciones del sistema sanitario; y 3) lograr que toda la información relevante esté estructurada para el uso de las poblaciones ciudadanas y del personal profesional de la salud (Cámara de Cuentas de Andalucía, 2013).

Para el equipo de atención primaria la justificación de la entrada al campo de una antropóloga venía dada por la llegada progresiva de poblaciones inmigrantes al ámbito de atención primaria. Esta circunstancia generaba que el personal profesional de la salud observase con interés conocer cómo se relacionaban las poblaciones inmigrantes con el sistema biomédico, al tiempo que todo ello les sirviese para saber cómo solventar las diferentes situaciones o problemáticas que ocasionaba la presencia de estas poblaciones en su trabajo biomédico cotidiano. Entre ellas, especial atención requerían las relacionadas con las dificultades de comunicación e idioma, las diferencias culturales en el uso de los servicios y las diferentes condiciones de vida que pueden influir en su salud como, por ejemplo, la situación económica-laboral, la situación sociofamiliar, la situación de la vivienda y la situación jurídico-administrativa, entre otras. Es por ello que *a priori* trataban de facilitarme la observación de cualquier acto clínico o información relevante en relación al encuentro asistencial con las poblaciones inmigrantes. Es decir, situaban el objetivo de investigación en las poblaciones inmigrantes y su situación de vulnerabilidad en relación a los procesos de atención a la salud y la enfermedad, más que en la construcción de la diferencia en salud a través sus discursos socio-profesionales sobre inmigración y salud. Sin embargo, el propósito de nuestra investigación nunca estuvo expresamente oculto.

En este contexto de campo, debemos señalar que el personal profesional de la salud constituye un colectivo heterogéneo en sí mismo, con diversos antecedentes sociales, personales, profesionales y académicos, con lo cual no podemos obviar las dificultades que nos ha entrañado la labor de acceder a sus discursos como un todo. A ellas se añade el hecho de que sus discursos socio-profesionales se encontraban en muchos casos encubiertos por las particularidades específicas y las bases socioculturales sobre las que se asienta el modelo o sistema de atención primaria. De este modo, por ejemplo, en un estudio llevado a cabo por Pujol et al. (2006) se señala que el personal profesional de la salud coincide con la población de pacientes a la hora identificar que los principales productos o servicios a ofertar por atención primaria son los siguientes: accesibilidad a los servicios, coordinación y continuidad con otros niveles asistenciales, relación entre el personal profesional y las poblaciones de usuarios, y calidad científico-técnica de los equipos de atención primaria y su cartera de servicios. Asimismo, se indica que como

ejes transversales de estos componentes se identifica a la equidad, la satisfacción y la eficiencia.

En este entorno, aunque los significados sobre los encuentros asistenciales con poblaciones inmigrantes pueden ser diferentes en función de la diversidad de puntos de vista y aspectos que tienen relación con este fenómeno, a través del trabajo de campo en las salas de espera, en las consultas, en el mostrador de información, en las aulas de docencia, en los espacios de relación social, etc. hemos tratado de producir un cuerpo colectivo o común de discursos socio-profesionales. En estos discursos, por tanto, no prima únicamente la hegemonía de las profesiones dedicadas a la atención sanitaria, ni únicamente el punto de vista de una sola profesión basado en el poder como por ejemplo podría suceder en el caso de la profesión médica. Si bien, como hemos señalado, somos conscientes de que nos situamos en un contexto de saberes teórico-prácticos en el que los encuentros asistenciales se construyen, orientan y valoran desde el propio modelo biomédico de atención primaria. Es decir, donde sus profesionales, poblaciones, instituciones y fuentes científicas de conocimiento “sanitario” prevalecen, por tanto, frente al resto de saberes “sociales” que se perciben como complementarios o subalternos.

2.3.3 LA PRODUCCIÓN DE DISCURSOS SOCIO-PROFESIONALES EN EL CAMPO

Durante la tarea de inmersión en el trabajo de campo hemos tratado de producir discursos socio-profesionales a través de distintos lugares de estudio y en diferentes momentos del tiempo (Taylor y Bogdan, 1998; Velasco y Díaz, 1999; Pujadas, 2010). Para ello, debemos tener en cuenta que:

En la medida en que los hechos descritos por el etnógrafo son construidos, la credibilidad que se les otorga tiene que ver más con el poder de persuasión retórica que aparece en el texto (relato), que con la veracidad misma de unos hechos (Guasch, 2002: 22).

Asimismo, mediante los discursos hemos procurado construir el relato de una sola voz socio-profesional e investigadora sobre los encuentros asistenciales con poblaciones inmigrantes desde atención primaria al sur de Europa. Si bien, reconocemos que esta voz es plural y diversa en sí misma. Es por ello que en el análisis de los resultados presentados en esta tesis, destacamos los aspectos convergentes o en común y los aspectos divergentes o inusuales que están presentes en la producción de discursos.

2.3.3.1 TRABAJO DE CAMPO *IN SITU* DESDE DISTINTOS CENTROS DE SALUD

El trabajo de campo para producir discursos socio-profesionales *in situ* se ha llevado a cabo con profesionales de la salud en diferentes centros de atención primaria situados en la provincia de Granada y en distintos momentos temporales, que se corresponden con el desarrollo de dos fases de estudio realizadas en los años 2005 y 2012.

En ambos periodos, los discursos socio-profesionales se han producido mediante técnicas cualitativo-etnográficas aplicadas con distintos sujetos y en diferentes lugares geográfico-territoriales, todos ellos contextualizados bajo las premisas del modelo de atención primaria de salud implantado en Andalucía. De este modo, los sujetos participantes (24 profesionales en la primera fase y 23 profesionales en la segunda fase) y los 21 centros de salud seleccionados (dos centros en la primera fase y 19 centros de salud en la segunda fase) tienen en común que históricamente se configuran sociocultural, política e institucionalmente en torno al nacimiento y desarrollo del SSPA y del SAS.

En este marco, cabe señalar que en Andalucía la organización del SSPA está formada por más de cien mil profesionales (entre quienes más del 90% del total ocupan una plaza estable y en propiedad como personal profesional empleado público), al tiempo que representan el 3,6% del total de la población ocupada (Gavira y Carmona, 2012: 259).

Específicamente en el SAS (2012) trabajan 84.768 profesionales (el 73,3% en atención hospitalaria y el 26,7% restante en atención primaria). Entre ellos y ellas, concretamente 22.636 profesionales desempeñan su actividad socio-profesional en la estructura organizativa correspondiente al ámbito de la atención primaria (56,3% mujeres y 43,7% hombres).

En relación a su distribución por grupos de categorías profesionales en el SAS (2012), los datos muestran que el más numeroso está compuesto por el de “médico/a de familia” (5.569 profesionales, 41,4% mujeres y 58,6% hombres), seguido por el grupo de “Diplomado/a Universitario/a en Enfermería (DUE/ATS)” (5.222 profesionales, 62,2% mujeres y 37,8% hombres). El volumen de este último está próximo a la categoría de “personal no sanitario” de los grupos C, D y E (5.211 profesionales, 51,6% mujeres y 48,4% hombres). A continuación, se posiciona el grupo de “auxiliar de

enfermería” (1.330 profesionales, 93,1% y 6,9% hombres) y de “pediatras” (1.066 profesionales, 65% mujeres y 35% hombres). Entre otros datos, por último, llama la atención el bajo número de personal del “trabajo social” empleado y que se cifra en 348 profesionales (86,4% mujeres y 13,6% hombres).

Respecto a la estructura organizativa de la atención primaria en Andalucía, cabe señalar que está conformada por un total de 24 “distritos de atención primaria”, 9 “áreas de gestión sanitaria” y 8 “áreas de salud” que, a su vez, están integradas por 216 “zonas básicas de salud” (Orden de 7 de junio de 2002). Estas zonas están constituidas por 770 municipios o agrupaciones de municipios andaluces, de modo que cada una de ellas cuenta con uno o más centros de atención primaria en su demarcación.

De esta manera, el conjunto de lugares de estudio seleccionados en esta investigación están integrados entre los 1.517 centros de atención primaria implantados en Andalucía: 406 “centros de salud”, 696 “consultorios locales” y 415 “consultorios auxiliares” (Sistema General de Información Sanitaria e Innovación y Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad, 2012: 9). Estos centros se han creado para prestar atención a las poblaciones sean o no inmigrantes, y de acuerdo a las características del modelo de atención primaria que se viene estableciendo en Andalucía desde finales de los años 80 del siglo XX.

Respecto a la actividad prestada por los centros de atención primaria en el ámbito de los encuentros asistenciales, como vemos en la Tabla 1, el grueso de las consultas son prestadas por personal médico de familia, seguidas de las desarrolladas por personal de enfermería de familia. De lejos se sitúan las consultas realizadas por pediatría y trabajo social sanitario, dadas las características específicas que definen al perfil poblacional sobre el que desarrollan su actuación principalmente (poblaciones menores de 15 años en el caso de pediatría; y poblaciones con diferentes tipos de situaciones y necesidades sociosanitarias en el caso del trabajo social, entre otras características).

En definitiva, a través de esta estructura de atención y del personal profesional de la salud, el SSPA y el SAS se han consolidado como garantes del derecho a la protección de la salud de las poblaciones en Andalucía. Así, desarrollan su actuación de forma universalizada y equitativa, de modo que ninguna persona pueda verse discriminada

“por razones económicas, sociales, raciales, geográficas o por cualquier otra circunstancia” (Gavira y Carmona, 2012: 259).

TABLA 1: NÚMERO ENCUENTROS ASISTENCIALES POR SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA Y SEXO DE LA PERSONA ATENDIDA

Servicio	Número	% Mujeres	% Hombres
Medicina de Familia			
Consultas en el centro	42.864.076	57,57	42,43
Consultas en el domicilio	791.328	60,69	39,31
Total consultas medicina familia	43.655.404	57,63	42,37
Pediatría			
Consultas en el centro	7.336.547	48,62	51,38
Consultas en el domicilio	5.477	44,13	55,87
Total consultas de pediatría	7.342.024	48,62	51,38
Enfermería de familia			
Consultas en el centro	20.547.195	55,04	44,96
Consultas en el domicilio	3.627.611	61,30	38,70
Total consultas de enfermería	24.174.806	55,97	44,03
Trabajo social			
Atención en el centro	356.403	60,89	39,11
Atención en el domicilio	50.160	60,38	39,62
Total atención de trabajo social	406.563	60,83	39,17
Total			
En el centro	71.104.221		
En el domicilio	4.474.576		
Total de consultas y/o atenciones	75.578.797		

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SAS (2012)

El conjunto de todos estos aspectos demográficos, socio–profesionales y político–institucionales construyen una trayectoria global y común en la organización y funcionamiento de los centros de atención primaria andaluces. Estas características se traducen, por tanto, en un proceso de homogenización sociocultural que define a los sujetos participantes y a los lugares de estudio seleccionados en esta investigación. Así, a través de este proceso de socialización y enculturación compartido se organizan y prestan servicios de atención primaria similares a las poblaciones. De igual modo, sucede con los discursos y prácticas que construyen ante los cambios y las transformaciones socioculturales e institucionales que tienen lugar ante la llegada de poblaciones inmigrantes a los centros de salud.

En suma, estos elementos contextuales se constituyen como un agregado de particularidades relevantes para nuestro objeto de estudio, de forma que nos llevaron a emprender dos fases de estudio *in situ* en distintos centros de salud y consultorios.

2.3.3.1.1 SELECCIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD DE ESTUDIO

La *primera fase de este estudio* se ha llevado a cabo en el año 2005 en dos centros de salud situados en la provincia de Granada, que denominaremos Centro Sierra Norte y Centro Sierra Sur con el fin de preservar su anonimato.

Por un lado, la elección de los centros estuvo motivada por tratarse de lugares de estudio que se caracterizan por la consolidación histórica de relaciones socio-profesionales de atención a poblaciones diversas. Así, en ellos la observación de la diversidad principalmente se ha construido en base a la visualización de la identidad colectiva étnico-cultural “*gitana*” frente a la “*paya*” entre las poblaciones que buscan asistencia. A este hecho se suma, además, la llegada progresiva de nuevas poblaciones percibidas como étnico-culturales y geográfico-nacionales diferentes como consecuencia del fenómeno de la inmigración en la última década.

Por otro lado, la selección vino determinada por el carácter histórico que identifica al origen socio-profesional de los centros. Así, el Centro Sierra Norte es uno de los primeros centros de salud puestos en marcha a comienzos de los años 80 del siglo XX al sur de Europa. Su apertura como experimento o centro piloto se produce, por tanto, justo tres años después de la promulgación de la Declaración de Alma Ata (1978). Se trata así de un centro pionero en el origen del nuevo modelo de atención primaria que tiene por finalidad principal aproximar el cuidado y/o la ayuda a las poblaciones. Su experiencia está avalada por una gran trayectoria como “*centro docente*” y por su práctica acumulada en el desempeño de funciones de atención en el ámbito familiar y comunitario:

El *Centro Sierra Norte* se conformó como el taller, el gran taller donde se fraguó la Atención Primaria de Salud de nuestro país y donde se estableció el primer perfil profesional del nuevo especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Y también donde se construyeron los modelos organizativos capaces de responder a las demandas individuales de salud con alto rigor científico, propiciando además la puesta en marcha de nuevas actividades de prevención y promoción de la salud, así como novedosas intervenciones sobre la familia y la comunidad (De la Revilla, 2001: 203).

Otro motivo para seleccionar los centros se relaciona con el hecho de que comparten un mismo lugar geográfico-territorial de emplazamiento. Es decir, ambos centros de salud están vinculados entre sí a través de un módulo central común mediante el que se comunican. Esta cercanía se traduce en la proximidad de sus trayectorias formativas y de

desempeño socio-profesional en el ámbito de la atención familiar y comunitaria. Además, genera que mantengan unas relaciones socio-profesionales “*my fluidas*” entre sí.

Otra razón para seleccionar los centros se derivó de su pertenencia a Zonas con Necesidades de Transformación Social (ZNTS)⁸⁴ de ámbito urbano. Este aspecto contribuye a visualizar las características demográficas y socioculturales de las poblaciones que residen en el territorio y/o barrios a los que prestan cobertura. Así, se perciben como “*my problemáticas*” desde un punto de vista sociocultural y sanitario o biomédico tanto por parte del personal de la salud adscrito a los centros como del resto de la ciudad.

Por ejemplo, entre las poblaciones que residen en las zonas de cobertura de los centros, se encuentra una alta proporción de población de etnia gitana, poblaciones inmigrantes de diversos orígenes, personas con bajo nivel educativo, menores en situación de absentismo escolar, personas usuarias de drogas y extoxicómanas, grupos delictivos y otros colectivos en situaciones de riesgo social de discriminación, pobreza y/o exclusión. Así, lo podemos observar en el siguiente fragmento de una entrevista realizada a un vecino residente en la zonas de cobertura de ambos centros y precursor de iniciativas sociales y movimientos participativos en estos barrios, el comentario destaca la llegada de nuevas poblaciones inmigrantes a las zonas:

... la realidad no ha cambiado desde 2003 salvo que el deterioro se ha agravado y hay más población inmigrante como nuevos vecinos que se suman a las bolsa de excluidos y vulnerables del barrio ... (Red Andaluza de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social, 2010: 62).

⁸⁴ Se refiere a espacios geográficos y/o territoriales delimitados en los que habitan poblaciones con diversas problemáticas sociales. Antes de la puesta en marcha de estas zonas, en el año 2000, el SSPA tipifica como colectivos de “riesgo social” a los siguientes grupos: personas ancianas, personas incapacitadas, mujeres, menores, inmigrantes, minorías étnicas, colectivos especiales (por ejemplo, personas toxicómanas, transeúntes, etc.) y personas en situación de maltrato infantil, personas según género y personas mayores (Burgos, Pérez y Sánchez, 2009: 8–9). Posteriormente las zonas en las que existe riesgo social, fueron identificadas en un estudio preliminar realizado por el Instituto de Estudios Sociales de Andalucía (IESA) en el año 2002. En el artículo 61 de la Orden de 1 de febrero de 2006 de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía (BOJA nº 31 de 2006), se acuña la definición de estas zonas: “se consideran zonas con necesidades de transformación social aquellos espacios urbanos, claramente delimitados, en cuya población concurren situaciones estructurales de pobreza grave y marginación social, y en los que se aprecian significativamente problemas en las siguientes materias: Vivienda, deterioro urbanístico, déficit de infraestructura, equipamiento y servicios públicos; Elevado índice de absentismo y fracaso escolar; Altas tasas de desempleo, junto a graves carencias formativas profesionales; Significativas deficiencias higiénico-sanitarias; y Fenómenos de desintegración social”.

En relación al desarrollo de los encuentros asistenciales con las poblaciones en contextos de diversidad, la percepción general del personal de la salud percibe que el perfil poblacional del Centro Sierra Norte es “peor” que el del Centro Sierra Sur⁸⁵. Si bien, coinciden en señalar que en ambos centros las poblaciones son “difíciles” o “problemáticas” con matizaciones en sus respectivas historias de asentamiento y convivencia. Además, la confluencia de poblaciones diversas en estos territorios y/o barrios conlleva que éstos estén estigmatizados por parte del conjunto de la ciudad. Así, frecuentemente existe una imagen construida y estereotipada acerca de quiénes son y cómo son las poblaciones que residen en los mismos. Este tipo de valores, estereotipos y representaciones socioculturales a veces son compartidos por el personal de la salud. Éste, a su vez, tiene su propia visión sociocultural construida a partir de su experiencia cotidiana de atención, como podemos observar en el siguiente fragmento de información producida en el diario de campo:

Esta mañana he mantenido una reunión con la Doctora Susana (M8), Directora del Centro de Salud Sierra Sur, me ha comunicado que no hay ningún problema para que comience a realizar trabajo de campo mañana mismo, y así se lo dirá al resto de profesionales en la reunión de equipo que celebrarán mañana. Me informa que en este centro las consultas están sectorizadas por zonas, de modo que me encontraré con consultas médicas compuestas por pacientes más o menos “problemáticos” o “con problemas” en función de la zona de cobertura.... La Doctora Susana (M8) me advierte que voy a ver multitud de situaciones y episodios de todo tipo. Dice que a nivel profesional han hecho y están haciendo un gran esfuerzo “por mejorar” la organización y funcionamiento del centro de salud, aunque no pueden evitar que esté ubicado en una “zona estigmatizada”. Me explica que el establecimiento del centro hace que las “nuevas” poblaciones de pacientes residentes en los barrios de cobertura no quieran acudir al mismo, y me señala que aunque estas poblaciones no tienen nada en contra de los y las profesionales del centro, es más matiza que están contentas con el equipo, no les gustan la mayoría de las poblaciones (“gitanas”) que históricamente vienen siendo atendidas en el centro de salud. Me advierte que el Centro de Sierra Sur es similar al resto de centros de atención primaria, plantea las mismas limitaciones y ventajas en su funcionamiento, pero “lo diferente” es la forma en la que las poblaciones “protestan” ante una determinada problemática, por ejemplo, se refiere a cómo gritan en las puertas ante el “retraso” de las consultas y no entienden que la demora implica una mejora en la calidad de la atención de las poblaciones (matiza que a través de una mayor dedicación del tiempo de prestación

⁸⁵ En aquel momento una de las principales diferencias entre ambos centros estaba dada en el hecho de que el Centro de Salud Sierra Sur se encontraba en pleno proceso de evaluación (o auditoria) para organizarse como Unidades de Gestión Clínicas (UGC). Este proceso generaba cierto “nerviosismo” entre el personal profesional de la salud, ya que estaba inmerso en la tarea responsable de asumir la reconversión de la estructura organizativa del centro. Todo ello les demandaba una “mayor exigencia” profesional que se traducía tanto en la organización de la presencia física de las consultas, como en la responsabilidad de contribuir a la calidad de una atención a las poblaciones sin demoras y a través de un método de trabajo efectivo, entre otros aspectos. Junto al desarrollo de la gestión clínica en atención primaria, este momento coincide en el tiempo con la implantación generalizada del desarrollo de protocolos de gestión por procesos asistenciales (especialmente en relación a las enfermedades crónicas). Estos procesos implican la creación de circuitos o itinerarios asistenciales entre el ámbito de atención primaria y atención especializada, y tienen como finalidad incrementar la igualdad y la calidad en los procesos de atención a la salud y la enfermedad de las poblaciones.

asistencial). Me cuenta que la semana pasada tuvieron un problema en una de las consultas. Un paciente con SIDA, expresidiario, acudió al centro de salud y robó un ordenador portátil que tenían prestado para poder realizar la auditoría del centro y que contenía toda la información relacionada con ella. La Doctora Susana (M8) lo vio y consiguieron “reducirlo”, por lo que finalmente se vieron en la tesitura de tener que denunciarle. Como resultado de la denuncia, me comenta que la madre del paciente y él mismo han amenazado al equipo de profesionales y que tienen “miedo”. Además, me explica que uno de los profesionales médicos del centro, con una trayectoria profesional dilatada en el mismo, ha expresado que más que miedo está “*my dolido*” con la situación vivida, ya que piensa que el centro de salud es el único lugar en el que han tratado bien y han ayudado a este paciente y que, sin embargo, éste les ha respondido de esta “*mala manera*” (Diario de campo, Centro Sierra Sur, lunes 31 de enero de 2005).

Asimismo, los dos centros de salud se sitúan en zonas en las que históricamente ha existido un fuerte movimiento vecinal y activismo social, para tratar de mejorar su situación y luchar contra su discriminación. Estas reivindicaciones, además, han estado apoyadas en muchas ocasiones por el propio personal profesional adscrito a ambos centros de salud. No obstante, a lo largo de estas últimas tres décadas, estos movimientos han perdido intensidad con el paso de los años aunque posteriormente están volviendo a recuperar protagonismo:

Desde los 90, el movimiento vecinal ... empieza a perder credibilidad. Sin embargo, desde los años 70, la asociación de vecinos de [la zona de cobertura del Centro Sierra Norte] había sido un punto de lucha obrera y vecinal, de curas obreros, del partido comunista, de los sindicatos preconstitucionales, etc. Era un nodo articulador de lucha hacia dentro del barrio. Eso en los años 70 y 80. Ya en los 90 se desvirtúan, los líderes son designados a dedos, los vecinos no se sienten representados ...

[Posteriormente en los primeros años del año 2000] sentíamos que las ONGs estaban perdidas en la gestión institucionalizada e inmersas en la prestación de sus servicios y proyectos en el barrio, ... no cuentan con gente del barrio pensando en el barrio, las ONGs prestan servicios. Y eso limita la capacidad reivindicativa de la gente. Y si encima las asociaciones de vecinos no funcionaban como tal, los vecinos no teníamos espacios ni canales para decir lo que se piensa, no ya para exigir sino para proponer. Se crea por ello la Plataforma Ciudadana. Empezamos con el Manifiesto, hablamos con la gente, intentamos recuperar a las personas antiguas que se habían perdido y habían luchado por el barrio en los 70. Y en el verano del 2007 nos constituimos como asociación ... (Red Andaluza de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social, 2010: 57).

En definitiva, las particularidades mencionadas, es decir el carácter histórico de los centros de salud en la implantación del modelo de atención primaria; las trayectorias de formación y de desempeño socio-profesional compartidas en el ámbito familiar y comunitario; las características de las zonas a las que prestan cobertura los centros de salud; y el tipo de poblaciones residentes en estos territorios y/o barrios condicionan los encuentros asistenciales. De esta forma, estos aspectos teóricamente insta al personal de la salud de ambos centros a ofrecer una respuesta de atención primaria integral e intercultural ante las situaciones y/o necesidades de salud de las poblaciones en pro de la equidad.

De ahí que todas las características señaladas se conforman como un conjunto de criterios teórico-intencionales relevantes para nuestro objeto de estudio. Todos ellos nos llevaron a emprender una fase intensiva de trabajo de campo de carácter exploratorio en el Centro Sierra Norte y en el Centro Sierra Sur. Esta etapa se prolongó durante siete meses, entre finales de enero y mediados de agosto del año 2005.

Tras el desarrollo de esta etapa, en el año 2012 hemos llevado a cabo una *segunda fase de estudio* en 19 centros de atención primaria situados en la provincia de Granada (5 centros de salud de ámbito urbano, en 10 centros de salud de ámbito rural y en 4 consultorios locales de ámbito rural).

Estos centros están adscritos a un mismo distrito de atención primaria, que está conformado por un total de 19 zonas básicas de salud (18 rurales y 1 urbana que, a su vez, se corresponden con la demarcación de cerca de ochenta municipios rurales, más de cien entidades locales y 1 municipio urbano) de acuerdo a la organización establecida en el “Mapa de atención primaria de salud de Andalucía” (Orden de 7 de junio de 2002; SAS, 2003). Entre ellas se distribuyen un total de 36 Unidades de Gestión Clínicas (UGC), siendo 15 de ámbito urbano

En el conjunto de los centros de atención primaria de este distrito desarrollan su labor aproximadamente 1700 profesionales, que se distribuyen en distintas categorías de personal profesional: medicina, pediatría, enfermería, enfermería de enlace, medicina y enfermería de los dispositivo de apoyo, auxiliar de enfermería, matrona, trabajo social, odontología, fisioterapia, farmacia, veterinaria, personal técnico especialista en rayos, personal celador-conductor, celador, personal administrativo, personal auxiliar administrativo y personal informático. Los diferentes tipos de profesionales prestan atención a una población de 664.431 personas (49,1% hombres y 50,9% mujeres), que habita en una superficie de 5.067 Km² de ámbito urbano y rural (Distrito Sanitario Granada-Metropolitano, 2013).

Los 19 centros de salud seleccionados en la segunda fase de estudio presentan unas características organizacionales y estructurales similares a las descritas en los lugares estudiados en la primera fase. A estas especificidades, debemos añadir que gran parte del personal de la salud adscrito a los mismos han pasado por el Centro Sierra Norte y Centro Sierra Sur durante el transcurso de sus respectivos itinerarios formativos. Todo

ello confluye en el desarrollo de una trayectoria de formación y de desempeño socio-profesional en el ámbito familiar y comunitario, que es compartida entre los diferentes espacios de estudio seleccionados en ambas fases. Si bien, cabe señalar que cada centro de salud contiene en sí mismo la delimitación histórica de una serie de peculiaridades socioculturales y socio-profesionales locales que debieran sumarse a la descripción global de todos ellos.

A este respecto, en ambas fases, cabe señalar que los lugares de estudio tienen en común que se caracterizan por la definición y la prestación de una “cartera de servicios” de atención primaria, que se organiza de forma semejante para el conjunto de poblaciones dianas a los que van dirigidos en Andalucía (SAS, 2005, 2007 y 2008). En el Cuadro 1, podemos ver que esta cartera de servicios está compuesta por las distintas actividades de atención científico-técnicas y administrativas que se realizan desde el ámbito de la atención primaria, a través del establecimiento de unos criterios mínimos de oferta en su puesta en práctica.

En relación a este aspecto, cabe indicar que los distintos centros de salud seleccionados comparten el desarrollo de una actuación socio-profesional marcada por creencias y comportamientos similares. Éstos se desprenden del reconocimiento institucional de los siguientes “valores” básicos a considerar en el encuentro asistencial con las poblaciones, sean o no inmigrantes:

- el respeto a las creencias y decisiones de la persona enferma y sus allegados o allegadas,
- la salvaguarda de la confidencialidad e intimidad de la persona, con el fin de preservar su dignidad,
- el compromiso con el sistema sanitario público y con la ciudadanía,
- la búsqueda de la excelencia y la mejora continua de la calidad asistencial,
- el uso adecuado de los recursos y de la innovación tecnológica,
- la información y la transparencia, y

- el trabajo en equipo (Distrito Sanitario Granada–Metropolitano, 2013).

CUADRO 1: DEFINICIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA PRESTADA EN LOS CENTROS DE SALUD Y CONSULTORIOS DE ESTUDIO

Área de atención a la persona	Atención sanitaria en consulta (consulta de medicina de familia, consulta pediátrica y servicio de enfermería) Atención sanitaria en urgencias (en el centro y en el domicilio) Atención relacionada con la salud sexual y la etapa reproductiva Seguimiento de embarazo Atención a problemas cardiovasculares Atención al tabaquismo Atención a personas con procesos crónicos Abordaje del cáncer Atención a personas que requieren cuidados específicos Inmunizaciones de las personas adultas Consejo dietético Cirugía menor Examen de salud de las personas mayores de 65 años Atención sanitaria frente a la violencia de género Atención a la infancia y a la adolescencia
Área de atención a la familia	Atención al duelo Atención a las familias en riesgo* Atención al maltrato de personas ancianas
Área de atención a la comunidad	Educación y promoción de la salud Atención al riesgo social en salud*
Dispositivos de Apoyo	Salud bucodental Rehabilitación Centros de enfermedades de transmisión sexual Unidades de apoyo al “Plan integral al tabaquismo de Andalucía” Servicio de atención ciudadana
Servicios de Salud Pública	Vigilancia epidemiológica Seguridad alimentaria Salud ambiental

Fuente: Elaboración propia a partir del Distrito Sanitario Granada–Metropolitano (2013) (*Este tipo de servicios sanitarios incluye la mención de actuaciones de asistencia dirigidas específicamente a poblaciones “inmigrantes”)⁸⁶

⁸⁶ Como hemos visto en diferentes partes del recorrido teórico–metodológico presentado en esta tesis, la conceptualización de las poblaciones inmigrantes desde el ámbito biomédico frecuentemente se produce y reproduce bajo discursos socio–profesionales que la identifican con los conceptos de atención a poblaciones en situación de riesgo social. Así, por ejemplo, estos abordajes hacen referencia a las siguientes actuaciones incluidas en la definición de la cartera de servicios de atención primaria en Andalucía: 1) la atención en el ámbito de las familias en riesgo a “situaciones de desventaja o exclusión social: actuaciones específicas dirigidas a personas, familias, grupos y comunidad que, siendo atendidas en los servicios sanitarios, presentan factores de riesgo social (personas ancianas en riesgo, personas con discapacidad, menores con factores de riesgo, colectivos de inmigrantes y refugiados, colectivos especiales)”; 2) la atención en el ámbito de la comunidad de “actuaciones específicas dirigidas a personas, familias, grupos y comunidad que, siendo atendidas en los servicios sanitarios, presentan factores de riesgo social. Las actuaciones van encaminadas a su adecuada identificación, intervención, coordinación socio–sanitaria, seguimiento y evaluación” siendo áreas de actuación preferente las relacionadas con colectivos de inmigrantes y refugiados; problemas socio–sanitarios que pueda presentar las minorías étnicas con problemas de integración y la intervención en ZNTS (Distrito Sanitario Granada–Metropolitano, 2013).

De igual modo al procedimiento seguido en la primera fase, las características señaladas se constituyen como un agregado de criterios teórico-intencionales relevantes para nuestro objeto de estudio. Todos ellos nos llevaron a desarrollar una nueva una fase intensiva de trabajo de campo en distintos centros de salud y consultorios para profundizar en la comprensión de los discursos socio-profesionales producidos. El trabajo de campo en esta nueva etapa se realizó a lo largo de cinco meses, entre los meses de febrero a junio del año 2012.

El propósito de ambas fases de estudio ha consistido en describir y comprender con profundidad el contexto del modelo de atención primaria de salud en el que se sitúan y se producen los procesos de construcción de la diferencia en torno a la llegada de poblaciones inmigrantes.

2.3.3.1.2 DESCRIPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DE LOS CENTROS DE SALUD

El funcionamiento de los centros de salud seleccionados en la primera y en la segunda fase de estudio presenta una estructura y una organización que es análoga, con las matizaciones pertinentes, a la que podemos encontrar en cualquier otro centro de atención primaria en Andalucía.

De este modo, en este apartado a través de la descripción detallada del funcionamiento del Centro Sierra Norte y del Centro Sierra Sur, trataremos de dar a aproximarnos a describir el desarrollo del modelo de atención primaria andaluz en la práctica del resto de lugares de estudio considerados en esta investigación.

Para comenzar a describir los centros de salud estudiados, cabe comenzar a describir el tipo de personal adscrito al Centro Sierra Norte y Centro Sierra Sur. Así, en ambos casos los perfiles socio-profesionales fundamentalmente se corresponden con las siguientes categorías⁸⁷:

⁸⁷ El Centro Sierra Norte, por ejemplo, específicamente contaba con ocho profesionales de la medicina (2 mujeres médicas generales, 2 mujeres médicas de familia y 4 hombres médicos de familia); y tres de pediatría (2 mujeres y 1 hombre). Por otro lado, al tratarse de un centro docente, en aquel momento había cuatro “residentes (R3)” (2 mujeres y 2 hombres) en su último año de tutorización y formación en la especialidad de medicina familiar y comunitaria. Asimismo, disponía de diez enfermeras, ocho de las cuales realizaban su trabajo de forma adscrita a las respectivas consultas de medicina familiar y comunitaria, mientras que dos de ellas se dedicaban principalmente a realizar tareas de inmunización o

- Personal de medicina.
- Personal de pediatría.
- Personal de enfermería.
- Personal auxiliar de enfermería.
- Personal de trabajo social sanitario.
- Personal administrativo.

En ambos centros de salud la Dirección Clínica está a cargo del personal de la medicina, mientras que el personal de enfermería desempeña el puesto de Coordinación de Cuidados de Enfermería, que se constituyen como órganos intermedios (artículo 14, Decreto 197/2007, de 3 de julio, del SAS).

El horario de apertura de los centros de atención primaria es de 8:00 a 20:00 horas de lunes a jueves y de 08:00 a 15:00 horas los viernes⁸⁸. Generalmente, el personal

vacunación y las propias del “cuarto de curas”, entre otros aspectos. La plantilla también contaba con dos auxiliares de enfermería (2 mujeres), una de ellas se dedicaba a realizar tareas relacionadas con el desarrollo de la “consulta de la mujer”, y otra a llevar a cabo pruebas funcionales (como, por ejemplo, los electrocardiogramas), reponer materiales, etc. Además, en el centro había dos consultas de trabajo social (2 mujeres), lo que supone todo un distintivo con respecto al resto de centros de salud de Andalucía (en los que puede llegar a no existir esta figura o ser compartida entre dos o más centros de salud o consultorios locales), y que le viene dado por su trayectoria socio-profesional y las características de las “problemáticas sociales” que definen a las poblaciones usuarias adscritas a la zona de cobertura del centro. Ambas consultas de trabajo social, además, en ese momento se dividían equitativamente la atención de las poblaciones en función de las ocho consultas médicas, y éstas a su vez lo hacían a partir de criterios geográfico-territoriales de proximidad entre sí (cuatro cupos de consultas médicas respectivamente por cada profesional del trabajo social). Por su parte el “servicio de información y atención al usuario/a” estaba conformado por seis profesionales: dos celadores-conductores, dos auxiliares administrativas y 2 administrativos/as (1 mujer y 1 hombre, desempeñando éste último a su vez el puesto de secretario del centro de salud en el periodo de realización del trabajo de campo). Por último, el centro además contaba con una fisioterapeuta y una rehabilitadora, así como un odontólogo y una auxiliar de odontología (estos tres últimos tipos de profesionales prestaban servicios compartidos denominados dispositivos de apoyo en el Centro Sierra Norte y en el Centro Sierra Sur). En relación a estos datos se observa que el Centro Sierra Norte cuenta con un mayor volumen de profesionales respecto a otros centros con los que inclusive comparte trayectorias y características comunes. Así, el Centro Sierra Sur contaba con los siguientes profesionales: siete profesionales de la medicina familiar y comunitaria (3 mujeres y 4 hombres), dos pediatras (2 mujeres), seis profesionales de enfermería (3 mujeres y 3 hombres), dos auxiliares de enfermería (2 mujeres), una trabajadora social, tres auxiliares administrativos/as (2 mujeres y 1 hombre) y dos celadores-conductores.

⁸⁸ Este horario puede variar de unos centros de salud y consultorios locales a otros, de modo que algunos de ellos pueden ofertar un horario exclusivamente situado en el tramo de las mañanas. Por ejemplo, en el momento en el que realizamos trabajo de campo el Centro Sierra Norte solo realizaba consultas por la

profesional de la medicina y de pediatría atiende a la población en sus consultas cuatro mañanas (de 9:00 a 14:00 horas) y una tarde (de 14:30 a 20:00 horas) de lunes a viernes. Su atención se dirige a un determinado ratio o “cupo”⁸⁹ máximo de poblaciones (una cantidad que puede ascender hasta un máximo de 1.500 personas en Andalucía).

El personal profesional de la medicina de familia y comunitaria teóricamente representa la primera toma de contacto de las poblaciones con la atención sanitaria que presta el sistema biomédico del sur de Europa. Su principal actividad consiste en desempeñar trabajo con las familias y con la comunidad en los centros de atención primaria y fuera de ellos en los domicilios de las poblaciones, en residencias, escuelas, etc.. Es decir, sus dos grandes objetivos consisten en prestar una respuesta biomédica de “alta calidad” a las poblaciones en las consultas; y aproximarse fuera de ellas a aquellas que no presentan problemas para prevenir y promocionar su salud.

Con estos propósitos dedica gran parte de su jornada de trabajo a realizar tareas asistenciales de medicina de familia (dirigidas a la población mayor de 14 años y, opcionalmente, a la comprendida entre 7 y 14 años que haya optado por este tipo de

tarde de martes a jueves, mientras que el Centro Sierra Sur solo lo hacía los miércoles y jueves, estando el resto de consultas situadas en horario de mañana. Cabe señalar que durante los meses de verano el horario de atención frecuentemente se restringe solo a las mañanas de 8:00 a 15:00 horas. Por otra parte, cabe indicar que anualmente y fuera de estos horarios, de manera continuada se oferta una atención sanitaria urgente en los centros y en los domicilios a demanda de las poblaciones. En el momento en que realizamos el trabajo de campo, además, ambos centros ofertaban de forma conjunta un horario específico de atención urgente a las poblaciones de 15:00 a 17:00 horas de lunes a viernes y de 8:00 a 20:00 horas los sábados, que era llevado a cabo mediante la actividad de dos profesionales de la medicina y de dos profesionales de enfermería.

⁸⁹ En la jerga biomédica el concepto “cupo” hace referencia al número de “tarjetas sanitarias individuales (TIS)” que se corresponden con las personas usuarias que tienen derecho reconocido a la asistencia sanitaria en el SSPA y que son asignadas al personal médico y de pediatría de atención primaria en la “Base de Datos de Usuarios (BDU) del SSPA” gestionada y administrada por el SAS. El cupo no solo alude al número de TIS o documentos temporales de reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria estipulados por profesional, sino a la “carga asistencial” que implican las características poblacionales de las personas usuarias que se corresponden con estas tarjetas. Estas características, por ejemplo, se refieren a la edad, la frecuentación media de las visitas anuales por paciente, el tiempo medio máximo de consulta, dispersión geográfica, problemas especiales que eleven la demanda asistencial, etc. (SAS, 2013). De este modo, a partir de este concepto se crea el de cupo por “tarjeta sanitaria individual ajustada por edad (TAE)” que apunta a la diferente demanda de asistencia que se realiza según los distintos grupos de edad de las poblaciones (grupo 1: número menores de 1 año x 5; grupo 2: número de menores entre 1 y 2 años x 3; grupo 3: número de menores entre 3 y 6 años x 1,5; grupo 4: número de personas entre 7 y 64 años x 1; grupo 5: número de personas entre 65 y 74 años x 2; grupo 6: número de personas entre 75 y más años x 4) (Decreto 260/2001, de 27 de noviembre). En Andalucía el cupo máximo se ha fijado en 1.500 pacientes, si bien en ocasiones se supera ampliamente como, por ejemplo, ocurre durante los periodos estivales en los que el personal médico puede llegar a cuadruplicar su cupo (Benítez, 29 de junio de 2004, ABC).

profesional) y de pediatría (destinadas a la población menor de 15 años). Estas funciones se desarrollan mediante los encuentros asistenciales que tienen lugar con las poblaciones en las consultas (de 4 a 5 horas) y durante la atención domiciliaria (1 hora aproximadamente), y que se ofertan en uno y otro caso a demanda de las poblaciones o en forma programada o concertada⁹⁰. Además, también realizan consultas clínicas y administrativas y atienden situaciones de urgencias en horario de consultas (Distrito Sanitario Granada–Metropolitano, 2013).

Por consulta a demanda se entiende la atención puntual en la consulta, que viene ordenada mediante un proceso previo de asignación de citas (de aproximadamente entre 5 y 8 minutos por cada paciente)⁹¹ en función de las solicitudes realizadas por las poblaciones:

⁹⁰ Durante la realización del trabajo de campo, la planificación de las consultas en el Centro Sierra Norte estaban atravesando por un proceso de reorganización de su modelo de atención clínica. Así, por un lado, tres profesionales trataban de poner en marcha la denominada “*agenda de calidad*” mediante la que se distinguía entre la oferta de consultas programadas en el primer tramo de la mañana o de la tarde, consultas a demanda en el segundo tramo y consultas de atención domiciliaria en la última parte de la mañana. El resto de profesionales seguían el modelo clásico, en el que durante el primer y segundo tramo (por ejemplo, en horario de mañana de 9:00 a 10:30 horas y de 11:15 a 13:30 horas) se ofertaban consultas programadas y a demanda sin diferenciar un tiempo específico para realizar una u otra tarea en la planificación de la agenda (Diario de campo, Centro Sierra Norte, viernes 28 de enero de 2005).

⁹¹ El tiempo dedicado a la consulta de atención se ha incrementado con el paso de los últimos años. Según los datos analizados por la encuesta efectuada por SAS e IESA–CSIC a la población andaluza usuaria de atención primaria en el año 2012, un 34,6% de la población encuestada indica que el tiempo aproximado que ha estado en la consulta de medicina de familia se sitúa en hasta 5 minutos, un 48,6% entre 6 y 10 minutos y un 12,2% entre 11 y 15 minutos. En el momento en el que fue realizado el trabajo de campo, las agendas se organizaban con citas de 3 a 5 minutos por paciente. Este escaso tiempo dedicado a la atención da lugar a una movilización profesional que culmina en la creación en el año 2000, y originariamente en Zaragoza, de la Plataforma 10 Minutos bajo el eslogan “*10 minutos por consulta ¡qué menos!*” (Casajuana, 2001a y 2001b). Desde esta plataforma, De Pablo (2005) señala que se reivindica estatalmente la necesidad de disponer de 10 minutos mínimo por paciente en las consultas de atención primaria tal y como recomiendan las sociedades científicas semFYC (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria), SEMERGEN (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria) y CESM (Confederación Estatal de Sindicatos Médicos). Otros aspectos que reclaman son la falta de recursos técnicos y humanos. Además, el tiempo de atención está estrechamente relacionado con el cupo de pacientes adscrito a cada profesional, cuya ratio observan que debe estar por debajo de 1.200 pacientes, al tiempo que cifran en 25 el número de pacientes a atender por día. Estas reivindicaciones no han estado ausentes de diferentes interpretaciones entre el propio personal de la medicina. Así, por ejemplo, una parte aboga porque la solución pase por una reforma en la organización de las consultas (Casajuana, 2001a y 2001b) y otra demanda la necesidad de contar con más recursos humanos (Coscollar, 2001). Si bien entre ambas posturas se aprecian sinergias y un mismo malestar de fondo que apuesta por mejorar la calidad y la eficiencia de las consultas en atención primaria. Entre los principales hitos de esta plataforma, cabe señalar que el 22 de abril de 2005 en el marco de la celebración del I Foro Médico Nacional de Atención Primaria se firma el denominado Compromiso de Buitrago, que cuenta con el consenso de todas las asociaciones y sociedades científicas de atención primaria del sur de Europa. Este compromiso recoge una “propuesta de medidas clave para mejorar la calidad y dignidad de la atención primaria de

[Discurso desde la profesión de medicina] [El tiempo oscila] en 5 minutos para visita de cita previa. Obviamente ésta no es la expectativa de un paciente que llama con antelación, o se persona en su centro de salud, para obtener visita con su doctor... El atraso casi sistemático se interpreta como fallo del médico, aunque en realidad éste trate de maximizar estos «5» minutos en beneficio del paciente. En otras palabras, quien mejor lo hace resulta penalizado. La percepción de ruido y nervios en la sala de espera puede introducir y de hecho lo hace sesgos importantes en el proceso de decisión del médico. A peor trabajo, peor autoestima, con lo que se inicia la cuesta abajo en nuestro perfil profesional (Borrell-Carrió, 2001: 343).

Por consulta programada o concertada se concibe la planificación de una consulta para atender a poblaciones que presentan una enfermedad y/o una problemática socio-sanitaria que requiere un mayor tiempo de atención (entre 15 y 30 minutos) como, por ejemplo, el caso del seguimiento de las patologías crónicas o el desarrollo del programa de la mujer. La distribución de esta clasificación dicotómica a la hora de establecer una tipología de consultas no está ausente de análisis críticos por parte del personal médico:

[Discurso desde la profesión de medicina] ... deberíamos abandonar el viejo paradigma de «visitas programadas y visitas de cita previa», paradigma que añade: las primeras son «las visitas de verdad», las que se hacen bien, y las otras tienen dispensa papal para «salir del paso» (¡a veces incluso se hacen sin historial clínico!). Este paradigma debería abandonarse definitivamente por ineficiente, falso y peligroso para la salud pública.

- *Ineficiente*: porque fácilmente el médico se queda media hora con los brazos cruzados al fallarle una visita, o gasta esta media hora en actividades preventivas que una enfermera realizaría de manera ventajosa.
- *Falso*: porque la mayor complejidad diagnóstica no suele presentarse en estas visitas programadas «de lujo», sino en las otras visitas de cita previa.
- *Peligroso*: porque las prisas con que debemos abordar la mayor parte de visitas conllevan un peligro enorme de negligencia. Negligencia por cansancio, por irritación, por erosión en la autoestima del profesional (Borrell-Carrió, 2001: 343–344).

Entre otras tareas realizadas por el personal de la medicina, por otra parte, los lunes y viernes participa en sesiones clínicas. Asimismo, interviene en diversos programas de salud específicos (por ejemplo, el programa de la mujer compuesto de planificación familiar, embarazo y prevención de cáncer, el programa de diabetes, de hipertensión

salud en la tercera década de la reforma sanitaria”. Entre ellas, la número 14 consiste en promover “condiciones de trabajo dignas para los médicos de atención primaria en jornadas, ritmo y retribuciones; acordes con la dificultad y responsabilidad del trabajo realizado y la penosidad de los horarios. Erradicación inmediata de los contratos basura”. Estas reivindicaciones también se ponen de relieve en diversas noticias de prensa: nacionales (El País, 10 de junio de 2004, 10 de noviembre de 2006 y 10 de abril de 2007; y El Mundo, 21 de abril de 2005, 10 de noviembre de 2006, 10 de abril de 2007, 11 de abril de 2007 y 10 de mayo de 2007); y locales (Ideal, 1 de junio de 2007 y 26 de noviembre de 2008). Entre los años 2008 y 2013, la duración media de las consultas de atención primaria parece apuntar hacia un ligero aumento. Algunos medios la sitúan en 8,6 minutos de media en Andalucía (ABC, 15 de enero de 2013), mientras que otros aún advierten que “el tiempo máximo de consulta que actualmente pone el SAS a disposición de cada médico de atención primaria es como máximo de cinco minutos por paciente” (Moreno, 21 de febrero de 2012, El Mundo).

arterial, de vigilancia epidemiológica, de salud escolar, etc.). Además de todo ello realiza tareas de docencia y de investigación.

En definitiva, en la práctica cotidiana es frecuente que el personal médico dedique la mayor parte de su jornada laboral a realizar trabajo asistencial en sus consultas (una cifra que puede ascender hasta 50 consultas de “*pacientes*” al día en algunos centros de salud)⁹². Como consecuencia, la tarea que menos tiempo le acapara es el trabajo comunitario. En algunos casos incluso este tipo de actividades comunitarias pueden a veces desarrollarse de forma voluntaria o estar ausentes entre el desempeño de las actividades a realizar. De esta forma, es principalmente el personal de enfermería junto al personal de trabajo social sanitario quienes en mayor medida desempeñan este tipo de tareas, unas veces en solitario y otras en equipo⁹³.

⁹² En relación al número de personas pacientes atendidas por el profesional médico de atención primaria en Andalucía, en una noticia publicada en ABC, el 13 de octubre de 2004, titulada “Algunos médicos atienden a cien pacientes en una sola mañana” se afirmaba que en Andalucía “se abusa de los hospitales como consecuencia de una mala asistencia en la Atención Primaria... el problema está en la cantidad insuficiente de facultativos, lo que provoca la mala atención en los ambulatorios. En este sentido, ... denuncia que hay médicos en centros de salud que tienen que ver cien enfermos cada mañana. Y ello provoca que no se cumpla la aspiración de los de tener, mínimo, diez minutos para cada paciente”. Otra noticia más reciente publicada en el Mundo, el 21 de febrero de 2012, bajo el titular “Los médicos de atención primaria atienden cada día unos 50 pacientes de media”, destaca que en la provincia de Sevilla atienden un 78 por ciento más de consultas de lo “técnica y científicamente admisible” (según datos del Sindicato Médico de Sevilla). Respecto al número de personas pacientes atendidas por personal de pediatría en una noticia local publicada en Ideal, el 28 de abril de 2012, “Pediatras de Granada atienden el doble de pacientes de lo que recomienda la norma”, se pone de relieve que “los pediatras españoles ... denunciaron en Madrid que algunas de sus plazas son ocupadas por profesionales sin titulación específica. Entre sus críticas, a través de la Asociación Española de Pediatría (AEP), destacaba una que afecta directamente a Granada. Estos profesionales alertaron de que en Murcia, Andalucía, Madrid y Canarias hay médicos de esta especialidad que atienden al doble de niños de lo que deberían. Según lo aceptado por las sociedades científicas, son unos 900 por facultativo ...”. En el momento actual esta situación se ve agravada a partir del año 2008 como consecuencia de la disminución de personal profesional de la salud contratado en el SSPA a raíz de los efectos de la crisis económica internacional.

⁹³ No obstante, tal y como señalan March, Jordán, Montaner, Benedé, Elizalde y Ramos (2014) en el contexto del sur de Europa se percibe una gran variabilidad en los distintos tipos y modos de aplicar las actividades comunitarias realizadas entre las diferentes comunidades autónomas, así como en el reconocimiento institucional y la implicación comunitaria que depara el desarrollo y la evaluación de esta actividad. A este respecto, los autores y autoras subrayan que las principales actividades comunitarias llevadas a cabo se refieren a actividades de salud general, alimentación y salud afectiva–sexual, dirigidas a población general, infancia o progenitores, y desarrolladas en centros educativos o de salud. Asimismo, destacan que entre las actividades identificadas en el 85,8% de las mismas participaba personal de enfermería, en el 38,5% de medicina y en el 35% de trabajo social.

Sin embargo, por el contrario el ámbito de la atención familiar⁹⁴ adquiere una gran importancia en el modelo de organización asistencial del Centro Sierra Norte (De la Revilla, De los Ríos y Luna, 2007). Podemos decir, incluso, que el enfoque médico de atención familiar otorga carácter identitario al centro⁹⁵:

El enfoque del enfermo a través de la familia y la intervención en este campo, crucial para la relación y el desarrollo del individuo, es una aspiración que tiene la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria desde su origen (FUNDESFAM, 2013).

De este modo, en el Centro Sierra Norte las funciones asistenciales en el ámbito familiar se vienen desarrollando fundamentalmente a través de las siguientes actividades: utilizar el instrumento genograma para conocer a las familias con disfunciones y calificadas como problema (De la Revilla, 2006)⁹⁶, realizar abordajes psicosociales de las familias

⁹⁴ En relación al ámbito de la atención familiar como aspecto clave en la especialización de la atención primaria, debemos señalar los cambios que se están produciendo en los modelos familiares en los últimos años, y cómo éstos nos acercan al modelo de diversidad familiar de los países centroeuropeos y nórdicos. Esto hace que desde algunos sectores de la medicina familiar y comunitaria se cuestionen el apellido familiar y el tipo de intervención que prima este ámbito. De modo que comienzan a abogar por una medicina que tenga en cuenta que el 23% de los hogares en el sur de Europa están formados por una sola persona, el 21% por parejas sin hijos/as y un 9,3% por madres o padres que viven en solitario con sus hijas e hijos (Vidales, 13 de diciembre de 2013, El País).

⁹⁵ Sin embargo, también debemos señalar que el enfoque de intervención sociosanitaria comunitario está presente en el Centro Sierra Norte desde sus orígenes. Así, se advierte en la realización de múltiples y distintos programas comunitarios pioneros como, por ejemplo, la puesta en marcha del primer programa de accidentes en la infancia, la creación del primer consejo de salud de la provincia, las actividades realizadas longitudinalmente en el programa de vacunación, el inicio de la puesta en marcha del programa de atención a salud de la mujer, etc. (Diario de campo, Centro Sierra Norte, viernes 28 de enero de 2005).

⁹⁶ Un genograma es la representación gráfica de una familia en un momento concreto del tiempo a modo de fotografía, y se trata de una herramienta utilizada en trabajo social y psicología. Consta de dos partes. Una “estructural” en la que se recoge objetivamente la configuración de la estructura de la familia. Otra “relacional” que indica subjetivamente las relaciones entre los distintos miembros de la estructura familiar. Su empleo en el ámbito de la medicina familiar y comunitaria se introduce fundamentalmente para “detectar disfunciones familiares que pueden incidir en la evolución de un determinado paciente, y para hacer un abordaje familiar de determinados síntomas o alteraciones” (Lasanta y Martínez, 2007: 32). Asimismo, es un instrumento que posibilita “dar un salto cualitativo desde lo orgánico e individual a lo psíquico y social, favoreciendo el abordaje de problemas emocionales de la enfermedad, sus repercusiones y las vivencias en torno a ella” (Lasanta y Martínez, 2007: 32). Además, sirve también para conocer la red de apoyo de una persona, para identificar los recursos familiares, para implicar a la familia en el cuidado de una persona paciente, y para que distintos perfiles profesionales conozcan la información de una familia y puedan planificar su cuidado. Durante una de las primeras reuniones de formación continua sobre atención y ayuda domiciliaria mantenidas en el Centro Sierra Norte, se insiste en la idea de que el uso del genograma facilita “que el médico, quien no conoce información sobre un paciente, al emplearlo la descubra y obtenga información útil sobre la anamnesis” (Diario de campo, Centro Sierra Norte, miércoles 3 de febrero de 2005). Cabe señalar que la importancia que cobra esta herramienta de atención familiar en la medicina familiar y comunitaria, se traduce en su incorporación en la Historia de Salud digital que se implanta en Andalucía a través del programa informático Diraya. Sin embargo, las opiniones respecto a su uso señalan que esta herramienta está infrautilizada y que existe un desconocimiento generalizado sobre las posibilidades que ofrece como, por ejemplo, de cara reasignar a las poblaciones en

que se tipifican como problema, y desarrollar intervenciones en familias con disfunciones.

En esta línea, además, desde sus orígenes el Centro Sierra Norte crea la organización de un “Seminario de Atención Familiar”, a partir del que se imparten cursos de formación y se establecen líneas de investigación sobre esta área de conocimientos (FUNDESFAM, 2013)⁹⁷.

También, es posible afirmar que a partir del desarrollo del enfoque biopsicosocial en el Centro Sierra Norte a finales de los años ochenta del siglo XX, la atención familiar se ha consolidado como un aspecto fundamental de la especialidad de la medicina familiar y comunitaria, al tiempo que su impronta se ha extendido a otros centros de salud del territorio nacional⁹⁸. En consecuencia, el Centro Sierra Norte apuesta por un modelo que organiza la prestación de la atención de forma personalizada a las poblaciones mediante la creación de micro equipos de trabajo que se denominan “*Unidades De Atención Familiar (UAF)*”⁹⁹:

un mismo cupo médico según su grupo familiar de origen o para mejorar la coordinación entre distintos profesionales y con ello facilitar la atención integral de ámbito familiar (González-Roa, 2010).

⁹⁷ La Fundación para el Estudio de la Familia (FUNDESFAM) se crea como fundación docente e investigadora en el año 1997. Su objetivo es impulsar el enfoque de la persona paciente a través de la familia y su intervención en este campo como parte esencial de la especialidad de la medicina familiar y comunitaria. Entre sus actuaciones cuenta con la creación de la Revista FUNDESFAM, que tiene como propósito constituirse como un medio de difusión científica de aquellos trabajos de investigación que se relacionan con el ámbito de la atención familiar y con el abordaje psicosocial de los problemas de salud de las poblaciones en atención primaria.

⁹⁸ El interés de gran número de profesionales de la medicina por la atención familiar culmina en la creación del Grupo de Estudio para la Atención Familiar (GRESAF). Este grupo a partir de los años noventa del siglo XX cuenta con el apoyo de la semFYC (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria) y celebra reuniones nacionales para compartir experiencias, conocimientos y habilidades en el campo de la atención familiar en las consultas (FUNDESFAM, 2013).

⁹⁹ En otros contextos del sur de Europa este modelo de trabajo recibe otras denominaciones como, por ejemplo, Unidad Básica Asistencial (UBA) (Casajuana, 2001b), entre otras. Actualmente, cabe señalar que en Andalucía existe una apuesta generalizada por el “*modelo UAF*” como arquetipo organizativo de trabajo interdisciplinar en atención primaria. Sin embargo, en algunos centros de salud o consultorios locales de menor tamaño poblacional, y por tanto con un volumen menor de quehaceres, no es posible llevar a cabo este modelo de trabajo, de modo que el personal de enfermería puede ser compartido por más de una consulta médica. Además, en relación al rol y las funciones a llevar a cabo por enfermería en una UAF, se apunta que a enfermería no le satisface este tipo de modelo organizativo ya que queda invisibilizada al no tener un “*cupo de pacientes propio*” y al “no ser elegida directamente por la población de pacientes” (quienes solo escogen al personal médico que les presta atención) (Diario de campo, Visita al Distrito de Atención Primaria, lunes 6 de febrero de 2012). Así, entre otros aspectos, sus principales reivindicaciones en atención primaria se orientan a alcanzar una mayor especialización en las tareas enfermeras a desempeñar, junto a la consecución de citas enfermeras propias y con independencia de la actividad médica.

[Discurso desde la profesión de medicina] ... surge la idea de cambiar al equipo de salud del Centro por los equipos de salud, en plural, las UAFs, conformado por un triángulo, cuyos ángulos ocupan el paciente/ la familia, el médico y el diplomado de enfermería (De la Revilla, 2001: 203)¹⁰⁰.

Para ello cada consulta de medicina de familia cuenta con un personal de enfermería específico, de modo que comparten las tareas de atención con un mismo cupo de población.

Enfermería desempeña actividades de atención sanitaria a todas las poblaciones (es decir, independientemente de su edad) en los centros de salud y fuera de ellos. En el Centro Sierra Norte el personal de enfermería distribuye su actividad haciendo coincidir su jornada de trabajo con la del profesional de la medicina. Si bien desempeña sus tareas en un horario de atención enfermera a la población que varía cada día y según cada caso. Por ejemplo, a primera hora de la mañana (de 08:30 a 11:30 horas o de 9:00 a 11:30 horas), a media mañana (de 11:30 a 14:00 horas) o por la tarde (de 14:30 horas a 18:30 horas).

Esto se debe a que sus tareas se diversifican entre las consultas enfermeras de atención a demanda o programada en el centro, la atención domiciliaria derivada de un tratamiento médico o de protocolos o programas de salud, la atención urgente en horario de consultas y la realización de otras actuaciones enfermeras. Entre estas últimas realizan, por ejemplo, extracciones y toma de muestras para analíticas; pruebas complementarias (mantoux, gravindex, electrocardiograma, pruebas con tiras reactivas, etc.); sondajes, espirometrías, lavados óticos y oculares, etc.; consultas en el centro derivadas de protocolos o programas de salud como el de planificación familiar, el control del embarazo, la educación maternal, el control del niño/a sano/a, el programa de metadona, etc.; inyectables y vacunaciones; actividades de educación y promoción de la salud, etc..

¹⁰⁰ El trabajo a realizar por cada UAF tiene una organización similar. En teoría consiste en realizar reuniones diarias para organizar el trabajo cotidiano, celebrar reuniones semanales para planificar el trabajo septenario, llevar a cabo sesiones de formación sobre algún caso o casos de intervención familiar, y que al menos uno de los dos miembros profesionales asista a las reuniones generales del equipo de atención primaria celebradas en el centro. En la práctica el funcionamiento interno depende en gran medida de la relación socio-profesional que se establezca entre el personal de medicina y de enfermería, y de la clarificación y delimitación de las funciones a realizar entre ambos. En la mayoría de los casos en las observaciones realizadas en el Centro Sierra Norte se trataba de relaciones históricamente consolidadas, para bien o para mal funcionamiento de las distintas UAF.

En relación al modelo de organización de la atención a través de UAF, no faltan las opiniones críticas que señalan otras formas de ordenar las funciones a desarrollar por los diferentes tipos de profesiones que desempeñan tareas sanitarias y no sanitarias en los centros de salud:

[Discurso desde la profesión de medicina] No podemos olvidar los años de trabajo del médico de familia en condiciones de soledad y extrema dureza, algo que aún hoy se sigue dando. Solos en grandes equipos. Solos rodeados de otros profesionales. La peor soledad. Al tratar aquí de cómo organizarnos mejor, vamos a ser autocríticos, pero sin llegar a autoinculparnos. No se puede asumir que ha habido unos centros mal organizados solo por culpa de los médicos. No es eso. Ideas brillantes las han tenido muchos. Y algunos gestores han desconfiado enormemente de su gente. Enfermeras y administrativos también tienen lo suyo. El tema es complejo. Pero hay que organizarse mejor en los centros de salud...

En general, la población siempre ha tenido un médico de familia de referencia. Pero excepcionalmente esto se daba con los otros profesionales del centro. No es fácil dismantelar los servicios dispensarizados de enfermería, y a veces de médicos. Son frecuentes las organizaciones de enfermería con cuartos de curas, salas de extracciones, vacunas, pruebas complementarias, en las que las enfermeras realizan tareas por turno rotatorio, basados en calendarios y no en su población de referencia. El “cuadrante” es el eje de este panorama. Si se suele encontrar el referente de enfermería para otras actividades, pero no todo lo deseable, y además enfermería no dispone con facilidad de espacios, consultas, donde tener una ubicación de referencia en el CS [Centro de Salud] que permita desarrollar plenamente sus labores personalizadas. Los médicos, trabajaban gran parte de la jornada en condiciones de soledad y extrema dureza, sin apenas apoyos cercanos que puedan influir positivamente para realizar una mejor atención de sus consultas, que se alargan con frecuencia por encima de la jornada laboral y/o se viven con mucha presión. Los administrativos permanecen habitualmente ubicados en un mostrador, lejos de las consultas, física y funcionalmente, con poca flexibilidad y capacidad para colaborar más intensamente en las demandas del centro, muchas de las cuales podrían resolver (Arribas, 2009: 1).

Estas opiniones incluso plantean la reestructuración de las UAF de forma que los equipos estén compuestos por personal de medicina, de enfermería y administrativo. La UAF se constituye así como unidad de referencia funcional y física adecuada para prestar una verdadera atención personalizada a las poblaciones¹⁰¹:

[Discurso desde la profesión de medicina] En el año 2004 realizamos una reestructuración general de nuestro centro, para conseguir una mejor atención a la población y una mayor satisfacción de los *profesionales*, mediante un funcionamiento pleno de unidades de atención familiar (UAF), médico – enfermera – administrativo, como referentes de atención personalizada para la población

...

Se trata de un auténtico espacio personalizado de trabajo en el que los 3 tipos de profesionales se ubican muy próximos en despachos contiguos...

Sus horarios son los mismos, los tres tipos de profesionales coinciden plenamente en la misma jornada laboral. El acto único es un objetivo primordial, la desburocratización de la consulta

¹⁰¹ Entre otros aspectos, este tipo de reestructuraciones tienen como finalidad adoptar medidas organizativas que faciliten la resolución de demandas “fuera” de la consulta médica. De esta forma, por ejemplo, Casajuana (2001b) analiza las demandas de un centro salud y las clasifica, por una parte, según se trate de una necesidad de salud o de tipo administrativo y, por otra, en función de su previsibilidad o imprevisibilidad. Tras constatar que el mayor volumen de demanda se relacionaba con demandas administrativas previsibles, propone que éstas se resuelvan en el área administrativo con un circuito específico y la ayuda de una aplicación informática.

médica se desarrolla más plenamente, y todos los profesionales quedan más cercanos a los pacientes. Desaparecen las tareas dispensadas de enfermería, los administrativos abandonan los mostradores y se ubican junto a la consulta del médico...

Pero no somos nada originales. Nuestro modelo, salvando las diferencias, se basa en el modelo personalizado de trabajo, que día a día, muchos médicos y enfermeras de familia desarrollan en pequeños núcleos rurales, y algunos consultorios perdidos en las grandes ciudades, lejos de los grandes centros de salud, lejos de los grandes equipos. Ellos son los que han conservado mejor la esencia de la atención primaria. Hemos mezclado médicos y enfermeras de familia de pueblo con secretarías de ciudad. Una excelente combinación para todos (Arribas, 2009: 1-4).

El funcionamiento de la UAF también cuenta con el apoyo complementario de la labor desempeñada por personal profesional del trabajo social sanitario. A este modelo de organización inter profesional y disciplinar lo denominan “UAF ampliada” y está conformado por un cuadrado, cuyos lados lo ocupan el paciente/ la familia, el personal profesional de la medicina, el personal de enfermería y el personal del trabajo social sanitario.

La inserción del trabajo social en el campo sanitario y/o biomédico ha pasado por diversas etapas en atención primaria¹⁰². En un primer momento fue conceptualizado

¹⁰² En relación a la profesionalización y especialización del trabajo social en el campo de intervención socio-profesional de la salud, existen dos corrientes de denominación preponderantes para referirse a su inserción laboral en los contextos sanitarios y/o biomédicos. La primera de ellas, “trabajo social en salud” apuesta por utilizar el concepto de salud para enfatizar la dimensión social presente en la definición universal de la OMS. Sin embargo, pone de relieve que esta dimensión se comprende en términos relacionales o psicosociales y no solo sociales de forma que consiste en “la actividad profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen en relación a las situaciones de enfermedad, tanto si influyen en su desencadenamiento como si derivan de ellas” (Ituarte, 1994: 277, citado por Ituarte, 2009: 7). La segunda, “trabajo social sanitario” enfatiza el carácter científico-disciplinar que va unido a la especialización que adquiere su intervención socio-profesional en los sistemas biomédicos. Consiste así en “... una disciplina. Una profesión. La especialización del trabajo social en el ámbito. El trabajo social que se aplica en los establecimientos sanitarios. Es la teoría que guía la práctica y la instrucción profesional en sanidad. Investiga las “leyes básicas” de las realidades, circunstancias sociales, de la enfermedad de las personas atendidas en el sistema sanitario, ya sea en su condición de enfermas, de familia o red social, o como beneficiarias de los programas preventivos” (Colom, 2008: 155). Por último, cabe señalar que también existe una manera específica de denominar a un modelo específico de intervención social de la profesión que se conoce como “trabajo social clínico”. Este modelo se refiere a “la modalidad del Trabajo Social, especializado en el tratamiento de las dificultades de carácter psicosocial, en la atención al sufrimiento psicosocial que desborda al individuo. Es un modelo de intervención profesional que puede aplicar en cualquiera de los ámbitos de del trabajador social y con todos los grupos de población” (AETS, 2012: 1). De esta forma, según esta definición se observa que existe un tipo de “trabajo social clínico” especializado que se lleva a cabo en el campo de intervención socio-profesional de la salud y la salud mental y que se considera como un complemento necesario en la formación específica del trabajo social sanitario. En este tesis hemos optado por utilizar la denominación “trabajo social sanitario” en el sentido socio-profesional empleado por Colom (2008), para enfatizar que nos referimos a la actividad profesional y disciplinar especializada que se lleva a cabo fundamentalmente en torno a la gestión de las dimensiones socioculturales, que interaccionan e influyen en la dimensión biológica de la salud y la enfermedad de las poblaciones en los contextos biomédicos del sur de Europa. Todo ello, además, lo planteamos teniendo en cuenta y reconociendo las dificultades existentes a la hora de definir y

como un personal profesional socio–sanitario teóricamente clave en la composición de los equipos de atención primaria para alcanzar el objetivo de prestar una atención integral e integrada a las poblaciones¹⁰³. Para ello debía llevar a cabo funciones en equipo de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación con personas, grupos y comunidades. Su trabajo consistía principalmente en: a) orientar y asesorar al resto del equipo sobre los aspectos “*sociales*” presentes en las actividades del resto de profesionales, b) coordinar las actividades de trabajo con la comunidad, c) coordinarse con el personal de trabajo social de otras instituciones, y d) ofertar atención social en consulta a demanda del resto de profesionales y de la población (Orden de 2 de septiembre de 1985):

[Discurso desde la profesión de trabajo social sanitario] Son diversas y específicas las actividades que deben desarrollar los trabajadores sociales para llevar a cabo las funciones que les son propias. Así, en primer lugar, deben orientar y asesorar a los miembros del equipo básico de atención primaria y especialmente a los directores de los programas sobre aspectos sociales individuales y comunitarios de las actividades de los mismos. Otra función consiste en coordinar las actividades de trabajo con la comunidad, estimulando su participación y cuidando los canales de comunicación entre el centro y la población. En tercer lugar, han de promover el trabajo en equipo con los de otras instituciones públicas o privadas, para conseguir una mejor utilización de los recursos y servicios sociales. Finalmente, constituye una función importante de los trabajadores sociales ofertar atención social sanitaria en consulta, a demanda de los miembros del equipo básico de atención primaria y de la población. La atención social directa al usuario se hará a través del trabajo social individualizado, familiar, grupal y comunitario (Pérez, 2000: 195).

Posteriormente, su rol y funciones se desarrollan fundamentalmente cada vez de forma aún más solitaria y no están exentas de dificultades en su reconocimiento, definición y ejercicio práctico:

[Discurso desde la profesión de trabajo social sanitario] Esta perfecta adecuación entre el concepto y el enfoque de la atención primaria de salud y el trabajo social, en la práctica tuvo algunas dificultades ... Aunque estábamos inmersos en una reforma a fondo de la atención primaria; el sistema sanitario, tiene una larga tradición de asistencia basada en un modelo “biologicista” cuyas prestaciones eran médico–clínicas, individuales, curativas o paliativas, en base a la demanda puntual de la persona; para poder pasar de este modelo al holístico propugnado por Alma Ata, tendría que haber pasado mucho tiempo y haber tenido unas condiciones idóneas que no se daban en la práctica. El trabajo social representaba todo lo nuevo y por tanto “extraño” al sistema: lo social, la comunidad, el riesgo social; en cada equipo había un colectivo más o menos numeroso de personal sanitario: de 8 a 15 médicos y otros tantos enfermeros, y no sanitario: personal de admisión; pero él o la trabajadora social era una persona sola; esto llevaba la consecuencia de que según el

delimitar la identidad socio-profesional del trabajo social en el campo sanitario y/o biomédico tanto en el ámbito nacional como en el internacional (Ituarte, 2009; Ní–Raghallaigh, Allen, Cunniffe y Quin, 2013).

¹⁰³ Cabe señalar que, en el caso concreto de Andalucía, la primera inserción del personal del trabajo social al ámbito de la atención primaria tiene lugar en mayo de 1984, si bien este personal anteriormente a este fecha ya estaba presente en los hospitales y centros ambulatorios (Diario de campo y entrevista etnográfica a Ramona, informante clave del trabajo social sanitario jubilada, jueves 17 de noviembre de 2011).

desempeño de la profesión que realizara el o la compañera de cada centro, el trabajo social era valorado positiva o negativamente.

Por nuestra parte carecíamos de un modelo anterior del trabajo social en atención primaria con lo que tuvimos que empezar a “inventar” y diseñar nuestra labor. Otro factor influyente en los primeros años fue el desarrollo de los servicios sociales comunitarios y el enfoque predominante de los mismos hacia la gestión de recursos; muchos profesionales y la profesión confundieron el trabajo social en salud con los “servicios sociales en salud”, demandando la aplicación de los recursos sociales como si fueran medicamentos a prescribir (Burgos et al., 2009: 8–9).

En los centros de salud su rol y funciones se encuentran adscritas a la constitución de un servicio y/o unidad de trabajo social sanitario¹⁰⁴. Además, en Andalucía frecuentemente su trabajo se desarrolla en más de un centro de salud. Sus actividades se distribuyen así entre la atención socio–sanitaria a demanda y programada, la intervención a través de programas de salud y las actividades de coordinación intra e interinstitucional. También realiza tareas de formación continuada, de docencia y de investigación.

Además, cabe señalar que en Andalucía el papel del trabajo social sanitario en atención primaria se constituye como profesión adscrita al dispositivo de apoyo que forma parte de la nueva organización de los distritos de atención primaria a raíz de la puesta en marcha del Decreto 197/2007 de 3 de julio del SAS (artículos 15 y 16). De este modo, su papel pierde peso en la prestación de los servicios ofertados a las poblaciones por los centros de salud, ya que se desliga de la composición de las unidades de gestión clínica y los equipos de atención primaria de salud:

[Discurso desde la profesión de trabajo social sanitario] La incorporación del Trabajador/a Social en los EAP [Equipos de Atención Primaria] fue una realidad desde 1985, aunque ha tenido una evolución lenta y desigual, tanto en el desarrollo de sus funciones como en su presencia. Se concibió como la figura que aportaría la visión de lo psicosocial a los equipos favoreciendo la atención integral, que haría de enlace con la comunidad y que lideraría el trabajo comunitario. Sin embargo a lo largo de estos años, su papel no se ha acabado de definir ni de consolidar, las plantillas no han crecido apenas, en muchos casos han pasado de estar asignados a uno o dos equipos de AP [Atención Primaria] a convertirse en unidades de apoyo y las funciones a realizar han variado en relación con las necesidades de las gerencias, debiendo realizar entre otras, tareas burocráticas como el visado de recetas o trámites relacionados con la tarjeta sanitaria en el caso de personas sin recursos (Regato, Domínguez y Sancho, 2009: 151).

Tras esta nueva estructuración organizativa el rol del trabajo social sanitario, tal y como señala Holgado (2010: 164):

¹⁰⁴ Cabe señalar que de forma cada vez más frecuente algunos centros de salud no cuentan con esta unidad o con la presencia de un profesional del trabajo social sanitario. En otros casos la presencia es compartida por diferentes centros entre sí, de modo que un solo profesional del trabajo social debe atender varios equipos y grandes y diversas áreas de población (Ituarte, 2009), lo que complica el objetivo de prestar una atención comprehensiva, integral e integrada a las poblaciones.

... queda definido en parte por su integración en la dinámica organizativa e institucional del centro de salud donde el clima y la cohesión en la organización, el apoyo a los procesos de innovación y las demandas laborales son procesos determinantes.

Todo ello, indica que dada la naturaleza genérica del rol del trabajo social sanitario, existen aspectos tanto satisfactorios (como, por ejemplo, su naturaleza genérica y el rol no demandante de las poblaciones de “clientes”) como desafiantes (como, por ejemplo, la escasez de recursos, las estructuras de gestión y las dificultades relativas al trabajo interdisciplinar) en el desarrollo de su desempeño socio-profesional en atención primaria (Ní-Raghallaigh, Allen, Cunniffe y Quin, 2013).

Por otro lado, en relación al rol del personal administrativo en los centros de salud, podemos decir que es el encargado de cumplir las funciones de información y atención a las poblaciones a través del Servicio de Información y Atención al Usuario/a (SIAU)¹⁰⁵. De ahí que en la práctica se establezcan como la verdadera “puerta de entrada” real y efectiva en los centros de salud. A grandes rasgos entre sus tareas, por ejemplo, en horario ininterrumpido aportan información general a las personas pacientes sobre el funcionamiento del centro; distribuyen las agendas asistenciales; asignan las citas propias del centro y las derivadas a los servicios de atención especializada; tramitan altas de usuarios/as, cambios de personal profesional de la medicina y otros trámites; gestionan reclamaciones; actualizan y mantienen la Base de Datos de Usuarios/as (BDU); atienden llamadas telefónicas; gestionan el correo postal; actualizan el tablón de anuncios; etc.¹⁰⁶.

¹⁰⁵ Institucionalmente en Andalucía este tipo de servicio se designa bajo la denominación de Servicios de Atención Ciudadana (SAC) y se establecen como las “estructuras facilitadoras de las relaciones con la ciudadanía, disponibles en los Centros de Salud y Unidades de Gestión Clínica de Atención Primaria. El SAC como unidad proveedora de servicios administrativos y de apoyo a los servicios clínicos asistenciales, mantiene una estrecha relación y coordinación con las diferentes unidades y servicios del Centro de Salud y del Equipo Básico de Atención Primaria. La oferta de servicios se realiza durante todo el horario de apertura del Centro” (Distrito Sanitario Granada–Metropolitano, 2013). De este modo, en la jerga biomédica a menudo es frecuente encontrar el término “atención a la ciudadanía” o “atención ciudadana” para denominar a la población usuaria respecto a aquellos aspectos que se refieren al desarrollo de la relación institucional que establece el sistema de atención sanitario biomédico con las poblaciones en el contexto de los procesos de atención a la salud y la enfermedad desde los ámbitos de la atención primaria y la atención hospitalaria. Se incluyen, por ejemplo, los relativos a información, comunicación y participación ciudadana.

¹⁰⁶ En Andalucía, en los últimos años, se ha facilitado que el personal administrativo se dedique en mayor medida a ofrecer información y a atender de forma más personalizada a las poblaciones a partir de la puesta en marcha del denominado proyecto Salud Responde de acceso multicanal al SSPA. A través de este servicio se centralizan las llamadas de petición de cita por parte de las poblaciones. Además, está diseñado para satisfacer no solo las necesidades de gestión sanitaria y administrativa de las poblaciones y de las profesiones de la salud, sino otras relacionadas con información, las 24 horas del día, todos los días del año y desde cualquier lugar de Andalucía. En relación a la petición de citas a los centros de atención

En la realidad se constituyen principalmente como “*punto de información*” y su función primordial es “*liberar*” al personal de la salud de la gestión de la carga burocrática. Además, otra de sus tareas fundamentales es velar por el buen clima de las salas de espera en el centro. Así, en algunas ocasiones se ocupan de suavizar tensiones en el caso de que se produzcan.

En general, los distintos tipos de profesionales adscritos a los centros de salud se vienen ajustando a los cambios que acontecen en los modelos organizativos y de funcionamiento que se suceden en el desarrollo de la atención primaria al sur de Europa. Asimismo, se adaptan a una limitación que arrastran desde el comienzo de su inserción laboral en los centros de salud y que viene dada por la falta de precisión en la definición de sus roles y funciones individuales y en equipo. Este aspecto da lugar a una cierta conflictividad interna que se basa en la valoración de una desigual carga laboral o la percepción de la apropiación indebida de las funciones o actividades de trabajo a realizar en el seno de los equipos profesionales.

Desde un punto de vista estructural físico, el Centro Sierra Norte y el Centro Sierra Sur comparten diversas instalaciones en común, como la consulta de odontología, la consulta de fisioterapia y rehabilitación, la sala de fisioterapia (también utilizada como sala de educación maternal), la sala de radiología, la sala de exploración (en la que se realizan ecografías y electrocardiogramas), la sala de estar del personal, las salas de almacén, las aulas de formación, la unidad docente de medicina familiar y comunitaria, la secretaría de la unidad docente y un despacho destinado a la secciones sindicales. Además, se sitúan próximas entre sí sus respectivas salas de extracciones de laboratorio, las salas de juntas y/o biblioteca (en las que se celebran semanalmente reuniones sobre sesiones clínicas) y los despachos de dirección de ambos centros¹⁰⁷.

En la entrada de ambos centros está el mostrador de SIAU. Junto a él se sitúa un buzón a través del que las poblaciones pueden dirigir reclamaciones y/o sugerencias sobre la

primaria, los datos de la encuesta efectuada por SAS e IESA-CSIC a la población andaluza usuaria de atención primaria en el año 2012, indican que un 38,1% de la población encuestada la obtiene acudiendo al centro personalmente, un 32,1% por teléfono llamando a Salud Responde, un 26,3% a través de Internet y un 2,8% por teléfono llamando al centro.

¹⁰⁷ Estas características socio-espaciales pueden presentar variaciones locales en función del emplazamiento físico y los recursos materiales disponibles en cada centro de salud.

atención recibida. Detrás del mostrador se encuentra una sala (no pública) en la que se archivan historias clínicas y otras documentaciones propias del centro. Esta sala se usa en muchas ocasiones como una trastienda o espacio de reuniones informales entre profesionales que acuden bien a descansar o bien a buscar un lugar en el que poder expresarse acerca de cómo transcurre la jornada de trabajo. Frente a SIAU se sitúan distintas cartelerías que señalizan la localización de las consultas y los servicios de atención ofertados por el centro. Por ejemplo, en un lugar destacado, se emplaza un llamativo cartel que recoge los derechos y deberes de las poblaciones usuarias de los servicios de salud en Andalucía¹⁰⁸.

Cerca de la entrada se ubica la unidad de atención (clínica) general, también conocida como el “*cuarto de curas*”, en la que el personal de enfermería lleva a cabo una actuación asistencial programada y a demanda. A ambos lados del pasillo se distribuyen las consultas médicas y enfermeras, estando las consultas pediátricas situadas al final de los corredores. En estos pasillos también se ubican el cuarto de vacunas y la consulta de la mujer. Las consultas de trabajo social sanitario en el Centro Sierra Norte están situadas cerca del mostrador de SIAU, mientras que en el Centro Sierra Sur la única consulta existente se encuentra al fondo de uno de sus pasillos.

A lo largo de los pasillos se sitúan diferentes asientos de color rojo que configuran las “*salas de espera*” para las poblaciones¹⁰⁹. Junto con el mostrador de SIAU, estos asientos son el lugar donde en mayor medida se puede observar cómo transcurre el funcionamiento del centro. Basta con sentarse a observar en este mirador y dejar

¹⁰⁸ Se trata de una Carta de Derechos y Deberes que contiene una selección actualizada, sencilla y comprensible de los derechos de los ciudadanos y ciudadanas en los servicios sanitarios públicos de Andalucía que aparecen recogidos en Ley 2/1998, de Salud de Andalucía. El imperativo de que este cartel esté disponible en los centros sanitarios viene recogido en la propia carta. En los últimos años, la llegada de poblaciones inmigrantes ha generado que la carta haya sido traducida a diversos idiomas como, por ejemplo, el alemán, árabe, francés, inglés, polaco, rumano y ruso. Además, está disponible en sistema braille. Entre los derechos recogidos, el primero hace referencia a recibir una “atención sanitaria en condiciones de igualdad, sin que pueda ser objeto de discriminación por razón alguna, respetando su personalidad, dignidad humana e intimidad”. Entre los principales deberes de las poblaciones, uno alude a “mantener el debido respeto a las normas establecidas en el centro, así como al personal que presta sus servicios en el mismo”, aspecto sobre el que en la práctica versan los principales problemas de relación entre el personal profesional de la salud y las poblaciones.

¹⁰⁹ En relación a la valoración que depara para las poblaciones usuarias de atención primaria en Andalucía la comodidad de las salas de esperas, los datos de la encuesta efectuada por SAS e IESA–CSIC (2012) muestran que un 71,6% de la población encuestada señala que este aspecto está bien, para un 14,5% está muy bien y un 10% indica que está ni bien ni mal.

transcurrir el tiempo para que sea posible: percibir las dinámicas del personal profesional cuando entra y sale de una consulta o sala, escuchar los breves comentarios que se intercambian entre sí sobre los aspectos más destacados de la jornada de trabajo, apreciar cómo se relacionan con las poblaciones de pacientes conocidas o desconocidas, etc.

Al mismo tiempo son un lugar adecuado para aproximarse a las poblaciones que acuden a los centros de salud y tratar de conocerlas, así como para valorar cuáles son las principales opiniones que construyen sobre la atención recibida¹¹⁰. Así, por ejemplo, en investigaciones realizadas en otros lugares de estudio etno–nacionales y/o etno–locales, socioculturales e históricos, aunque el trabajo de campo realizado en las salas de espera de distintos servicios de salud públicos responde a realidades diferentes, es posible que encontremos escenas comunes. Estos actos, por tanto, se conforman como eventos singularmente extrapolables al desarrollo del modelo biomédico de atención hegemónico en cualquier lugar, como podemos observar en el siguiente comentario:

Todos los días, en cada uno de los hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires, puede observarse una escena que, más allá de ciertas particularidades, manifiesta un paisaje común, una línea de eventos que pareciera repetirse con llamativa recurrencia.

En las salas de atención, las personas que esperan acceder al encuentro con los distintos especialistas biomédicos, se arremolinan en torno al mostrador de la consulta, solicitando no solo atención e información, sino reclamando las demoras en las consultas, quejándose por las pérdidas de tiempo sufridas, acercando a los enfermos hacia las puertas de los consultorios médicos, intentando presionar a los profesionales para lograr que los reciban. Hablan entre ellos y se pasan datos, información y referencias de los especialistas que los van a atender, los perfilan, los nombran y los clasifican Se dirigen uno a uno a la secretaria de la recepción, quien se atiene a responder con monosílabos mientras intenta demorar lo inevitable: el enojo de los que sienten colmada su paciencia. En un coro de murmullos los que esperan hablan de sus enfermedades, de sus dolores, de la experiencia de enfermedad trastocando su vida cotidiana (Saizar, 2011: 67).

Además, las salas de espera son un espacio sanitario en el que la observación del aspecto y las formas de expresión o de comportamiento del personal profesional de la salud y de las poblaciones¹¹¹, pueden dar lugar al establecimiento de valores, estereotipos y

¹¹⁰ Especial mención merecen las opiniones que se refieren al tiempo de demora que deben esperar para ser atendidos y atendidas, y cómo este aspecto genera múltiples situaciones de malestar en las salas de espera (De la Puente Cobacho, 6 de agosto de 2013, El País). A este respecto, según la encuesta efectuada por SAS e IESA–CSIC a la población andaluza usuaria de atención primaria en el año 2012, un 31,1% opina que el tiempo que ha tenido que esperar desde la hora que le citaron hasta que entró en la consulta ha sido muy poco, mientras que para un 37,2% ha sido poco, para un 14,6% ni mucho ni poco y para un 11,6% bastante. Asimismo, este tiempo se cifra en hasta 15 minutos para el 72,5% de la población encuestada y de 16 a 30 minutos para el 16,6% de la misma.

¹¹¹ En relación al “*aspecto*” de las poblaciones, la advertencia de estar realizando trabajo de campo en un centro con poblaciones problemáticas desde un punto de vista social y sanitario, se hacía presente en

representaciones socioculturales en un plano *emic* y *etic* en la persona que investiga acerca de las relaciones socio–profesionales que pueden construirse entre las personas que actúan fuera y dentro de las consultas:

Esta mañana una mujer joven de etnia gitana, vestida con un pantalón de pijama y un chaquetón, ataviada con el peinado típico de las mujeres del barrio, recorre la sala de espera mientras grita “*ay qué mala estoy, ay qué mala estoy!*”. En la mano lleva unas recetas y un medicamento que probablemente le ha dado su médico. De repente, se encuentra con una persona conocida, otra mujer también de etnia gitana que presenta una herida en la frente. En ese momento parece olvidar su dolor y se concentra en preguntarle a su conocida qué le ha ocurrido, quien le explica que su herida no es grave y le sonríe con una mirada tímida que parece mostrar un poco de vergüenza tanto por el aspecto físico y el comportamiento de su amiga como por la propia situación de salud personal que le ha llevado hasta el centro. Esta segunda mujer herida está sentada frente a la puerta del despacho de la trabajadora social sanitaria, por lo que intuyo que busca atención en relación a algún tipo de episodio de violencia. Me llama la atención la expresión de dolor que ha manifestado la primera mujer de etnia gitana observada, frente a la segunda. En el primer caso la expresión del padecimiento ha conseguido impresionar al conjunto de personas que estábamos sentadas en la sala de espera y que en ese momento hemos sido partícipes de su queja. No puedo dejar de pensar que su comportamiento se asemeja a una teatralización exagerada del rol de paciente y que choca fuertemente con su rápido cambio de actitud, de golpe y porrazo, hacía el rol de amiga o vecina en el momento en que se encuentra con la segunda mujer. Además, a su vez, pienso que la segunda mujer es quien parece sufrir por su salud en mayor medida, pero en silencio y en solitario, así como consecuencia de una supuesta agresión (Diario de campo, Centro Sierra Norte, martes 15 de febrero de 2005)

Por otra parte, las observaciones realizadas dentro de las consultas nos alertan acerca de que la dinámica cotidiana de los encuentros asistenciales viene marcada por las dimensiones biológicas y socioculturales de las poblaciones, junto a sus motivos de consulta cuando acuden en busca de cuidado al ámbito de atención primaria. En los últimos años, entre los principales aspectos que definen a estas características en los encuentros asistenciales diarios, desde una perspectiva *emic* el personal profesional de la salud destaca aquellas que se relacionan con la llegada progresiva de poblaciones inmigrantes a los centros de salud que se llevan a cabo desde la configuración *etic* de los servicios de atención primaria. Así, podemos observarlo en el discurso científico de la Doctora Pertíñez:

muchas de las interpretaciones que se producían en torno a la cotidianidad de los encuentros asistenciales. Así, por ejemplo, la Doctora Susana (M8) en el Centro Sierra Sur, Directora del mismo, me comentaba que “el vigilante es un buen informante, conoce los dos centros de salud y casi por el “aspecto” ya sabe si alguien va a producir problemas o no en el centro de salud” (Diario de campo, Centro Sierra Sur, lunes 31 de enero de 2005). Hay que hacer notar, que desde el primer momento durante la estancia en el campo se procuró obtener la confianza del vigilante o personal de seguridad de ambos centros como informante clave. Sin embargo, durante este periodo solo conseguimos hacernos con su protección y que éste no tuviera reticencias respecto a la presencia de una investigadora extraña en el centro, sin que finalmente fuese posible entrevistarle.

[Discurso desde la profesión de medicina] ... siempre noto cierto gusanillo en el estómago, como el de los actores antes de empezar una función, al pensar cómo será la tarde, si tendré demasiados pacientes citados, si vendrá alguno difícil, si habrá muchas urgencias... A las tres subo a mi consulta y mi primera mirada se dirige a la mesa en busca de la lista que predecirá el transcurso de la tarde. Hoy en ella hay 42 personas citadas, algunas a la misma hora, y, por el nombre, diría que más de la mitad son inmigrantes. Respiro profundamente y me recuerdo a mí misma que el mes de octubre es el peor del año. Es aquel mes en el que algunos días piensas en estudiar otra especialidad donde no haya función asistencial, o en hacer de asesora, o de gestora, o de lo que sea, pero lejos de la consulta. Paso a saludar a la enfermera, enciendo el ordenador, preparo las recetas y, sin más dilación, me dirijo a la puerta y llamo al primero, o alguno de los primeros.

Ali es un chico de origen pakistaní, de 23 años, que viene por un síndrome gripal. Como la mayor parte de inmigrantes que atiendo son de ese mismo origen, he aprendido un interrogatorio en urdu con las preguntas más frecuentes, y acompañándome de algunos gestos, consigo con más o menos éxito delimitar el motivo de consulta: ¿fiebre, mocos, tos?... Después entra Paula. Es argentina y la conocí hace un año cuando me contó que había emigrado por amor... A Paula no le ha ido bien, pues no se ha cumplido lo que le habían prometido. La pérdida de su amor le ha hecho perder también su trabajo... y su papeles. Conmigo viene a hablar y a veces llora un poco, la escucho, me da las gracias y se va.

Ya voy con retraso y no veo a Chaudry en la sala de espera. Esperaba que viniera hoy porque esta mañana he recibido unos cultivos de esputo positivos de tuberculosis. Tendría que llamarlo, pero cuando vino no dejó ningún número de teléfono...

La siguiente en la lista es Teresita, una chica de unos treinta años, de nacionalidad Filipina... Trae un informe de urgencias hospitalarias y me comunica que se ha roto la mano. Viene a buscar una receta de un antiinflamatorio, "último modelo", de los carísimos, que ya le han facilitado en la farmacia... Al cabo de unos meses me daré cuenta de que no vino a recoger el alta médica, seguramente porque no está contratada y, si no trabaja, no cobra.

...

A estas alturas estoy mentalmente saturada de vidas y problemas, pero no me puedo tomar un descanso con tanta gente esperando ahí fuera. Le toda a Elbia. Al llegar no me he fijado si estaba en la sala. Muchas veces pide cita y luego no viene. Ojalá hoy fuera un día de esos, pero no, ahí está, con cara de angustiada... Yo la conozco desde que llegó y cada vez que está mal de ánimo viene con múltiples motivos de consulta distintos y no me perdona ni uno, empezamos por la debilidad y acabamos con la caída del cabello.

...

Sadar tiene un retraso de su regla, pero han decidido, ella y su marido que en este momento no quieren tener otro bebé, y me pide que le dé una caja de anticonceptivos. Pido refuerzos, entra la enfermera y me ve con la cara descajada. Siento que necesito calma y apoyo para aclarar conceptos con ellas, para aconsejar, aunque no me guste...

... Me da por pensar que la tarde hubiera sido igual de densa si en vez de Ali hubiera venido Manuel, que es analfabeto, o si en vez de buscar a Chaudry hubiera buscado a Antonio, que es indigente. Que Sadar se hubiera podido llamar Jennifer, y Teresita Rocío. Y a lo mejor Elbia sería diagnosticada de fibromialgia si se llamara Carmen. Llego a la conclusión, a las ocho y media de la noche, que lo que acaba con mi energía no es la diferencia, sino la desigualdad disfrazada de inmigración (Pertúñez, 2010: 8–15).

El trabajo de campo en el contexto de las consultas asistenciales (el lugar privilegiado de acceso por excelencia a la práctica de la biomedicina), al igual que ocurre en las salas de espera puede estar condicionado por los valores, estereotipos y representaciones socioculturales que, asimismo, pueden estar presentes en la persona que investiga:

En el último tramo de la mañana (de 12:30 a 14:00 horas) en la consulta del Doctor Pedro (M4) he tenido la oportunidad de observar de forma continuada siete consultas médicas de atención que han tenido lugar durante una media de doce minutos, es decir me indican que han durado "*mucho más*" tiempo del habitual debido en parte al "*buen ritmo*" mediante el que se ha desarrollado la atención a primera hora de la mañana. Los siete casos atendidos podrían representar teóricamente y en rasgos generales a los tipos de poblaciones usuarias que acuden habitualmente a las

consultas... El primer caso se trata de una mujer mayor que acude por dolores óseos y para solicitar una receta con la que tratar una irritación que sufre en sus ojos... La consulta culmina con la prescripción de un análisis de glucosa y de sangre... A continuación, llega un matrimonio compuesto también por personas mayores que acuden a la consulta por diferentes motivos. La esposa padece asma y se queja de un hinchazón que sufre en los tobillos, mientras que el marido requiere la renovación de diferentes recetas y que el médico rellene un trámite para autorizarles una solicitud de baños termales a ambos. En la consulta del Doctor Pedro (M4) procede a explorar físicamente a la esposa del matrimonio, para lo que previamente cierra la puerta de la consulta que hasta ese momento se encontraba abierta... Seguidamente, acude una mujer de edad adulta media para demandar una receta médica mediante la que tratar su diabetes... Durante este acto asistencial, otra mujer que sufre una herida en la nariz, amiga o conocida de la paciente atendida en ese momento, “*se cuela*” en la consulta para demandar un “*P10*” con el que acudir a la consulta de enfermería para ser atendida de inmediato. El médico ante esta irrupción aunque advierte el “*mal*” comportamiento” de la misma, y así me lo comenta luego una vez que las dos mujeres abandonan la consulta, mantiene la calma en todo momento y procede a gestionar el trámite que le solicita la paciente,... Posteriormente, acude un hombre de edad adulta media con el propósito de renovar una receta para tratar un dolor crónico que padece... El paciente es emplazado a una nueva cita dentro de quince días. Inmediatamente, acude una mujer de edad adulta media y de procedencia brasileña junto a un hombre mayor que padece demencia... Al finalizar la consulta Pedro (M4) me comenta que no sabe si esta mujer es “*pareja*” o no de este “*Señor*”. En mi observación la actuación de ella en todo momento me ha parecido la de una persona cuidadora, pero ciertamente me falta información para valorar la relación que pueda existir entre ambos... Consecutivamente tiene lugar la consulta de un chico joven por un resfriado “*banal*” Por último, la mañana finaliza con la consulta de un hombre de edad adulta media y de procedencia marroquí que presenta grandes dificultades para expresar el motivo de su consulta. A lo largo del acto asistencial, deduzco que es la segunda vez que viene por el mismo motivo: “*alergia*”... Pedro (M4) parece no advertir que se trata de la segunda vez que acude el paciente a causa de la “*no mejora*” de su problema de salud. El paciente trata de explicar con grandes dificultades idiomáticas que la alergia que sufre puede deberse a la compra de unas camisetas nuevas (es decir, parece que trata de referir que está causada por el tejido de las mismas), al tiempo que relata como dato informativo que las ha usado sin lavarlas primero y que ello podría ser la causante de la alergia. Pedro (M4) en este momento está pendiente de introducir datos sobre la historia de salud del paciente en el ordenador y de prescribir una receta médica por lo que deduzco que sí debe estar atento escuchando y que ya tiene un diagnóstico claro, a su vez no puedo evitar pensar que me da la impresión de que el médico no se da cuenta de los comentarios acerca del origen de la causa de la alergia señalados insistentemente por el paciente, e incluso por sus acotaciones da la impresión de que piensa que el paciente ha comentado que “*no se lava*” como consecuencia de la alergia. Sin embargo, para concluir el acto asistencial finalmente Pedro (M4) se levanta de su silla, explora y palpa la erupción del paciente... La consulta acaba con la dispensación de una segunda receta en la que prescribe la toma de unas pastillas además de una crema (Diario de campo, Centro Sierra Norte, jueves 3 de febrero de 2005).

La Doctora Irene (M7) está sustituyendo al Doctor Francisco. En las ocasiones en las que he estado con ella en la consulta me da la impresión que está resfriada, no conoce bien a los pacientes y se enfada con demasiada frecuencia tanto por el volumen de pacientes que esperan en la sala de espera (y que parecen no tener claro cuando es su turno), como por los tipos de demandas que las poblaciones realizan (y que hacen que normalmente lleve retraso en la lista de personas pacientes citadas). También da muestras de tener una relación de amor-odio con el ordenador, por un lado parece culparle de la demora en su trabajo, y por otro a veces me da la impresión de que se refugia en él para mantenerse alejada de la población de pacientes y procurar mantener un trato distante. No puedo evitar pensar que en estos casos su actitud podría definirse como la de una “*autómata*” que se dedica a la dispensación de recetas. Sin embargo, tampoco puedo evitar poner en tela de juicio mis impresiones cuando la Doctora Irene (M7) me expresa frecuentemente que no le gustaría que se le acabase su contrato de sustitución porque se encuentra “*muy bien*” en el “*Centro Sierra Sur*” (especialmente en relación al equipo de profesionales)... El lunes, día 21 de febrero de 2005, al llegar a su consulta me comenta que el pasado viernes acudió a su consulta una paciente inmigrante con la que tuvo un altercado, no me explica ni aclara la causa, solo subraya que se preguntaba que hubiese pensado “*yo*” en caso de haberlo visto... (Diario de campo, Centro Sierra Sur, martes 22 de febrero de 2005).

2.3.3.1.3 LA OBSERVACIÓN, LA ENTREVISTA INDIVIDUAL Y SUJETOS PARTICIPANTES

La observación participante, la entrevista etnográfica y la entrevista individual en profundidad semiestructurada han sido las técnicas de campo cualitativo–etnográficas empleadas mayormente para la producción de discursos socio–profesionales durante el abordaje de la primera fase de nuestro estudio.

Si bien, cabe señalar que la observación participante como técnica etnográfica por excelencia (Taylor y Bogdan, 1998), junto a las entrevistas etnográficas (Spradley, 1979) como formas de conversación ligadas y orientadas por el trabajo de campo cualitativo (Valles, 2009), han estado presentes a lo largo de toda la experiencia investigadora que presentamos. De esta forma, han sido entendidas como la percepción o el discurso interpretativo de las personas que investigan (*etic*) ante la acción o las palabras de las personas observadas y entrevistadas (*emic*).

En el desarrollo de la observación participante hemos seguido el modelo procesual (*developmental model*) elaborado por la antropología cognitiva. Siguiendo este modelo hemos partido de una observación sistemática y paulatina que hemos focalizado en la producción de los discursos socio-profesionales del personal de la salud cuando actúa en los encuentros asistenciales con poblaciones inmigrantes en el ámbito de la atención primaria. Además, hemos tenido en cuenta que el uso de la observación participante en el campo de la salud se concibe como “una investigación lenta para problemas que tal vez no urgen una solución, pero que hay que resolver” (Amezcu, 2000: 32). Asimismo, hemos considerado que la observación participante como acción intencional nos permite atravesar “la barrera de lo obvio”, capacitándonos para el extrañamiento (Velasco y Díaz: 1999: 110). Al tiempo que, a su vez, hemos procurado en todo momento que sea participativa teniendo en cuenta que:

Todo el mundo es un observador participante, que adquiere conocimiento acerca del mundo social en tanto que participa en él (Hammersley y Atkinson, 2005: 141–142).

De acuerdo con otras etnografías sanitarias que apuestan por utilizar la observación participante junto a otras técnicas cualitativas para producir discursos, el uso de la misma durante nuestro trabajo de campo se constituyó como todo un desafío y una oportunidad a la hora de acercarnos al “medio natural” en el que acontecen

socioculturalmente los encuentros asistenciales (Guasch, 2002: 10). Así, especialmente, conseguir que el personal de la salud entendiese la utilidad de la técnica y nos permitiera emplearla “dentro” de las consultas de atención primaria fue todo un reto. Este mismo aspecto lo señalan otras investigaciones etnográficas sanitarias realizadas en otros lugares de estudio en el sur de Europa:

Esto me parecía que era una novedad en el campo sanitario que, aunque acostumbrado a la observación como una práctica necesaria para el aprendizaje sanitario (fijense en la cantidad de profesionales acompañados de estudiantes en los actos sanitarios), este tipo de relaciones siempre son asimétricas (pues forman parte de la relación docente–discente) y no tienen como objetivo el análisis de lo que allí se está sucediendo, no hay un entrenamiento ni conocimiento de la técnica, y desde ahí existe poco reconocimiento de la observación por las y los profesionales que la identifican como subjetiva y con poco valor científico. Sin embargo dentro de la antropología y también desde otras experiencias en investigación sanitaria la observación participante tiene una gran importancia pues permite no solo un primer acercamiento a la realidad de estudio, a la forma de trabajo sanitario, a la población sino también por la potencia que tiene para mostrar las contradicciones entre las prácticas, las ideologías y los discursos (Blázquez, 2008: 19)

Los datos sincrónicos obtenidos con la observación participante han sido confirmados y ampliados mediante el empleo de la entrevista etnográfica:

Observación y entrevista etnográfica son dos modos básicos de obtener información, o mejor dicho, de *producirla*... ambas técnicas hablan de los dos tipos de producción de información en el trabajo de campo: la observación y la observación participante proporcionan descripciones, es decir, discurso propio, del investigador; la entrevista, tejida sobre el diálogo, proporciona discurso ajeno, de los sujetos de estudio. (Si bien las categorías «propio» y «ajeno» pueden ser inversamente atribuidas) (Velasco y Díaz, 1999: 33–34).

Por otro lado, los discursos socio–profesionales producidos mediante ambas técnicas han sido completados y enriquecidos con la información procedente del uso de la entrevista en profundidad o cualitativa en su modalidad individual:

El diseño más específico de *las entrevistas en profundidad* suele estar contenido en el *diseño* más amplio de un estudio, donde la utilización de otras técnicas cualitativas y cuantitativas también se contempla. Lo que significa en la práctica, tener que tomar la decisión de usar o no entrevistas; y en caso afirmativo, optar por un uso combinado o autosuficiente (Valles, 2009: 53).

En el desarrollo de la denominada entrevista en profundidad hemos considerado que:

... no es otra cosa que una técnica de obtener información, mediante una conversación profesional con una o varias personas para un estudio analítico de investigación o para contribuir en los diagnósticos o tratamientos sociales. La entrevista en profundidad implica siempre un proceso de comunicación, en el transcurso del cual, ambos actores, entrevistador y entrevistado, pueden influirse mutuamente, tanto consciente como inconscientemente... es fundamentalmente una conversación en la que y durante la que, se ejercita el arte de formular preguntas y escuchar respuestas (Ruiz-Olabuénaga, 1996: 165).

Así, con el propósito de llevar a cabo este tipo de entrevistas se ha diseñado un guión de preguntas en profundidad (véase Anexo 1). A través de este guión se han traducido “las

cuestiones de investigación (objetivos, hipótesis, etc.) en preguntas o asuntos de conversación” en un formato semiestructurado (Valles, 2009: 59).

El empleo de la observación, de las entrevistas etnográficas y de las entrevistas en profundidad en su modalidad individual se ha conceptualizado desde la fenomenología como perspectiva teórico–metodológica de estudio (Taylor y Bogdan, 1998). De este modo, a través de ellas se han tratado de describir e interpretar los discursos socio–profesionales desde el punto de vista del personal de la salud, – sanitario y no sanitario – , que participaba directa o indirectamente en los encuentros asistenciales con poblaciones inmigrantes. Además, hemos tenido en cuenta que su uso combinado ha sido esencial, ya que la “observación sin el discurso es totalmente estéril”, puesto que frecuentemente observamos menos de lo que nos cuentan y la observación está llena de discursos (García-García, 2000: 77). De ahí, que utilizamos el término de discursos en un sentido amplio que incluye todas las palabras y acciones producidas a lo largo de esta tesis desde un punto de vista *etic* y *emic*.

Otro orden de aspectos consistió en situar los discursos socio–profesionales que comenzábamos a producir mediante las técnicas de campo empleadas en el contexto de atención primaria en el que suceden los encuentros asistenciales con poblaciones inmigrantes, y hacerlo desde una perspectiva holística. Para ello fue fundamental indagar en la experiencia socio-profesional del personal de la salud mediante la exploración del pasado y del presente en la construcción del modelo de atención primaria. Así, hubo que conocer y comprender la cultura biomédica y la subcultura del modelo de atención primaria que estudiábamos. Nuestro propósito era comenzar a interpretar los encuentros asistenciales con poblaciones inmigrantes desde la perspectiva en la que el personal profesional de la salud “lo hace” y “lo dice” a partir de su experiencia socio-profesional cotidiana. De este modo, hubo que aprender a comportarse y actuar como personal investigador en el espacio sociocultural de un centro de atención primaria. Esto nos facilitó alcanzar cierta objetividad en nuestra visión interpretativa desde el interior del contexto biomédico mediante la experiencia del extrañamiento, al tiempo que interactuábamos con el equipo de profesionales tratando de pensar y sentir como ellas y ellos lo hacían.

En definitiva, a través de las técnicas de campo descritas procuramos producir información acerca de las cuestiones que habíamos conceptualizado como más relevantes en la construcción de nuestro objeto de estudio, sin abstraerla ni cuantificarla.

Concretamente, la información producida se obtuvo a partir de la observación participante y las entrevistas etnográficas realizadas durante siete meses (entre finales de enero y mediados del mes de agosto del año 2005) en el Centro Sierra Norte y en el Centro Sierra Sur, que estaban adscritos a un mismo distrito de atención sanitario. Durante esta estancia se tomaron notas constantemente sin seguir un guión de observación estructurado, pero enfocando nuestra lente hacia aquello que considerábamos importante describir, explicar e interpretar en relación a nuestros objetivos de investigación. Si bien, debemos enfatizar que la observación participante ha estado presente a lo largo de toda la investigación llevada a cabo, por lo que se han completado diferentes diarios de campo en múltiples lugares estrechamente relacionados con los lugares de estudio.

Asimismo, la información producida se recabó mediante el desarrollo de las entrevistas en profundidad semiestructuradas individuales que se llevaron a cabo con una muestra de personal profesional de la salud, quienes aceptaron participar en las mismas previa petición de su consentimiento verbal informado.

Las entrevistas se realizaron una vez que se consolidaron las relaciones socio-profesionales con el personal profesional de la salud, para bien o para mal, y en los últimos meses de la estancia etnográfica emprendida en los lugares de estudio seleccionados entre los meses de mayo a agosto del año 2005).

De acuerdo a Ruiz-Olabuénaga (1996: 63–67) el diseño de la muestra de profesionales a entrevistar se basó en la realización de un muestreo teórico. De este modo, por intencional matizamos que las personas a entrevistar no fueron elegidas usando las leyes probabilísticas del azar, sino un procedimiento intencional basado en el criterio de definición acerca de cuáles eran las principales profesiones de la salud del ámbito de la atención primaria. Asimismo, siguiendo la modalidad de muestreo intencional de casos típicos (Patton, 1990), el personal profesional de la salud se ha seleccionado en función de un conjunto de criterios estratégicos que hemos considerado idóneos y representativos en la definición de la población de sujetos a estudiar.

Para ello, por una parte, se tuvo en cuenta el criterio relativo a la riqueza de la información a producir según la heterogeneidad de la muestra de profesionales de la salud. Esta heterogeneidad se definió distinguiendo las principales características demográficas y socio-profesionales que representan teórica e intencionalmente a los diferentes perfiles de personal profesional adscrito a un centro de atención primaria en Andalucía (Delgado-Sánchez, López-Fernández y Luna del Castillo, 2001; Ortiz, Birriel y Ortega, 2004; Delgado-Sánchez, Saletti-Cuesta, López-Fernández, Luna del Castillo y Mateo-Rodríguez, 2011; SAS, 2011 y 2012; Consejería de Salud, 2012; Hernansanz et al., 2012; Saletti-Cuesta, 2013)¹¹². Por otra parte, se tuvo en cuenta el criterio relativo a la facilidad en el acceso a la muestra en base a su disposición a participar en las entrevistas.

Finalmente, tal y como muestra el Cuadro 2 las características consideradas en el diseño de la muestra fueron las siguientes: el sexo (hombres y mujeres), la edad (de 25 a 35 años, de 35 a 45 años, de 45 a 55 años y más de 55 años); el perfil profesional (sanitario y no sanitario); la profesión (medicina de familia, pediatría, enfermería, trabajo social y personal del servicio de información y atención a personas usuarias); el centro de adscripción (Centro Sierra Norte y Centro Sierra Sur); y el tiempo de desempeño socio-profesional en el centro de salud (de 0 a 5 años, de 5 a 10 años, de 10 a 15 años y más de 15 años).

De esta manera, para alcanzar un nivel de saturación y calidad apropiada de la información producida, finalmente se realizaron 24 entrevistas semiestructuradas en profundidad atendiendo a cinco tipos de perfiles socio-profesionales que quedan distribuidos de la siguiente manera:

¹¹² La memoria que recoge los datos básicos de la actividad desempeñada por el SAS (2012) en el año 2011, señala que la plantilla general de profesionales está conformada por 84.768 personas (65,4% mujeres y 34,6% hombres). En conjunto, en relación a su distribución por grupos de profesionales se observa que el más numeroso está compuesto por “personal no sanitario” de los grupos C, D y E (20.630 profesionales, 58,7% mujeres y 41,3% hombres), seguido del grupo de Diplomado/a Universitario/a en Enfermería (DUE/ATS) (20.557 profesionales, 73% mujeres y 27% hombres) y auxiliar de enfermería (13.374 profesionales, 94,1% mujeres y 5,9% hombres). A continuación, le sigue el grupo de facultativos/as especialistas de área (7.106 profesionales, 36,8% mujeres y 63,2% hombres) y el de médico/a de familia (6.484 profesionales, 42,3% mujeres y 57,7% hombres). Por último, el personal del trabajo social se cifra en 508 profesionales (86,6% mujeres y 13,4% hombres). En general, los datos recogidos en estas memorias (SAS, 2011 y 2012) muestran un proceso de feminización en el sector profesional sanitario en Andalucía, así como que la edad media del mismo se sitúa en el intervalo de 45 a 55 años. Por su parte, el “Estudio 2011–2039 de las necesidades de profesionales sanitarios en Andalucía”, también refleja que el 70% de la plantilla del SSPA es mujer y la edad media es de 47 años (Consejería de Salud, 2012).

- 10 entrevistas a personal de medicina de familia,
 - 2 entrevistas a personal de pediatría,
 - 8 entrevistas a personal de enfermería,
 - 1 entrevista a personal del trabajo social sanitario, y
 - 3 entrevistas a personal del servicio de información y atención a personas usuarias (SIAU).
- Para identificar a las personas entrevistadas individualmente manteniendo su anonimato, se asignó un nombre ficticio a cada una ellas. Así, como podemos ver en el Cuadro 2, se aplicaron los siguientes códigos:

CUADRO 2: IDENTIFICACIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LOS PERFILES DEL PERSONAL PROFESIONAL DE LA SALUD ENTREVISTADO INDIVIDUALMENTE

Número de entrevista	Identificación	Sexo	Edad en años	Perfil profesional	Profesión	Centro de salud	Años en el Centro
1	Isabel, M1	Mujer	25-35	Sanitario	Medicina	S. Norte	0 y 5
2	Ana, M2	Mujer	35-45	Sanitario	Medicina	S. Norte	0 y 5
3	María, M3	Mujer	35-45	Sanitario	Medicina	S. Norte	0 y 5
4	Pedro, M4	Hombre	35-45	Sanitario	Medicina	S. Norte	0 y 5
5	Julian, M5	Hombre	45-55	Sanitario	Medicina	S. Norte	+ 15
6	Federico, M6	Hombre	45-55	Sanitario	Medicina	S. Norte	+ 15
7	Irene, M7	Mujer	35-45	Sanitario	Medicina	S. Sur	0 y 5
8	Susana, M8	Mujer	35-45	Sanitario	Medicina	S. Sur	0 y 5
9	Antonia, M9	Mujer	35-45	Sanitario	Medicina	S. Sur	0 y 5
10	Gonzalo, M10	Hombre	45-55	Sanitario	Medicina	S. Sur	+15
11	Concha, P1	Mujer	45-55	Sanitario	Pediatría	S. Norte	+ 15
12	Mauro, P2	Hombre	45-55	Sanitario	Pediatría	S. Norte	+ 15
13	Emilia, E1	Mujer	+ 55	Sanitario	Enfermería	S. Norte	+ 15
14	Cristina, E2	Mujer	45-55	Sanitario	Enfermería	S. Norte	10 y 15
15	Elisa, E3	Mujer	+ 55	Sanitario	Enfermería	S. Norte	+ 15
16	Leonor, E4	Mujer	45-55	Sanitario	Enfermería	S. Norte	+ 15
17	Lola, E5	Mujer	45-55	Sanitario	Enfermería	S. Norte	10 y 15
18	Marina, E6	Mujer	35-45	Sanitario	Enfermería	S. Norte	+ 15
19	Lucía, E7	Mujer	45-55	Sanitario	Enfermería	S. Norte	+ 15
20	Berta, E8	Mujer	45-55	Sanitario	Enfermería	S. Norte	+ 15
21	Carmen, TS1	Mujer	35-45	No Sanitario	Trabajo Social	S. Norte	+ 15
22	David, SIAU1	Hombre	35-45	No Sanitario	SIAU	S. Norte	+ 15
23	Gerardo, SIAU2	Hombre	35-45	No Sanitario	SIAU	S. Norte	+ 15
24	Guillermo, SIAU3	Hombre	35-45	No Sanitario	SIAU	S. Norte	0 y 5

Fuente: Elaboración propia a partir de 24 entrevistas a profesionales de la salud

- a. nombre ficticio del personal de la salud entrevistado,
- b. identificación de la profesión: M= médico / médica; P= pediatra; E= enfermera / enfermero; TS= trabajador / trabajadora social; y SIAU= personal del servicio de información y atención a la persona usuaria, y
- c. número de persona entrevistada = 1, 2, 3, 4, etc. (que se refiere al número de persona entrevistada dentro de cada uno de las cinco categorías de profesionales de la salud establecidas).

De esta manera, por ejemplo, la clave “Federico, M6” identifica al sexto médico entrevistado individualmente.

A través de las entrevistas se han tratado de producir las voces y las perspectivas de las personas a quienes se observaba en los lugares de estudio, mediante el empleo de un guión de preguntas semiestructurado que respondía a las dimensiones de nuestros objetivos de investigación. Las entrevistas se realizaron en un entorno de confidencialidad, unas en las estancias de los centros de salud y otras en lugares sociales fuera del recinto de los centros (en cafeterías, en los domicilios de las personas entrevistadas y una de ellas en el propio domicilio de la investigadora). Todas tuvieron una duración media de 60 a 90 minutos, fueron grabadas y transcritas para su posterior análisis.

2.3.3.1.4 LA ENTREVISTA GRUPAL Y SUJETOS PARTICIPANTES

La entrevista en grupo semiestructurada en su variedad de grupo focal ha sido la técnica de campo empleada para la producción de discursos socio–profesionales principalmente en la segunda fase de nuestra investigación. Asimismo, cabe señalar que durante esta fase también se ha hecho uso de la observación participante y de la entrevista etnográfica.

A la hora de definir en qué consiste un grupo focal existen distintas aproximaciones teórico–metodológicas. Todas ellas enfatizan que se trata de un tipo de entrevista grupal a través de la que se produce información sobre una temática o temáticas concretas de estudio, mediante los discursos que emanan de la interacción de un grupo de participantes:

Un *grupo focal* consiste en una entrevista grupal dirigida por un moderador a través de un guión de temas o de entrevista. Se busca la interacción entre los participantes como método para generar información. El grupo focal lo constituyen un número limitado de personas: entre 4 y 10 participantes, un moderador y, si es posible, un observador (Prieto y March, 2002: 104).

Los grupos focales son una técnica de recolección de datos mediante una entrevista grupal semi-estructurada, la cual gira alrededor de una temática propuesta por el investigador moderador. Se han dado diferentes definiciones de *grupo focal*; sin embargo, son muchos los autores que convergen en que éste es un grupo de discusión, guiado por un conjunto de preguntas diseñadas cuidadosamente con un objetivo particular ... (Escobar y Bonilla-Jiménez, 2009: 52).

Actualmente, el uso del grupo focal como técnica cualitativa que busca profundizar en las experiencias y percepciones de los discursos construidos por un determinado grupo de participantes, es comúnmente utilizada en las investigaciones cualitativas del ámbito de las ciencias sociales donde cobra notoriedad académica a partir de los años ochenta del siglo XX (Infesta, Vicente y Cohen, 2012). Sin embargo, su aplicación en la investigación en el área de la atención sanitaria es relativamente reciente (Kitzinger, 1995; Clarke, 1999; Parsons y Greenwood, 2000; Greenwood y Parsons, 2000). Podemos decir que el empleo del grupo focal tiene una amplia expansión y popularidad en salud, al igual que ocurre con otras técnicas de investigación cualitativas como, por ejemplo, la entrevista individual, la técnica delphi o el grupo nominal (March et al., 1999; Gastaldo, et al., 2002; Mira, Lorenzo, Pérez, Aranaz y Vitaller, 2004). A este respecto, además, cabe señalar que en el sur de Europa la mayor parte de la producción de investigación cualitativa en salud se genera desde el ámbito de la atención primaria (Gastaldo, et al., 2002).

Así, como ponen de relieve García-Calvente y Mateo (2000) son cada vez más frecuentes las investigaciones cualitativas en salud que usan el grupo focal, tanto aisladamente como un método de investigación y evaluación por sí mismo como en combinación con otras metodologías y técnicas cualitativas y/o cuantitativas. Las autoras señalan que aunque ciertamente el origen de esta técnica se sitúa en las ciencias sociales, específicamente en la sociología de mediados del siglo XX a partir del trabajo de Merton y Kendall (1946) y Merton (1987), su uso no se extiende hasta la década de los años setenta cuando comienza a aplicarse en el campo de los estudios de mercado. De este modo, en el sur de Europa, el sociólogo Ibáñez (1990) introduce esta técnica en su variante de grupo de discusión durante esta misma etapa histórica y en la práctica de la investigación de mercados (Valles y Baer, 2005: 17). En definitiva, desde los orígenes

de la técnica de grupo focal cabe señalar la existencia de dos corrientes socioculturales en su contextualización:

La europea, representada en la escuela crítica de Madrid, liderada por Jesús Ibáñez quien estableció las bases del grupo de discusión; y b) la corriente norteamericana que puede considerarse la heredera de la línea iniciada por Robert Merton, quien es considerado el padre del grupo focal (Infesta et al., 2012: 235).

Ambas corrientes difieren en el grado de interacción que tratan de lograr entre las personas que participan en el grupo y en el grado de directividad ejercido por quien actúa de moderadora. Sin embargo, a pesar de las posibles diferencias entre ambos tipos de variantes, Infesta et al. (2012) señalan que según Morgan y Krueger (1993) la realización de grupos focales responde a diversas metas que proporcionan distintas ventajas en la interacción entre participantes:

- a) Hay un poder diferencial entre participantes y elaboradores de decisiones: los grupos focales son particularmente útiles cuando se trabaja con categorías de personas que históricamente han tenido un poder e influencia limitado.
- b) Hay una brecha entre los profesionales y la población-objetivo del estudio, la cual puede deberse a factores tales como el lenguaje, la cultura, la región, etc.
- c) Se investigan motivaciones y conductas complejas: comparando los diferentes puntos de vista que los participantes intercambian durante las interacciones en grupos focales, los investigadores pueden examinar motivaciones con un grado de complejidad que no es posible con otras técnicas.
- d) Se requiere aprender más sobre el grado de consenso de un tópico, sobre el rango de opiniones o experiencias que la gente tiene.
- e) El investigador necesite un método de investigación amigable que es respetuoso y no condescendiente con su audiencia objetivo: es la única técnica que permite obtener información como tensiones entre parcialidades opuestas que comienzan a surgir. En estos casos, otras técnicas pueden ser ineficaces porque ninguna parte confía en las intenciones de la otra (pp. 236–237).

En este marco, la incursión del grupo focal en las investigaciones en salud tiene lugar a partir de los años ochenta del siglo XX (Buss, López, Porto, Coelho, de Oliveira y Mikla, 2013). Además, se produce bajo la influencia del presupuesto en resaltar el interés fundamental de la organización sanitaria por escuchar a las poblaciones “clientes o usuarias (reales o potenciales)” de sus servicios y programas de atención (García-Calvente y Mateo, 2000). Posteriormente, a través del desarrollo del uso del grupo focal en los estudios cualitativos en biomedicina y en los servicios de salud, acaba transformándose en una de las técnicas más utilizadas en este campo (Prieto y March, 2002; Amezcua, 2003). De esta forma, se suelen usar con frecuencia como proceso inductivo para generar hipótesis (Escobar y Bonilla-Jiménez, 2009).

Su implementación en los últimos años, por una parte, se concibe como fundamentalmente idónea para investigar sobre aspectos relacionados con la

caracterización de los elementos propios del ámbito de la atención primaria de salud tanto desde la perspectiva de las poblaciones usuarias como de las profesiones de la salud (Wood, 1992; Duro, 2002; Díaz-Llanes, 2005; Fagundes, Alves, de Sá Pinto, da Costa y de Medeiros, 2008; Ant, Wu, Garrido, Pronovost y Gürses, 2014). Así, por ejemplo, cuando se busca producir las experiencias y perspectivas del personal profesional de la salud, los grupos focales ofrecen un contexto especialmente idóneo a través del que pueden disfrutar de la oportunidad de discutir problemas y compartir experiencias entre sí (Wood, 1992). Por otra, se plantea que está especialmente indicada para llevar a cabo la práctica de una investigación sensible “socialmente” y/o perceptiva a la hora de abordar el estudio de temas especialmente “delicados” (Goss, 1998; Jordan, Lynch, Moutray, Orr, Peake y Power, 2007; De Oliveira, 2011; Buss et al., 2013).

En suma, por un lado, la técnica de grupo focal se utiliza para conocer las opiniones y percepciones acerca de los motivos, necesidades y expectativas que construyen las poblaciones en el ámbito de atención primaria, tanto en general (Alonso, Miquel, Golderos, Fernández, Domínguez, de Antonio y Jiménez, 1997; Palacio, Marquet, Oliver, Castro, Bel. y Piñol, 2003a); como particularizadas en distintos grupos socioculturales. Podemos citar las poblaciones “hiperfrecuentadoras” (Guerra y de Anca, 2007), las poblaciones de “personas mayores polimedicadas” (Escamilla, Castañer, Benito, Ruiz, Burrull y Sáenz, 2008), las poblaciones “enfermas crónicas” (Danet, Escudero, Prieto y March, 2012) o las poblaciones de “mujeres” (Peiro, Colomer y Puig, 1999), entre otros colectivos o comunidades de poblaciones.

A este respecto, recientemente está comenzando a emplearse profusamente como una aproximación metodológica que resulta apropiada para investigar acerca de las necesidades de atención sanitaria por parte de grupos de poblaciones cultural y/o lingüísticamente diversas (Melgar-Quiñonez, Kaiser, Martin, Metz y Olivares, 2003; Ruff, Alexander y McKie, 2005; Halcomb, Gholizadeh, DiGiacomo, Phillips y Davidson, 2007; Colectivo IOÉ, 2010). Así ocurre, por ejemplo, específicamente con aquellas investigaciones que tratan de conocer y comprender las situaciones o necesidades de atención de las poblaciones inmigrantes desde el modelo de atención primaria de salud (Fernández y Silvano, 2010; Taloyan, Al-Windi, Johansson y Saleh-Stattin, 2011; Mahrous, 2013).

Por otro lado, su uso también es habitual para acceder a las percepciones y/o significaciones construidas por el personal profesional de la salud ante los procesos de atención a la salud y la enfermedad en atención primaria, fundamentalmente en torno a dos bloques de aspectos.

El primero gira sobre las experiencias de atención del personal profesional de la salud con diferentes perfiles de población en contextos de diversidad. Así, exploran acerca de la opinión que les merece la relación que establecen con las poblaciones respecto a determinados temas específicos del encuentro asistencial. Entre ellos, por ejemplo, destacan la calidad (Hernán, 2002; Girón et al., 2002); la comunicación interna entre el propio personal profesional de la salud, tales como la que se establece entre medicina y enfermería (Guillén-Fonseca, 2011); la participación y la implicación de pacientes en la toma de decisiones (Kawabata, Konishi, Murakami, Kisa y Maezawa, 2009; Jiménez-De Gracia, Ruiz-Moral, Gavilán-Moral, Hueso-Montoro, Cano-Caballero y Alba-Dios, 2012). También, las emociones generadas en los encuentros asistenciales “difíciles” (Atienza, Losada, Marín, Rodríguez y Revuelta, 2011); o las necesidades de apoyo que identifican ante la prestación de atención a poblaciones inmigrantes (Vázquez, Terraza-Núñez, Vargas y Lizana, 2009) como, por ejemplo, las percepciones que les suscita el trabajo que realizan conjuntamente con intérpretes en su relación con las poblaciones inmigrantes (Eklöf, Hupli y Leino-Kilpi, 2014), entre otros aspectos.

El segundo versa en torno a ciertos aspectos concretos que se relacionan con el desarrollo de la práctica socio-profesional en atención primaria. Nos referimos, por ejemplo, a las opiniones y actitudes del personal profesional de la salud respecto al desempeño de sus roles y funciones en el ámbito de la atención primaria, tanto en el caso de la medicina (Turabián y Pérez, 1998; Saletti-Cuesta, 2013); como de la enfermería (Sancho et al., 2002; Albers-Heitner, Lagro-Janssen, Venema, Berghmans, Winkens, de Jonge y Joore, 2010); y del trabajo social sanitario (Riba, Ramentol y Porta, 2010; Ní-Raghallaigh et al., 2013). Entre estas investigaciones, también, se estudia cuáles son sus expectativas socio-profesionales respecto a los aspectos que más valoran en un centro de salud (Palacio, Marquet, Oliver, Castro, Bel y Piñol, 2003b); qué productos o servicios de atención primaria identifican como los más valuados (Pujol et al., 2006); o qué opinión les merece el trabajo que desarrollan en equipo y el clima emocional que se origina en torno a los mismos (Viñas, 2000; García-Romera, Danet y March, 2010).

Asimismo, se investiga sobre la opinión que les suscita un determinado tema de atención o de intervención sociosanitario relacionado con su experiencia socio-profesional. Entre estos temas se encuentra el cuidado informal (García-Calvente, del Río, Castaño, Mateo, Maroto y Hidalgo, 2010); o la práctica clínica basada en la evidencia (Sánchez, Madrigal, Sánchez, Menárguez y Aguinaga, 2010; Pericas-Beltran, Gonzalez-Torrente, De Pedro-Gomez, Morales-Asencio y Bennisar-Veny, 2014).

De acuerdo a estos supuestos teórico-metodológicos, en nuestra investigación el empleo de la técnica de grupo focal se ha conceptualizado desde la fenomenología mediante la que hemos tratado de acceder a la *verstehen* o comprensión del fenómeno objeto de nuestro estudio (Taylor y Bogdan, 1998). Específicamente, su selección se ha sustentado en diversos supuestos y propósitos.

Por una parte, se planteaba como adecuada para producir discursos mediante la interacción de un grupo de participantes que desempeñan una misma profesión de la salud en un centro de atención primaria. De esta forma, su uso se planteaba como óptimo para acceder a la construcción intraprofesional de sus distintas significaciones discursivas sobre el encuentro asistencial cotidiano con poblaciones inmigrantes, al tiempo que nos facilitaba poder compararlas interprofesionalmente entre sí. Por otra parte, se proponía como recomendable para llevar a cabo posteriormente la tarea de reconstruir una sola voz de discursos colectivos o comunes, y hacerlo en base a la producción de distintos puntos de vista singulares sobre cómo cada personal profesional de la salud experimenta el fenómeno de la inmigración desde atención primaria. Igualmente, se presentaba como una técnica experimentada para investigar sobre la inmigración como una temática de atención y/o de intervención socio-profesional que se percibe como sensible desde un punto de vista cultural y no solo social en salud. En suma, este conjunto de aspectos proponían al grupo focal como una técnica apropiada para continuar buscando respuestas en torno a la construcción de nuestro objeto teórico de estudio a través de una mirada cualitativa.

El diseño de los grupos focales, se ha basado en un muestreo intencional estructurado buscando la heterogeneidad entre los grupos (Callejo, 2001) en función de nuestros intereses de investigación. Para ello se ha utilizado el tipo de profesión de la salud desempeñada como variable estructural en la segmentación de la muestra.

La reunión separada de distintos tipos de profesiones de la salud, de un lado, respondía al propósito intencional de seleccionar a participantes que representasen a las principales categorías del personal de la salud que se relaciona cotidianamente con poblaciones inmigrantes en los encuentros asistenciales en los centros de atención primaria. De este modo, de acuerdo a los resultados obtenidos en la primera fase de estudio, se distinguieron los tres perfiles típicos que detentan una experiencia socio-profesional similar ante la inmigración y la diversidad en atención primaria en el sur de Europa, si bien lo hacen desde distintos prismas asistenciales: medicina, enfermería y trabajo social sanitario. En suma, todas las personas participantes debían cumplir con el requisito de tener una experiencia común en el encuentro asistencial con poblaciones inmigrantes (Escobar y Bonilla–Jiménez, 2009).

De otro lado, se basaba en la idea de facilitar que cada grupo de profesionales expresase libremente sus percepciones y experiencias sobre los objetivos de investigación planteados, de modo que todo ello se viese favorecido mediante la presencia de profesionales “semejantes” entre sí (García–Calvente y Mateo, 2000: 181). Esta premisa creó un ambiente propicio para producir significaciones discursivas que nos permitió visualizar la experiencia cotidiana de cada profesión (Buss et al., 2013) y los posibles nexos de interrelación originadas entre todas ellas.

Asimismo, para seleccionar la muestra de participantes de cada grupo focal a realizar se definieron distintos criterios estratégicos a la hora de representar a cada segmento de profesionales de la salud.

De este modo, en primer lugar, como criterio de homogeneidad se decidió que la muestra de profesionales de la medicina, de enfermería y de trabajo social sanitario estuviese adscrita al mismo distrito de atención primaria que en la fase de estudio anterior¹¹³. En segundo lugar, como criterio de diversidad muestral para producir la información se contemplaron las mismas características demográficas y socio-profesionales que fueron consideradas en la definición teórica y representativa de cada

¹¹³ Si bien, nos encontramos que de acuerdo a la nueva remodelación del mapa sanitario de la provincia de Granada, el distrito de atención primaria en cuestión se había ampliado mediante la fusión con otro. Esto nos facilitó la posibilidad de contactar con un universo más amplio de profesionales, quienes desempeñaban su actividad socio-profesional en un mayor número de contextos o escenarios de estudio posibles.

profesión en el contexto andaluz en la primera etapa de estudio. En tercer lugar, se tuvo en cuenta el criterio relativo a la facilidad en el acceso a la muestra de profesionales a entrevistar. El logro de este criterio vino dado mediante el empleo de informantes clave, quienes se adscribían al mismo distrito de atención primaria en cuestión. A través de ellos y ellas nos fue posible seleccionar y contactar con una muestra última de profesionales, quienes respondían a los perfiles típicos especificados en cada segmento y que además presentaban su disposición a participar en las entrevistas en grupo.

Finalmente, tal y como muestra el Cuadro 3 las características muestrales consideradas en la composición interna de cada grupo focal fueron las siguientes: el sexo (hombres y mujeres); la edad (de 25 a 35 años, de 35 a 45 años, de 45 a 55 años y más de 55 años); el perfil profesional (sanitario y no sanitario); la profesión (medicina de familia y pediatría, enfermería y trabajo social); el ámbito del centro de salud o consultorio de adscripción (rural y urbano); y el tiempo de desempeño socio-profesional en atención primaria (de 1 a 5 años, de 5 a 10 años, de 10 a 15 años, de 15 a 25 años y más de 25 años).

Además, cabe señalar que a la hora de valorar el cumplimiento de estos criterios y tras analizar los resultados obtenidos en la fase anterior, se consideró necesario ampliar el número de grupos focales a realizar con personal del trabajo social sanitario. La decisión se basaba en diversos motivos. Uno, resultaba del hecho de que sus saberes y prácticas profesionales y disciplinares se basaban en presupuestos cercanos al afrontamiento de las dimensiones socioculturales en los encuentros asistenciales con las poblaciones inmigrantes, por lo que resultaba de interés profundizar en la comprensión de sus discursos. El segundo, se derivaba del bajo número de personal profesional del trabajo social sanitario empleado en el ámbito de atención primaria en Andalucía (348 profesionales; SAS, 2012), así como de la menor cantidad de discursos socio-profesionales expertos producidos en la literatura científica sobre su actuación socio-profesional en atención primaria, lo que conlleva una cierta infrarrepresentación en el conocimiento de sus experiencias. La tercera, se desprendía del menor número de profesionales del trabajo social sanitario entrevistados durante la primera fase de estudio. La cuarta, procedía de los últimos cambios jurídico-normativos acontecidos en torno a su definición como profesión “no sanitaria” y a su establecimiento como dispositivo de apoyo en el contexto político-institucional de los distritos de atención

primaria en los que se enmarcan los encuentros asistenciales con las poblaciones inmigrantes.

CUADRO 3: IDENTIFICACIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LOS PERFILES DEL PERSONAL PROFESIONAL DE LA SALUD ENTREVISTADO EN GRUPO

Grupo Focal	Número de entrevistado/a	Identificación	Sexo	Edad	Perfil profesional	Profesión	Ámbito del centro de atención primaria	Años en atención primaria
1	1	Fernando, E1-G1	Hombre	35 – 45	Sanitario	Enfermería	Rural	5 – 10
	2	Juan, E2-G1	Hombre	35 – 45	Sanitario	Enfermería	Rural	5 – 10
	3	Blanca, E3-G1	Mujer	45 – 55	Sanitario	Enfermería	Rural	15 – 25
	4	Matilde, E4-G1	Mujer	35 – 45	Sanitario	Enfermería	Rural	15 – 25
	5	Sofía, E5-G1	Mujer	45 – 55	Sanitario	Enfermería	Rural	0 – 5
2	6	Nieves, TS1-G2	Mujer	+ 55	No Sanitario	Trabajo Social	Urbano	+ 25
	7	Valentina, TS2-G2	Mujer	35 – 45	No Sanitario	Trabajo Social	Urbano	15 – 25
	8	Sebastián, TS3-G2	Hombre	45 – 55	No Sanitario	Trabajo Social	Urbano	+ 25
	9	Rebeca, TS4-G2	Mujer	+ 55	No Sanitario	Trabajo Social	Urbano	15 – 25
	10	Belén, TS5-G2	Mujer	45 – 55	No Sanitario	Trabajo Social	Urbano	+ 25
3	11	Gabriel, M1-G3	Hombre	35 – 45	Sanitario	Pediatría	Rural	10 – 15
	12	Rocío, M2-G3	Mujer	25-35	Sanitario	Medicina	Rural	5 – 10
	13	Noelia, M3-G3	Mujer	45 – 55	Sanitario	Medicina	Rural	15 – 25
	14	Olga, M4-G3	Mujer	35 – 45	Sanitario	Medicina	Rural	10 – 15
4	15	Raquel, TS1-G4	Mujer	+ 55	No Sanitario	Trabajo Social	Rural	+ 25
	16	Graciela, TS2-G4	Mujer	35 – 45	No Sanitario	Trabajo Social	Rural	15 – 25
	17	Anabel, TS3-G4	Mujer	45 – 55	No Sanitario	Trabajo Social	Rural	15 – 25
	18	Milagros, TS4-G4	Mujer	+ 55	No Sanitario	Trabajo Social	Rural	+ 25
	19	Mónica, TS5-G4	Mujer	45 – 55	No Sanitario	Trabajo Social	Rural	15 – 25
	20	Celia, TS6-G4	Mujer	35 – 45	No Sanitario	Trabajo Social	Rural	10 – 15
	21	Ángela, TS7-G4	Mujer	45 – 55	No Sanitario	Trabajo Social	Rural	10 – 15
	22	Adrián, TS8-G4	Hombre	35 – 45	No Sanitario	Trabajo Social	Rural	1 – 5
	23	Catalina, TS9-G4	Mujer	+ 55	No Sanitario	Trabajo Social	Rural	+ 25

Fuente: Elaboración propia a partir de 4 grupos focales compuestos por un total de 23 participantes

Así, se decidió ampliar la producción de los discursos procedentes de esta categoría profesional, de modo que entrevistamos a todo el universo de profesionales que formaban parte de esta tipología (y que ascendía a un total de 14 profesionales del trabajo social sanitario, 2 hombres y 12 mujeres). Además, en relación al desarrollo de los grupos focales llevados a cabo con este personal profesional cabe señalar que se conocían entre sí. Sin embargo, en ningún momento se observó que se sintiesen

condicionados por este aspecto a la hora de expresar sus experiencias de atención con poblaciones inmigrantes en presencia de sus iguales en grupo¹¹⁴.

Para el resto de categorías profesionales no fue necesario cumplir con el criterio de realizar un mínimo de dos grupos focales por cada segmento definido (García–Calvente y Mateo, 2000; Prieto y March, 2002). Así, la información producida alcanzó un nivel de saturación teórica¹¹⁵ apropiado a través de las entrevistas realizadas en la primera fase de estudio y de su contraste con la producción de la literatura biomédica consultada.

En definitiva, para lograr un nivel de saturación, calidad y suficiencia idóneo en la información producida se realizaron 4 entrevistas en grupo semiestructuradas en su variedad de grupo focal atendiendo a los tres tipos de perfiles socio–profesionales definidos (véase Cuadro 3). Los grupos focales quedaron distribuidos de la siguiente manera:

- 1 grupo de profesionales de medicina de familia (5 participantes),
- 1 grupo de profesionales de enfermería (4 participantes),
- 2 grupos de profesionales del trabajo social sanitario (de 5 y 9 participantes cada uno).

Para identificar a las personas entrevistadas grupalmente manteniendo su anonimato, se asignó un nombre ficticio a cada una ellas. Así, como podemos ver en el Cuadro 3, el procedimiento seguido en la determinación de estas claves en los grupos focales se aplicaron los siguientes códigos:

¹¹⁴ A este respecto, el personal del trabajo social sanitario entrevistado en grupo nos expresó que no se reunían con frecuencia para tratar aspectos colectivos o comunes en el desempeño de su profesión. Al mismo tiempo, nos manifestó que la reunión grupal en todo momento era percibida como una oportunidad de encontrarse e intercambiar reflexiones y puntos de vista sobre su actividad socio–profesional. Por ello, en ocasiones, tal y como señalan García–Calvente y Mateo (2000) el carácter abierto y no directivo de la entrevista grupal llevada a cabo nos ofreció la posibilidad de ser flexibles a la hora de explorar temáticas emergentes, sin embargo, esta falta de control a veces derivó en una dificultad clara a la hora de reconducir la conversación en torno al tema objeto de estudio.

¹¹⁵ Por saturación teórica entendemos aquella que ocurre en el momento en que la persona que investiga asume que su teoría emergente está lo suficientemente desarrollada como para encajar en cualquier dato futuro que sea recogido (Sandelowski, 2008 citado por Onwuegbuzie, Dickinson, Leech y Zoran, 2011: 132).

- a. nombre ficticio del personal de la salud entrevistado,
- b. identificación de la profesión: M = médico / médica; E= enfermero / enfermera; TS = trabajador / trabajadora social,
- c. posición en el grupo focal = 1, 2, 3, 4, etc. y
- d. grupo Focal = G (por orden de realización: 1, 2, 3, y 4).

De esta manera, por ejemplo, la clave “Matilde, E3–G1” hace referencia a la tercera enfermera participante en el primer grupo focal realizado.

El conjunto de los grupos formados nos permitió producir información de un variado número de profesionales de la salud a la vez, de forma rápida y flexible. El número de profesionales que componían cada grupo osciló entre cuatro y nueve profesionales en cada caso, siendo 23 profesionales las personas que finalmente participaron en los mismos. Todos ellos y ellas fueron informadas verbalmente y por escrito sobre los aspectos más relevantes de la investigación: objetivos, proceso metodológico, quienes la ejecutaban y para qué se realizaba. Además, una vez transmitida esta información, se solicitó la firma de su consentimiento informado por escrito. Dentro de este consentimiento se garantizó la confidencialidad y el anonimato de información aportada (Escobar y Bonilla–Jiménez, 2009).

La información producida en los grupos focales ha tratado de representar a las distintas voces que han expresado las perspectivas y experiencias de las personas participantes, tomando al grupo como unidad de observación (Morgan, 1997). Para ello se hizo uso de un guión de preguntas semiestructurado en profundidad que respondía a las dimensiones de nuestros objetivos de investigación, al tiempo que era flexible ante el surgimiento de posibles categorías de análisis emergentes (véase Anexo 2). Además, en todas las sesiones procuramos observar la interacción entre los y las componentes de cada grupo, ya que lo consideramos una parte integral del significado de las informaciones producidas. Así, a través de la interacción entre participantes se subraya sus visiones del mundo, el lenguaje que usan sobre un tema, así como sus valores y creencias acerca de una determinada situación (Kitzinger 1994, 1995; citado por Gibb, 1997: 3). En ocasiones, las relaciones entre participantes posibilitaron que se formularan

preguntas o se pidieran aclaraciones entre sí, así como fomentaron la reflexión y el intercambio de experiencias en grupo sobre el tema de conversación propuesto. De este modo, durante la realización de los grupos focales se priorizaron los contactos horizontales entre los miembros de cada reunión (Díaz–Llanes, 2005). Este contexto de interacciones permite dar cuenta de las diferentes formas a través de las que el personal profesional de la salud interpreta y construye la realidad acerca de los encuentros asistenciales con poblaciones inmigrantes (Infesta et al., 2012).

Las reuniones grupales se mantuvieron en una sala del distrito de atención primaria en el que se situaban los lugares de estudio seleccionados. Se trataba de un lugar conocido, accesible y cercano al ámbito socio-profesional de la muestra de participantes. En el uso de la sala se procuró crear un clima de confidencialidad e intimidad a lo largo de las distintas sesiones grupales. La duración media de los grupos focales fue de 90 minutos. En todos ellos se tomaron notas de campo, se grabaron y fueron transcritos para su posterior análisis.

2.3.3.2 TRABAJO DE CAMPO *EX SITU* DESDE OTROS LUGARES BIOMÉDICOS DE ESTUDIO

A lo largo de toda la investigación se ha realizado un estudio transversal de informaciones relacionadas con los discursos socio–profesionales producidos desde distintos lugares o espacios biomédicos considerados como “hegemónicos” en la construcción de valores, estereotipos y representaciones socioculturales sobre la diversidad, donde se sitúan las “élites simbólicas” con poder para imponer las visiones dominantes (van Dijk, 2009).

Por una parte, como plantea Foucault (1992) el poder lo detentan quienes dominan los medios de producción y generan las condiciones ideológicas que se sustentan acerca del conocimiento, la verdad y la realidad. Surge porque unos grupos quieren imponer sobre otros su propia perspectiva del mundo, y para ello emplean discursos que se constituyen como formas de pensar y prácticas que lo explican, justifican y perpetúan. En definitiva, en el campo de la salud una parte de la construcción de la realidad se constituye a través de los discursos de poder que definen al rol y las funciones desempeñadas por el personal profesional de la salud, las poblaciones y las instituciones, así como a las relaciones que se suceden entre todas ellas.

Por otra parte, diversos estudios han puesto de manifiesto el decisivo papel de las personas que actúan socialmente con poder para definir la situación (instituciones educativas, políticas, movimientos sociales, medios de comunicación, actores académicos) en relación al hecho inmigrante y a la caracterización de la diversidad cultural (García Borrego, 2001, 2005; Jiménez Rodrigo y Guzmán, 2013).

Desde este marco, para producir discursos socio–profesionales se ha realizado una tarea permanente de observación flotante y análisis documental, desde fuera y dentro de estos lugares biomédicos de trabajo. A partir de este trabajo de campo se ha generado un conjunto diverso de informaciones primarias y secundarias en torno a nuestro objeto de estudio, que han sido situadas de acuerdo a las dimensiones históricas y socioculturales consideradas en nuestra investigación.

Si bien, cabe señalar que la diversidad de espacios estudiada no ha respondido en todos los casos a una selección cerrada, ni numéricamente establecida en base a un propósito sistemático y/o de exhaustividad espacio–temporal. Por el contrario ha cumplido con el requisito teórico–intencional de producir informaciones vinculadas temáticamente, de forma relevante y adecuada, al fenómeno objeto de estudio en cuestión. Así, muchos lugares no estaban pensados ni elegidos *a priori*, sino que se ha accedido a ellos oportuna y estratégicamente con la pretensión de completar el material empírico de esta tesis.

En suma, el *corpus* de discursos socio–profesionales se ha ampliado constantemente a partir de la observación flotante y del análisis documental llevado a cabo en los siguientes lugares biomédicos de estudio hegemónicos: la literatura biomédica, la legislación histórica y vigente, y otros espacios de creación y divulgación de información de diversa tipología. A partir de ellos se han contemplado distintos matices en los discursos socio–profesionales producidos en esta tesis. Así, estas informaciones habladas o escritas, reproducen otros discursos científicos, políticos y mediáticos que están conectados entre sí e intervienen en la construcción de los discursos socio–profesionales que conforman el material empírico de esta tesis.

Todos ellos nos han servido para profundizar en nuestro propósito de describir y comprender cómo se organizan y se afrontan los encuentros asistenciales con poblaciones inmigrantes desde atención primaria.

2.3.3.2.1 LA OBSERVACIÓN FLOTANTE Y EL ANÁLISIS DOCUMENTAL

Por su parte, la técnica de observación flotante propuesta por Pétonnet (1982), se emplea fundamentalmente en el campo de especialidad de la antropología urbana para observar ciudades. Su utilización consiste en estar observando bajo toda circunstancia posible y sin enfocar la atención en un objeto preciso. De este modo, posibilita que la observación flote sin un filtro establecido *a priori*, hasta que aparecen algunos puntos de referencia y de convergencia mediante los que se pueden encontrar ciertas reglas subyacentes (Pétonnet, 1982: 39). Su uso nos ha resultado de gran utilidad para acumular percepciones, experiencias y documentos espontáneos sobre inmigración y salud desde distintos lugares biomédicos de producción discursiva sobre inmigración y salud.

Por otra parte, la técnica de análisis documental hace referencia a un amplio concepto, que alude a la caracterización física y a la descripción conceptual de distintos documentos:

... cubre desde la identificación externa o descripción física del documento a través de sus elementos formales como autor, título, editorial, nombre de revista, año de publicación, etc., hasta la descripción conceptual de su contenido o temática, realizada a través de los lenguajes de indización, como palabras clave o descriptores del tesoro. El concepto de indización se identifica con el análisis del contenido en la medida que dichos lenguajes se utilizan para elaborar los índices temáticos por los que se recupera la información (Rubio, 2004: 1).

A través de ambas técnicas se ha llevado a cabo un proceso de identificación, lectura e interpretación de diferentes informaciones y documentos escritos, audiovisuales o electrónicos sobre inmigración y salud. Estos soportes han sido producidos mediante: la literatura biomédica, la legislación sanitaria pasada y presente, la difusión de diferentes tipos de publicaciones en Internet, y el acopio de información desde otros espacios de observación etnográfica.

La información seleccionada y analizada a través de estas técnicas, no ha seguido un proceso de búsqueda y revisión exhaustiva, ni sistemática en todos los casos. Por el contrario, este proceso ha sido provisto de acuerdo a un filtro subjetivo con el que se han establecido un conjunto de criterios en forma de conceptos y símbolos temáticos, mediante los que se ha accedido a una muestra teórico–representativa de información que enriquece y complementa a los discursos socio–profesionales producidos. De esta forma, la hemos conceptualizado como fotogramas impresos o iconográficos separados,

en el espacio y en el tiempo, de las personas que son autoras de la misma. Así, la información generada tiene que ser “interpretada sin el beneficio del comentario «indígena» de su autor y obligando a una lectura «ética» más que «émica»” (Ruiz-Olabuénaga, 1996: 193).

Sin embargo, a través de esta información se ha tratado de profundizar en el discurso socio-profesional del personal de la salud sobre el encuentro asistencial con poblaciones inmigrantes. A partir de éste se ha procurado describir e interpretar cómo se construyen diferencias etno-culturales y geográfico-nacionales en relación al fenómeno de la inmigración desde el contexto biomédico. Es decir, desde el punto de vista de la organización sociocultural del modelo de atención primaria, así como desde el rol y las funciones desempeñadas por el personal de la salud que lo desarrolla cotidianamente. En definitiva, a partir de estas informaciones hemos observado y analizado documentalmente cómo se construyen las problemáticas o temas de atención que plantea la inmigración a la biomedicina desde distintos lugares de estudio.

En primer lugar, desde la literatura biomédica nacional se ha diseñado una estrategia de revisión exhaustiva para recuperar discurso científico¹¹⁶ a través de publicaciones indexadas en la base de datos bibliográfica *Medline* (a través de la interfaz *PubMed*).

Los descriptores definidos en la búsqueda han versado en torno a las temáticas necesidades de salud y procesos de atención a la salud y la enfermedad en poblaciones inmigrantes al sur de Europa¹¹⁷. Como criterios de búsqueda se tuvieron en cuenta los siguientes: ausencia de límite temporal, que estuviesen escritos en lengua inglesa o

¹¹⁶ Por discurso científico aludimos a la forma de conocimiento grupal que es compartida por las distintas categorías de personal profesional de la salud, que puede ser sesgado e ideológico pero tiene una mayor influencia, poder y legitimación que el de otros grupos sociales (Van Dijk, 2003: 169).

¹¹⁷ A la hora de definir a la población inmigrante los términos del tesauro *Medline* empleados fueron los siguientes: “*emigrants and immigrants*”, “*emigration and immigration*”, “*transients and migrants*”, “*refugees*” y “*cultural diversity*”. Para delimitar la materia de estudio a las necesidades y procesos de atención a la salud y la enfermedad se utilizaron los siguientes descriptores: “*delivery of health care*”, “*delivery of health care, integrated*”, “*primary health care*”, “*comprehensive health care*”, “*community health services*”, “*health services accessibility*”, “*quality of health care*”, “*health care quality, access and evaluation*”, “*quality assurance, health care*”, “*outcome and process assessment (health care)*”, “*health care facilities, manpower and services*”, “*healthcare disparities*”, “*patient acceptance of health care*”, “*needs assessment*”, “*health status disparities*”, “*health status indicators*”, “*health status*” y “*health*”. Por último, para demarcar la búsqueda al contexto del sur de Europa se utilizó un filtro diseñado y evaluado por Valderasa, Mendivila, Parada, Losada-Yáñez y Alonso (2006), que ha demostrado detentar sensibilidad y especificidad a la hora de localizar artículos realizados en este ámbito geográfico.

castellana, que dispusieran de resumen en la base de datos y que respondiesen a algún tipo de estudio con probabilidades de informar acerca de datos empíricos¹¹⁸.

En el momento actual, el número de documentos recuperados mediante esta estrategia de búsqueda se sitúa en 688 artículos, de los cuales 386 han sido publicados en los últimos cinco años y solo 36 de ellos responden al formato de artículo de revisión¹¹⁹. Todo ello nos ha permitido construir una descripción e interpretación sobre el panorama general del *corpus* científico biomédico existente en torno a nuestro objeto teórico de estudio. Así, hemos podido observar como la producción de publicaciones científicas sobre inmigración y salud ha experimentado un gran auge, cuantitativo y cualitativo, a partir del año 2000 en el contexto nacional.

En segundo lugar, desde la legislación sobre atención sanitaria, atención primaria e inmigración, se ha realizado un proceso histórico de revisión y análisis de los principales instrumentos jurídico–normativos de ámbito nacional y autonómico que están disponibles en esta materia. Por tanto, desde este espacio hemos producido un conjunto de informaciones basadas en las peculiares significaciones del discurso político frente a las del discurso socio-profesional y científico sobre inmigración y salud. Si bien, somos conscientes que en muchos casos todos ellos se influyen mutuamente y así lo reflejamos a lo largo de la construcción de esta tesis.

La información ha sido recuperada fundamentalmente mediante bases de datos jurídicas en línea, que nos han permitido identificar y obtener las distintas leyes, decretos, órdenes, etc. que han sido publicadas en distintos momentos históricos en el Boletín Oficial del Estado (BOE) o en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía (BOJA). Tras buscar y seleccionar los documentos jurídicos más pertinentes en relación a nuestro

¹¹⁸ Con el propósito de incluir tanto artículos elaborados a partir de datos empíricos como aquellos otros considerados de revisión que incluyen datos empíricos tomados de estudios primarios, se incluyeron los siguientes límites: “*clinical trial*”, “*meta-analysis*”, “*randomized controlled trial*”, “*review*”, “*case reports*”, “*classical article*”, “*comparative study*”, “*controlled clinical trial*”, “*evaluation studies*”, “*journal article*” y “*multicenter study*”.

¹¹⁹ La fecha de consulta data del 1 de abril de 2014. Paralelamente, y de forma no exhaustiva, se han realizado diferentes procesos de búsqueda de información bibliográfica en diferentes bases de datos interdisciplinares: a) de ámbito internacional como, por ejemplo, *Social Science Citation Index (SSCI)* y *Science Citation Index (SCI)* mediante la interfaz de la *Web of Science (WoS)* del *Institute for Scientific Information (ISI)*; y *Scopus* y *Science Direct* a través del portal *SciVerse* que pertenece al editor *Elsevier*; y b) de ámbito nacional como, por ejemplo, las bases ISOC (ciencias sociales y humanidades) e IME (biomedicina) ofrecidas por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC).

objeto de estudio, hemos procurado analizarlos respondiendo a los siguientes interrogantes generales: de qué documento se trata, qué materia legisla, quién lo propone, cuándo y dónde se publica.

En tercer lugar, desde otros espacios de creación y divulgación de información de diversa tipología, hemos accedido a ella mediante el uso de distintas técnicas de campo.

Así, se ha aplicado la técnica de observación participante y la técnica grupal de consenso tormenta de ideas en cursos de formación continuada dirigidos a personal profesional de la salud en materia de inmigración y salud, que han sido realizados en distintos momentos espacio-temporales.

La técnica de tormenta de ideas o *brainstorming* (Chang y Niedzwiecki, 1999) permite producir un gran número de ideas sobre una determinada temática de estudio, fomentando la participación de todas las personas que componen un grupo. Esta técnica posee la característica de generar una gran variedad de ideas en poco tiempo, estimulando la creatividad y obteniendo el mayor número posible de alternativas ante un determinado interrogante. De este modo, la hemos utilizado para producir información estructurada sobre las relaciones que hacen comprensible el sentido de las percepciones y experiencias cotidianas de la población sujeto de nuestro estudio.

Igualmente, se han tratado de producir “discursos circunstanciales e irrepetibles” en base a conversaciones escuchadas durante la impartición de este tipo de cursos o mediante la asistencia a eventos académicos o de difusión científica relacionados con el fenómeno objeto de estudio (García-García, 2000: 77).

Por otra parte, se ha realizado un proceso de búsqueda de información diversa, en su mayoría no científica, a partir de distintos repositorios escritos y multimedia. Para ello se han empleado distintos descriptores temáticos en base a un criterio de generalidad más que de exhaustividad espacio-temporal.

Así, se ha realizado una revisión de noticias de prensa en medios escritos y digitales. A través de ellos se ha producido el discurso mediático que generan los cambios y las transformaciones socioculturales relacionadas con la llegada de poblaciones inmigrantes a los sistemas biomédicos en el sur de Europa, y cómo éstas han dado lugar a la

construcción de llamativos titulares de prensa. De esta manera, a través de este lugar estudio trataremos de producir informaciones que nos permitan aproximarnos a comprender cuál es el papel de las mismas en la producción de discursos socio-profesionales sobre inmigración y salud. De este modo, coincidimos con Otero (2011) acerca de la importancia de la prensa:

... como contexto etnográfico, donde se reflejan las visiones sociales y surge una polifonía de voces sobre la salud de la población inmigrante con convergencias y divergencias. Los medios de comunicación se convierten también en un espacio de poder, donde no aparecen todos los actores y sus visiones tampoco están representadas, siendo así un instrumento del contexto sociopolítico para crear una configuración social (p.5).

Principalmente, se han utilizado noticias de prensa de dos periódicos de ámbito nacional: El Mundo y El País. Ambos con frecuencia muestran representaciones socio-políticas polarizadas en torno a la realidad social sociocultural en el sur de Europa. Complementariamente, también se han consultado noticias de otros medios nacionales y locales como, por ejemplo, ABC, Ideal, Granada Hoy, La Opinión, Europapress y Redacción Médica.

Por último, se han obtenido informaciones complementarias para enriquecer la producción de los discursos socio-profesionales a partir de diferentes fuentes electrónicas como, por ejemplo, datos de encuestas poblacionales, indicadores demográficos, informes técnicos, recursos informativos de páginas Web institucionales o asociativas, videos, blogs, etc.

Todo ello nos ha permitido producir un *corpus* de informaciones diversas a lo largo de la experiencia de campo llevada a cabo. A través del mismo hemos tratado de ilustrar empíricamente con mayor profundidad los discursos socio-profesionales presentados en esta tesis.

2.4 EL ANÁLISIS DE LOS DISCURSOS SOCIO-PROFESIONALES SOBRE INMIGRACIÓN Y SALUD

Desde la fenomenología como planteamiento teórico-metodológico que da lugar a numerosas “perspectivas” y “estilos” de investigación cualitativa o etnográfica, hemos utilizado el análisis del discurso como estrategia de estudio de la realidad sociocultural (Teach, 1990: 27, citado por Valles, 2009: 44).

Bajo la denominación de “análisis del discurso se agrupan una serie de técnicas de interpretación de textos, orales y escritos, referidas a un buen número de campos disciplinares” (García–García, 2000: 75). Entre esta pluralidad y diversidad de métodos y de referentes teóricos desde los que se concibe el análisis del discurso (Conde, 2009: 21), específicamente en lo que se refiere al “análisis crítico del discurso” es necesario señalar su carácter esencialmente diverso y multidisciplinar. Todo ello debido a que su saber procede de distintas disciplinas, países, culturas y orientaciones investigadoras, y respecto a que su aplicación puede realizarse o combinarse con cualquier enfoque y subdisciplina de las ciencias sociales (Van Dijk, 2003: 143–144). De este modo, el análisis crítico del discurso:

Se centra en los problemas sociales, y en especial en el papel del discurso en la producción y en la reproducción del abuso de poder o de la dominación. Siempre que sea posible, se ocupará de estas cuestiones desde una perspectiva que sea coherente con los mejores intereses de los grupos dominados. Toma seriamente en consideración las experiencias y las opiniones de los miembros de dichos grupos, y apoya su lucha contra la desigualdad. Es decir, la investigación realizada mediante el ACD [*Análisis Crítico del Discurso*] combina lo que, de forma tal vez algo pomposa, suele llamarse «solidaridad con los oprimidos» con una actitud de oposición y disidencia contra quienes abusan de los textos y las declaraciones con el fin de establecer, confirmar o legitimar su abuso de poder. A diferencia de otros muchos saberes, el ACD no niega sino que explícitamente define y defiende su propia posición sociopolítica. Es decir, el ACD expresa un sesgo, y está orgulloso de ello (Van Dijk, 2003: 144).

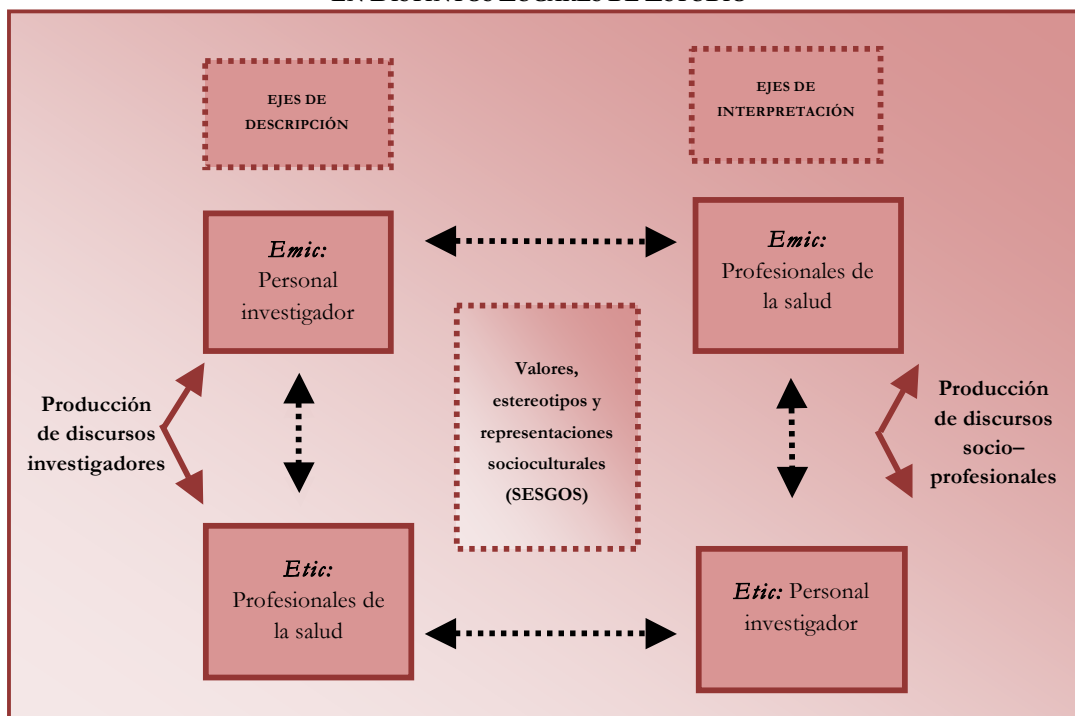
Nuestro interés en el análisis del discurso emana del propósito de describir y comprender interdisciplinariamente los procesos asociados a la construcción de la diferencia, que se vienen produciendo y reproduciendo a través de los discursos socio–profesionales sobre inmigración y salud desde el modelo de atención primaria al sur de Europa en la última década. Para ello entendemos que en este campo de estudio el discurso tiene un importante rol para la biomedicina, así como detenta un significado profundo para la perspectiva sociocultural en sentido amplio (en el discurso en y acerca de la sanación, curación o terapia; en las expresiones de sufrimiento; y en las ideologías relevantes del lenguaje) (Wilce, 2009: 200). Así, en términos de diversidad, nos interesa describir cómo se construyen colectivamente los discursos socio–profesionales sobre el saber y la experiencia en la atención a la salud y a la enfermedad en los encuentros asistenciales con poblaciones inmigrantes. Asimismo, nos interesa comprender si éstos están impregnados de valores, estereotipos y representaciones socioculturales. Estos discursos pueden dar lugar a la producción de situaciones de poder, subordinación y dominación entre el personal profesional de la salud y las poblaciones sean o no inmigrantes en el ámbito de la atención primaria.

Para llevar a cabo el análisis del discurso, en todo momento, hemos entendido a las técnicas empleadas durante el trabajo de campo como el medio para producir la percepción e interpretación *etic*, pero también *emic*, de las personas que investigan. Esta elaboración, además, siempre ha tenido lugar ante la construcción sociocultural e histórica de las experiencias y perspectivas *emic* del personal profesional de la salud, y que se sitúan en determinados lugares de estudio *etic*:

... el discurso etnográfico parte de un encuentro muy especial y está condicionado por él. En este contexto el nativo se convierte en un productor de información. Echa mano de la memoria y de la experiencia personal y suelta indiscriminadamente relatos de desigual “textura”. Son situaciones discursivas negociadas, transacciones sobre lo explícito y lo implícito, sobre lo que tiene relevancia y lo que carece de ella. La capacidad de discriminar lo importante de lo que no lo es pertenece al etnógrafo, nunca al informante (García-García, 2000: 80).

Como podemos ver en la Figura 5, estas premisas nos han permitido enriquecer los datos descriptivos y hermenéuticos *emic* y *etic* que están presentes en uno y otro polo del análisis, y que hemos llevado a cabo sobre el conjunto de discursos socio-profesionales e investigadores que presentamos en esta tesis.

FIGURA 5: CATEGORÍAS DE DESCRIPCIÓN E INTERPRETACIÓN EN LA PRODUCCIÓN DE DISCURSOS SOCIO-PROFESIONALES E INVESTIGADORES A TRAVÉS DE LAS TÉCNICAS DE CAMPO EMPLEADAS EN DISTINTOS LUGARES DE ESTUDIO



Fuente: Elaboración propia

De este modo, los discursos socio-profesionales producidos y analizados en distintos lugares de estudio son a la vez el objeto y el instrumento que guía esta tesis. Por

“discurso” entendemos aquellas instancias del lenguaje (escritas y habladas, cara a cara y mediatizadas) que son usadas en un contexto sociocultural particular (Wilce, 2009: 200). Es decir, utilizamos el término en sentido amplio de “acontecimiento comunicativo”, de modo que incluye la interacción conversacional, los textos escritos y también los gestos asociados, el diseño de portada, la disposición tipográfica, las imágenes y cualquier otra dimensión o significación semiótica o multimedia (Van Dijk, 2003: 146).

Entre estos aspectos, el lenguaje humano entendido como “conducta social” es fundamental en cualquier análisis del discurso y, además, cualquier acontecimiento social se relata en forma de lenguaje (García–García, 2000: 76). En el análisis del lenguaje, además, es preciso “separar un componente semiótico (lo que hay de fuerza en el habla) y un componente simbólico (lo que hay de significado en el habla)”, o lo que dicen (semántica) y lo que hacen (pragmática) (Ibáñez, 2007: 57). De esta manera, en el análisis del discurso es fundamental distinguir el “discurso explícito” que se manifiesta en forma de palabra, del “discurso implícito” que lo hace como razonamiento, de modo que hablar y la forma de hacerlo son el resultado de una decisión estratégica (García–García, 2000: 81). Además, es importante advertir que todo discurso se produce y desarrolla en relación a otro u otros discursos a los que hace referencia, interpela, o a los que se trata de acercar o diferenciar, configurándose como un sistema de discursos (Conde, 2009: 9). Es por ello que el análisis del discurso siempre necesita explicitar “algunas de las estructuras, estrategias y funciones del texto y la conversación, lo que incluye las formas –gramaticales, pragmáticas, de interacción estilísticas, retóricas, semióticas, narrativas o similares– de la organización verbal y paraverbal de los acontecimientos comunicativos” (Van Dijk, 2003: 146).

A este respecto, es necesario identificar cómo a través de estos componentes se construye el contexto de la realidad sociocultural en la que se elabora el discurso.

Así, por un lado, los discursos socio–profesionales analizados son un elemento simbólico, semántico y pragmático constitutivo del propio modelo biomédico en el que el personal profesional de la salud desarrolla sus actividades socio-profesionales, así como desde el que interactúa entre sí y con las poblaciones atendidas. Por otro lado, son el componente clave sobre el que construyen sus percepciones y experiencias socio-profesionales en los encuentros asistenciales cotidianos con las poblaciones sean o no

inmigrantes en contextos de diversidad. Es decir, los discursos socio–profesionales se producen desde el ámbito de las costumbres, creencias y tradiciones socioculturales y biomédicas de los contextos macro y micro en los que tienen lugar, al tiempo que los reproducen. A través de ellos, el personal de la salud se ha formado y entrenado como profesional del modelo o sistema médico dominante y como ciudadano o ciudadana en la cultura occidental. Todo ello define a la cultura biomédica y a la subcultura de atención primaria de la que forma parte, así como a los procesos socio-históricos de atención en los que se encuentra. De ahí que es relevante establecer una relación entre los “textos” de las informaciones producidas y los “contextos”, de modo que las estructuras específicas del discurso estén estrechamente relacionadas con las estructuras específicas del contexto (Van Dijk, 2003: 149).

El trabajo de analizar los discursos producidos en una investigación se desarrolla en forma de una espiral de ida y de vuelta (Conde, 2009: 9). Sin embargo, el primer paso consiste en la transcripción literal de las grabaciones en audio y de las anotaciones de campo. Así, en esta investigación a través de estas transcripciones se han producido una serie de informaciones desordenadas sobre las que trabajamos utilizando como procedimiento el análisis e interpretación del discurso. Así, la información se ha analizado y codificado de manera dinámica y creativa, en un proceso constante de refinación de las interpretaciones realizadas, en el que se ha tenido en cuenta la estructura final de elaboración de la tesis.

Para llevar a cabo el proceso de análisis de discurso se hizo uso del software de investigación cualitativa NVivo (versión 10)¹²⁰ (Wiltshier, 2011); Babio, Gijón, Hernández, Rivera y Trigueros, 2012; Rivera y Trigueros, 2013). La primera tarea consistió en realizar un análisis de contenido inicial a través de la lectura completa de los textos. De esta manera, se iban observando y seleccionando aquellos temas generales del discurso más significativos en respuesta a los objetivos de investigación planteados. Así, los temas globales constituyen el asunto de aquello sobre lo que trata el discurso, de

¹²⁰ Este tipo de programas se conocen con el nombre genérico de CAQDAS (*Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software*). Puede obtenerse una versión de demostración del programa informático de ayuda al análisis cualitativo NVivo y consultarse más información sobre el mismo en <http://www.qsrinternational.com>.

modo que incluyen la información más relevante de un discurso y explican la coherencia general que se establece entre los textos y las conversaciones (Van Dijk, 1980).

Una vez concluida esta lectura, se realizó una segunda con la finalidad de identificar los esquemas culturales desde los que se elaboran los relatos, es decir las estructuras de conocimiento compartidas en la construcción de los discursos (García–García, 2000: 85). Con este fin, se llevó a cabo un proceso de redacción de anotaciones y de creación de las principales categorías libres de análisis. Estas categorías se refieren a los significados locales que se asociaban con cada uno de los temas identificados (Van Dijk, 2003: 154). Así en nuestro estudio, por ejemplo, para llevar a cabo esta tarea ha tenido especial relevancia el estudio de los “discursos ideológicamente sesgados” y la forma en que los mismos establecen una representación polarizada entre el “nosotros-nosotras” y “los otros-otras”:

Con frecuencia, la investigación en ACD se interesa en el estudio de los discursos ideológicamente sesgados, y en la forma en que estos discursos polarizan la representación del nosotros (grupos internos) y el ellos (grupos externos). Por consiguiente, tanto en el plano local como en el global del análisis del significado, asistimos con frecuencia a una estrategia general de «presentación positiva de uno mismo y de presentación negativa del otro», estrategia mediante la cual se destacan nuestras buenas cosas y las malas de los otros, mientras se quita importancia a nuestras malas cosas y a las buenas de los otros (Van Dijk, 2003: 154).

De esta manera, inicialmente se identificaron nodos libres de temas, es decir un sistema de códigos o categorías de información independientes que tenían como propósito abrir la indagación¹²¹. La realización de este proceso se ha visto facilitada mediante el trabajo simultáneo de segmentar el texto en fragmentos o citas y su codificación. Ésta última, como indica López–Aranguren (2007) se entiende como el “proceso por el cual los datos brutos son sistemáticamente transformados y clasificados en categorías que permiten la descripción precisa de las características importantes del contenido” (p. 562).

En definitiva, partimos de la descripción inicial de las temáticas generales de los discursos producidos en un determinado lugar y tiempo, para posteriormente analizar

¹²¹ Un nodo es una colección de códigos o categorías conceptuales sobre un tema específico. Así, un nodo libre es una unidad básica de análisis independiente, de manera que *a priori* no tiene conexión con otros nodos, códigos o categorías de análisis. Se emplean para realizar una codificación inicial de datos brutos, que indican conceptos clave o expresiones del discurso de interés para la investigación, es decir son una primera definición de las relaciones a establecer entre los datos. Este procedimiento de análisis se denomina “codificación abierta” (*open coding*) o “codificación en vivo” (*in-vivo coding*).

cómo a través de ellos se construye socioculturalmente la realidad acerca del fenómeno objeto de estudio mediante la identificación de categorías de significado. Para ello se ha tratado de determinar el significado simbólico de las palabras y su relación con las acciones observadas en los distintos lugares de estudio contemplados en esta investigación.

A continuación, se elaboró un índice conceptual en el que se insertaron cada objetivo con sus campos temáticos y subtemáticos correspondientes. Finalmente, una vez estructurada la información según este índice, procedimos a redactar los resultados. El esquema de los principales ejes discursivos producidos mediante el análisis del discurso del personal profesional de la salud llevado a cabo, puede verse en las Figuras **x** y **xx** respectivamente.

Específicamente, en la Figura **x** se recogen los ejes discursivos que se corresponden con el nivel de análisis descriptivo que hemos realizado. Así, en este nivel se han identificado tres temas generales o focos de interés en común en los discursos socio-profesionales analizados. Todos ellos están relacionados con el contexto político-institucional de la atención primaria en el que se sitúa la producción de discursos socio-profesionales, y que se mostrarán en el capítulo tercero de esta tesis.

El estudio del contexto es fundamental para introducirnos en la Figura **xx** en la que se manifiestan los ejes discursivos que se relacionan con el nivel de análisis interpretativo que hemos llevado a cabo. Así, en este nivel se ha profundizado en la comprensión reflexiva de los discursos socio-profesionales producidos respecto a los tres temas descriptivos identificados anteriormente. Todos ellos se han relacionado con el contexto de la cultural biomédica y la subcultura de atención primaria en el que sitúa la producción la producción de discursos socio-profesionales, y que se mostrarán en el capítulo cuarto de esta tesis.

Respecto a los ejes de descripción plasmados en la Figura 6, la conversación en un primer momento se centró en el contexto y los lugares desde los que se llevan a cabo los encuentros asistenciales, es decir el ámbito de la atención primaria y los centros de salud. De este modo, los discursos producidos se refieren a “ciclos temporales” que excedían el tiempo de la experiencia de campo realizada (García-García, 2000: 77). Así, abordaron el origen, la implantación y el desarrollo de la atención primaria en el

contexto del sur de Europa y Andalucía. A través de esta perspectiva temporal, relataron el proceso de creación de los primeros centros de salud y las circunstancias más significativas acontecidas en el transcurso de la historia de vida socio-profesional. De esta forma, narraron aspectos relacionados con la formación, la construcción de la identidad profesional y las primeras experiencias de inserción laboral en atención primaria, hasta llegar a informar acerca del desempeño de los roles y funciones socio-profesionales actuales. A este respecto, de acuerdo al “esquema narrativo” indicado por García-García (2000) apreciamos que los discursos socio-profesionales siguen la siguiente pauta:

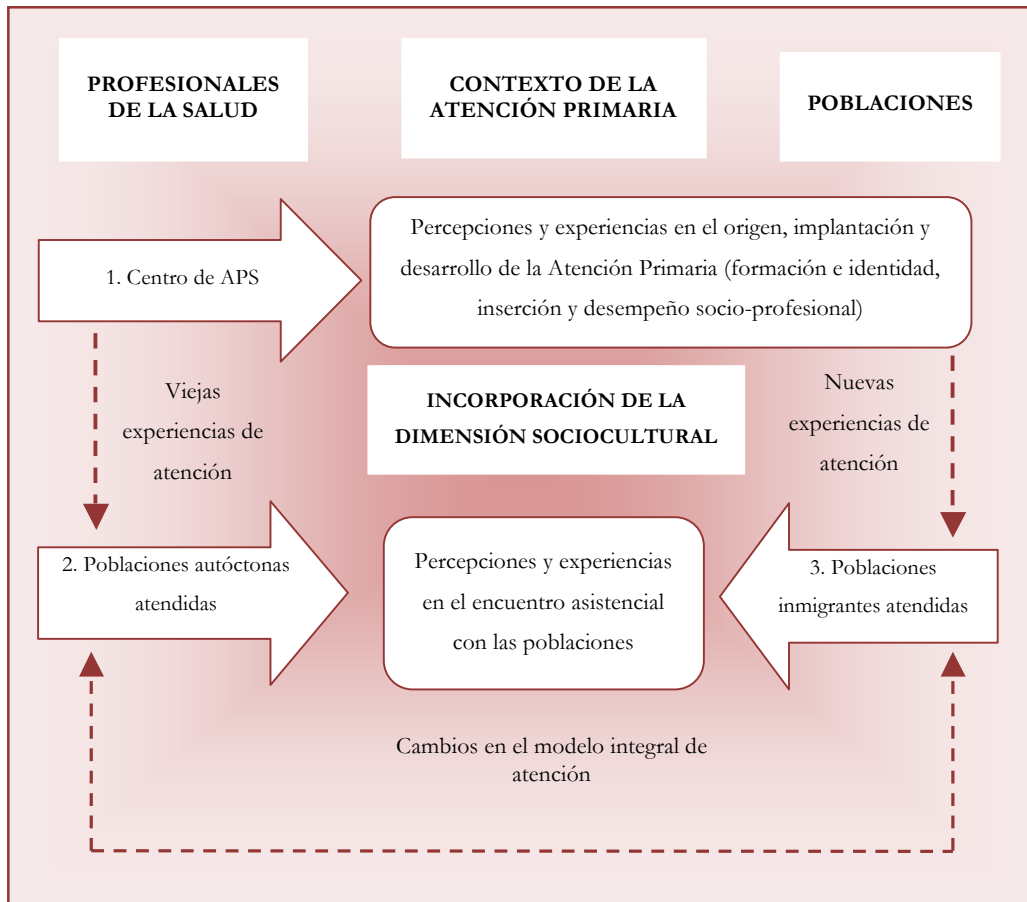
... se trata de contar relatos en los que se muestran las dificultades que se presentaron a los protagonistas para realizar determinadas tareas, y se detalla la forma que se puso en práctica para conseguir un final aceptable (p. 92).

Este acercamiento contextual al mundo desde el que hablan nos permitió, en un segundo momento, hablar sobre las percepciones y experiencias vividas en términos de la relación cotidiana que establecen en los viejos encuentros asistenciales con las poblaciones autóctonas atendidas en los centros de salud. Para ello, tal y como señalan Berger y Luckmann (2001) tuvimos en cuenta los procesos mediante los que se construye el “mundo intersubjetivo” acerca del que hablan:

El mundo de la vida cotidiana no solo se da por establecido como realidad por los miembros ordinarios de la sociedad en el comportamiento subjetivamente significativo de sus vidas. Es un mundo que se origina en sus pensamientos y acciones, y que está sustentado como real por éstos (p.37).

Asimismo, en un tercer momento, esta temática y perspectiva nos facilitó tratar sobre las percepciones y experiencias de atención vividas ante la llegada de nuevas poblaciones inmigrantes al ámbito de la atención primaria. A este respecto, a lo largo de la experiencia investigadora llevada a cabo en este campo de estudio, comprobamos las dificultades que entraña abordar esta temática directamente. Así, la preponderancia de un discurso construido acerca de la igualdad y la universalidad en la atención, impide o dificulta acceder a las experiencias de inquietud o resolución de conflictos que se relacionan con el reconocimiento de las diferencias en poblaciones inmigrantes (Gijón, 2003; Gijón et al., 2006a; Gijón y Saizar, 2013).

FIGURA 6: EJES DE DESCRIPCIÓN DE LOS DISCURSOS SOCIO-PROFESIONALES SOBRE EL ENCUENTRO ASISTENCIAL CON POBLACIONES INMIGRANTES



Fuente: Elaboración propia a partir de los discursos socio-profesionales analizados

Entre los principales códigos o categorías de análisis con mayor número de referencias (número de veces que se habla sobre una temática), sobresalen aquellas que se refieren al primer eje temático y que describen la historia de vida socio-profesional. Respecto a la segunda temática, los discursos principalmente describen al cupo de pacientes y a sus principales características, entre ellas destacan los relatos que se centran en experiencias de atención a *“pacientes difíciles”*. Una categoría de análisis emergente significativa en relación a este eje temático, lo constituyen los episodios de *“agresión”* ejercidos por las poblaciones al personal de la salud. Sobre la relación establecida con la población inmigrante, las categorías de análisis más profusas aluden a la cantidad de inmigrantes, al fenómeno de la inmigración, a cómo transcurren las consultas, a las anécdotas vividas en la experiencia de atención a esta población y a la capacitación del personal profesional de la salud para atenderles en los encuentros asistenciales.

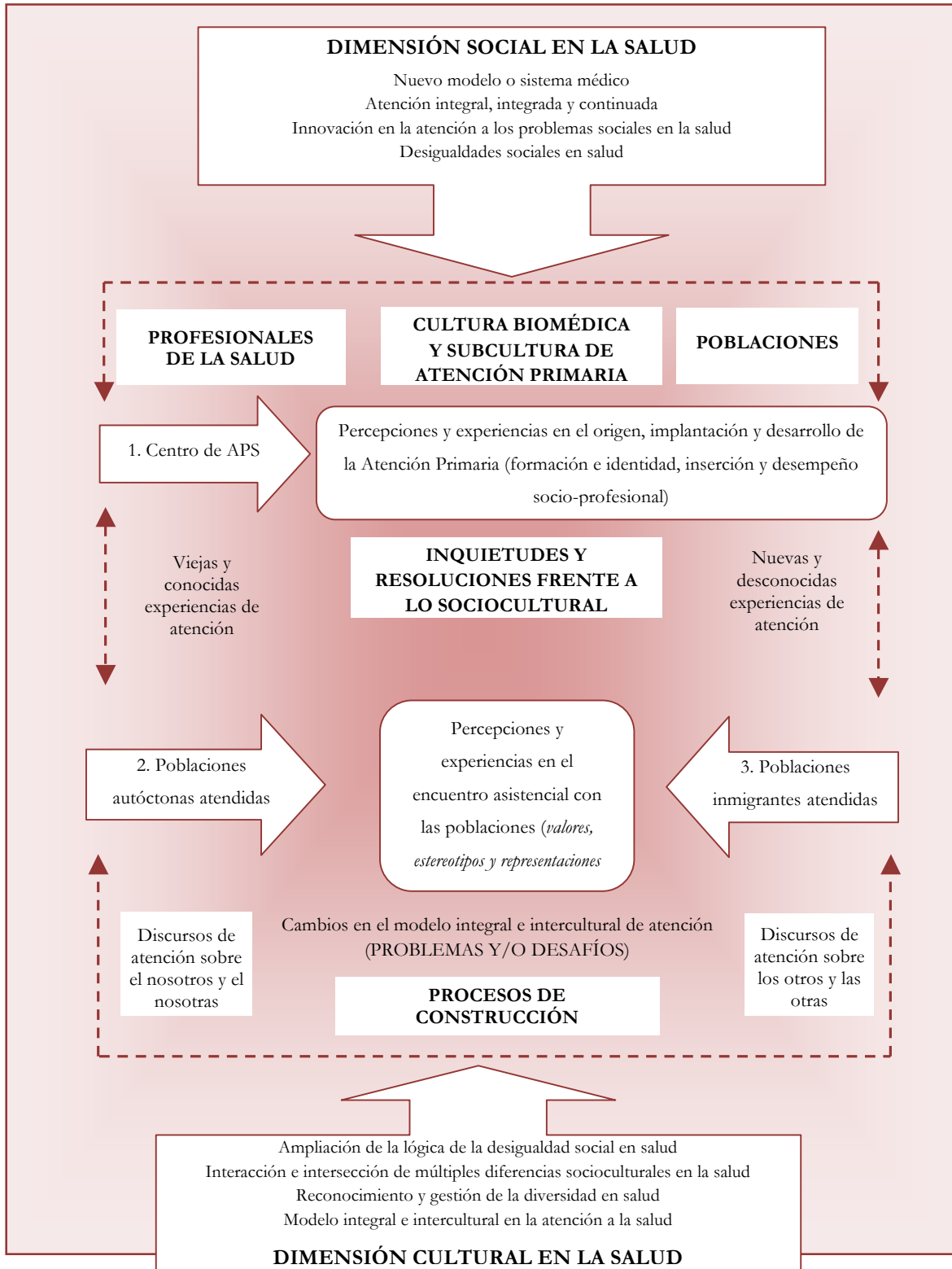
A través los tres temas generales identificados progresivamente hemos transitado del análisis descriptivo al interpretativo mediante la producción de las principales categorías de significados simbólicos, semánticos y pragmáticos atribuidos al encuentro asistencial con las poblaciones inmigrantes en los discursos socio-profesionales.

Así, en este nivel de análisis del discurso tratamos de profundizar en la construcción interpretativa sobre las categorías de significado identificadas preliminarmente a través del análisis de contenido llevado a cabo inicialmente. Para ello, creamos un árbol ramificado de nodos en base a la codificación y categorización libre preliminar. Es decir, construimos un libro de códigos o categorías de información clasificadas¹²² que están organizadas de acuerdo a una estructura jerárquica. De este modo, la nueva codificación parte de la categoría de ejes temáticos llevada a cabo previamente, al tiempo que incluye categorías específicas y subespecíficas.

Como podemos ver en la Figura 7, este proceso nos facilitó profundizar en el proceso de clasificación y reflexión sobre los datos producidos para vincularlos con el análisis de la interpretación del discurso que presentamos a continuación en esta tesis.

¹²² Para recodificar o unir las referencias es preciso leer las fuentes de los textos o realizar búsquedas de texto significativas, que nos permiten localizar y recuperar rápidamente los datos analizados. De esta manera, podemos reconstruir fragmentos significativos de una extensa cantidad de datos, de manera ordenada, jerarquizada y sistemática en torno a categorías ubicadas en grandes dimensiones de análisis, facilitando el papel creativo e interpretativo de las personas investigadoras.

FIGURA 7: EJES DE INTERPRETACIÓN DE LOS DISCURSOS SOCIO-PROFESIONALES SOBRE EL ENCUENTRO ASISTENCIAL CON POBLACIONES INMIGRANTES



Fuente: Elaboración propia a partir de los discursos socio-profesionales analizados

CAPÍTULO 3

EL CONTEXTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LA CONSTRUCCIÓN SOCIO-PROFESIONAL SOBRE LA INMIGRACIÓN AL SUR DE EUROPA

En nuestra investigación es necesario partir del contexto de la atención primaria en el que se sitúa la producción de discursos socio-profesionales para llegar a analizarlos e interpretarlos desde las lógicas de producción del poder, el saber y la experiencia que condicionan su construcción (Foucault, 1992).

De este modo, en este capítulo abordamos el contexto político-institucional desde el que se organiza el modelo de atención primaria y se construyen sociocultural e históricamente los discursos socio-profesionales sobre el encuentro asistencial con poblaciones inmigrantes. La imperante necesidad de delimitar el ámbito de actuación socio-profesional desde el que se configuran y emanan los discursos, pone de relieve la estrecha interrelación existente entre el marco jurídico-normativo y la producción de discursos socio-profesionales que resultan imbricados en el mismo. Es más, adentrarnos en el conocimiento del contexto de estudio es fundamental para comprender holísticamente el entramado sociocultural desde el que se desarrollan los encuentros asistenciales con las poblaciones en contextos biomédicos de diversidad.

Así, en un primer momento, los discursos socio-profesionales sobre el contexto de actuación remiten estrechamente al desarrollo de una amplia experiencia socio-profesional fraguada desde el nacimiento de la atención primaria. De esta forma, relatan el protagonismo que el personal profesional de la salud detentó durante el proceso de reforma del sistema biomédico y la implantación de la atención primaria, en los años ochenta del siglo XX. Igualmente, en un segundo momento, los discursos continúan dando cuenta de que el papel del personal profesional de la salud sigue siendo una pieza clave en los procesos de fortalecimiento y mejora desde los que se viene caracterizando el desarrollo de la atención primaria. Por todo ello, veremos que los sucesivos cambios en el régimen jurídico-normativo que regula la organización y el funcionamiento de la atención primaria, tienen un impacto potencial en la comprensión de los discursos

socio-profesionales producidos sobre su actividad y experiencia cotidiana de asistencia a las poblaciones, sean éstas inmigrantes o no.

En relación a estos aspectos, y con carácter de reconstrucción histórica, en este capítulo presentamos un recorrido político-institucional y sociocultural sobre el pasado y el presente de la atención primaria al sur de Europa desde dos ángulos: el punto de vista jurídico-normativo y la percepción de los discursos socio-profesionales académica, política y mediática.

Para abordar estos propósitos, mostramos la trayectoria que acomete la reconfiguración del Sistema Nacional de Salud (SNS) en su intención de integrar el modelo de atención primaria como primer nivel de atención. Sin ánimo de exhaustividad, nos detendremos a analizar históricamente la constitución político-institucional del modelo de atención primaria, y cómo ésta influye en la organización sociocultural del desempeño socio-profesional de diversas profesiones y disciplinas de la salud. A través de este recorrido veremos que estos acontecimientos no son el fruto de una ruptura radical respecto a las estructuras sanitarias establecidas con anterioridad, sino el resultado de un proceso de reforma paulatina y gradual en el que el personal profesional de salud ha tenido y tiene un papel relevante.

A continuación, expondremos el desarrollo de la implementación del modelo de atención primaria en el “sur” del sur de Europa: Andalucía. Así, a lo largo del estudio del caso andaluz, examinaremos históricamente su establecimiento político-institucional, las características de las poblaciones inmigrantes o no a las que se dirige, y la visión socio-profesional construida en torno al origen, la implementación y el desarrollo pasado y presente de la atención primaria. También, nos aproximaremos a describir las percepciones y experiencias de relación asistencial que se vienen llevando a cabo con todas las poblaciones desde este contexto. Por último, nos detendremos a describir la regulación del derecho a la atención primaria que se establece de manera específica en el caso de las poblaciones inmigrantes que llegan al sur de Europa en busca de atención primaria.

3.1 EL MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA AL SUR DE EUROPA

Analizar el modelo de atención primaria en el sur de Europa, demanda contextualizar brevemente su nacimiento en la historia de los antecedentes que definen y configuran político-institucionalmente la construcción sociocultural del conjunto del sistema biomédico nacional del que forma parte¹²³.

Además, requiere hacer referencia a las características que delimitan el marco general de las políticas de bienestar europeas, y que a su vez demarcan la conceptualización e institucionalización de los sistemas biomédicos en cada contexto nacional. Al mismo tiempo, invita a tener en cuenta los valores y creencias construidos socioculturalmente por las poblaciones inmigrantes o no sobre las nociones de bienestar y salud, y cómo

¹²³ El primer antecedente lo encontramos en el sistema de asistencia ambulatoria y hospitalaria basado en un modelo curativo y de rehabilitación mediante el que se crea una extensa red propia de centros y organizaciones, y que se establece en la Ley sobre Seguro Obligatorio de Enfermedad de 1942 así como en la Ley de Bases de Sanidad Nacional de 1944. El Seguro Obligatorio de Enfermedad supone el comienzo de la asistencia sanitaria de la seguridad social, cuya gestión centralizada queda a cargo del Instituto Nacional de Previsión como entidad aseguradora única hasta el año 1977. Por su parte, la Ley de Bases de Sanidad Nacional trata de coordinar las actuaciones sanitarias dispersas y de promover la protección sanitaria mediante medidas principalmente preventivas e interventoras (Maset-Campos, Sáez-Gómez y Martínez-Navarro, 1995). Se inspira así en un modelo de sanidad liberal y privado, que relega al Estado a un papel complementario y benefactor respecto a la asistencia sanitaria. Su puesta en marcha consolida la división entre la concepción de la salud individual y colectiva en el proceso de atención a la salud y la enfermedad de las poblaciones. Posteriormente, coincidiendo con una etapa de crecimiento económico, la Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963, suprime los esquemas clásicos de previsión y seguros sociales e instaura el desarrollo del sistema de seguridad social con tendencia universalista. Muchos de sus principios legislativos, posteriormente, se plasman a continuación en la Ley General de la Seguridad Social de 21 de abril de 1966, si bien en ella persisten algunas dificultades en la implantación de su propósito de universalidad. Por su parte el Decreto 2766/1967, viene a regular las prestaciones de asistencia sanitaria previstas en dicha Ley y a ordenar los servicios médicos del régimen general de la seguridad social. Años más tarde, el carácter dinámico del sistema de seguridad social requiere la aprobación de la Ley de Financiación y Perfeccionamiento de la Acción Protectora del Régimen General de la Seguridad Social en 1972, que no altera sustancialmente la estructura anterior. La Orden de 7 de julio de 1972, asimismo, establece el reglamento general de las instituciones sanitarias de la seguridad social. Finalmente, el Decreto 2065/1974 aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social que modifica y amplía las prestaciones de asistencia sanitaria, y el Real Decreto Legislativo 1/1994 aprueba nuevamente este texto refundido y establece el actual sistema de seguridad social. Durante este tiempo, el sistema de seguridad social desarrolla una amplia red de centros y servicios públicos dedicados a la medicina general, la atención ambulatoria especializada y la atención hospitalaria. Así, el primer contacto de las poblaciones con el sistema sanitario en los ámbitos urbanos tiene lugar mayormente en los consultorios con el personal profesional médico y en los ambulatorios con el personal profesional especializado, en los que desempeñaban un papel subsidiario que consistía en dispensar tratamientos (Sánchez-Bayle, 1996: 58-59). Además, durante esta fase de “expansión” y “crecimiento” el sistema sanitario se establece como la suma de todas sus organizaciones diversas, y tiene lugar la construcción de las ideologías profesionales médicas que tendrán un papel central en los posteriores procesos de reformas sanitarias que se llevarán a cabo al sur de Europa (Irigoyen, 1996: 16).

estos se relacionan con los diferentes itinerarios terapéuticos que siguen para mejorar, mantener o recuperar estos aspectos en el transcurso cotidiano de sus vidas.

Las dimensiones socioculturales, políticas y económicas del bienestar y la salud son las bases que legitiman el diseño y la implementación de las políticas de protección de la salud. Éstas sustentan la elección de los modelos o sistemas médicos a institucionalizar en un determinado contexto histórico y socio-profesional. Es por ello que es conveniente analizar el desarrollo del modelo de atención primaria al sur de Europa prestando especial atención a su interrelación con el resto de políticas sociales, y no mostrarlo de forma sectorizada. El abordaje de estas cuestiones es esencial para situar la producción de discursos socio-profesionales sobre el encuentro asistencial con las poblaciones inmigrantes.

La caracterización teórica del modelo de atención primaria que presentamos arranca el año 1978, fecha en la que tiene lugar la promulgación de la Constitución Española (CE). La llegada de la norma suprema supone el fin de la transición española y el inicio de una serie de acontecimientos socioculturales, políticos, económicos e históricos que transforman el sur de Europa en un Estado Social y Democrático de Derecho. El nuevo Estado bajo la forma política de monarquía parlamentaria adopta como valores superiores la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político.

Será a partir de este momento cuando nace el Estado de Bienestar moderno. Si bien la configuración del mismo toma forma durante los acontecimientos ocurridos en la primera mitad del siglo XX como, por ejemplo, la guerra civil, la dictadura franquista, la transición democrática y el posterior proceso de sustitución de las instituciones de bienestar existentes a partir de los años ochenta del siglo XX (Cayuela-Sánchez, 2010: 1-15). De esta forma, el Estado de Bienestar se pone en marcha sobre presupuestos políticos que se basan en principios igualitarios y de homogeneidad étnico-cultural, de forma que obvian la diversidad del conjunto de la sociedad nacional y sus diferentes autonomías:

El llamado “Estado de Bienestar” se puso en marcha en España, con las deficiencias propias de un país que no era poderoso económicamente. No obstante, a partir de los años ochenta se desarrolló ideológica y funcionalmente, bajo una organización territorial, administrativa y política autonómica, que hizo eco de la diversidad política, pero no de la diversidad étnica y cultural. En términos de Estado, se distribuyó el poder en las autonomías según sus identidades, pero en

términos de política pública, se definió una igual para todos. La acción social, además de haber sido redefinida desde el Estado, no contempló la diversidad étnica de España (Lorente, 1999: 239).

Además, todo ello sucede en un momento histórico en el que el fenómeno de la inmigración aún no ha aparecido en la escena de las tendencias socioculturales y demográficas que se ponen de relieve a la hora de caracterizar la definición original de los contextos de bienestar y salud. De este modo, los discursos sobre inmigración y salud están ausentes y no detentan un papel protagonista en el interés por destacar la diversidad étnico-cultural de las poblaciones en la conformación inicial del Estado de Bienestar.

El Estado de Bienestar, como afirma Navarro (2004b) incluye “las intervenciones del Estado (tanto en el nivel central como en los niveles autonómico y local) dirigidas a mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población” (p. 1). Entre estas intervenciones, las que afectan más explícita y directamente al bienestar y la salud, al tiempo que son más valoradas por las poblaciones inmigrantes o no, son las siguientes:

- los servicios públicos como la sanidad, la educación, los servicios de ayuda a las familias y los servicios sociales, entre otros¹²⁴;
- las transferencias sociales que son las pensiones, las prestaciones y/o las ayudas que se transfieren de fondos públicos de un grupo sociocultural a otro;
- las intervenciones normativas que protegen a la ciudadanía en su condición de persona trabajadora (salud e higiene laboral), consumidora (protección del consumidor/a) o residente (salud ambiental); y
- las intervenciones públicas dirigidas a producir buenos puestos de trabajo (Navarro, 2004b: 1-2).

¹²⁴ Entre estas intervenciones cabe señalar, además, la prevención y atención a la dependencia que se incorpora como nuevo sistema público de protección social en España tras la aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Esta Ley supone un avance sustancial en el ámbito de los derechos sociales, al configurar para las personas dependientes el derecho a un catálogo de servicios y prestaciones económicas. Asimismo, crea el nuevo Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) cuyo desarrollo y, tal y como establece en el artículo 16, se vincula al desarrollo de los sistemas de servicios sociales autonómicos.

Los estudios teóricos sobre el bienestar describen que el tipo o modelo de Estado de Bienestar español, junto al de los países situados geográficamente al sur de Europa (Grecia, Italia y Portugal), se corresponde con el denominado en la literatura especializada como “modelo mediterráneo”, también conocido como “cuarto modelo” o “modelo familista” (Morata, Gijón y De Matos, 2010: 32). Estos cuatro países como señala Moreno (2001) comparten similitudes en su historia, sistema de valores y particularidades institucionales. Todos han pasado por periodos de dictaduras y gobiernos autoritarios, y han contado con un papel relevante de la iglesia y de las familias como ámbitos proveedores de la protección social. Haciendo uso de sus palabras las características de este modelo lo configuran como “una «vía media» u opción intermedia entre los regímenes «bismarckianos», de mantenimiento de rentas ocupacionales, y los «beveridgeanos», de cobertura universalística” (Moreno, 2001: 70).

Las características de las políticas públicas que pretenden corregir desigualdades sociales bajo el modelo mediterráneo al sur de Europa, deben tenerse en cuenta a la hora de abordar el análisis interno de cualquiera de los sistemas de protección social o “pilares” que conforman su Estado de Bienestar: salud, educación, transferencia de rentas y servicios sociales (Moreno, 2010: 17). Estos aspectos, también, deben estar presentes en los estudios que comparan internacionalmente cualquiera de los sistemas de protección social españoles respecto a sus homónimos de otros países del resto de Europa o del mundo, ya que pueden responder a modelos o tipos de Estado de Bienestar distintos¹²⁵. En relación a este aspecto y su conexión con el modelo de atención primaria de salud, cabe citar que la mayoría de estudios que comparan el modelo español respecto al establecido por el resto de los países mediterráneos, generalmente reafirman la valoración positiva del mismo (Gérvás, Pérez-Fernández, Palomo-Cobos y Pastor-Sánchez, 2005).

En el caso de los países europeos, al estudio de las particularidades teóricas sobre sus políticas de bienestar, también se suma la influencia que ejerce el proceso de integración nacional en la Unión Europea (UE) y los efectos que conlleva el proceso de globalización en el mundo. Se añaden asimismo los diferentes antecedentes históricos,

¹²⁵ Entre ellos se encuentran: el modelo liberal, el conservador o el fuertemente corporativista, y c) el socialdemócrata, atendiendo a la clasificación propuesta inicialmente por Titmuss (1974 citado por Esping-Andersen, 1990) y posteriormente por Esping-Andersen (1990), entre otros y otras autoras.

sistemas sociales y económicos, formas autónomas e ideológicas de gestionar las políticas de bienestar, así como la gran variedad de creencias y actitudes sobre el bienestar y la salud que existen entre las poblaciones de los distintos Estados miembros.

A todo ello se agrega el intento europeo supranacional de alcanzar una cohesión social, y por tanto también sanitaria, entre todos los Estados miembros mediante el desarrollo de programas de protección social. Así sucede, por ejemplo, tras la firma de los acuerdos de Lisboa y Niza en los años 2000 y 2005 respectivamente. Estos acuerdos imprimen las directrices europeas a seguir en materia de política social y, entre otros aspectos, favorecen la convergencia de los países del sur de Europa con respecto a los del centro y norte en un “modelo social europeo” (Cordero del Castillo, 2009: 132).

En el ámbito de la salud, la aprobación del Tratado de la UE en el año 1992 supone un hito en la historia europea de la salud pública al incorporar competencias específicas en la agenda política de la UE. Igualmente, en el año 1999 el Tratado de Ámsterdam fortalece el rol de la UE en salud, mediante la creación de una base legal que armoniza la legislación de los Estados miembros en algunos temas específicos, por ejemplo la calidad. Posteriormente, la entrada en vigor del Tratado de Lisboa el 1 de diciembre de 2009, tras alcanzar la ratificación de 27 Estados miembros en la UE, supone una apuesta por la cooperación supranacional mediante la introducción de innovaciones institucionales relevantes y de un nuevo reparto de competencias que incorpora la dimensión regional y local. Este Tratado entre sus objetivos sanitarios contempla nuevas posibilidades de actuación transfronteriza en el campo de la salud pública, con el propósito de contribuir a la mejora del bienestar de las poblaciones y de las políticas de la salud que son competencia de los Estados miembros.

En el marco de estas premisas teóricas de análisis, algunos trabajos de investigación han realizado estudios comparativos sobre las políticas de protección de la salud desarrolladas en los distintos países europeos. Estos estudios, por tanto, reflexionan acerca de la estructura, organización y funcionamiento de los sistemas de atención sanitarios biomédicos, en los que se integra generalmente el modelo de atención primaria. Una parte de ellos, observa el papel determinante que juegan las políticas de salud en general (Lear y Mossialos, 2008; Wranik, 2012; Vrangbaek, Robertson, Winblad, Van De Bovenkamp y Dixon, 2012). Otros, advierten diferencias en la

implementación de políticas de salud preventivas basadas en la evidencia, de forma que exploran los logros y los fallos alcanzados respecto a los determinantes políticos, económicos y sociales existentes en los países europeos (Mackenbach y McKee, 2013). Otra línea realiza comparaciones sobre el conjunto de los sistemas de atención sanitarios biomédicos europeos (Manz, 2005; Pammolli, Riccaboni y Magazzini, 2012; Anton y Onofrei, 2012; Jeremic, Bulajic, Martic, Markovic, Savic, Jeremic y Radojicic, 2012) y sobre la relación que existe entre éstos y los resultados de salud alcanzados (Oliver, 2007; Tomasik, 2012). Por último, otras investigaciones además de comparar los sistemas sanitarios desarrollados entre los diferentes países europeos, también tienen en cuenta los distintos modelos de gestión de la atención que adoptan los sistemas biomédicos. Así ocurre, por ejemplo, con el modelo centralizado en el caso de Alemania, Austria, Bélgica, Francia, Holanda e Inglaterra; y con el modelo descentralizado en Dinamarca, Suecia, Finlandia, Noruega, Reino Unido, Italia y España (Elola-Somoza, 2008: 449).

En general, los distintos estudios analizados enfatizan la similitud o distancia que existe entre las políticas de protección de la salud implementadas por unos y otros países. También, destacan la necesidad de mejorar la calidad y la eficiencia de los sistemas biomédicos, al tiempo que muestran que se ha puesto en marcha una gran variedad de mecanismos entre y dentro de los distintos países europeos para tratar de lograr estas mejoras (Legido-Quigley, McKee, Nolte y Glinos, 2008). Además, ponen de relieve la importancia que depara el gasto sanitario en las políticas de salud, y los efectos que conlleva el establecimiento de límites en la contención de gastos o la introducción de políticas de privatización en los sistemas biomédicos establecidos en el conjunto de Europa.

En este contexto, el análisis de la política de protección de la salud en el caso del sur de Europa remite necesariamente a la aprobación de la norma suprema del ordenamiento jurídico (CE, 1978) y al posterior proceso de integración en la UE (1986). Todo ello, en un tiempo en el que tiene lugar también la liberalización del mercado y el crecimiento de la economía (Borkan, Eaton, Novillo-Ortiz, Rivero-Corte y Jadad, 2010).

La llegada de la CE se materializa en el reconocimiento de diferentes derechos sociales, así como en el abordaje de una serie de reformas en distintos campos, entre ellos el

sanitario y el de los servicios sociales. Las reformas acompañan al proceso de desarrollo sociocultural, político y económico del país. Durante este periodo el gasto social crece a un ritmo comparativamente mayor respecto al conjunto de los países de la UE. Estos procesos establecen una transformación de la estructura político-institucional de su régimen de protección social, a través de la denominada “malla de seguridad” que ilustra el carácter acumulativo de sus políticas de bienestar (Moreno, 2000).

Específicamente, la CE en el ámbito sanitario reconoce el derecho a la protección de la salud de todas las poblaciones, inmigrantes o no, en su artículo 43 de la siguiente manera:

1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.
2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.
3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio.

Comienza así a promoverse en materia sanitaria, la nueva respuesta institucional que los poderes públicos legislan y diseñan ante el reto de organizar un sistema de atención sanitario biomédico nacional con carácter de derecho social y de acceso universal.

Junto al desarrollo político-constitucional del sistema biomédico, este desafío a su vez se refleja en la modernización sociocultural del país. La innovación se caracteriza por un crecimiento económico intenso y sostenido, así como por los cambios socioculturales que acontecen en el mismo (Ysàs Solares, 2002: 103). Además, las transformaciones se manifiestan en las nuevas demandas que comienzan a plantear las poblaciones al ámbito sanitario entendidas como los otros y las otras. Unas demandas que no dejarán de expresarse de diferentes modos a lo largo del tiempo. Así, lo explican distintas trabajadoras sociales entrevistadas:

... la demanda crece si la sociedad va creciendo, la necesidad crece o la felicidad, o como lo queramos plantear... A veces, lo que necesitan mucho es la escucha activa (Catalina, TS9-G4)

[Las demandas] van en función de lo que hay en la sociedad y del problema que se genera en la sociedad y de cómo se encuentra. Y cuando hay crisis, te vas encontrando que te piden unas demandas, y cuando cambia el tema del sistema sanitario te vas encontrando otras situaciones, y va en función de cómo va la evolución de la sociedad y hay cosas que van cambiando (Celia, TS6-G4)

De este modo, se construye la necesidad de promover nuevas respuestas en salud ante distintas situaciones y necesidades en salud, que se expresan a través de los valores,

percepciones y expectativas de una sociedad que ahora se advierte como democrática. Se trata así de poblaciones que se consideran cada vez más diversas y plurales en clave de alteridad u otredad. Sin embargo, las poblaciones siempre se encuentran en continuo proceso de cambio y adaptación sociocultural, política y económica a los diferentes regímenes de bienestar y a las políticas de protección a la salud que se establecen históricamente en distintos momentos y espacios.

Estos acontecimientos nacionales coinciden en el tiempo con el origen y la difusión internacional del modelo de atención primaria de salud planteado por la OMS mediante la Declaración de Alma-Ata en 1978. De esta forma, la propuesta de (re)configuración del SNS, no solo acoge el efecto internacional que depara el desarrollo de la atención primaria globalmente, sino que es una consecuencia del mismo. Así, el SNS opta por integrarlo en su constitución como el primer elemento de contacto de las poblaciones, inmigrantes o no, con el sistema biomédico (Sánchez-Bayle, 1996: 57). El proceso de reforma, por tanto, la sitúa como puerta de entrada, de modo que los centros de salud se establecen como el soporte institucional necesario para coordinar servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación (Legge et al., 2009).

Igualmente, con el fin de promover y fortalecer su desarrollo paralelamente se despliega el nacimiento de la “Medicina familiar y comunitaria” como una nueva especialidad de la profesión médica. De este modo, la nueva especialidad apuesta por fortalecer la incorporación de la dimensión social en los procesos de atención a la salud y la enfermedad de las poblaciones a través del modelo biopsicosocial. Así lo señala una médica entrevistada:

... desde que se inicia la especialidad [*de Medicina familiar y comunitaria*] en este país, Ya nosotros incorporamos en nuestro cuerpo docente de la especialidad un modelo biopsicosocial del proceso de salud y de enfermedad, eh... De hecho nuestra..., nuestros primeros mandamientos los dictó la Conferencia de Alma-Ata ¿no?, donde se habla de Salud para Todos con un componente social fundamental y de primera línea ¿no? de salud para todos y en todas las circunstancias (BREVE SILENCIO) y para todas las... en todas las situaciones (Noelia, M3-G3)

Este propósito es compartido por las distintas profesiones de la salud que desarrollan su desempeño socio-profesional en atención primaria. Así, observan que a través de la definición del nuevo modelo médico todas ellas están llamadas a atender la dimensión social de la salud desde distintos prismas asistenciales. De esta forma lo advierte un enfermero entrevistado:

... es así un poco como recordarnos que dentro de nuestra faceta de sanitarios está la intervención social (Fernando,E1-G1)

Además, señalan que el desarrollo actual de la atención primaria transita hacia otros modelos de salud positiva como, por ejemplo, el salutogénico (Antonovsky, 1979) que apuesta fuertemente por atender integralmente la salud de las poblaciones, tal y como señala una trabajadora social entrevistada:

... en realidad tampoco es que haya cambiado tanto, vamos y volvemos, vamos y volvemos. Ahora estamos con el modelo de moda salutogénico y no es más que lo que hemos hecho en primaria toda la vida (Graciela, TS2-G4)

La finalidad ideológica fundamental de todo ello consiste en mejorar la salud de todas las poblaciones, inmigrantes o no bajo la nueva subcultura de atención primaria. Con esta intención, principalmente, se propone ampliar la cobertura y el acceso universal a unos servicios de salud públicos que apuestan por fortalecer una visión integral e integrada de los procesos de atención a la salud y la enfermedad. No obstante, estas propuestas se realizan bajo una supuesta homogeneidad intracultural que obvia las diferencias en las poblaciones que buscan atención a través de estos servicios (García-García, 1998b: 1-13). De esta forma, todo ello plantea la necesidad de promover la incorporación no solo de la dimensión social en salud sino también de la cultural.

Para el personal profesinal de la salud, el periodo histórico de implantación de la atención primaria, constituye una época de cambios ilusionante, que implicó realizar esfuerzos socio-profesionales a distintos niveles asistenciales y desde diferentes puntos de vista disciplinares. Así, podemos advertirlo en el siguiente comentario del Doctor Julián (M5):

Entrevistadora: ¿Cómo fue el planteamiento de la reforma sanitaria [en Andalucía]?

Julián (M5): Bueno pues fue muy ilusionante y cometimos muchos errores por no ser... (SILENCIO) por ser gente voluntariosa, pero a veces con formación muy desigual. Pero bien en aquel tiempo, ten en cuenta que la primera reforma se hizo con el dinero que iba para la televisión andaluza, con eso se cambió, no se tuvo televisión, y a cambio se montó el “Plan Extraordinario de Inversiones” y con eso pues montamos y arreglamos todos los centros de salud y todos los consultorios de toda Andalucía. Ten en cuenta que nosotros, cuando yo empecé a trabajar en... cuando yo terminé la residencia, se calculaba que lo que iba a haber eran centros experimentales y que no habría centros de salud hasta dentro de veinte años, y en dos años montamos el centro de salud o sea que... Todo con mucha ilusión, muchas ganas, con mucho esfuerzo, porque trabajábamos muchas horas al día, con sueldos muy pequeños, pero muy bien. Yo lo recuerdo con cariño. Una época ilusionante.

A este respecto, el concepto de “voluntariedad” o “voluntad” aparece de forma recurrente en la producción de los discursos socio-profesionales que se sitúan en el

ámbito de la atención primaria. Así, aparece tanto para hablar de los orígenes de la implantación del modelo médico, como para posteriormente narrar cómo transcurren las experiencias de atención con las poblaciones inmigrantes desde este contexto:

... Hubo un conjunto de voluntades políticas, administrativas y de profesionales que posibilitaron que cuando empieza la especialidad de medicina de familia se empezara en Andalucía por esa serie de circunstancias, y también por la figura de los precursores, entusiastas y apóstoles de la atención primaria, que posibilitaban que todo esto fuera posible... (Diario de campo y entrevista etnográfica a Ramona, informante clave del trabajo social sanitario jubilada, jueves 17 de noviembre de 2011)

El entusiasmo de los comienzos es compartido por las distintas profesiones de la salud que, sin embargo, ven cómo las expectativas socio-profesionales que genera el nuevo modelo médico se merman con el paso de los años:

... empecé en la reforma sanitaria y al principio pues con muchas expectativas. Pues porque, bueno, fue el primer profesional [*se refiere a la profesión de trabajo social*] que contrataron para la reforma, pues con muchas expectativas, que nos dejaron muchos años haciendo, incorporando el trabajo social en los, en los programas de salud..., intentando concienciar a los profesionales, trabajando en muchas reuniones por la mañana y por la tarde que parecía una..., vaya más que un trabajo social era una militancia (RISAS). Y al paso de los años, al paso de los años, pues ummm, yo por lo menos he percibido muchos cambios (Nieves, TS1-G2)

En suma, en este marco contextual se inicia una nueva etapa sanitaria al sur de Europa:

- a) de transformación y tránsito de un modelo sanitario de seguridad social hacia la construcción del actual modelo de SNS universal y financiado casi en su totalidad por impuestos generales¹²⁶ sobre el que se asienta el proceso de reforma sanitaria en un primer momento,
- b) de progresivas reformas hacia la integración del modelo de atención primaria en el conjunto del SNS en un segundo periodo, y
- c) de nuevas reformas para fortalecer y mejorar el desarrollo del modelo de atención primaria en el momento actual.

¹²⁶ Cabe señalar que aproximadamente el 2% del total de la financiación del SNS procede del fondo de la seguridad social atribuible al régimen especial de funcionariado que es atendido por tres mutualidades con financiación pública: la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), la Mutualidad General Judicial (MUGEJU) y el Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) (García-Armesto et al., 2011: 69).

3.1.1 LA CONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El primer hito en el proceso de reforma sanitaria conlleva la construcción del SNS. Su reconfiguración es uno de los acontecimientos más relevantes de la segunda mitad de los años setenta y ochenta del siglo XX.

La reforma parte de las bases establecidas a raíz de la creación: del “Ministerio de Sanidad y Seguridad Social” en el año 1977¹²⁷, y del Instituto Nacional de Salud (INSALUD) en 1979¹²⁸, al que se transfiere la gestión y administración de los servicios de salud del sistema de seguridad social.

El INSALUD nace como organismo encargado de gestionar centralmente el conjunto de actuaciones sanitarias con el propósito de mejorar la acción protectora del derecho a la salud de las poblaciones de forma amplia, y no solo en caso de accidente o enfermedad. Para ello, en aquel tiempo, la provisión de servicios sanitarios estaba estructurada en tres niveles de atención:

1. asistencia sanitaria primaria mediante el trabajo individual del personal médico general a tiempo parcial y pagado con honorarios capítativos;
2. asistencia especializada ambulatoria mediante el trabajo individual del personal médico especialista a tiempo parcial en ambulatorios (y junto al personal médico general en zonas urbanas), también pagado con honorarios capítativos; y
3. asistencia hospitalaria mediante personal médico especialista asalariado público en consultas externas y en caso de internamiento (Rico y Sabés, 2001).

¹²⁷ La creación del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, se recoge en el artículo 12 del Real Decreto 1558/1977 de 4 de julio, por el que se reestructuran determinados órganos de la administración central del Estado. Esta norma trata de unificar competencias dispersas y con dificultades de coordinación y planificación conjunta, entre las que se encuentran las pertenecientes al ámbito sanitario. De esta manera, tiene lugar el comienzo del camino de las reformas sanitarias en el sur de Europa mediante una única dirección política y administrativa.

¹²⁸ La aprobación del Real Decreto-Ley 36/1978 de 16 de noviembre, sobre gestión institucional de la seguridad social, la salud y el empleo, constituye el punto de partida para transformar la gestión de los servicios sanitarios y asistenciales del Estado y de la seguridad social, a través de una clara delimitación entre la salud, la seguridad social y los servicios de asistencia social. Para ello, entre otros aspectos, esta norma recoge la supresión del Instituto Nacional de Previsión y recoge la creación del Instituto Nacional de Salud (INSALUD) como organismo de nueva creación.

De este modo, existía un gran desequilibrio entre la moderna red de hospitales y la incompleta red de atención primaria, que favorecía a la primera en presupuestos y en infraestructuras y recursos humanos (García-Armesto et al., 2011).

Durante este periodo y hasta finales de los ochenta, se inicia un proceso de reformas sanitarias que impulsa progresivamente el diseño y desarrollo del SNS y el fortalecimiento de la atención primaria. Así se muestra en los numerosos cambios acontecidos desde entonces en su creación y ordenación. Igualmente, también se refleja en las transformaciones que se suceden en los sistemas de atención sanitarios regionales que comienzan a institucionalizarse en las distintas comunidades autónomas¹²⁹. Estos sistemas se instauran una vez que tiene lugar la previsión constitucional de traspaso de competencias en materia sanitaria a cada una de ellas¹³⁰, lo que gradualmente comporta la extinción del INSALUD. Los cambios, como afirma Irigoyen (1996: 15-28), se suman al estado “de crisis crónica y reiterada” del sistema biomédico, mediante el que trata de resistir la intervención externa de su reforma y transformación ideológica de “izquierda” desde algunos sectores del interior de la profesión médica y/o asistencial.

La instauración jurídico-normativa del SNS arranca de la Ley General de Sanidad de 1986, en respuesta al precepto constitucional de garantizar el derecho a la protección de

¹²⁹ La Constitución Española (CE) de 1978, en su artículo 2, dispone que “la Constitución se fundamenta en la indisoluble unidad de la Nación española, patria común e indivisible de todos los españoles, y reconoce y garantiza el derecho a la autonomía de las nacionalidades y regiones que la integran y la solidaridad entre todas ellas”. De esta forma, el Estado Español se reorganiza territorialmente en comunidades autónomas, provincias y municipios (concretamente está compuesto por diecisiete comunidades autónomas, dos ciudades autónomas, cincuenta provincias y más de ocho mil municipios). Asimismo, se descentraliza políticamente en comunidades autónomas como entidades territoriales dotadas de autonomía política, además de la correspondiente al Estado central. Si bien es necesario mencionar la existencia del caso de la Diputación Foral en el País Vasco y Navarra, que como consecuencia del derecho histórico que tienen reconocido en el mismo texto constitucional, también, tienen autonomía política propia (Morata et al., 2010). Este nuevo modelo de Estado se instaura sobre el principio de unidad de la nación que, a su vez, reconoce las características diferenciales de todos sus territorios y se configura con el propósito de resolver los problemas seculares que procedían de las reivindicaciones territoriales de los nacionalismos periféricos (Solozábal, 1992).

¹³⁰ La CE mediante el sistema de reparto de competencias posibilita que las comunidades autónomas en sus respectivos Estatutos de Autonomía contemplen la asunción de diferentes materias como, por ejemplo, las relativas a la sanidad, la educación y los servicios sociales, entre otras. Concretamente, el artículo 148 de la CE, apartado 21, señala que las comunidades autónomas podrán asumir competencias de “sanidad e higiene”, mientras que el apartado 20 hace referencia específica a la materia de “asistencia social”.

la salud de las poblaciones, inmigrantes o no, en su dimensión individual y colectiva¹³¹. Llega para regular específicamente las funciones y prestaciones sanitarias necesarias en el logro de la efectividad del derecho a la protección de la salud de todas las poblaciones. Así, en su artículo 3, dispone que:

1. Los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades.
2. La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española.
3. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva.
4. La política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales¹³².

Para ello el SNS se establece como el conjunto coordinado de los servicios de salud públicos provistos por el Estado y por cada una de las comunidades autónomas. En el cuadro 4, podemos observar el sistema de reparto de competencias sanitarias que establece la CE entre las distintas administraciones públicas de ámbito nacional, autonómico y local de acuerdo a las normativas existentes.

De manera resumida, podemos señalar que el SNS se caracteriza por los siguientes aspectos:

- Establece un sistema de atención sanitario biomédico integrado¹³³, de manera que el Estado asume determinadas competencias con el fin de homogeneizar la legislación autonómica posterior y asegurar la unidad del sistema. Asimismo, apuesta por la descentralización de la gestión política de la sanidad en el marco de las comunidades autónomas.

¹³¹ Estableciendo un análisis paralelo entre el nacimiento del SNS y el Sistema de Servicios Sociales, cabe señalar que el Estado no promulga una ley básica y general que diseñe el modelo de servicios sociales a desarrollar posteriormente por las comunidades autónomas. Este hecho supone que, a finales de década de los ochenta del siglo XX, comiencen a aprobarse leyes de servicios sociales autonómicas para regular la configuración de los servicios sociales como sistemas públicos en sus respectivos territorios. De este modo, como afirma Moreno (2010: 17) el protagonismo de las comunidades autónomas y de los entes locales es tan crucial que la acción de la administración central de Estado desempeña un papel subsidiario en el caso del desarrollo del sistema de servicios sociales.

¹³² Tras la aprobación de la Ley Orgánica 3/2007 de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, se añade un cuarto apartado en el artículo 3 de la Ley General de Sanidad de 1986: “las políticas, estrategias y programas de salud integrarán activamente en sus objetivos y actuaciones el principio de igualdad entre mujeres y hombres, evitando que, por sus diferencias físicas o por los estereotipos sociales asociados, se produzcan discriminaciones entre ellos en los objetivos y actuaciones sanitarias”.

¹³³ Concretamente, la Ley General de Sanidad, en su artículo 44, establece que: “1. Todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud integrarán el Sistema Nacional de Salud. 2. El Sistema Nacional de Salud es el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas en los términos establecidos en la presente Ley”.

CUADRO 4. DISTRIBUCIÓN DE COMPETENCIAS ENTRE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS EN MATERIA SANITARIA EN EL SUR DE EUROPA

ADMINISTRACIONES PÚBLICAS	COMPETENCIAS	
Estado	- Bases y coordinación de la sanidad - Sanidad exterior - Política del medicamento - Gestión del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria	Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
Comunidades Autónomas	- Planificación sanitaria - Salud pública - Gestión de servicios públicos	
Corporaciones Locales	- Salubridad - Colaboración en la gestión de los servicios públicos	

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social de España e Instituto de Información Sanitaria (2010: 8)

- Configura un modelo sanitario de SNS que está compuesto por el conjunto de los servicios de salud gestionados por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA)¹³⁴ y por las comunidades autónomas a las que se transfiere la gestión sanitaria¹³⁵. La actividad de todas ellas se armoniza mediante el Consejo Interterritorial del SNS¹³⁶, que otorga cohesión al sistema y garantiza los derechos de las poblaciones en todo el territorio.
- Plantea un sistema público de cobertura prácticamente universal que extiende sus servicios a todas las poblaciones¹³⁷. Igualmente, determina que la financiación se realice mediante recursos de las administraciones públicas, cotizaciones y tasas por la prestación de determinados servicios.

¹³⁴ El Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) se crea a través del Real Decreto 840/2002 de 2 de agosto, con el propósito de adaptar el INSALUD en una entidad de menor dimensión, pero conservando la misma personalidad jurídica, económica, presupuestaria y patrimonial, así como su naturaleza de entidad gestora de la Seguridad Social. Entre sus funciones, también, se encuentra la gestión de derechos y obligaciones del INSALUD, el desarrollo de las prestaciones sanitarias en las ciudades de Ceuta y Melilla, y la realización de aquellas otras actividades necesarias para el normal funcionamiento de sus servicios, según establece la disposición transitoria tercera de la Ley General de Sanidad.

¹³⁵ En relación a este aspecto, la Ley General de Sanidad en su artículo 49 dispone que: “las Comunidades Autónomas deberán organizar sus Servicios de Salud de acuerdo con los principios básicos de la presente Ley”. Asimismo, el artículo 50, apartado 1, recoge que: “en cada Comunidad Autónoma se constituirá un Servicio de Salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias, que estará gestionado, como se establece en los artículos siguientes, bajo la responsabilidad de la respectiva Comunidad Autónoma”.

¹³⁶ De manera específica, el artículo 47, de la Ley General de Sanidad crea el Consejo Interterritorial del SNS.

¹³⁷ En el momento actual, la cobertura universal y la financiación pública del SNS están siendo objeto de debate tras la aprobación del Real Decreto-Ley 16/2012 de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del sistema y mejorar la calidad y la seguridad de sus prestaciones.

- Reconoce la gestión pública directa y la gestión privada a través de fórmulas de concierto.
- Define los derechos y deberes en el ámbito sanitario de las poblaciones y de los poderes públicos.
- Establece la creación de dos niveles de atención: atención primaria de salud y atención especializada.
- Promueve específicamente el protagonismo del modelo o sistema de atención primaria con énfasis en la prestación de una atención integrada e integral de la salud.

Entre estos aspectos, por tanto, se incluye la organización del SNS en dos niveles asistenciales: atención primaria de salud y atención especializada. Los dos niveles presentan una relación funcional que tiene como finalidad promover la continuidad de la atención de las poblaciones, inmigrantes o no. A su vez son independientes administrativa y funcionalmente entre sí. En relación a esta cuestión, el artículo 18, apartado 2 y 3, define las actuaciones sanitarias a realizar por los servicios de salud en cada uno de ellos:

La atención primaria integral de la salud, incluyendo, además de las acciones curativas y rehabilitadoras, las que tiendan a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad del individuo y de la Comunidad.

La asistencia sanitaria especializada, que incluye la asistencia domiciliaria, la hospitalización y la rehabilitación.

Ambos niveles de atención constituyen las denominadas estructuras básicas de salud. A través de estas estructuras se pretende dar respuesta a los principales problemas y/o necesidades de salud que surjan en el transcurso de la vida cotidiana de las poblaciones, inmigrantes o no.

Tras el desarrollo de la Ley General de Sanidad de 1986, a partir de la década de los noventa del siglo XX, se sucede un periodo de reformas como consecuencia de los cambios imperantes en el contexto económico dominante y de las transformaciones acontecidas en la esfera global. Las reformas fundamentalmente se centran en la contención de los costes y en la innovación de la gestión (García-Armesto et al., 2011: 32). Se produce, asimismo, un intento de contrarreforma mediante la publicación del criticado y rechazado “Informe Abril” en 1991. Este informe contiene un exhaustivo

análisis de la sanidad pública de la época junto a la propuesta de 64 recomendaciones para mejorar su gestión, organización y financiación, que introducen tendencias de orientación neoliberal que matizan el derecho a la protección a la salud de las poblaciones (Pérez-Giménez, 2000).

De acuerdo a Sánchez-Bayle (1996: 52-54), las premisas neoliberales de las que parte este informe son las siguientes: a) la empresa privada concede mejores prestaciones a un coste menor, b) el mercado tiene un papel protagonista en el funcionamiento del sistema, para el que se deben crear mejores condiciones, y c) las poblaciones deben asumir progresivamente la financiación directa de los servicios sanitarios. Por otro lado, el autor argumenta que el informe también recoge una serie de propuestas generales de mejora sobre el funcionamiento del sistema respecto a las que existe un amplio consenso. No obstante, llama la atención que no contiene ninguna referencia sobre el modelo de atención primaria a pesar de constituirse supuestamente como la pieza clave del sistema biomédico.

El informe abre así un proceso de transformación del sistema sanitario, que introduce cambios “exógenos” en todas sus esferas y genera un gran desconcierto entre el personal profesional de la salud, de modo que todo ello se plasma en la introducción de nuevas finalidades, discursos, prácticas asistenciales y dispositivos organizativos (Irigoyen, 2011: 279).

En este contexto se produce un proceso de transferencia sanitaria a todas las comunidades autónomas que finaliza en el año 2002, con la excepción de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla¹³⁸. Tras este proceso, el SNS cierra un ciclo de veinticinco

¹³⁸ En el sur de Europa el proceso de transferencia sanitaria responde al modelo de “devolución” (Repullo y Freire, 2008: 120). Siguiendo este modelo, las primeras comunidades autónomas en recibir la transferencia de competencias sanitarias fueron Cataluña (en 1981), Andalucía y País Vasco (en 1984). Las siguientes comunidades en alcanzar estas competencias fueron Valencia (en 1987), Galicia y Navarra (en 1990) y Canarias (en 1994). En el año 2001 termina el proceso de traspaso de funciones y servicios sanitarios del INGESA (anteriormente INSALUD) a las diez últimas comunidades autónomas que aún dependían mayoritariamente del mismo: Madrid, Principado de Asturias, Castilla y León, Islas Baleares, Aragón, Murcia, Castilla-La Mancha, Cantabria, Extremadura y La Rioja. Por tanto, más de tres décadas después de la primera transferencia sanitaria realizada, se logra así el objetivo de constituir un SNS descentralizado y con autonomía de gestión en las 17 comunidades autónomas. Este proceso conlleva el desarrollo de leyes de sanidad autonómicas y el establecimiento de sus respectivos servicios regionales de salud. En el momento actual, todo ello genera que las comunidades autónomas tengan plena jurisdicción en la organización y prestación de servicios de salud en sus respectivos territorios (García-Armesto et al., 2011). Además, da lugar a la existencia de diecisiete posibles sistemas regionales de salud sensiblemente

años de gestión sanitaria “moderna” que si bien no se caracteriza por el dinamismo ni la innovación de la gestión empresarial, presenta un gran auge y progreso (Belenes, 2003: 150). Además, durante este tiempo desemboca en un territorio poco coordinado de diecisiete sistemas biomédicos autonómicos (Repullo y Freire, 2008).

En relación a este aspecto, en el año 2003 se amplía el marco jurídico-normativo del sistema biomédico a raíz de la llegada de Ley de Cohesión y Calidad del SNS. La Ley, en su artículo 1, indica que tiene por objeto:

Establecer el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias, de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, así como la colaboración activa de éste en la reducción de las desigualdades en salud.

Todo ello, tal y como se recoge en su preámbulo, se plantea en un contexto caracterizado por los cambios y retos que exigen la puesta en marcha de un “nuevo modelo” de prestaciones y de organización de la asistencia sanitaria y de la salud pública. Igualmente, enfatiza la necesidad de que este nuevo modelo sea de calidad y responda en condiciones de igualdad al acceso de las poblaciones, con independencia de su lugar de residencia:

... transcurridos más de 16 años desde la entrada en vigor de la Ley General de Sanidad, se han producido profundos cambios en la sociedad, tanto culturales, tecnológicos y socioeconómicos como en la manera de vivir y de enfermar. Y se plantean nuevos retos para la organización del Sistema Nacional de Salud, como son la orientación a los resultados en salud, la potenciación del papel de los usuarios como decisores, la implicación de los profesionales en las reformas administrativas, las actuaciones clínicas y la toma de decisiones basadas en la evidencia científica, así como la búsqueda de mecanismos de integración en la atención sanitaria y la sociosanitaria, retos todos ellos que han puesto de manifiesto la necesidad del funcionamiento cohesionado del Estado y de las comunidades autónomas para complementar algunos elementos esenciales del

diferentes en cuanto a sus políticas de salud y de gestión de servicios de salud que, a su vez, deben adaptarse a las peculiaridades de cada territorio, incluida su diferencia numérica poblacional además de la diversidad étnico-cultural existente entre ellos como, por ejemplo ocurre entre Andalucía con 8.449.985 de habitantes (49,5 hombres y 50,5 mujeres) y La Rioja con 323.609 habitantes (49,9 hombres y 50,1 mujeres) (INEa, 2012). Respecto a su financiación, el gasto sanitario ha seguido una tendencia al alza, aunque aún se sitúa por debajo de la media europea. Por su parte, la financiación sanitaria autonómica se corresponde aproximadamente con una media anual del 5% del Producto Interior Bruto (PIB) y un 35% del presupuesto del gasto público total en cada comunidad autónoma (López I Casasnovas, 2004; Martín-Martín y del Puerto-López, 2011), mientras que en conjunto la administración de la atención sanitaria por las comunidades autónomas supone el 89,81% de los fondos sanitarios públicos transferidos por el Estado (Durán, 2011). Además, cabe señalar que en el momento de crisis económica actual los presupuestos destinados a la financiación de los sistemas sanitarios junto al resto de políticas sociales se están viendo reducidos. En el caso de Andalucía, en 2011 destinó 9.390 millones de euros a salud, esta cifra equivale a uno de cada tres euros del presupuesto total de la Junta de Andalucía, lo que representaba el 7,19 % del PIB andaluz en 2009 (Gavira y Carmona, 2012).

Sistema Nacional de Salud, de manera que pueda adaptarse a la modernización que el entorno le exige.

Así, la nueva Ley aboga porque el SNS se constituya como un conjunto interrelacionado de servicios regionales de salud que garantice la igualdad efectiva y de calidad, la coordinación y la cooperación entre todos ellos a raíz de la finalización del proceso de descentralización sanitaria. De esta manera, en su artículo 5, delimita distintos ámbitos de colaboración entre las administraciones públicas sanitarias las prestaciones del SNS, la farmacia, los profesionales sanitarios, la investigación, los sistemas de información, la calidad del sistema sanitario, los planes integrales, la salud pública, y la participación de ciudadanos y profesionales. Todos ellos, se someterán al seguimiento del Consejo Interterritorial y de la Alta Inspección.

En general, la Ley recoge algunas de las recomendaciones generales de mejora del funcionamiento del sistema sanitario que ya se apuntaban en el mencionado “Informe Abril”. Por ejemplo, hace referencia a aquellas que se dirigen a reforzar la autoridad y las funciones del Consejo Interterritorial del SNS¹³⁹, entre otras. De esta forma, le otorga un papel relevante para formular políticas consensuadas y basadas en la gestión del conocimiento que dan lugar únicamente a recomendaciones, ya que afectan a cuestiones transferidas a las comunidades autónomas (García-Armesto et al., 2011). Otros aspectos destacables que introduce se relacionan con la definición del catálogo de prestaciones y de la política de recursos humanos del SNS.

El desarrollo de la Ley ha permitido algunos avances en la coordinación del SNS, que se han concretado en la aprobación de planes de calidad nacionales de acuerdo a la previsión de esta norma. Así, específicamente, en el año 2006 se puso en marcha el primer “Plan de Calidad para el SNS” (2006-2010). El plan trata de incrementar la cohesión del sistema, implantar un sistema de información sanitaria y la historia clínica electrónica nacional, garantizar la equidad en la atención sanitaria y asegurar una atención de máxima calidad. En el año 2010 se aprueba una nueva edición del mismo.

¹³⁹ El capítulo X de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS, se dedica por entero a regular el Consejo Interterritorial del SNS. Asimismo, el artículo 69, determina que “es el órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los servicios de salud entre ellos y con la Administración del Estado, que tiene como finalidad promover la cohesión del SNS a través de la garantía efectiva y equitativa de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio del Estado”.

En relación al modelo de atención primaria, el plan incluye líneas de actuación que se dirigen a ampliar la capacidad de resolución de los servicios, los cuidados sanitarios domiciliarios, la mejora en la coordinación entre atención primaria y atención especializada y la disminución de la carga burocrática del personal profesional de la salud (Ministerio de Sanidad y Política Social de España, 2009).

Por último, cabe mencionar la entrada en vigor de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, que viene a completar el esfuerzo por ordenar y coordinar las actividades de asistencia sanitaria de calidad dispuestas en la Ley de Cohesión y Calidad del SNS de 2003. Esta ley específicamente trata de establecer las acciones de coordinación y cooperación entre las administraciones públicas en materia de salud pública.

En su preámbulo, señala que entre sus propósitos pretende lograr la mejora de la salud de las poblaciones “entendiendo la inversión en salud como una contribución decisiva al bienestar social, tanto por el efecto neto de la ganancia en salud como por la contribución a la sostenibilidad de los servicios sanitarios y sociales”. Asimismo, indica la necesidad de que “la vertiente del cuidado de las personas enfermas, debe ahora complementarse con la vertiente preventiva y de protección y promoción de la salud”.

En suma, tiene por objeto contribuir a dar una respuesta completa y actual al derecho a la protección de la salud de las poblaciones reconocido constitucionalmente. Para ello, menciona que es importante que la sociedad se organice para fomentar, proteger y promover su salud individual y colectiva. Así, presta especial atención a las “nuevas realidades” y “fenómenos sociales” presentes en el sur de Europa como, por ejemplo, al fenómeno de la inmigración. Igualmente, se refiere al imperativo de contribuir a la sostenibilidad de los servicios sanitarios y sociales provistos para hacerles frente:

... hay nuevas realidades que atender que nos recuerdan que una sociedad avanzada debe pensar en la población del futuro, sin esperar a solucionar los problemas cuando sus servicios sociales y sanitarios ya no puedan dar respuestas. El creciente envejecimiento de la población, el aumento de familias monoparentales, el debilitamiento de las redes familiares y sociales acentuados por urbanismos dispersos, la globalización y sus riesgos emergentes, el consumismo, el uso creciente de las nuevas tecnologías, el modo de vida sedentario, los efectos del cambio climático o la inmigración, son algunos de estos nuevos fenómenos sociales. Nuevas realidades que conviven con otras que no por más antiguas están del todo resueltas, como la discapacidad intelectual, la salud mental, la plena integración de grupos étnicos minoritarios, la reclusión penitenciaria o las distintas situaciones de exclusión social. Los servicios sanitarios y sociales sólo serán sostenibles si aseguramos para nuestra población los mejores niveles de salud y autonomía posibles en todos los

tramos de la vida y con la garantía de la máxima igualdad (Preámbulo, Ley 33/2011 de 4 de octubre General de Salud Pública).

Respecto a la mencionada organización de la sociedad, señala que ésta requiere un sistema de salud pública que aúne, coordine y medie en distintos ámbitos de acción. Uno de ellos, se refiere a las acciones de prevención y promoción de la salud que se enmarcan en los servicios sanitarios. Sin embargo, menciona que “los servicios sanitarios y en especial la atención primaria de salud, deben asumir un papel más relevante en la acción preventiva y en la salud comunitaria”. Para ello, observa que es necesario asegurar una adecuada “coordinación con las acciones de salud pública y mediante una organización que permita aportar a los servicios sanitarios las mejores recomendaciones preventivas, dando prioridad a aquellas acciones más eficientes, optimizando así los recursos y evitando perjuicios innecesarios por acciones preventivas ineficaces”.

Actualmente, transcurridos treinta años de la puesta en marcha del SNS, los diversos estudios publicados reconocen ampliamente que en conjunto su balance es positivo. Señalan que el sur de Europa se encuentra entre los diez primeros países con un mejor sistema biomédico en Europa (Hernansanz et al., 2012: 3). Así, lo sitúan entre aquellos que alcanzan uno de los niveles más altos de protección de la salud individual y colectiva, así como de eficiencia respecto al resto de países europeos de su entorno (Borrell-Carrió y Gené-Badía, 2008). Todo ello a pesar de que observan que cuenta con un gasto agregado relativamente modesto (Martín-Martín y del Puerto-López, 2011). Éste actualmente se sitúa en el 8,5% del Producto Interior Bruto (PIB), es decir en un porcentaje inferior al promedio europeo (García-Armesto et al. 2011). Esta validez la advierten en diferentes indicadores que muestran una mejor salud y aumento de la esperanza de vida de las poblaciones, y que en conjunto dan lugar a una modificación de la estructura de la sociedad. Igualmente, también, la asocian de forma generalizada al alto nivel de satisfacción y de legitimidad que otorgan las poblaciones al sistema biomédico en las encuestas nacionales de salud, salvo en el aspecto relativo a la valoración de la información dirigida a las poblaciones y a la gestión de las listas de espera (García-Armesto et al. 2011).

En este contexto de factores positivos, también, se manifiestan algunas limitaciones que demandan el desarrollo de nuevas reformas para hacerles frente. Por ejemplo, se percibe

un riesgo de deslegitimación crónica y progresiva del SNS por parte de las poblaciones (Belenes, 2003), así como la necesidad de emprender cambios relacionados con el crecimiento de las exigencias y de los costes de su funcionamiento (Martín-Moreno, Alonso, Clavería, Gorgojo y Peiró, 2009). Así, constantemente se reivindica la necesidad de garantizar y reforzar su sostenibilidad, con el propósito de mantener el nivel de protección alcanzado hasta el momento y de garantizar el derecho de las poblaciones a una atención sanitaria pública de calidad (Elola-Somoza, 2008: 461)¹⁴⁰.

Algunos de los principales aspectos que se proponen como perjudiciales o problemáticos respecto a la sostenibilidad del sistema de atención sanitario, se relacionan con su diseño institucional y de gobierno (Martín-Martín y del Puerto-López, 2011). Asimismo, se refieren a la repercusión de la crisis económica nacional y europea (Dávila y González, 2009; Martín-Martín y del Puerto-López, 2011; WHO, 2009; Hernansanz et al., 2012) y al posible impacto negativo de ésta en la salud de las poblaciones y en la calidad de los servicios sanitarios (Repullo, 2011).

Junto a estas cuestiones, otros temas de debates frecuentes sobre el funcionamiento del SNS actual hacen referencia a su gobernabilidad (Repullo y Freire, 2008), y a los efectos y a la complejidad que caracteriza al proceso de descentralización de competencias sanitarias. A este respecto algunos estudios señalan que la descentralización facilita la implementación de reformas y posibilita llevar a cabo iniciativas creativas (Martín-Moreno et al., 2009); mientras que otros advierten que da lugar a desequilibrios territoriales y a problemas de coordinación (Cantarero, 2008; Martín-Martín y del Puerto-López, 2011). Éstos últimos, señalan que algunas de las consecuencias de la

¹⁴⁰ A este respecto, por ejemplo, tras dieciséis años de funcionamiento la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) reclama activamente mediante distintas estrategias la defensa y la mejora del sistema biomédico en el sur de Europa. La FADSP se autodefine como “apartidista aunque no neutral” e informa que está formada por profesionales diversos del ámbito sanitario (personal médico, de enfermería, auxiliar, administrativo, de psicología, del trabajo social, gestor, economista, etc.). Este personal profesional se declara a favor de un sistema de atención sanitario público, universal y redistributivo, que garantice a las poblaciones el acceso a una atención de calidad y en condiciones de igualdad y, por tanto, se manifiesta en contra del proceso de privatización. Así, llaman al conjunto de profesionales progresistas del siguiente modo: “todos nosotros nos encontramos preocupados por el rumbo que toma la reforma de la Sanidad Pública, si en otras épocas hicimos oír nuestra voz, ha llegado el momento en que de nuevo debemos y podemos expresarnos, en relación a la encrucijada sanitaria ante la que nos encontramos” (FADSP, 2013). En suma, la FADSP representa un foco de resistencia a la reestructuración de los servicios de atención sanitaria entendida como una “colonización empresarial” (Irigoyen, 2011: 290).

descoordinación son las diferencias geográficas en los resultados de salud, en la financiación entre regiones e intrarregionales y en la conexión de la información sanitaria (Durán, 2011). De esta forma, en palabras de Cantarero (2008: 143) se han producido diferencias entre comunidades autónomas “en términos de insuficiencia que difícilmente responderán a factores claramente identificados en términos de eficiencia o circunstancias similares”. El autor señala que este hecho revela las dificultades que el SNS tiene a la hora de articular las distinciones entre los servicios regionales de salud con objetivos de lograr la equidad y el bienestar social de las poblaciones. Sin embargo, también, a pesar de que se percibe una gran heterogeneidad regional respecto a las desigualdades en salud, el acceso a la atención y la financiación sanitaria, los estudios indican una mejora de la equidad en salud (Costa-Font y Gil, 2008) y de los resultados en la salud de las poblaciones (Durán, 2011) que está favorecida por la descentralización.

En este contexto de cambios y avances el SNS aún debe afrontar diversos desafíos. Unos propios del contexto sociocultural, político y de crisis económica del sur de Europa¹⁴¹, y otros compartidos con el resto de países europeos. Entre los principales retos a destacar en este momento, García-Armesto et al. (2011) por una parte subrayan la necesidad de establecer un marco común de valoración de la información basada en resultados y no tanto en datos de recursos o de actividad, así como en la mejora de la conectividad entre los sistemas de información sanitaria dentro y entre comunidades autónomas. Por otra parte, el imperativo de promover la cohesión del SNS tras la descentralización, adoptar un modelo centrado en la persona usuaria, y coordinar la atención sanitaria en una estructura gerencial dividida en atención primaria y atención especializada.

3.1.2 DESARROLLO NACIONAL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

El segundo hito de la reforma sanitaria impulsada en los años ochenta al sur de Europa, remite a los cambios que se realizan progresivamente para reforzar e integrar el papel del modelo de atención primaria como primer escalón o nivel del sistema biomédico nacional.

¹⁴¹ Entre estos desafíos propios, caben mencionar aquellos que se relacionan con el proceso de integración entre el ámbito de la política sanitaria y social con el propósito de abordar el fenómeno de la dependencia a raíz del desarrollo del nuevo SAAD.

Normativamente, el Real Decreto 137/1984 de 11 de enero de Estructuras Básicas de Salud origina el arranque legislativo de la reforma organizativa hacia la construcción y desarrollo del actual modelo de atención primaria. Es decir, con todas sus ventajas y limitaciones, es la norma que trata de institucionalizar estructuralmente los elementos universales recogidos en la Declaración de Alma Ata de 1978. Por tanto, en palabras de Alfaro (2005: 15) constituye la “tabla de salvación” que fundamenta muchas de las iniciativas de reforma que han precedido al modelo.

Específicamente, tal y como plantea en su preámbulo, esta norma traza un cambio fundamental en la organización de “las exigencias de un moderno sistema sanitario”. El nuevo planteamiento reconsidera la división tradicional “entre las actividades de sanidad preventivas y asistenciales”. Asimismo, establece los primeros pilares de un modelo que teóricamente no se focaliza en la atención especializada u hospitalaria, de forma que se aleja del modelo biomédico tradicional.

Uno de sus principales resultados es la creación y puesta en marcha de zonas de salud, junto a la apertura de centros de salud y la constitución de equipos de atención primaria. Todo ello dibuja un novedoso mapa de servicios de salud en un marco de universalidad y equidad, pero que es desconocido inicialmente por las poblaciones y por el propio personal profesional de la salud que se adscribe a los mismos.

Respecto a las zonas de salud, concretamente, en su preámbulo señala cuáles son las funciones que se les atribuyen con el fin de garantizar el derecho a la salud de las poblaciones, inmigrantes o no:

... funciones integradas de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación dirigidas tanto al individuo, aisladamente considerado, como a los grupos sociales y a las comunidades en que se insertan quienes por otro lado participan activamente a lo largo de todo el proceso sanitario.

Asimismo, en su artículo 1, apartado 1, define en qué consisten las zonas de salud, mientras que el apartado 2 trata de concretar y homogeneizar los criterios “demográficos, geográficos y sociales” a tener en cuenta en su demarcación:

1. La zona de salud, es la demarcación poblacional y geográfica fundamental; delimitada a una determinada población, siendo accesible desde todos los puntos y capaz de proporcionar una atención de salud continuada, integral y permanente con el fin de coordinar las funciones sanitarias afines.
2. La delimitación del marco territorial que abarcará cada zona de salud se hará por la Comunidad Autónoma, teniendo en cuenta criterios demográficos, geográficos y sociales. En aplicación de

estos criterios, la población protegida por la Seguridad Social a atender a cada Zona de Salud podrá oscilar entre 5.000 y 25.000 habitantes, tanto en el medio rural como en el medio urbano. No obstante, y con carácter excepcional, podrá determinarse una zona cuya cifra de población sea inferior a 5.000 habitantes para medios rurales, donde la dispersión geográfica y otras condiciones del medio lo aconsejen. Asimismo, y también con carácter excepcional, podrá abarcar una población mayor cuando las circunstancias poblacionales lo aconsejen.

De este modo, las zonas de salud delimitan zonas médicas en las que se ubican los centros de salud. A este respecto, el artículo 2, apartado 1, recoge la definición de centro de salud como la estructura institucional mediante la que un equipo de atención primaria ofrece los servicios y la atención de salud más básica y principal a las poblaciones, inmigrantes o no:

1. El Centro de Salud es la estructura física y funcional que posibilita el desarrollo de una atención primaria de salud coordinada globalmente, integral, permanente y continuada, y con base en el trabajo en equipo de los profesionales sanitarios y no sanitarios que actúan en el mismo. En el desarrollará sus actividades y funciones el Equipo de Atención Primaria.

Por último, cabe señalar que únicamente se refiere a la coordinación entre niveles asistenciales en su artículo 7, al instituir que:

Los Equipos de Atención Primaria desarrollarán su actividad en estrecha colaboración funcional y técnica con los servicios especializados que se den a otro nivel, lo que se determinará específicamente en las disposiciones de desarrollo de este Real Decreto.

Posteriormente a raíz de la llegada de la Ley General de Sanidad en 1986, el diseño de la atención primaria se configura mediante la delimitación y constitución en el territorio de las comunidades autónomas de áreas de salud. Estas áreas, tal y como establece en su artículo 56, apartado 2, son el elemento clave para implantar los servicios sanitarios mediante actividades específicas en los dos niveles de atención sanitaria:

2. Las áreas de salud son las estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del servicio de salud de la Comunidad Autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos.

En todo caso, las áreas de salud deberán desarrollar las siguientes actividades:

- a. En el ámbito de la atención primaria, mediante fórmulas de trabajo en equipo, se atenderá al individuo, la familia y la comunidad; desarrollándose, mediante programas, funciones de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación, a través tanto de sus medios básicos como de los equipos de apoyo a la atención primaria.
- b. En el nivel de atención especializada, a realizar en los hospitales y centros de especialidades dependientes funcionalmente de aquéllos, se prestará la atención de mayor complejidad a los problemas de salud y se desarrollarán además las funciones propias de los hospitales.

Del mismo modo, el artículo 56, apartado 4, hace referencia a los diferentes tipos de factores que se tendrán en cuenta en la demarcación de las áreas de salud, entre ellos menciona los de tipo cultural. No obstante, el apartado 5 puntualiza el criterio de

tamaño poblacional concreto como factor que prevalece a la hora de establecer la organización de servicios sanitarios en ellas:

4. Las áreas de salud se delimitarán teniendo en cuenta factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos y de dotación de vías y medios de comunicación, así como las instalaciones sanitarias del área. Aunque puedan variar la extensión territorial y el contingente de población comprendida en las mismas, deberán quedar delimitadas de manera que puedan cumplirse desde ellas los objetivos que en esta Ley se señalan.
5. Como regla general, y sin perjuicio de las excepciones a que hubiera lugar, atendidos los factores expresados en el apartado anterior, el área de salud extenderá su acción a una población no inferior a 200.000 habitantes ni superior a 250.000. Se exceptúan de la regla anterior las Comunidades Autónomas de Baleares y Canarias y las ciudades de Ceuta y Melilla, que podrán acomodarse a sus específicas peculiaridades. En todo caso, cada provincia tendrá, como mínimo, un área.

En definitiva, a través de esta norma se instaura que en las áreas de salud se implante un hospital general en función de criterios demográficos y geográficos. Asimismo, a su vez, se propone que se subdividan en distintas zonas básicas de salud mediante las que se plantea el desarrollo del modelo de atención primaria a través de la creación de centros de salud. Con todo ello se trata de conseguir la máxima operatividad y eficacia en el funcionamiento de los servicios de salud públicos.

De esta manera, las zonas básicas de salud son la estructura organizativa de menor tamaño que se encarga de proveer los servicios de atención primaria de salud a las poblaciones, inmigrantes o no. Se organizan frecuentemente alrededor de un único centro de salud y de un equipo de atención primaria que constituye la puerta de entrada al sistema biomédico (García-Armesto et al., 2011). El equipo de atención primaria es el encargado de llevar a cabo una atención sanitaria integral a través de consultas en el centro y/o en los domicilios a demanda, programadas y urgentes. Igualmente, debe prestar una atención integrada mediante la prevención, la promoción y las actividades de atención comunitarias que se dirigen a poblaciones comprendidas entre las 5.000 y las 25.000 personas. Asimismo, realizan el proceso de evaluación de necesidades y la planificación sanitaria del área de salud a la que se adscriben (Rico y Sabés, 2001).

En el artículo 62, apartado 2, se especifican los aspectos que se tendrán en cuenta en la delimitación de estas zonas:

- a. las distancias máximas de las agrupaciones de población más alejadas de los servicios y el tiempo normal a invertir en su recorrido usando los medios ordinarios;
- b. el grado de concentración o dispersión de la población;

- c. las características epidemiológicas de la zona; y
- d. las instalaciones y recursos sanitarios de la zona.

A continuación, el artículo 63, recoge que una zona básica de salud constituye el marco territorial de la atención primaria. En ellas los centros de salud desarrollan sus actividades sanitarias, de manera que establece lo siguiente:

... los centros de salud desarrollarán de forma integrada y mediante el trabajo en equipo todas las actividades encaminadas a la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, tanto individual como colectiva, de los habitantes de la zona básica; a cuyo efecto, serán dotados de los medios personales y materiales que sean precisos para el cumplimiento de dicha función.

Asimismo, en el artículo 64, se definen las funciones de los centros de salud del siguiente modo:

- a. Albergar la estructura física de consultas y servicios asistenciales personales correspondientes a la población en que se ubica.
- b. Albergar los recursos materiales precisos para la realización de las exploraciones complementarias de que se pueda disponer en la zona.
- c. Servir como centro de reunión entre la comunidad y los profesionales sanitarios.
- d. Facilitar el trabajo en equipo de los profesionales sanitarios de la zona.
- e. Mejorar la organización administrativa de la atención de salud en su zona de influencia.

Como resultado de estas normas, algunos estudios manifiestan que el fortalecimiento y la extensión del sistema de atención primaria al sur de Europa desde el año 1978, es un modelo a seguir por otros muchos países del mundo (Ministerio de Sanidad y Consumo de España, 2007). Igualmente, señalan que es un ejemplo sobre cómo mejorar la salud de las poblaciones de manera coste-efectiva (Borkan et al., 2010). Además, enfatizan que la finalidad de impulsarlo se fundamenta en el propósito de ofertar a las poblaciones una respuesta a sus demandas de salud en base a los valores de universalidad y equidad en el acceso a los servicios de salud públicos (Alfaro, 2005).

Esta demanda, por un lado, se circunscribe en el carácter de derecho constitucional que adquiere la protección de la salud. Por otro, en la forma de deber que comienza a adquirir, por ejemplo, la participación y la autorresponsabilidad de las poblaciones y las comunidades en la gestión del cuidado de su salud¹⁴². Este aspecto fundamentalmente se

¹⁴² En el sur de Europa en relación a la participación comunitaria como uno de los elementos universales y pilares que teóricamente definen al modelo de atención primaria, como señala Irigoyen (1994: 61) su introducción durante el proceso de reformas fue una innovación que carecía de antecedentes y que se formula como parte de la estrategia a desarrollar por los servicios de salud públicos. Así, a lo largo de las

promueve a través de los enfoques de salud pública de promoción y prevención de la salud.

Este último aspecto subraya la potenciación que adquiere el proceso de empoderamiento¹⁴³ de las poblaciones (*empowerment* o *patient empowerment* en la literatura internacional), como una de las características fundamentales sobre las que se conceptualiza el modelo de atención primaria. Se trata, específicamente, de uno de los principales objetivos a alcanzar mediante el impulso que recibe la promoción de la salud en atención primaria (Álvarez-Dardet y Colomer-Revuelta, 2001). Así, las poblaciones experimentan el proceso de empoderamiento en el marco de las intervenciones que reciben de educación para la salud y su contribución a los cuidados de la salud (Resende-Carvalho, 2008). También, a través de cualquier intervención que tenga como efecto su capacitación para tomar decisiones autónomas y responsables. Por ejemplo, se alude a los consejos que recogen en el encuentro asistencial con el personal profesional de la salud en los centros de salud y que tratan de alejarse del tradicional modelo de relación “paternalista” (Simó, 2005: 37). Además, se relaciona con el nivel de información que pueden emplear las poblaciones en su relación con las instituciones¹⁴⁴, y en el replanteamiento del “contrato implícito” que establecen con el personal profesional de la salud (Hernansanz et al., 2012: 3).

Sin embargo, actualmente, también es frecuente observar cómo una parte del sector biomédico salubrista comienza a replantearse el propósito de las prácticas socioculturales de promoción y prevención de salud desde una perspectiva crítica. Estas miradas ponen de relieve la importancia de respetar la autonomía individual de las

tres últimas décadas, su desarrollo en las prácticas socioculturales en salud a realizar desde atención primaria no está exento de dificultades tanto para el personal gestor, como para el personal profesional de la salud y las poblaciones.

¹⁴³ Como venimos observando, es frecuente encontrar entre la literatura biomédica el uso de conceptos tomados de la teoría sociocultural, para analizar y explicar aspectos específicos de la relación entre profesionales de la salud y las poblaciones en el sistema biomédico. El término *empowerment* se usa así para referirse al proceso por el que las personas o grupos socioculturales adquieren o reciben los medios necesarios para fortalecer su potencial económico, político o social, cuyo uso se ha extendido del ámbito empresarial al de la atención biomédica (Simó, 2005: 37).

¹⁴⁴ La potenciación de estos aspectos también se refleja a nivel jurídico. Por ejemplo, se observa en la promulgación de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que pone de relieve la importancia que reciben los derechos de las poblaciones de pacientes como eje en las relaciones clínico-asistenciales.

personas en términos de derechos y deberes, que debe estar ligada a la responsabilidad colectiva. Así, advierten que el propósito general de estas prácticas es generar sujetos que tengan la propia supervivencia como la finalidad más importante de sus vidas:

[Discurso desde la profesión de salud pública] Podemos considerar que la promoción de la salud actual enfatiza ciertas prácticas individualistas y apolíticas de búsqueda de la salud. El bien supremo de la vida es prolongar la vida en términos de longevidad, de preferencia con el máximo de confort que sea posible obtener conforme a las circunstancias de la vida. La promoción de la salud hegemónica puede ser interpretada como una política persecutoria de neohigiene, de fuerte contenido moral con vistas a la longevidad, bajo la perspectiva de que nos mantengamos en el interior de la economía globalizada de acuerdo con la perspectiva del mundo racional de la productividad, de la generación de riquezas y del consumo. Además, procurando el imposible equilibrio esquizofrénico entre la búsqueda de satisfacción de deseos generados por las múltiples tentaciones existentes a nuestro alrededor y una moderación responsable para que no seamos consumidos en este proceso (Castiel y Álvarez-Dardet, 2007: 466).

En este marco de definición, en suma, la reforma hacía el modelo de atención primaria, también denominado desde el ámbito político-institucional frecuentemente como “la nueva red de asistencia” (Rico y Sabés, 2001), orienta la configuración del sistema biomédico occidental hacía la incorporación de los valores y principios propuestos en Alma-Ata. La implantación de este modelo, por tanto, se basa en su legitimidad para prestar una atención a los problemas de salud de las poblaciones, que había demostrado ser útil y eficaz en otros países del mundo (Sánchez-Bayle, 1996: 57).

En este marco, se afirma que una de las principales características del actual modelo de atención primaria al sur de Europa se refiere a su constitución como “eje” fundamental (Pablo-González, 2005: 216; Simó, 2005: 41) o “piedra angular” (Hernansanz et al., 2012: 3) del sistema público de atención sanitario biomédico. En él se establece novedosamente la meta de producir la salud de las poblaciones y no de evitar la enfermedad (Uribe, 1994). De esta forma, a partir de la nueva filosofía sobre la concepción de la atención a la salud que viene a propugnar, la organización del sistema biomédico teóricamente pasa a centrar su actuación principalmente en el ámbito familiar y comunitario. Además, camina hacia el propósito fundamental de detectar y controlar los principales determinantes sociales que influyen en la salud de las poblaciones.

Concretamente, con esta intención los equipos de atención primaria ofrecen los siguientes “servicios” a las poblaciones: atención médica general a menores, personas adultas y mayores, atención disponible las 24 horas del día, servicios diagnósticos, cirugía menor, planificación familiar, cuidado obstétrico y prenatal, prescripciones farmacéuticas, visitas domiciliarias, certificaciones, servicios de transporte de pacientes y

ambulancia, cuidados de enfermería y cuidados paliativos, servicios de promoción de la salud y preventivos, y servicios específicos para la salud mental (Durán, Lara y van Waveren, 2006). Es decir, pretende cubrir una gama de funciones de atención diversificadas, así como trata de prestar una especial asistencia ante los problemas de salud individual y colectiva de las poblaciones en estrecha interacción con la realidad sociocultural y económica en la que transcurren sus vidas.

La atención primaria se conceptualiza, por tanto, como la “puerta de entrada” (Gérvás, Palomo-Cobos, Pastor-Sánchez, Pérez-Fernández y Rubio, 2001: 472) al SNS y a los distintos sistemas autonómicos de salud. Es, asimismo, una de las “piezas” clave para lograr la salud de las poblaciones (Alfaro, 2005: 16). Todo ello constituye el primero de los elementos universales que caracterizan al modelo de atención primaria al sur de Europa.

Frecuentemente se afirma que ambas características, es decir ser “eje” y “puerta de entrada” del sistema biomédico, se reconocen ampliamente en el ordenamiento jurídico-normativo que lo regula. Sin embargo, algunos estudios subrayan que aún se advierte que el centro de la actividad se basa en el hospitalocentrismo, la alta tecnificación y la subespecialización del personal profesional de la salud en el marco de un sistema biomédico que presta una atención cada vez más fragmentada a las poblaciones (semFYC, SEMERGEN y SEMG, 2012).

Otra de las características a destacar es la necesidad de “adaptarse” a los contextos de ámbito nacional y autonómico. Es decir, la organización y configuración del modelo de atención primaria se establece bajo la premisa internacional acerca de que debe reflejar: “las condiciones económicas y los valores sociales del país y de sus comunidades y son una emanación de esas condiciones y esos valores” (OMS, 1978: 40). De este modo, varía según los diversos países y comunidades en los que se implanta.

Esta recomendación en el caso del sur de Europa se refiere a la adaptación al contexto sociocultural y económico nacional de referencia. Pero también a su necesaria adecuación al desarrollo sociocultural, político y económico de las diferentes regiones que componen el país y que a partir del nuevo marco constitucional se conceptualizan bajo el denominado “Estado de las Autonomías”. Su origen y configuración no está exento de debates y críticas continuas como, por ejemplo, las relativas a las disputas de

competencias entre administraciones o la irresuelta cuestión de la financiación (Ysàs Solares, 2002: 101-102). De este modo, las comunidades autónomas son el ámbito territorial sobre el que se desarrolla la atención primaria de salud al sur de Europa.

En definitiva, algunas de las características fundamentales que conlleva su desarrollo nacional a raíz de la puesta en marcha de los centros de salud, y que se han extendido más intensamente en distintas direcciones con el paso de los años, se refieren a la implementación y surgimiento de los siguientes aspectos:

- a. la descentralización y acercamiento de los servicios de salud a las poblaciones inmigrantes o no,
- b. el desarrollo de nuevos roles y funciones en las profesiones de la salud del primer nivel de atención,
- c. la implantación de la modalidad de trabajo en “equipos de salud” multidisciplinares mediante la incorporación de profesionales procedentes de las disciplinas de medicina, pediatría, enfermería y trabajo social, entre otras,
- d. la dedicación completa de la jornada de trabajo que permite incrementar el tiempo en la consulta dedicado a atender la salud individual de las poblaciones inmigrantes o no,
- e. la prestación de una atención integrada, integral, cercana y continuada, que posibilita que las poblaciones, inmigrantes o no, se identifiquen y se relacionen de forma personalizada con el personal profesional de la salud de su centro de salud habitual,
- f. la definición de una “cartera de servicios” que presta servicios comunes a todas las poblaciones e incorpora nuevos servicios de salud como los programas de promoción de salud, prevención de la enfermedad y actuaciones comunitarias,
- g. la coordinación entre niveles asistenciales: atención primaria y atención especializada,

- h. la coordinación entre diferentes sistemas de protección social, fundamentalmente entre el sector sanitario y el de servicios sociales¹⁴⁵,
- i. la introducción progresiva de cambios organizativos en la gestión del modelo, la planificación sanitaria y la evaluación que tienen como principales metas alcanzar una mayor calidad y eficiencia en los servicios de salud,
- j. el uso de la historia clínica y la introducción de nuevas tecnologías de la información y la comunicación en la utilización de los servicios de salud (Alfaro, Bonis, Bravo, Fluiters y Minué, 2012)¹⁴⁶,

¹⁴⁵ Los sistemas de servicios sociales se articulan en torno a una estructura con dos niveles de atención: a) uno general o de atención primaria denominado servicios sociales comunitarios, y b) otro con carácter sectorial o de segundo nivel designado servicios sociales especializados. La planificación y desarrollo de la implementación de estos servicios sigue un proceso similar al establecido por el sistema sanitario, de forma que se delimitan necesidades sociales, se establecen objetivos a alcanzar y se disponen prestaciones técnicas y económicas para lograrlos a través de diferentes modalidades de servicios. El desarrollo legislativo del sistema de servicios sociales arranca con la Ley 7/1985 reguladora de Bases de Régimen Local, los correspondientes estatutos de autonomía de las respectivas comunidades autónomas y sus propias leyes de servicios sociales autonómicas, así como con la promulgación del Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales (1988) en el que se establecen las prestaciones básicas y los servicios que garantiza ante situaciones de necesidad social. Estas prestaciones y servicios son los siguientes: 1) información y valoración; 2) ayuda a domicilio y otros apoyos a la unidad de convivencia, 3) alojamiento alternativo, 4) prevención e inserción social, y 5) cooperación social y fomento de la solidaridad. El plan contempla el desarrollo de una red pública de servicios sociales a partir de un nivel de prestaciones básicas que se basa en la cooperación económica y técnica entre el Estado, las comunidades autónomas y las corporaciones locales. Actualmente, la reciente aprobación de la Ley 27/2013 de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la administración local viene a limitar la autonomía local trasladando competencias a las comunidades autónomas, a recentralizar jurídicamente estas competencias y a redefinir los mercados de provisión de servicios locales (Boix, 31 de diciembre 2013, El País).

¹⁴⁶ Actualmente, debemos añadir la incursión de las tecnologías móviles en salud. A este respecto una noticia publicada por Albert, el 20 de octubre de 2013 en El País, con el titular “Un manual médico en el teléfono móvil” anuncia la aplicación PadMed para móviles inteligentes y tabletas, que se dirige al personal profesional de la medicina. Esta aplicación “supone tener en el teléfono toda una guía [de atención rápida en la clínica médica] como las que los médicos usan habitualmente para resolver sus dudas más inmediatas”. Además, se trata de una aplicación “pensada para todas las especialidades, pero resulta especialmente útil para Medicina Interna y Atención Primaria porque son las que se enfrentan a una mayor variedad de patologías distintas”. En otra noticia Precado, el 29 de noviembre de 2013 en El País, informaba sobre la puesta en marcha de un servicio de consulta médica telefónica en Galicia. El servicio se denomina Plan de Atención no Presencial de Atención Primaria y engloba a todo el personal profesional de la medicina de familia de esta comunidad: “el programa solo tiene ventajas: evita desplazamientos y esperas innecesarias. El objetivo de sanidad es que a partir de ahora entre el 15% y el 20% de las consultas médicas sean atendidas por esta vía y que solo una de cada diez llamadas de los pacientes requieran de una consulta presencial”. La noticia señala que tras un periodo de pruebas del servicio, se ha decidido universalizar teniendo en cuenta las encuestas de opinión de las poblaciones: “el 93% de los pacientes aseguraron que su experiencia fue buena o muy buena y que al 95% le pareció adecuado el tiempo de la consulta. El 93% de los pacientes aseguraron que les habían quedado claras las indicaciones de su médico”.

- k. los cambios que suscitan la innovación y la calidad en las políticas de desarrollo y desempeño socio-profesional,
- l. los cambios socioculturales y demográficos en el personal profesional de la salud que, por ejemplo, dan lugar a una feminización de las profesiones de la salud (Hernansanz et al., 2012) que no está exenta de desigualdades de género en el desarrollo de las actividades profesionales en los centros de salud urbanos (Delgado-Sánchez et al., 2011; Saletti-Cuesta, 2013),
- m. los retos que plantean la atención a poblaciones con características socioculturales diversas respecto a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el tratamiento de sus diferentes necesidades de salud, como por ejemplo sucede en el caso de las poblaciones inmigrantes (Organización Mundial de la Salud y Ministerio de Sanidad y Consumo de España, 2006), y
- n. los cambios que originan los siguientes aspectos: el derecho a elegir al personal médico de preferencia con independencia del área de salud de adscripción; el fomento de la escucha de la opinión de las poblaciones como elemento de mejora de los servicios de atención primaria (Nebot, Baqués, Valverde, Crespo y Canela-Soler, 2005); la acentuación de la participación de las poblaciones en la toma de decisiones que conciernen a su salud y estilos de vida; el incremento de la atención a las expectativas sociales de las poblaciones respecto a los servicios de salud y la atención que reciben en el encuentro con profesionales (Delgado-Sánchez, López-Fernández, Luna del Castillo, Saletti-Cuesta, Gil-Garrido y Puga-González, 2010); y la consideración de las nuevas perspectivas y necesidades de información sanitaria que plantean y demandan las poblaciones a los sistemas biomédicos (González-Pérez, Gijón-Sánchez, Escudero-Carretero, Prieto-Rodríguez, March-Cerdá y Ruiz-Azarosa, 2008 Maderuelo-Fernández, Hernández-García, González-Hierro y Velázquez-San Francisco, 2009).

El contexto nacional cuenta con 13.121 centros de atención primaria que atienden a una media de 3.523,3 personas (García-Armesto et al., 2011). Desde este contexto se desarrolla la organización y gestión de la asistencia, educación y prevención de las poblaciones inmigrantes o no, entre otras actuaciones. Palomo-Cobos (2002) señala que el modelo ha pasado de detentar un desarrollo político-ideológico en auge sobre su

organización, funciones y compromiso social durante los años 80, a identificarse con su interrupción en los años 90. Ésta última etapa se caracteriza por la escasa creatividad, la rutina en las tareas y la puesta en marcha de carteras de servicios y contratos programa, que dejan atrás iniciativas relacionadas por ejemplo con la promoción de la salud y la investigación.

En esta línea, a lo largo de la década de los noventa del siglo XX, se establece una “cartera de servicios de atención primaria” mediante la que se trata de organizar y garantizar la calidad de los servicios que se ofertan a las poblaciones inmigrantes o no (Ministerio de Sanidad y Política Social, Instituto de Información Sanitaria y Sistema de Información de Atención Primaria, 2010). Estos servicios se priorizan en función de las necesidades y demandas más frecuentes, de criterios científico-técnicos y de prioridades políticas de base poblacional.

De esta manera, la primera normativa que recoge las prestaciones y servicios del SNS y las correspondientes a atención primaria es el Real Decreto 63/1995 de 20 de enero. En su anexo I, recoge las “prestaciones sanitarias” que se facilitan directamente a las poblaciones y que son financiadas con cargo a la seguridad social o a los fondos estatales adscritos a la sanidad. Estas prestaciones comprenden las siguientes modalidades: atención primaria, atención especializada, prestaciones farmacéuticas, prestaciones complementarias y servicios de información y documentación sanitaria. Asimismo, indica que las prestaciones personales de carácter preventivo están integradas en las mencionadas prestaciones sanitarias, en la forma que se especifica en cada caso. Así, el anexo I, recoge que la atención primaria de manera general comprende las siguientes prestaciones:

1. La asistencia sanitaria en las consultas, servicios y centros de salud.
2. La asistencia sanitaria en el domicilio del enfermo.
3. La indicación o prescripción, y la realización en su caso por el médico de atención primaria, de las pruebas y medios diagnósticos básicos.
4. Las actividades, programadas por los servicios de salud, en materia de educación sanitaria, vacunaciones, exámenes de salud y otras actividades o medidas para la prevención de las enfermedades, la promoción de la salud o la rehabilitación.
5. La administración de tratamientos parenterales, curas y cirugía menor.
6. Las demás atenciones, prestaciones y servicios que se señalan a continuación: atención a la mujer, atención a la infancia, atención al adulto y al anciano, atención de urgencia, atención a la salud buco-dental y otros servicios, atenciones y prestaciones de atención primaria.

Igualmente, en su disposición adicional cuarta, matiza que el ámbito de lo social queda excluido de los servicios, prestaciones y actividades que se consideran estrictamente

“sanitarias”. Por tanto, su abordaje que sobreentendemos desarrolla la profesión del trabajo social sanitario principalmente, se plantea a través de la coordinación entre el contexto de institucionalización del sistema de atención sanitario y el sistema de servicios sociales, ya que las actuaciones de ambos son limítrofes y en ocasiones inseparables:

La atención a los problemas o situaciones sociales o asistenciales no sanitarias que concurren en las situaciones de enfermedad o pérdida de la salud tendrán la consideración de atenciones sociales, garantizándose en todo caso la continuidad del servicio a través de la adecuada coordinación por las Administraciones públicas correspondientes de los servicios sanitarios y sociales.

Todo ello, dificulta y limita la atención a la salud en sentido amplio que se promueve histórica y socioculturalmente desde la constitución de la OMS (1946) y de la Declaración de Alma-Ata (1978). Esta delimitación, asimismo, refuerza el establecimiento de dos modelos de protección social que actúan por separado: el modelo sanitario (el SNS) y el modelo social (los sistemas públicos de servicios sociales autonómicos). No obstante, en algunos casos se propugna que funcionen coordinadamente para promover la salud y el bienestar de las poblaciones, siendo éste uno de los principales retos a lograr desde la implantación de la atención primaria¹⁴⁷.

¹⁴⁷ Históricamente la función de establecer estrategias de coordinación entre el sistema de atención sanitario y el sistema de servicios sociales ha recaído sobre el personal del trabajo social sanitario. Éste ha percibido como su rol, competencias y funciones en ocasiones se han visto significativamente identificadas y reducidas en exclusividad a la actividad de establecer una “colaboración” entre ambos sistemas, de forma que incluso se han llegado a confundir las competencias realizadas por el personal del trabajo social de uno y otro sistema (Sánchez-Robles, 2006): “los equipos de asistencia primaria también colaboran con los trabajadores sociales, cuyas principal tarea es actuar como puente entre las redes de servicios sanitarios y sociales” (Rico y Sabés, 2001). Sin embargo, esta competencia que ha sido y es esencial en la trayectoria socio-profesional del trabajo social sanitario, actualmente comienza a asignarse a una nueva figura profesional denominada enfermería gestora de casos (Sánchez-Robles, 2011). Así se recoge también en el “Marco estratégico para la mejora de la atención primaria en España: 2007-2012: Proyecto AP-21”. Concretamente, se señala en la estrategia número 27 que consiste en “mejorar la coordinación entre servicios sanitarios y servicios sociales”. En ella se establece la necesidad de “promover una visión comunitaria de la asistencia y la coordinación y comunicación entre las diferentes administraciones implicadas en la atención sanitaria y la atención social”, “promover la figura de «gestor de casos» dentro del sector sanitario encargado de la coordinación de la atención individualizada a cada persona”, e “impulsar la figura del trabajador social en Atención Primaria para mejorar la coordinación entre los servicios sanitarios y sociales” (Ministerio de Sanidad y Consumo de España, 2007). Por otro lado, en los últimos años, de forma cada vez más frecuente se viene reclamando la necesidad de desarrollar marcos institucionales y organizativos que más allá de propugnar una mera coordinación entre ambos sistemas, establezcan estrategias de integración entre ambos (Martín-Martín y del Puerto-López, 2011). De este modo, se apuesta por garantizar una continuidad en la atención o los cuidados prestados a las poblaciones mediante la coordinación funcional de estructuras y el desarrollo de procesos integrados ante problemáticas sociosanitarias cada vez más frecuentes. Por ejemplo, se refieren a las relacionadas con el envejecimiento de la población y al auge de las enfermedades crónicas.

Posteriormente, la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del SNS, en su artículo 7, presta especial atención a garantizar las “prestaciones sanitarias” en condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado. Así, en este mismo artículo, recoge que “el catálogo comprenderá las prestaciones correspondientes a salud pública, atención primaria, atención especializada, atención sociosanitaria, atención de urgencias, la prestación farmacéutica, la ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario”.

De este modo, el artículo 12, específicamente define las prestaciones referentes a atención primaria de la siguiente manera:

1. La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.
2. La atención primaria comprenderá:
 - a. La asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo.
 - b. La indicación o prescripción y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
 - c. Las actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria.
 - d. Las actividades de información y vigilancia en la protección de la salud.
 - e. La rehabilitación básica.
 - f. Las atenciones y servicios específicos relativos a las mujeres, que específicamente incluirán la detección y tratamiento de las situaciones de violencia de género; la infancia; la adolescencia; los adultos; la tercera edad; los grupos de riesgo y los enfermos crónicos.
 - g. La atención paliativa a enfermos terminales.
 - h. La atención a la salud mental, en coordinación con los servicios de atención especializada.
 - i. La atención a la salud bucodental.

En relación a la atención sociosanitaria “en el ámbito estrictamente sanitario”, el artículo 14, apartado 1, señala que ésta comprende:

El conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social.

Así, alcanza a los cuidados sanitarios de larga duración, a la atención sanitaria a la convalecencia y a la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable. Además, en este mismo artículo 14, apartado 3, observa que “la continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones públicas correspondientes”.

Respecto al ámbito de las prestaciones sanitarias, el artículo 8, apartado 1, observa que estas prestaciones se hacen efectivas a través de la “cartera común de servicios del SNS”. Esta cartera común se define como “el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias”.

Más adelante, el Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre, viene a configurar la cartera de servicios comunes del SNS, y establece el catálogo de prestaciones que se ofertan en el conjunto del sistema biomédico. Éste comprende las “carteras de servicios comunes” de salud pública, atención primaria (anexo I), atención especializada, atención de urgencia, prestación farmacéutica, prestación ortoprotésica, productos dietéticos y transporte sanitarios. La entrada en vigor de esta normativa deroga el Real Decreto 63/1995 excepto en lo relativo a su disposición adicional cuarta, en la que se desarrolla el contenido de la “atención sociosanitaria”.

En definitiva, la promulgación del Real Decreto 1030/2006 viene a complementar a la Ley de Cohesión y Calidad del SNS, ya que establece una correspondencia entre la determinación de las prestaciones sanitarias y la cartera de servicios que las hace efectivas.

En un artículo de revisión Segovia y González (2003) advierten que los estudios que investigan sobre la cartera de servicios en atención primaria se agrupan en tres bloques:

- a. la planificación sanitaria: la cartera como medida de eficiencia, y como instrumento de mejora de la calidad¹⁴⁸;
- b. las utilidades añadidas: la función de la cartera en la asignación de recursos, y la relación entre sus resultados y los indicadores de salud; y
- c. propuestas de cambio o de adaptación de la cartera a nuevas situaciones.

¹⁴⁸ Entre los estudios revisados en este bloque destacan los artículos de Turabián, Pérez, Díaz, Colino y Menéndez (1994) y Turabián y Pérez (1995), por su opinión diferenciada respecto al resto de artículos analizados. En ambas publicaciones se expone que la cartera de servicios se basa en un modelo clínico individual centrado en la enfermedad y, por tanto, alejado de las actividades de promoción de salud y de actuación comunitaria que son una parte esencial de los principales elementos universales del modelo de atención primaria.

Estos elementos, además, reflejan secuencialmente el cambio del foco de interés que se asocia a este aspecto. Asimismo, concluye que son escasos los análisis rigurosos sobre esta temática.

Actualmente, debido al proceso de transferencia sanitaria se han sucedido distintos desarrollos y enfoques en las carteras de servicios de atención primaria autonómicas. No obstante, de forma general, todas implantan los siguientes protocolos que, a su vez, incluyen distintos programas y actuaciones y que se dirigen a una población diana, inmigrante o no, determinada:

1. programa de atención a la infancia,
2. programa de atención a la adolescencia,
3. programa de atención a la mujer,
4. programa de atención al adulto,
5. protocolos de atención a pacientes con problemas de salud crónicos y prevalentes (diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipercolesterolemia, hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca crónica, obesidad, problemas osteoarticulares crónicos o dolor crónico musculoesquelético),
6. atención a personas con VIH y enfermedades de transmisión sexual,
7. atención domiciliaria a pacientes inmovilizados,
8. atención a personas con conductas de riesgo,
9. atención a personas mayores, y
10. detección y atención a la violencia de género y malos tratos en todas las edades, especialmente en menores, personas ancianas y personas con discapacidad (García-Armesto et al., 2011: 174).

3.2 EL CASO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN ANDALUCÍA

La previsión constitucional que contempla el proceso de descentralización del Estado hacia las comunidades autónomas, en general obedece a razones históricas y políticas generales. No obstante, su desarrollo no está exento de dificultades socioculturales, políticas y económicas. Por un lado, en sentido amplio, el proceso pretende instaurar un nuevo modelo de Estado que se fundamenta en la convivencia democrática entre sus diversos territorios en base a los principios de unidad, de autodeterminación y solidaridad. Por otro, trata de establecer un nuevo modelo institucional de gestión sociocultural, política y económica del bienestar. Este modelo, entre otros aspectos, tiene por finalidad aproximar la administración de los sistemas de protección social a la realidad geográfica según los distintos niveles de responsabilidad territorial que se reconocen constitucionalmente¹⁴⁹. Por ende, conlleva acercarse así a la realidad sociocultural de los diferentes tipos de situaciones y necesidades socioculturales y de la salud de las poblaciones, sean o no inmigrantes.

La sanidad es una de las primeras materias de protección social en ser transferidas a las comunidades autónomas. No obstante, previamente a este proceso, la organización sanitaria ya contemplaba algunas formas de descentralización generalmente de ámbito provincial y de naturaleza funcional, que sin embargo eran compatibles con la existencia de un Estado autoritario (Rey del Castillo, 1998: 75).

En el caso de la comunidad autónoma de Andalucía podemos señalar que la Ley Orgánica 6/1981 de 30 de diciembre, por la que se constituye su Estatuto de Autonomía, en su artículo 13, apartado 21, ya menciona entre las competencias que le corresponde gestionar en su territorio la “sanidad e higiene” sin perjuicio de lo que establece el artículo 149.1.16 de la CE¹⁵⁰.

¹⁴⁹ Cabe recordar que la CE en ningún caso indica el número o tamaño a considerar en el establecimiento de las comunidades autónomas, sino solo las vías para acceder a su reconocimiento, de ahí que las características de las mismas disten entre sí. Así, respecto al diseño del sistema sanitario en el sur de Europa, como señala Rey del Castillo (1998) el tamaño poblacional de algunas de ellas “no alcanzaría el umbral para ser nominada como “región sanitaria” en términos de planificación sectorial” (p.117).

¹⁵⁰ Asimismo, en su apartado 22, también incluye la “asistencia y servicios sociales. Orientación y planificación familiar”.

Históricamente, por tanto, el proceso de traspaso de competencias en Andalucía se inicia en 1981 en las materias de “sanidad e higiene”¹⁵¹. Tres años más tarde, recibe la transferencia de la gestión de los servicios sanitarios de la seguridad social que están delimitados en su territorio¹⁵². Además, un año después acoge la gestión de los centros sanitarios dependientes del Ministerio de Sanidad y Consumo, que son gestionados por la Administración Institucional de la Sanidad Nacional¹⁵³ (Gavira y Carmona, 2012). De este modo, Andalucía adopta competencias y poderes de gestión en materia sanitaria con anterioridad a la aprobación de la Ley General de Sanidad y a la propia creación del SNS.

Posteriormente, la Ley Orgánica 2/2007 de 19 de marzo, de reforma de su Estatuto de Autonomía, en su artículo 22, apartado 1, dispone que la garantía del derecho constitucional a la protección de la salud previsto en el artículo 43 de la CE, se establece en Andalucía mediante “un sistema sanitario público de carácter universal”.

Así, el artículo 55, hace referencia a la materia de “salud, sanidad y farmacia” que le corresponde gestionar, de forma que matiza específicamente el tipo de competencias sanitarias que son “exclusivas” y las que son “compartidas” del siguiente modo:

1. Corresponde a la Comunidad Autónoma la competencia exclusiva sobre organización, funcionamiento interno, evaluación, inspección y control de centros, servicios y establecimientos sanitarios, así como en el marco del artículo 149.1.16 de la Constitución la ordenación farmacéutica. Igualmente le corresponde la investigación con fines terapéuticos, sin perjuicio de la coordinación general del Estado sobre esta materia.
2. Corresponde a la Comunidad Autónoma de Andalucía la competencia compartida en materia de sanidad interior y, en particular y sin perjuicio de la competencia exclusiva que le atribuye el artículo 61, la ordenación, planificación, determinación, regulación y ejecución de los servicios y prestaciones sanitarias, sociosanitarias y de salud mental de carácter público en todos los niveles y para toda la población, la ordenación y la ejecución de las medidas destinadas a preservar, proteger y promover la salud pública en todos los ámbitos, incluyendo la salud

¹⁵¹ Con este propósito se promulga el Real Decreto 1118/1981 de 24 de abril, sobre traspaso de competencias, funciones y servicios de la Junta de Andalucía en materia de sanidad, que contempla la transferencia de los primeros medios personales, presupuestarios y patrimoniales en los campos de la acción pública sanitaria relativos a la “sanidad e higiene”.

¹⁵² Esta transmisión tiene lugar con la aprobación del Real Decreto 400/1984 de 22 de febrero, sobre traspaso a la comunidad autónoma de Andalucía de las funciones y servicios del INSALUD.

¹⁵³ La asunción de estas competencias se produce mediante el Real Decreto 1713/1985 de 1 de agosto, sobre traspaso de funciones y servicios de la administración del Estado a la comunidad autónoma de Andalucía en materia de sanidad. Posteriormente, dos décadas después, la cesión en materia de asistencia sanitaria se completa con la transferencia de la gestión de las funciones y servicios de la seguridad social que tenía encomendada el Instituto Social de la Marina, tras la entrada en vigor del Real Decreto 1784/2004 de 30 de julio.

laboral, la sanidad animal con efecto sobre la salud humana, la sanidad alimentaria, la sanidad ambiental y la vigilancia epidemiológica, el régimen estatutario y la formación del personal que presta servicios en el sistema sanitario público, así como la formación sanitaria especializada y la investigación científica en materia sanitaria.

3. Corresponde a Andalucía la ejecución de la legislación estatal en materia de productos farmacéuticos.
4. La Comunidad Autónoma participa en la planificación y la coordinación estatal en materia de sanidad y salud pública con arreglo a lo previsto en el Título IX.

Tras los distintos traspasos de competencias sanitarias encomendados a las comunidades autónomas, éstas comienzan a instaurar de manera más o homogénea sistemas de atención sanitarios biomédicos. También, empiezan a organizar la gestión de servicios de salud dentro de sus respectivos territorios. Así, como señala García-Armesto et al. (2011) regularmente los sistemas biomédicos autonómicos están compuestos:

- a. por una consejería o un departamento de salud que forma parte de una consejería más amplia, que se responsabiliza de la regulación y planificación en materia de política y atención sanitaria; y
- b. por un servicio regional o autonómico de salud que se encarga de la provisión de servicios y está conformado por todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios que estén instituidos en sus territorios bajo su responsabilidad.

Así, indican que son las distintas consejerías o departamentos quienes se encargan de designar las áreas de salud y las zonas básicas de salud en sus territorios, así como de establecer sus competencias de gestión. Igualmente, señalan que el modelo resultante habitualmente comprende dos gerencias distintas en la organización de los servicios de salud, una para atención primaria y otra para atención especializada en cada una de las áreas de salud determinadas¹⁵⁴. El resultado de todo ello, es la existencia de una gran diversidad de sistemas biomédicos, así como de entidades gestoras o proveedoras de servicios de salud entre las distintas comunidades autónomas.

¹⁵⁴ Además, cabe señalar que existen diferentes formas de gestionar y organizar la financiación y provisión de servicios sanitarios entre las diferentes comunidades autónomas, que por razones de espacio y delimitación del contexto del objeto de estudio no abordaremos en este apartado.

3.2.1 LA INTEGRACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA

En Andalucía, una vez que tiene lugar el requerido proceso de traspaso de competencias sanitarias, comienza una etapa de promulgación de diferentes normas preceptivas que darán lugar a la configuración del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA). A través de estas disposiciones, y junto a las actuaciones estatales, se inicia la reforma hacia la implantación de la atención primaria de salud en su territorio. Así, cabe señalar que mediante la experiencia andaluza de desarrollo de la atención primaria, contribuye a diseñar la institucionalización general del nuevo modelo médico en el sur de Europa y en el resto de sus diferentes autonomías.

Con este propósito y para comenzar esta andadura, en un primer momento, se promulgan las siguientes normativas andaluzas:

- a. El Decreto 147/1984 de 22 de mayo que establece normas sobre la creación de zonas de salud, de forma que instaura las bases sobre las que establece la estructura de servicios sanitarios mediante la que se institucionaliza el nuevo modelo de atención primaria.
- b. El Decreto 195/1985 de 28 de agosto sobre ordenación de los servicios de atención primaria, establece un paso más en la configuración y desarrollo pionero de la organización de los servicios de atención primaria. Sobre sus bases se crean los primeros centros de salud pilotos en territorio andaluz, tal y como nos relatará el personal profesional de la salud entrevistado en el siguiente epígrafe.
- c. La Orden de 2 de septiembre de 1985 que aprueba el reglamento general de organización y funcionamiento de los centros de atención primaria. Regula específicamente la labor de los centros de atención primaria (centros de distrito, centros de salud, consultorios locales y consultorios auxiliares, artículo 1 de su Anexo) en los que se ubican físicamente los Equipos Básicos de Atención Primaria (EBAP). Sus bases originales y la aprobación de normativas posteriores, tienen una estrecha relación con la percepción de una falta de precisión en la definición de roles y funciones socio-profesionales individuales y en equipo, tal y como nos relatará el personal profesional de la salud entrevistado en el siguiente epígrafe.

- d. La Ley 8/1986 de 6 de mayo de creación del Servicio Andaluz de Salud (SAS), que lo instituye como organismo autónomo de carácter administrativo de la Junta de Andalucía adscrito a la Consejería de Salud y responsable de la gestión y administración de los servicios de salud. Así, es el principal proveedor de llevar la atención sanitaria prestada a las poblaciones con derecho a cobertura sanitaria pública, junto a las empresas públicas sanitarias adscritas a la Consejería de Salud y los centros concertados por la misma (Gavira y Carmona, 2012) En definitiva, dispone de una red de servicios asistenciales que está integrada y organizada para garantizar la accesibilidad de las poblaciones y la equidad en la distribución de recursos, de modo que se agrupa en las siguientes estructuras de gestión: a) distritos de atención primaria, b) hospitales, c) áreas de gestión sanitaria, y d) centros de transfusión sanguínea.
- e. La Orden de 13 noviembre de 1986 por la que se regulan los órganos de dirección y gestión de los distritos de atención primaria de salud, dispone que son la Junta de Administración y el Director/a del Distrito.
- f. La Orden de 7 de enero de 1988 por la que se aprueba el mapa de atención primaria de salud en Andalucía, configura la delimitación territorial a nivel de zonas básicas de salud y de distritos de atención primaria de salud para la prestación de los servicios de atención primaria en su territorio.
- g. La aprobación de distintas Ordenes que modifican el mapa de atención primaria de salud de Andalucía (Orden 4 de febrero de 1991; y Orden de 8 de junio de 1999).
- h. La aprobación de distintos Decretos por los que se crean las siguientes áreas de gestión sanitaria: Osuna (Decreto 96/1994 de 3 de mayo 1994); Poniente de Almería (Decreto 67/1996 de 13 de febrero); y Norte de Córdoba (Decreto 68/1996 de 13 de febrero).

Posteriormente, con la llegada de la Ley 2/1998 de 15 de junio de Salud de Andalucía, en su artículo 43, se consolida la creación del SSPA. El SSPA se implanta como el conjunto de recursos, medios y actuaciones de las administraciones sanitarias públicas andaluzas o vinculados a las mismas, que se orientan a satisfacer el derecho a la protección de la salud de las poblaciones mediante la regulación de actuaciones de

promoción, prevención y atención a la salud. Igualmente, a través de este marco se regula el régimen de definición y aplicación de los derechos y deberes de las poblaciones en relación a los servicios sanitarios y la ordenación general de las actividades sanitarias en Andalucía (Gavira y Carmona, 2012).

Todo ello se promueve, tal y como establece su preámbulo bajo los siguientes postulados:

... los principios de coordinación de las actuaciones y de los recursos, aseguramiento público, universalización, financiación pública, equidad, superación de las desigualdades, planificación, eficacia y eficiencia de la organización sanitaria, descentralización, autonomía y responsabilidad en la gestión, participación de ciudadanos y de los profesionales, mejora de la calidad en los servicios y utilización eficaz y eficiente de los recursos sanitarios que sean necesarios para la consecución de sus objetivos.

De este modo, el SSPA integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que son responsabilidad de los poderes públicos para garantizar la efectividad del derecho a la protección de la salud (artículo 44). Asimismo, dispone organizar distintas actuaciones a desarrollar en materia de salud y las agrupa en los siguientes bloques: a) salud pública, b) salud laboral, c) asistencia sanitaria, y d) intervención pública en materia de salud. A este respecto, su artículo 18, se refiere concretamente a las actuaciones de “asistencia sanitaria” que se llevan a cabo mediante los recursos y medios disponibles. Además, la conceptualiza como una atención “integral” y “continuada”:

La atención integral de la salud, garantizando la continuidad de la asistencia, que incluye las actividades de promoción de la salud, salud pública, prevención de las enfermedades, así como acciones curativas y rehabilitadoras, tanto en los niveles de atención primaria como de asistencia especializada, así como las actuaciones sanitarias que sean necesarias como apoyo en los dispositivos públicos de atención socio-sanitaria.

En esta línea, el artículo 51, dispone el modo de ordenación funcional de la asistencia sanitaria como prestación integrada que está organizada en dos niveles asistenciales: atención primaria y atención especializada:

1. La asistencia sanitaria se prestará de manera integrada a través de programas médico-preventivos, curativos, rehabilitadores, de higiene y educación sanitaria.
2. La asistencia sanitaria se organizará en los siguientes niveles, que actuarán bajo criterios de coordinación:
 - a. Atención Primaria.
 - b. Atención especializada.

Por su parte, el artículo 52, hace referencia expresa al ámbito de atención primaria, de forma que lo define como “el primer nivel de acceso” de la población que se caracteriza

por “prestar una atención integral a la salud”. Asimismo, también, alude a su prestación a través del personal profesional que constituye los equipos de atención primaria y desarrolla su actividad en zonas básicas de salud mediante la atención a demanda en centros de salud y consultorios:

1. La atención primaria de salud constituye el primer nivel de acceso ordinario de la población al Sistema Sanitario Público de Andalucía, y se caracteriza por prestar atención integral a la salud.
2. La atención primaria de salud será prestada en cada zona básica de salud por los profesionales que desarrollan su actividad en la misma y que constituyen los equipos de atención primaria.
3. Dicha atención se prestará a demanda de la población en los correspondientes centros de salud y consultorios, bien sea de carácter programado o bien con carácter urgente, y tanto en régimen ambulatorio como domiciliario, de manera que aumente la accesibilidad de la población a los servicios.

En los años siguientes, sin ánimo de exhaustividad, podemos destacar la llegada de nuevas normativas que introducen algunos cambios significativos en la configuración de la atención primaria en Andalucía. Entre ellas, caben mencionar:

- a. El Decreto 60/1999 de 9 de marzo que regula la libre elección de profesionales de la medicina general y pediatría en los municipios con más de una zona básica de salud y modifica el criterio territorial de delimitación de las poblaciones atendidas por un EBAP.
- b. El Decreto 259/2001 de 27 de noviembre que determina las competencias y la estructura de las Delegaciones Provinciales, delimita las áreas de salud y establece las normas reguladoras de los consejos de salud de área.
- c. La Orden de 7 de junio de 2002 que actualiza el mapa de atención primaria de salud de Andalucía¹⁵⁵, así como las demarcaciones territoriales de las zonas básicas de salud y de los distritos existentes.
- d. La aprobación de distintas órdenes que constituyen las siguientes áreas de gestión sanitaria: Campo de Gibraltar (en 2002); Norte de Málaga, Serranía de Málaga, Norte de Almería y Sur de Granada (en 2006); Norte de Cádiz, Sur de Córdoba, Nordeste

¹⁵⁵ Con anterioridad a esta orden con fecha de 4 de febrero de 1991 se efectúa una actualización del mapa de atención primaria y con fecha de 8 de junio de 1999 una puntualización sobre el mismo. Todo ello, en general, con el propósito de adaptarlo a los cambios geográficos, demográficos y de comunicaciones, así como a las necesidades de las poblaciones que tienen lugar durante estos años en Andalucía.

de Granada, Norte de Jaén y Sur de Sevilla (en 2013); y Este de Málaga – Axarquía y Norte de Huelva (en 2009).

- e. El Decreto 529/2004 de 16 de noviembre que regula las Comisiones Consultivas de las Areas de Gestión sanitaria, y suprime el área sanitaria poniente de Almería.
- f. La Resolución de 11 de diciembre de 2006 de la Dirección Gerencia del SAS por la que se aprueba su carta de servicios. En general, tiene como ámbito de aplicación la ordenación de los servicios asistenciales que proporciona a las poblaciones. Además, tiene el propósito de facilitarles información y la posibilidad de colaborar en la mejora de estos servicios. Respecto a la relación de servicios que presta en atención primaria indica que: “constituye la puerta de entrada, el primer nivel de los cuidados sanitarios. Ofrece asistencia sanitaria preventiva, curativa, rehabilitadora y de promoción de la salud en consultorios y centros de salud”.
- g. El Decreto 197/2007 de 3 de julio, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el SAS. Actualiza el desarrollo del modelo de atención primaria andaluz, tal y como abordaremos de forma más detallada en el siguiente epígrafe.
- h. La Resolución de 23 de noviembre de 2007 de la Dirección Gerencia del SAS, modifica los nombramientos de los cargos directivos en atención primaria que se contemplan en el Decreto 197/2007 de 3 de julio.
- i. El Decreto 171/2009 de 19 de mayo por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y del SAS. Por un lado, plantea una nueva organización del SSPA en base a criterios de eficacia, eficiencia, innovación, racionalidad administrativa y refuerzo de las tareas de dirección y control y, por otro, de austeridad y eficiencia.
- j. La Ley 16/2011 de 23 de diciembre de Salud Pública de Andalucía, desarrolla y profundiza los aspectos de salud públicos contenidos en la Ley 2/1998 de Salud de Andalucía, de modo que moderniza su cartera de servicios y la dota de una estructura organizativa.

En el momento actual, el proceso de reforma de la atención primaria continúa atravesando por momentos de cambios y transformación en su definición y desarrollo político-institucional nacional. Todo ello, impacta en el marco de competencias autonómico andaluz desde el que se trata de organizar el modelo. Así, éste camina hacia una descentralización funcional que impulsa una gestión de la atención primaria pretendidamente cada vez más clínica, en lugar de integral e intercultural. El impulso de estas tendencias influye en los discursos de las profesiones que realizan su actividad socio-profesional cotidiana en este ámbito asistencial. De este modo, perciben cómo sus roles y funciones varían en el contexto político-institucional que configura en parte a la cultura biomédica y a la subcultura de atención primaria, tal y como podemos observar en el siguiente comentario de una trabajadora social:

... Las funciones vienen de cuando la reforma se inició, la reforma sanitaria, de aquella reforma um... queda poco, queda poco de aquellos orígenes, entonces a medida en que ha ido cambiando la gestión, la forma de hacer la política de, de la atención primaria, nuestras funciones de alguna manera también, aunque nosotras hemos procurao mantenerlas, pero han ido modificándose después por diversas razones (Raquel, TS1-G4)

Por tanto, la definición jurídico-normativa acerca del desempeño socio-profesional está estrechamente relacionada con la producción de discursos socio-profesionales sobre el encuentro asistencial que transcurre con las poblaciones, inmigrantes o no, desde atención primaria.

3.2.2 LA ORGANIZACIÓN POLÍTICO-INSTITUCIONAL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN ANDALUCÍA

La organización político-institucional del modelo de atención primaria en Andalucía remite necesariamente al análisis del Decreto 197/2007 de 3 de julio que regula la estructura, la organización y el funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el SAS.

La llegada de esta norma se justifica, en su preámbulo, porque veintidós años después de la entrada en vigor del Decreto 195/1985:

... se ha producido un amplio desarrollo del primer nivel de atención sanitaria, así como un aumento de la capacidad de resolución ante los diferentes problemas de salud que se le plantean a la población andaluza y de las actividades de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad.

Por una parte, junto al incremento de la actividad, menciona la necesidad de adecuar la estructura organizativa y el funcionamiento de los servicios de atención primaria al aumento de la “complejidad asistencial y de gestión” del SAS. Por otra parte, los cambios a implantar hacen alusión al rol y las funciones que desempeñan el personal de la salud. Así, destaca “la necesidad de garantizar una atención sanitaria integrada por parte de todos los profesionales que intervienen en la resolución de los problemas de salud de la población”.

En esta misma línea, reconoce que el trabajo del personal de la salud ajustado a “criterios de gestión clínica” es determinante para lograr los objetivos del sistema sanitario. Para ello, en su preámbulo, propone introducir nuevos cambios en la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria mediante las denominadas Unidades de Gestión Clínica (UGC):

En el ámbito del Servicio Andaluz de Salud se vienen aplicando fórmulas organizativas innovadoras en los centros de atención primaria, impulsando la agrupación funcional de los profesionales y la integración de sus actividades, potenciando la calidad de los servicios, al objeto de alcanzar mejores resultados en salud y mejorar la atención de la población.

Es un hecho reconocido que el trabajo de los profesionales ajustado a criterios de gestión clínica resulta determinante para lograr los objetivos del sistema sanitario; tanto desde el punto de vista de la calidad asistencial, como desde la efectividad, eficacia y eficiencia. En consecuencia, parece necesario introducir cambios organizativos que posibiliten la participación profesional en las decisiones de la organización sanitaria, en un escenario de corresponsabilidad que permita definir objetivos compartidos, orientados a cumplir los fines del sistema sanitario. Para conseguir estos objetivos se modifica la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria y se crean las unidades de gestión clínica.

El Decreto señala que la organización territorial de los servicios de atención primaria se establece sobre la constitución de los denominados distritos de atención primaria y de las llamadas áreas de gestión sanitaria (artículo 1)¹⁵⁶.

De este modo, los distritos de atención primaria son las estructuras organizativas que se encargan de la planificación operativa, la dirección, la gestión y la administración (artículo 3). Se ocupan del desarrollo de la organización de las actividades de asistencia

¹⁵⁶ En Andalucía las áreas de gestión sanitaria son las responsables de la gestión de los dispositivos asistenciales de atención primaria, de atención especializada y de salud pública en una demarcación territorial concreta, así como de las prestaciones y programas de salud a desarrollar por los mismos. Su propósito es impulsar la coordinación entre unidades asistenciales y mejorar la continuidad en la atención a las poblaciones (Cámara de Cuentas de Andalucía, 2013). En aquellos casos en los que las áreas de gestión sanitaria están integradas en un solo centro gestor (Distrito de Atención Primaria y Hospital de referencia), la organización de la atención primaria queda definida en la norma que crea una determinada área en cuestión (artículo 2, Decreto 197/2007).

sanitaria, promoción de salud, prevención de enfermedad, cuidados para la recuperación de la salud, gestión de riesgos ambientales y alimentarios para la salud, así como la formación, la docencia y la investigación (artículo 3). Es decir, en definitiva, son los organismos responsables de prestar una atención sanitaria integral e integrada a las poblaciones con la mejor calidad científico-técnica, asegurando la accesibilidad a los servicios de salud en condiciones de equidad y garantizando la satisfacción de las poblaciones ciudadanas (Distrito Sanitario Granada-Metropolitano, 2013).

La estructura directiva de los distritos de atención primaria responde al siguiente organigrama: dirección-gerencia, dirección de salud, dirección de cuidados de enfermería y dirección de gestión económica y de desarrollo profesional, junto a ellas cuentan con una comisión de dirección y distintas comisiones técnicas como órganos de asesoramiento (artículo 7 del del Decreto 197/2007 de 3 de julio y Resolución de 23 de noviembre de 2007).

Para ello están integrados por demarcaciones territoriales denominadas zonas básicas de salud. Las zonas se dibujan como el marco territorial mediante el que se presta una atención primaria básica e integral de acceso directo a las poblaciones (artículo 4). Su delimitación responde a factores de carácter geográfico, demográfico, social, epidemiológico, cultural y viario, teniendo en cuenta los recursos existentes y la ordenación territorial establecida por la Junta de Andalucía¹⁵⁷ (artículo 6). A este respecto suelen estar constituidas por la delimitación de los municipios o agregaciones de municipios andaluces de acuerdo a la determinación que se establece en el “Mapa de atención primaria de salud de Andalucía” (artículo 50.2 de la Ley 2/1998 de 15 de junio de Salud de Andalucía; Orden de 7 de junio de 2002; SAS, 2003).

¹⁵⁷ La estructura político-administrativa de la comunidad autónoma andaluza está compuesta por un Parlamento, un Gobierno y un Tribunal Superior de Justicia, de forma que sus leyes se encuentran sujetas a la Constitución Española (1978) y a su Estatuto de Autonomía (Ley Orgánica 6/1981, de 30 de diciembre, por la que se establece el Estatuto de Autonomía para Andalucía; Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de Reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía). La Junta de Andalucía es la institución mediante la que se organiza políticamente su autogobierno y está integrada por el Parlamento de Andalucía, la Presidencia de la Junta y el Consejo de Gobierno, entre otras instituciones (Gavira y Carmona, 2012: 254). Actualmente, el gobierno de la Junta está formado por once departamentos denominados consejerías, entre las que se encuentra la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

En definitiva, en cada zona básica de salud se ubican los centros de atención primaria desde los que se prestan los servicios de atención a las poblaciones sean o no inmigrantes a través de los encuentros asistenciales:

1. Los centros de atención primaria de cada zona básica de salud son las estructuras físicas donde los profesionales realizan las actividades de una atención primaria de salud integral y orientada a la ciudadanía, constituyendo la referencia de los servicios sanitarios públicos más cercanos a la población.
2. Tendrán la consideración de centros de atención primaria de salud los centros de salud, así como los consultorios locales y auxiliares que existan en cada zona básica de salud (artículo 5).

En este marco, los centros de atención primaria se organizan “innovadoramente” como UGC. Estas unidades se constituyen como la estructura organizativa responsable de la atención primaria de salud a las poblaciones sean o no inmigrantes, y están integradas por profesionales de distintas categorías (artículo 22). Sus fines son “el desarrollo de la actividad asistencial, preventiva, de promoción de salud, de cuidados de enfermería y rehabilitación, actuando con criterios de autonomía organizativa, de corresponsabilidad en la gestión de los recursos y de buena práctica clínica” (artículo 22). Así, estas unidades llevan a cabo sus actividades asistenciales:

... de acuerdo con un modelo de práctica clínica integrado, orientado a la obtención de resultados para la mejora de la eficacia, la efectividad y la eficiencia de la asistencia sanitaria, con criterios de buena práctica clínica, desarrollando la participación de los profesionales a través de una mayor autonomía y responsabilidad en la gestión (artículo 23.1).

Respecto a las funciones a desarrollar por las UGC, en el artículo 24 del Decreto 197/2007 de 3 de julio del SAS, se establece que éstas son las siguientes:

- a. Prestar asistencia sanitaria individual y colectiva, en régimen ambulatorio, domiciliario y de urgencias a la población adscrita a la unidad, en coordinación con el resto de dispositivos y unidades del distrito de atención primaria, con capacidad de organizarse de forma autónoma, descentralizada y expresamente recogida en el acuerdo de gestión clínica, de conformidad con lo establecido en el artículo 27 de este Decreto.
- a. Desarrollar los mecanismos de coordinación con los demás centros y unidades del Sistema Sanitario Público de Andalucía con los que esté relacionada, a fin de lograr una atención sanitaria integrada, con criterios de continuidad en la asistencia y cohesión de las diferentes actividades.
- b. Desarrollar actuaciones de promoción de la salud, la educación para la salud, la prevención de la enfermedad, los cuidados y la participación en las tareas de rehabilitación.
- c. Realizar el seguimiento continuado del nivel de salud de la población de su zona de actuación, llevando a cabo la implantación de los procesos asistenciales, planes integrales y programas de salud, en función de la planificación establecida por la Dirección Gerencia del distrito de atención primaria.
- d. Realizar las actuaciones necesarias para el desarrollo de los planes y programas de promoción del uso racional del medicamento y gestión eficaz y eficiente de la prestación farmacéutica.
- e. Evaluar las actuaciones realizadas y los resultados obtenidos, así como la participación en programas generales de evaluación y acreditación establecidos por la Dirección Gerencia del

- Servicio Andaluz de Salud, con criterios de orientación hacia los resultados en salud, la mejora continua y la gestión eficiente de los recursos.
- f. Realizar las actividades de formación continuada necesarias para adecuar los conocimientos, habilidades y actitudes del personal de la unidad a los mapas de competencias establecidos para cada profesional, así como participar en aquellas otras actividades formativas adecuadas a los objetivos de la unidad de gestión clínica.
 - g. Realizar las actividades de formación pregraduada y postgraduada correspondientes a las diferentes categorías y áreas de conocimiento, de acuerdo con los convenios vigentes en cada momento en estas materias.
 - h. Participar en el desarrollo de proyectos de investigación y otros estudios científicos y académicos relacionados con los fines de la unidad, de acuerdo con los criterios generales y prioridades establecidas por la Dirección Gerencia del distrito.
 - i. Aquellas otras que estén fijadas en los acuerdos de gestión clínica u otras de análoga naturaleza que le puedan ser atribuidas por la Dirección Gerencia del distrito.

La nueva estructura organizativa facilita que el personal profesional de la salud sea el responsable de la gestión de los recursos que utiliza en el ejercicio de su práctica “clínica” en el ámbito de la atención primaria. Así, se apuesta por promover la responsabilidad y la autonomía de los centros de atención primaria mediante su reconversión en UGC¹⁵⁸.

De este modo, supone otorgar a las unidades asistenciales de una mayor capacidad y de instrumentos para planificar, organizar y gestionar sus actividades asistenciales a través de los denominados acuerdos de gestión clínica. Estos acuerdos se orientan a lograr una atención sanitaria eficaz y efectiva ante las necesidades específicas de las poblaciones, que asegure una accesibilidad adecuada a los servicios en un marco de gestión eficiente de los recursos públicos (artículo 27). Así, los acuerdos deben recoger los siguientes aspectos:

... los objetivos asistenciales, docentes e investigadores de la unidad, así como los correspondientes en materia de promoción de salud, prevención de la enfermedad, protección y educación para la salud. Igualmente, establecerá los recursos humanos, materiales, tecnológicos y económicos, asignados para el período de vigencia del mismo (artículo 27).

La duración de los acuerdos se establece en cuatro años, si bien son evaluados anualmente. La consecución de los objetivos establecidos en los acuerdos está vinculada

¹⁵⁸ En Andalucía en general se han establecido 1.009 UGC de acuerdo al nuevo modelo organizativo de descentralización de los servicios y las unidades asistenciales que viene implantado el SAS. Entre ellas, por ámbito de unidad 446 corresponden al nivel de atención primaria (445 monocentro y 1 intercentro), 477 a atención hospitalaria (438 monocentro y 39 intercentro) y las 86 restantes a interniveles asistenciales (SAS, 2012: 22). Además, específicamente por tipo de UGC, las 446 unidades correspondientes a atención primaria se clasifican del siguiente modo: 407 equipos de atención primaria, 24 unidades de cuidados críticos y urgencias, 1 unidad de farmacia y 14 de salud buco-dental (SAS, 2012: 22).

a la asignación de incentivos en la unidad y en el personal profesional adscrito (artículo 27).

En suma, cada distrito de atención primaria cuenta con la creación de las distintas UGC que se configuren y con un dispositivo de apoyo para asegurar su correcto funcionamiento (artículo 15)¹⁵⁹. Desde este nuevo marco organizativo, cada UGC está integrada por personal profesional de la salud de distintas categorías:

Personal profesional de las UGC adscrito funcionalmente a las zonas básicas de salud (como medicina general y medicina familiar y comunitaria, pediatría, enfermería general y enfermería familiar y comunitaria, y auxiliar de enfermería, entre otros) (artículos 15).

Personal profesional integrado en los “dispositivos de apoyo” que realizan las funciones administrativas, de gestión, técnicas o asistenciales necesarias para asegurar la atención primaria y el funcionamiento de las UGC (como profesionales del área de salud bucodental, de fisioterapia, técnicos/as superiores, personal matrona, trabajo social y personal de gestión y servicios; así como todo el personal profesional adscrito a los siguientes servicios: Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, Servicio de Salud Pública, Servicio de Farmacia, Servicio de Desarrollo Profesional y Económico Financiero y Servicio de Atención a la Ciudadanía, entre otros) (artículos 15 y 16).

Las profesiones de la salud según sus distintas categorías y áreas de conocimiento trabajan conjuntamente de acuerdo a los principios de autonomía, responsabilidad y participación en la toma de decisiones (artículo 23.3). Para ello, desempeñan un conjunto de funciones, clínicas y no clínicas, que teóricamente les son asignadas en el lugar donde prestan su actividad socio-profesional de acuerdo a su rol biomédico o

¹⁵⁹ En relación a este aspecto, por ejemplo, un distrito puede estar constituido por las siguientes unidades de apoyo: unidad de gestión clínica de farmacia, unidad de gestión clínica de epidemiología y salud pública, unidad de gestión del conocimiento, unidad de evaluación y análisis de resultados de salud, unidad de atención a la ciudadanía, unidad de informática, unidad de protección a la salud, unidad de residencias, unidad de atención al profesional y coordinación de cuidados críticos y urgentes, entre otras (Distrito Sanitario Granada-Metropolitano, 2013). Así, concretamente, los datos del Sistema General de Información Sanitaria e Innovación del Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad (2012: 9) muestran que la red de recursos de atención primaria está compuesta por las siguientes unidades de apoyo: 147 unidades radiológicas, 202 salas de rehabilitación y fisioterapia, 18 unidades móviles de fisioterapia, 202 salas de fisioterapia, 227 gabinetes odontológicos, 172 unidades de ecografía, 128 unidades de retinografía y una unidad de exploración mamográfica en todos los distritos. Por último, esta organización se cierra con un total de 499 dispositivos de cuidados críticos y urgencias (366 unidades de cuidados críticos y urgencias; y 133 unidades móviles de cuidados críticos y urgencias).

social. Todo ello está relacionado con el hecho de que las profesiones de la salud se clasifican normativa y jurídicamente entre la condición biomédica de personal “sanitario” y “no sanitario”.

Cabe señalar que los propósitos normativos de definir y diferenciar jurídicamente a las distintas profesiones de la salud que desarrollan su desempeño socio-profesional en atención primaria, es una cuestión sobresaliente en la definición de este contexto. Así, desde el contexto nacional ya en el Real Decreto 137/1984 de 11 de enero se establece una primera distinción amplia entre profesiones “sanitarias” y “no sanitarias” a la hora de constituir la composición del Equipo de Atención Primaria (artículo 3). De esta forma, solo se definen de forma general las funciones a realizar por los equipos de atención primaria, sin distinguir las funciones que corresponden específicamente a una determinada profesión (artículo 5). De ahí, que todas ellas están encaminadas a atender integralmente la salud de las poblaciones en todas sus dimensiones socioculturales y biológicas a través del desarrollo de trabajo en equipo en los centros de salud.

Sin embargo, posteriormente la llegada de la Ley 44/2003 de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS), específicamente define cuáles son las “profesiones sanitarias tituladas” en cuanto a su ejercicio, formación y desarrollo socio-profesional de atención a la salud de las poblaciones en los distintos contextos biomédicos del sur de Europa. Concretamente, en su artículo 2, define qué son las profesiones sanitarias tituladas y establece cómo se estructuran por grupos:

1. De conformidad con el artículo 36 de la Constitución, y a los efectos de esta Ley, son profesiones sanitarias, tituladas y reguladas, aquellas cuya formación pregraduada o especializada se dirige específica y fundamentalmente a dotar a los interesados de los conocimientos, habilidades y actitudes propias de la atención de salud, y que están organizadas en colegios profesionales oficialmente reconocidos por los poderes públicos, de acuerdo con lo previsto en la normativa específicamente aplicable.
2. Las profesiones sanitarias se estructuran en los siguientes grupos:
 - a. De nivel Licenciado: las profesiones para cuyo ejercicio habilitan los títulos de Licenciado en Medicina, en Farmacia, en Odontología y en Veterinaria y los títulos oficiales de especialista en Ciencias de la Salud para Licenciados a que se refiere el título II de esta Ley.
 - b. De nivel Diplomado: las profesiones para cuyo ejercicio habilitan los títulos de Diplomado en Enfermería, en Fisioterapia, en Terapia Ocupacional, en Podología, en Óptica y Optometría, en Logopedia y en Nutrición Humana y Dietética y los títulos oficiales de especialista en Ciencias de la Salud para tales Diplomados a que se refiere el título II de esta Ley.

De acuerdo a esta clasificación, el artículo 5, plantea los principios generales que definen la “relación” establecida entre las profesiones consideradas sanitarias y las poblaciones

en los encuentros asistenciales que tienen lugar en los contextos sanitarios¹⁶⁰. De esta forma, destaca el carácter técnico y profesional de la prestación de una atención sanitaria que debe ser adecuada a las necesidades de salud de las poblaciones:

Los profesionales tienen el deber de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en esta Ley y el resto de normas legales y deontológicas aplicables (artículo 5).

La definición de profesiones “sanitarias” y “no sanitarias” desde el contexto jurídico-normativo, se aleja así del concepto sociológico de profesión de la salud. De esta forma, podemos decir que la práctica del proceso de atención a la salud y la enfermedad de las poblaciones está dividida en dos planos artificiosos. Éstos establecen a quién corresponde, y a quién no, llevar a cabo una relación socio-profesional “sanitaria” con las poblaciones¹⁶¹.

Así, cabe subrayar que la prestación de la atención “sanitaria” científico-técnica concierne al personal profesional médico y enfermero, de forma que el rol y las funciones del personal profesional del trabajo social queda emplazado jurídicamente fuera del ámbito de lo sanitario¹⁶². Estas circunstancias suceden a pesar de que la

¹⁶⁰ Tal y como establece el Real Decreto 1277/2003 de 10 de octubre que establece las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, los conceptos jurídico-normativos de centro sanitario, servicio sanitario y actividad sanitaria están estrechamente relacionados fundamentalmente con el ejercicio de profesiones consideradas biomédicamente como “sanitarias”.

¹⁶¹ Si bien, cabe señalar que la Ley 44/2003 de 21 de noviembre establece los criterios que permiten llevar a cabo en un momento dado el reconocimiento formal de una profesión sanitaria titulada, no prevista en dicha ley (artículo 2).

¹⁶² Los orígenes de la relación jurídica del trabajo social en el contexto sanitario y/o biomédico en el sur de Europa, se remontan a la Orden de 5 de julio de 1971 del Estatuto de personal no sanitario de las instituciones sanitarias de la seguridad social. Actualmente derogada tras la aprobación de la Ley 55/2003 de 16 de diciembre del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, que delimita el régimen jurídico del personal que presta servicios en salud con vinculación funcionarial, laboral y estatutaria. En su preámbulo señala que “los profesionales sanitarios y demás colectivos de personal que prestan sus servicios en los centros e instituciones sanitarias de la seguridad social han tenido históricamente en España una regulación específica. Esa regulación propia se ha identificado con la expresión «personal estatutario» que deriva directamente de la denominación de los tres estatutos de personal -el estatuto de personal médico, el estatuto de personal sanitario no facultativo y el estatuto de personal no sanitario de tales centros e instituciones”. En su Capítulo II de Clasificación del Personal Estatutario, procede a clasificar al personal estatutario de los servicios de salud atendiendo a la función desarrollada, al nivel del título exigido para el ingreso y al tipo de su nombramiento. Así, el artículo 6, se refiere al personal estatutario sanitario como “el que ostenta esta condición en virtud de nombramiento expedido para el ejercicio de una profesión o especialidad sanitaria”, esta categoría incluye a personal profesional de la medicina y enfermería, entre otros. Por su parte, el artículo 7 define al personal estatutario de gestión y servicios como “quien ostenta tal condición en virtud de nombramiento expedido

presencia del personal del trabajo social en los contextos sanitarios es una realidad efectiva en el sur de Europa desde hace más de cincuenta años (Ituarte, 2009). Así, como señala Colom (2008):

[Discurso desde la profesión de trabajo social sanitario] ... el trabajo social sanitario está ahí, sus procedimientos están ahí, el diagnóstico social sanitario está ahí, el plan de trabajo y la intervención están ahí, los resultados sobre las personas están ahí, pero atendiendo a la normativa vigente, dicho reconocimiento no existe (p. 157).

De esta forma, la separación entre profesiones “sanitarias” y “no sanitarias” contrasta con el planteamiento holístico del concepto de salud propuesto por la OMS en 1946, y que a su vez sustenta el desarrollo de la implantación del modelo de APS a partir de 1978. Llama la atención, por tanto, que si bien el trabajo social sanitario actúa e interviene en el proceso de atención sanitaria a las poblaciones bajo la conceptualización de un modelo de salud biopsicosocial, esto no le convierte en profesión sanitaria desde un plano jurídico-normativo¹⁶³. De esta forma, parece que su función se reduce a realizar una labor de mera colaboración en la prestación de la actividad sanitaria.

Todo ello repercute en que en la práctica del modelo de atención primaria que se dirige a prestar una atención integral de la salud, no se definan con claridad las funciones a realizar por cada profesión y que esto de lugar a una alta indeterminación de roles. Especialmente, es significativo cómo esta falta de precisión genera dificultades a la hora de conceptualizar y atribuir la gestión de la dimensión social (y por tanto de la cultural) en la salud de las poblaciones, aspecto que en teoría parece corresponder en mayor medida al personal del trabajo social sanitario¹⁶⁴.

para el desempeño de funciones de gestión o para el desarrollo de profesiones u oficios que no tengan carácter sanitario”, quedando incluido en esta categoría personal profesional del trabajo social, entre otros.

¹⁶³ Es por ello que, en el momento actual, una parte de la profesión del trabajo social sanitario reivindica su reconocimiento como profesión sanitaria. Para ello, existen diferentes vías por las que trata de especializarse no solo socio-profesionalmente, sino académicamente en el ámbito de las ciencias de la salud. Así, además de contar con una estructura colegial, necesita recurrir a la vía de especialización académica para alcanzar su inclusión dentro del conjunto de profesiones sanitarias (de acuerdo al (artículos 2 y 6 de la Ley 44/2003 de 21 de noviembre).

¹⁶⁴ Este es el caso de la enfermería y el trabajo social sanitario, cuando sus contenidos profesionales se ven enfrentados en torno al surgimiento de una novedosa figura profesional designada primero como “enfermería comunitaria de enlace” y posteriormente como “enfermería gestora de casos”. Esta figura nace en el contexto de determinados sistemas de atención sanitarios biomédicos como, por ejemplo, el canario en el año 2000 y el andaluz en el año 2003 (Mayordomo, 15 de julio de 2003, El País). En su constitución le atribuyen competencias y roles que socio-históricamente corresponden al trabajo social sanitario tales como la realización del diagnóstico social y la derivación (Sánchez-Robles, 2011), así como la atención domiciliaria y la coordinación con el sistema de servicios sociales comunitarios (Sánchez-

Así, medicina, enfermería y trabajo social sanitario observan que la gestión de la dimensión social (y cultural) constituye una parte esencial de su trabajo cotidiano en atención primaria, ya que es una esfera fundamental en la atención primaria. Sin embargo, la apropiación arbitraria de lo social puede ocasionar conflictos a la hora de distinguir las actividades a realizar de forma específica por cada perfil socio-profesional, de aquellas otras que se deben desarrollar de forma conjunta con el fin de prestar en equipo una atención integral a la salud. De este modo lo expresan los discursos socio-profesionales en esta investigación en múltiples aspectos relacionados con el desarrollo de los encuentros asistenciales que llevan a cabo con poblaciones inmigrantes.

3.2.3 LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS POBLACIONES INMIGRANTES O NO QUE RECIBEN ATENCIÓN PRIMARIA EN ANDALUCÍA

La prestación de la atención primaria en Andalucía se dirige a una población que asciende a 8.449.985 personas según datos del padrón municipal de habitantes (INE, 2012a). Desde el SSPA y el SAS, las personas que conforman la población andaluza se conceptualizan colectivamente como “ciudadanas” en general y como “usuarias y/o pacientes” en particular, que son percibidas como conocidas en los servicios de salud.

Robles, 2006 y 2011). Estos aspectos son elementos claves en la constitución de la identidad socio-profesional del trabajo social sanitario y han dado lugar: “a una gran confusión, profesionales sanitarios, los usuarios y los compañeros de otras entidades no saben qué es lo que hace uno y qué es lo que hace el otro. Por ende, esta situación ha creado recelos, rencillas y en no pocas veces problemas de intrusismo profesional propiciado por la propia administración sanitaria” (Burgos et al., 2009: 24). De este modo, el SSPA, en el ámbito del SAS y a través del Decreto 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las Familias andaluzas, y sus posteriores modificaciones en adaptación a la realidad (véanse en el apartado de referencias legislativas las distintas normativas aprobadas al respecto hasta el año 2009), favorece el desarrollo y la implantación de la enfermería gestora de casos: “en virtud de este Decreto, el SAS ha elaborado una serie de estrategias para la mejora de la AD [*Atención Domiciliaria*] entre las que se encuentra la implantación de la figura de la ECE [*Enfermería Comunitaria de Enlace*], el desarrollo y mejora de los cuidados en el domicilio por las enfermeras de familia, así como otras medidas para facilitar la accesibilidad de los servicios sanitarios a la población más vulnerable, y una mayor capacidad de respuesta de estos servicios. Esta estrategia centrada en el desarrollo de la ECE, como enfermera gestora de casos, ha sido avalada internacionalmente por diferentes informes procedentes de diferentes centros de evidencia como la NHS Economic Evaluation Data base, la Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness y la Cochrane Database of Systematic Reviews, entre otros” (Pérez, López, Lacida y Rodríguez, 2005: 44). En definitiva, esta figura se dedica al desarrollo de los cuidados que se ligan a la atención domiciliaria para las personas mayores o con discapacidad que lo necesiten y a la prestación de apoyo y formación a las cuidadoras familiares en su labor, así como teniendo en cuenta que todo ello deben realizarlo en coordinación con el sistema de servicios sociales (artículo 28, Orden de 9 de marzo de 2004 del Plan de Apoyo a las Familias). Como consecuencia, algunos estudios vienen advirtiendo que el sistema de atención sanitario biomédico andaluz ampara la “superposición de roles” y la “suplantación” enfermera de las competencias, funciones y actividades propias del trabajo social sanitario (Sánchez-Robles, 2011: 190 y 200).

Entre los principales y viejos aspectos relacionados con las experiencias de atención desarrolladas con la población andaluza, los discursos socio-profesionales muestran una alta inquietud constante por analizar qué opinión tienen acerca de los servicios de atención primaria que reciben y, por tanto, qué grado de legitimación social construyen respecto a los mismos. Así, expresan que la “medida de la satisfacción” es una “medida de resultado de la atención sanitaria” (SAS, 2013)¹⁶⁵. A este respecto, los discursos socio-profesionales a través de la evaluación de esta medida frecuentemente señalan la alta satisfacción que detenta la población andaluza en relación a la experiencia de atención que reciben en los encuentros asistenciales que transcurren en los centros de atención primaria.

En esta línea, según los datos de la encuesta de satisfacción de atención primaria efectuada por el SAS e IESA-CSIC en el año 2012 (realizada a partir de 12.689 entrevistas presenciales), un 66,6% de la población andaluza se muestra satisfecha y un 26,6% muy satisfecha con los servicios de salud recibidos, sin que existan apenas diferencias por sexo. Entre las variables principales de satisfacción, por una parte, las personas encuestadas destacan en mayor medida el respeto con el que se les ha tratado (98,2%), la confidencialidad de los datos clínicos (97,8%) y el grado de intimidad en la consulta (97,4%), entre otros aspectos. Por otra parte, señalan que los aspectos menos valorados son la facilidad para resolver asuntos administrativos (83,4%), la organización del centro en general (84,6%) y la valoración del personal de atención al ciudadano/a (85,1%).

Además, en relación a las expectativas que se generan en torno a la atención recibida, los datos indican que un 52,2% de la población andaluza opina que esta atención ha sido más o menos igual a la esperada por estos servicios, mientras que un 39,6% afirma que ha sido mejor. Respecto al grado de confianza depositado en la asistencia que le prestan

¹⁶⁵ Desde el año 1999 el SAS en colaboración con el Instituto de Estudios Sociales Avanzados de Andalucía (IESA), del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) realiza anualmente tres tipos encuestas de satisfacción de la población andaluza con los servicios sanitarios públicos recibidos: 1) servicios de atención primaria, 2) servicios hospitalarios, y 3) servicios hospitalarios de alta resolución. La finalidad de las mismas es que sirvan como instrumento de gestión del sistema, es decir que sirvan para establecer objetivos en la gestión, fijar medidas apropiadas para elevar los niveles de satisfacción cuando son significativamente bajos, y resolver los problemas que causen las valoraciones negativas (SAS, 2013).

los centros de atención primaria, un 64,7% señala que confían bastante en esta atención, un 23,7% mucho y un 8,6% ni mucho, ni poco.

Sobre los tres aspectos de mejora en los centros de atención primaria propuestos por las población andaluza encuestada, éstos son los siguientes: la reducción del tiempo de espera para recibir atención, el incremento del número de médicos/as y de médicos/as de urgencia, y la mejora del sistema de citas y su organización en el centro. Por último, acerca de la valoración sobre la atención prestada por los distintos tipos de profesionales, ésta se percibe como bien y muy bien respectivamente del siguiente modo: a) 46,2% y 48,8% en el caso de la medicina de familia; b) 9,7% y 7,7% en el caso de pediatría; c) 52,8% y 28,2% en el caso de enfermería; y d) 8,4% y 4,4% en el caso de trabajo social.

Uno de los objetivos de la encuesta consiste en analizar la influencia que deparan las distintas variables sociodemográficas de la población andaluza, en la construcción de sus opiniones respecto a la satisfacción de los servicios de atención primaria que reciben. Así, entre los aspectos que se recogen para definir a la población sujeto de estudio se encuentra el tipo de centro, el tamaño del municipio, los grupos de edad y el sexo (SAS, 2013), pero no se tiene en cuenta a las variables país de origen ni país de nacionalidad. Sin embargo, se aprecia que ésta última se incluye al final del bloque de preguntas a realizar (en la posición número 17) para recabar los datos sociodemográficos de la población encuestada. Las opciones de respuesta se establecen en torno a dos categorías: 1) española, y 2) otras en términos de contestación abierta.

De este modo, por ejemplo, en el caso de la provincia de Granada los datos señalan que la nacionalidad del 97,3% de la población granadina encuestada es española (97,7% hombres y 97,1% mujer), mientras que la nacionalidad del 1,3% de la población se corresponde con otros países europeos, el 0,3% con la nacionalidad africana, el 1% con la americana y el 0,1% con la de otros lugares distintos a los anteriores. De este modo, vemos que el escaso peso que a través de esta variable representa la opinión de la población inmigrante que está presente en Andalucía en esta encuesta. Además, también se observa la ambigüedad de criterios que se emplean para recodificar la información relativa a la variable nacionalidad en las respuestas, que oscila así entre el criterio país en el caso de la española, y el criterio continente en el resto de nacionalidades.

En el marco de los servicios de atención primaria, el conjunto de las 8.449.985 personas que componen la población andaluza presenta diferentes características demográficas, socioculturales y sanitarias o biomédicas (INE, 2012a).

Por un lado, entre estos aspectos, en relación al sexo un 50,5% de la población andaluza es mujer, mientras que el 49,5% es hombre. Respecto a la edad el 21,7% de la población se sitúa en el grupo comprendido de 0 a 19 años (22,6% hombres y 20,9% mujeres), el 29,7% en el de 20 a 39 años (30,7% hombres y 28,8% mujeres), el 33,1% en el de 40 a 64 años (33,3% hombres y 32,9% mujeres) y el 15,4% restante entre quienes tienen 65 y más años (13,4% hombres y 17,4% mujeres).

Por otro lado, atendiendo a algunos indicadores demográficos globales, cabe señalar que la esperanza de vida al nacer en esta comunidad es de 80,96 años (78,12 años en hombres y 83,80 años en mujeres), al tiempo que las tasas brutas de mortalidad y natalidad se posicionan en un 8,15 y 10,30 respectivamente (comparativamente por debajo (8,58) y por encima (9,69) de la media nacional) (INE, 2012b). Además, respecto al crecimiento de la población andaluza por cada mil habitantes se observa una tendencia al alza (2,57), mientras que en el conjunto nacional se aprecia un descenso (-1,93) (INE, 2012b). Asimismo, los datos demográficos indican que el saldo migratorio por mil habitantes en Andalucía es positivo (0,43), mientras que en el contexto nacional es negativo (-3,05) (INE, 2012b).

Por último, deteniéndonos en las características demográficas que se relacionan con el fenómeno de la inmigración en Andalucía, los datos indican que en los últimos años se aprecia un crecimiento en la llegada de poblaciones inmigrantes procedentes de diferentes países de origen y nacionalidad. Este aspecto, además, está estrechamente relacionado con el hecho de que Andalucía se caracteriza por ser la puerta de entrada de la inmigración procedente de África (Gozálvez-Pérez, 1996; Pumares e Iborra, 2008; Pumares, 2012), fundamentalmente del norte.

Sin embargo, como podemos ver en la Tabla 2, a pesar de que se viene observando un aumento en la presencia de poblaciones inmigrantes que eligen Andalucía como lugar de destino, los datos no alcanzan los niveles cifrados en otras comunidades autónomas. Así, en número de inmigrantes Andalucía se sitúa por detrás de Cataluña, Madrid y

Valencia (Pumares, 2012) y en porcentaje está claramente posicionada por debajo de la media nacional (12,14%, INE, 2012a).

TABLA 2. EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN AUTÓCTONA E INMIGRANTE EMPADRONADA EN EL SUR DE EUROPA Y EN ANDALUCÍA POR NACIONALIDAD EXTRANJERA Y SEXO

Contexto	Total Población	Mujeres (%)	Población Extranjera	Mujeres (%)	Total Población	Mujeres (%)	Población Extranjera	Mujeres (%)
	2005				2006			
Sur de Europa	44.108.530	50,6	3.730.610	46,6	44.708.964	50,6	4.144.166	46,5
Andalucía	7.849.799	50,5	420.207	45,9	7.975.672	50,4	488.928	45,6
	2007				2008			
Sur de Europa	45.200.737	50,6	4.519.554	47	46.157.822	50,5	5.268.762	40,8
Andalucía	8.059.461	50,4	531.827	46,4	623.279	46,9	623.279	46,9
	2009				2010			
Sur de Europa	46.745.807	50,5	5.648.671	47	47.021.031	50,6	5.747.734	47,5
Andalucía	8.302.923	50,5	675.180	47,4	8.370.975	50,5	704.056	47,7
	2011				2012			
Sur de Europa	47.190.493	50,7	5.751.487	57,9	47.265.321	50,7	5.736.258	48,1
Andalucía	8.424.102	50,5	730.155	47,9	8.449.985	50,5	747.110	48,2

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Padrón Municipal de Habitantes del INE (a fecha de 1 de enero en varios años)

Concretamente, en el año 2012 la población inmigrante estaba constituida por 747.110 personas (48,2% mujeres y 51,8% hombres) según los datos del padrón municipal de habitantes (INE, 2012a). Es decir, en conjunto podemos decir que la nacionalidad del 8,8% de la población residente en Andalucía es extranjera.

En relación a la edad de esta población, como podemos ver en la Tabla 3, el 18,2% tiene de 0 a 19 años (18,3% hombres y 18,1% mujeres), el 41,5% de 20 a 39 años (41,8% hombres y 41,2% mujeres), el 30,2% de 40 a 64 años (29,8% hombres y 30,6% mujeres) y el 10,1% restante entre 65 y más años (10,2% hombres y 10,1% mujeres). Es decir, mayoritariamente se sitúan en un tramo de edad comprendido entre los 20 y los 39 años, por lo que comparativamente son más jóvenes que el conjunto de la población andaluza.

Gran parte de la población inmigrante extranjera procede de la Europa comunitaria. Así si atendemos a la variable país de nacimiento, como podemos ver en la Tabla 4, 399.064 personas han nacido en algún país de la Unión Europea (50,9% hombres y 49,1% mujeres). Entre los países de la Unión Europea con mayor número de personas nacidas se encuentran: Reino Unido (114.286 personas; 50,5% hombres y 39,5% mujeres), Rumania (99.785 personas; 51,2% hombres y 48,8% mujeres), España (48.382 personas;

51,3% hombres y 48,7%) y Alemania (26.138 personas; 49,5% hombres y 50,5% mujeres).

TABLA 3: POBLACIÓN AUTÓCTONA E INMIGRANTE EMPADRONADA EN EL SUR DE EUROPA Y ANDALUCÍA POR NACIONALIDAD EXTRANJERA, GRUPOS DE EDAD Y SEXO

Grupos de Edad	Población Residente en Andalucía		Población No Extranjera		Población Extranjera	
	Ambos sexos	Mujeres (%)	Ambos sexos	Mujeres (%)	Ambos sexos	Mujeres (%)
0-4	464.672	5,28	428.810	5,33	35.862	4,80
5-9	471.463	5,37	440.835	5,49	30.628	4,11
10-14	441.458	5,01	407.872	5,06	33.586	4,49
15-19	459.949	5,23	424.225	5,28	35.724	4,70
20-24	511.732	5,84	462.037	5,75	49.695	6,88
25-29	585.230	6,74	506.554	6,35	78.676	10,88
30-34	698.045	7,99	601.060	7,56	96.985	12,69
35-39	716.449	8,22	631.863	7,98	84.586	10,75
40-44	690.330	8,00	620.784	7,91	69.546	9,01
45-49	656.585	7,68	604.158	7,75	52.427	6,98
50-54	574.231	6,75	533.416	6,85	40.815	5,64
55-59	465.963	5,53	433.920	5,62	32.043	4,55
60-64	411.266	4,96	380.361	5,01	30.905	4,45
65-69	372.090	4,57	343.623	4,63	28.467	3,86
70-74	291.692	3,72	270.648	3,82	21.044	2,73
75-79	284.968	3,82	272.301	4,02	12.667	1,61
80-84	201.635	2,88	194.442	3,05	7.193	0,95
85-89	105.941	1,64	102.021	1,74	3.920	0,57
90-94	36.109	0,60	34.378	0,63	1.731	0,26
95-99	8.597	0,15	8.011	0,16	586	0,09
100 y +	1.580	0,03	1.556	0,03	24	0,00
Total	8.449.985	50,5	7.702.875	50,8	747.110	48,2

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Padrón Municipal de Habitantes del INE a fecha de 1 de enero de 2012

Por otra parte, con respecto al asentamiento de la población inmigrante en Andalucía, cabe señalar que se define por su gran concentración en determinadas áreas (Pumares e Iborra, 2008; Pumares, 2012). Es decir, en su seno se emplazan algunas de las comarcas con mayor índice de población inmigrante en España, de modo que existe una gran diversidad territorial (Pumares, 2012). Se advierte así un fenómeno de concentración y una enorme difusión espacial, caracterizada por: a) una concentración en determinadas áreas como las interiores, las dinámicas de succión de montaña y las aglomeraciones costeras, y b) una atracción a los centros regionales en los núcleos de capitales (Navarro, Ocaña y Larrubia, 2012).

Junto a la desigual presencia de poblaciones inmigrantes distribuidas en diferentes territorios, debemos añadir la alta variabilidad de cifras sobre inmigrantes que podemos hallar según el organismo emisor de la fuente de datos a consultar, de modo que la

construcción de perfiles de poblaciones inmigrantes a considerar está directamente relacionada con la fuente utilizada en cada caso (Gijón, 2010).

TABLA 4: POBLACIÓN INMIGRANTE EMPADRONADA EN ANDALUCÍA POR GRUPOS DE PAÍSES DE NACIONALIDAD EXTRANJERA Y SEXO

Grupos de Países	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Unión Europea	399.064	202.949	196.115
Países Europeos no comunitarios	33.819	12.098	21.721
Países Africanos	147.175	97.021	50.154
Países de América central y caribe	13.166	4.741	8.425
Países de América del Norte	7.081	3.220	3.861
Países de América del Sur	118.452	51.583	66.869
Países Asiáticos	27.882	15.469	12.413
Países de Oceanía	471	234	237
Total	747.110	387.315	359.795

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Padrón Municipal de Habitantes del INE a fecha de 1 de enero de 2012

Igualmente, la diversidad de poblaciones inmigrantes presentes en Andalucía se caracteriza por su gran variedad de situaciones y necesidades en salud. Estas cuestiones demandan respuestas y actuaciones diferentes, que vienen a complicar las intervenciones en salud a realizar con las poblaciones inmigrantes (Pumares e Iborra, 2008; Pumares, 2012):

Por un lado el incremento del envejecimiento en algunos municipios con elevado porcentaje de extranjeros de la Unión Europea de los Quince (la mayoría en Málaga, pero también en Almería) requiere una dotación de centros de salud y un incremento de los servicios de cuidados personales e incluso de la accesibilidad. Por otro lado, el incremento de nacimientos presiona sobre las maternidades de algunos hospitales (a destacar el Hospital de Poniente en Almería) ... (Pumares, 2012: 23).

A su vez, la llegada de poblaciones inmigrantes a Andalucía sucede en un contexto sanitario y/o biomédico de atención en el que hemos pasado de un periodo expansivo de la economía a una etapa actual de crisis económica¹⁶⁶. Durante este período las

¹⁶⁶ En el momento de crisis económica actual desde la prensa se alerta del “desmantelamiento” al que se está sometiendo al ámbito sanitario y educativo público en Andalucía. Por ejemplo, Moreno el 4 de junio de 2012 en El Mundo, señala que siete sindicatos profesionales independientes denuncian los ajustes realizados por el gobierno andaluz en ambos sectores. Concretamente, en sanidad se advierte que “las listas de espera están disparadas”. Sin embargo, se observa que en Andalucía no se han organizado grandes protestas, porque los recortes se están realizando de forma solapada. En relación al ámbito de la atención primaria se recoge que “se están notando los recortes y el «desmantelamiento», ya que el médico dispone de una media de 3,27 minutos para atender a cada paciente” (según datos del Sindicato Médico Andaluz citadas en la noticia). En otra noticia publicada por Europa Press en El Mundo, el 13 de julio de 2012, se recoge que la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria de Andalucía advierte sobre el “nivel de crispación” del “colectivo sanitario” como consecuencia de los recortes nacionales y autonómicos. Observa que además del incremento de la jornada laboral, el sueldo bruto del personal profesional médico ha descendido globalmente un 27%. En otra noticia de Jiménez en el periódico El Mundo, el 23 de octubre de 2012, se informa sobre una convocatoria de huelga propuesta por el Sindicato

poblaciones inmigrantes han pasado de ocupar un lugar destacado en la economía (aunque caracterizado por su precariedad laboral) a protagonizar su salida del mercado de trabajo, lo que lleva consigo un incremento de su riesgo de pobreza y exclusión social, junto a planteamientos de retorno en muchos casos (Pérez, Calderón, Plaza y Angulo, 2011).

De esta forma, se advierte que “el mundo de la pobreza se desarrolla especialmente entre los inmigrantes, los parados y las personas con baja formación académica” (Cáritas Española, 2013: 11). En este escenario de empobrecimiento, los discursos socio-profesionales frecuentemente también mencionan a las poblaciones inmigrantes en Andalucía como aquellas que están presentes entre las que se definen como vulnerables y/o en riesgo social desde el ámbito de la atención primaria.

Parte de la población inmigrante que llega a Andalucía se asienta en esta comunidad y otra la utiliza como territorio de paso hacia otros países europeos. Granada por su enclave geográfico, cultural y atractivo turístico, cuenta con una importante proporción de inmigrantes en situación jurídico-administrativa regular e irregular, procedentes mayoritariamente de Europa, de América Central y del Sur y de África (García-Carmona, 2011). El asentamiento de poblaciones inmigrantes cada vez mayor en el contexto andaluz, como indica Pumares e Iborra (2008: 59) hace necesario superar los aspectos típicos de una primera fase de inmigración (documentación, trabajo) y remitir al resto de dimensiones socioculturales que les afectan como parte de la sociedad que son. Por ejemplo, entre las dimensiones que tienen que ver con la situación sociosanitaria y/o biomédica de la población inmigrante no regularizada en Granada, Serrano y Mañero (2011) señalan que se trata de un “colectivo joven”, con tendencia a estabilizar su demanda de “reconocimiento temporal de asistencia sanitaria”. Así, apuntan que sus necesidades asistenciales que han cambiado en los últimos años, pasando a incrementarse la búsqueda de atención hospitalaria en detrimento de la

Médico Andaluz motivada por los recortes salariales y la ampliación de la jornada laboral en dos horas y media semanales. Por otra parte, una noticia publicada en el periódico El País, 13 de noviembre de 2012 señala que desde la Consejería de Salud y Bienestar Social de Andalucía se afirma que “el sistema público es más barato y más eficiente que el privado... la inversión por andaluz y año es de 985,56 euros, menor al de otras comunidades pero suficiente para mantener una mayor cartera de servicios”. Esta noticia en relación a la atención primaria observa que “Andalucía es la comunidad con mayor porcentaje de gasto en atención primaria (18,1% del gasto frente a la media nacional del 14,6%), muy por encima de comunidades como Madrid (12,8%) o Valencia (12,9%), lo que ha permitido multiplicar por siete el número de centros de salud y ampliar el equipamiento para el diagnóstico”.

consulta de atención primaria. Además, advierten que Granada es la tercera provincia con mayor “presión asistencial” de población inmigrante, después de Almería y Málaga.

Desde el ámbito de la atención primaria, las situaciones y necesidades en salud de las poblaciones inmigrantes que llegan al sur de Europa se plantean con unas características socioculturales y sanitarias y/o biomédicas específicas, que se expresan en los discursos socio-profesionales en términos de inquietud, problema y/o desafío. Sobre ellas desde hace más de una década el personal profesional de la salud insiste especialmente en que son desconocidas y que es necesario conocerlas para afrontarlas:

[Discurso desde la profesión de medicina] Para poder abordar las necesidades de salud de la población inmigrante, la respuesta más apropiada no puede venir de dispositivos específicos distintos, sino de su abordaje integral desde la atención primaria, que puede ofrecer la necesaria continuidad asistencial. Los servicios de atención primaria situados en zonas de inmigración deberán adaptarse a las nuevas necesidades de esta población, y plantearse algunas de las dificultades que posiblemente tendrán que afrontar...

Se deben llevar a cabo estudios de investigación epidemiológica que permitan ofrecer respuestas serias y documentadas a las preguntas que todavía quedan por responder en este ámbito, y desmentir algunas afirmaciones que carecen de todo fundamento. Solo de este modo se conseguirá un verdadero conocimiento de sus necesidades y prioridades en salud, así como la oferta de servicios de calidad, en un entorno normalizado y adaptado a las particularidades de los distintos colectivos que viven en el país, en este caso los inmigrantes (Grupo de consenso de atención primaria, 2001: 3).

[Discurso interdisciplinar desde la profesión de medicina, enfermería, trabajo social y antropología] La inmigración en España ha irrumpido desde final del siglo XX de forma creciente y el personal socio-sanitario requiere conocer las características de este fenómeno y disponer de conocimientos oportunos para su correcta atención. El contacto inicial de las personas inmigrantes con el sistema sanitario son los servicios de atención primaria de salud (APS) y urgencias, y en estos ámbitos es necesario conocer la dimensión que tiene el fenómeno de la inmigración, los factores que influyen en su atención y los motivos por los que consultan (Fuertes, Elizalde, de Andrés, García, Urmeneta, Uribe y Bustince, 2010: 180).

3.2.4 LA VISIÓN SOCIO-PROFESIONAL SOBRE LA ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN ANDALUCÍA

Uno de los primeros ejes descriptivos de los discursos socio-profesionales producidos en esta tesis gira en torno a las percepciones y experiencias que el personal profesional de la salud construye históricamente en el transcurso del origen, la implantación y el desarrollo de la organización de la atención primaria en Andalucía.

Durante el abordaje de esta temática, narran cómo se crearon los primeros centros de atención primaria andaluces. Además, enfatizan que el origen de los mismos se despliega en paralelo al nacimiento de la Medicina Familiar y Comunitaria como una nueva especialidad de la profesión médica. Así, subrayan que el surgimiento de esta

especialidad no es otro que promover y fortalecer de forma específica el nuevo modelo médico al sur de Europa. La situación dominante que detentará la medicina de familia y comunitaria en atención primaria, sin embargo, se verá abocada a convivir con las distintas vías de profesionalización y especialización que promueven enfermería y trabajo social sanitario para afrontar su desempeño socio-profesional en este ámbito y con ello contribuir a desarrollarlo.

Al hilo de estas descripciones, relatan aspectos propios del proceso de formación y construcción de sus identidades socio-profesionales, singulares y colectivas. Asimismo, describen las experiencias socio-profesionales vividas durante su inserción laboral en atención primaria y las correspondientes al desempeño de sus actividades asistenciales en el momento actual. Todo ello, nos permite reflexionar sobre las características holísticas del contexto de atención primaria desde el que se producen las percepciones y experiencias socio-profesionales sobre los encuentros asistenciales con las poblaciones, sean éstas inmigrantes o no. Así, desde el conocimiento de las lógicas de actuación de este escenario estaremos en disposición de aproximarnos a comprender los procesos de construcción de las diferencias que se relacionan con el fenómeno de la inmigración en los encuentros asistenciales que tienen lugar desde atención primaria.

3.2.4.1 LA CREACIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD Y LA INCURSIÓN DE LA MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

A la hora de describir cómo tiene lugar la organización de la atención primaria en Andalucía, los discursos aluden al momento en el que se crean los primeros centros de salud. Esta etapa no solo coincide en el tiempo con la aprobación de la Declaración de Alma-Ata en 1978, sino que es el resultado del propósito de organizar socioculturalmente los elementos universales que ésta propone acerca del modelo de atención primaria en un contexto particular.

Los discursos destacan que la implantación político-institucional del nuevo modelo médico concurre de forma sincrónica al reconocimiento nacional de la medicina familiar y comunitaria en el sur de Europa. Así, su creación como una nueva especialidad de la profesión médica tiene lugar mediante el Real Decreto 3303/1978 de 29 de diciembre siendo su campo específico de actuación socio-profesional la atención primaria de salud.

De esta forma, el nacimiento de la atención primaria y de la medicina familiar y comunitaria se plantea con el propósito compartido de suscitar un cambio en la cultura biomédica tradicional. Esta transformación se lleva a cabo mediante la formación y el entrenamiento de profesionales de la salud más próximos a prestar una atención integral e integrada a la salud de las poblaciones desde una nueva subcultura de atención primaria. Así, el paso de la asistencia sanitaria primaria prestada en los consultorios y ambulatorios del sistema de seguridad social a los centros de salud públicos y universales del sistema sanitario, se señala con positividad de forma recurrente en la literatura biomédica (Rico y Sabés, 2001).

En el marco del desarrollo de la atención primaria en Andalucía, la propuesta de creación de los centros de salud originarios tiene lugar a inicios de los años ochenta del siglo XX, en calidad de centros experimentales o piloto. Desde la perspectiva socio-profesional su puesta en marcha se observa como una experiencia única hasta ese momento en el sur de Europa:

... era el único centro de salud que había... Era experimental, entonces lo trabajábamos con mucho cariño (Emilia, E1)

Los discursos señalan que la apertura de los centros de salud sucede en base a distintas fórmulas de organización administrativa y de gestión política, institucional y económica. En ellos detenta un gran protagonismo jerárquico el rol y las funciones del personal médico. Así, por ejemplo, en el caso del Centro Sierra Norte se trataba de:

... un módulo que le cedió la a sanidad y allí empezaron, bueno empezó la atención primaria con junto a muchos de los médicos que estaban de residentes, que fueron los primeros que hicieron medicina familiar ... muchos de los médicos que todavía siguen aquí, algunos otros ya se han ido a otros centros (Lola, E5)

Esta experiencia piloto, cinco años más tarde, en el caso del Centro Sierra Norte dio lugar a la creación de uno de los incipientes centros de atención primaria en el contexto nacional. Su origen, a pesar de la incertidumbre propia de los procesos de cambios, estuvo acompañado de una apuesta por la (auto)formación y la capacitación socio-profesional, junto a la progresiva consolidación de los puestos de trabajo del personal de la salud, como podemos ver en el siguiente comentario:

... estuvimos hasta el año 86, me parece que fue cuando ya se hizo el centro de salud... En enero del 86. Y hubo un curso, la gente tenía que aprobar unas oposiciones... Yo no recuerdo cómo lo hicieron, pero nos dieron una clase ..., todos los días por la mañana. Y nos hablaban a la gente, venían de los hospitales y nadie sabía absolutamente de nada. Entonces, yo recuerdo que yo hablé

del programa de vacunas, que era el que yo llevaba. Es decir, el que yo iba a trabajar, pero tenía que enseñar lo que yo sabía ¿no? (Emilia, E1)

En este otro fragmento también se menciona el proceso de formación socio-profesional preliminar como una de las piezas claves en la implantación de la atención primaria a través de los centros de salud:

Estuvimos haciendo un curso, unas charlas y organizando un poco aquello, donde se explicaron en qué consistían los programas: el programa maternal, el programa del niño sano y esas cosas. Estábamos allí todos los que trabajábamos ... y allí ya nos fuimos conociendo. Me explicaron eso del trabajo en equipo, cómo iba a ser, se nombró al director... ciertas cosillas (Gerardo, SIAU2).

A este respecto la apertura de los primeros centros de salud conlleva, por tanto, la institución de un nuevo modelo médico que se aleja de la biomedicina tradicional. El modelo se presenta como desconocido para el conjunto del personal de la salud, por lo que los primeros pasos responden a la necesidad de conocerlo y de aprender a actuar en él.

De esta forma, por un lado, la inexperiencia inicial pudo convertir el paso socio-profesional por los centros de salud como un espacio de tránsito temporal para una parte del personal de la salud:

Estaban acostumbrados a eso de que iba una enfermera allí, al cabo de dos meses aquello no le gustaba ná y salía volá (Emilia, E1)

Sin embargo, por otro lado, la motivación y la percepción de formar parte de una experiencia socio-profesional pionera en la implantación de la atención primaria, fue un factor que favoreció la consolidación socio-profesional y el funcionamiento inicial de los centros de salud. Todo ello, a pesar de las dificultades propias que se derivan de la convivencia entre distintos prismas asistenciales y del establecimiento de relaciones de poder entre disciplinas y profesiones diversas:

Éramos un grupo de gente que iniciamos todos a la vez. La gente estaba mu motivada, todo el mundo tenía muchísimas ganas de trabajar, sabíamos qué tipo de población atendíamos, sabíamos que nos íbamos a encontrar con los temas que nos encontramos... Y también tuvimos nuestros roces, porque no todo el mundo pensaba lo mismo, pero en general muy bien (Leonor, E4)

Igualmente, en este otro comentario, podemos observar que el personal del servicio de información y atención al usuario/a percibe inicialmente con desconocimiento el funcionamiento sobre el modelo de atención primaria:

Para mí fue como dejarme ahí, como a un pastor que llevan a un sitio que no conoce nada, y de pronto ni me formaron, ni nada de nada, sino: *"ahí tienes eso"*. La persona que había allí, se fue del

tirón, no estuvo allí ni cinco minutos conmigo diciéndome: “*esto funciona de esta forma, esto tal*”, sino: “*ahí tienes esto y te las apañes, que ya estoy deseando irme*”. Estaba agobiadísima esa persona. Y gracias a la ATS [*Asistente Técnico/a Sanitario/a*], que ya había aparecido, y a algunos otros compañeros médicos, pues me iban diciendo cómo funcionaba aquello y cómo podía trabajar. Se trabajaba muy mal, porque era muy precario todo, pero bueno (David, SIAU1)

No obstante, este personal profesional llega motivado por la atracción que supone afrontar una nueva forma de trabajar en equipo y la posibilidad de desarrollar otro tipo de actividades:

Entrevistadora: ¿Sabías lo que era la atención primaria?

David (SIAU1): No, nunca había trabajado en atención primaria Vamos, lo conocía de ir al médico cuando iba al consultorio ¿no? Y ya está. Y fue un cambio bonito, porque se respiraba otro ambiente, aquí eran más... la gente estaba más unida, había más compañerismo, ya tenía otras actividades distintas, el trabajo ... se hacía más en equipo que ahora.

En este contexto de desconocimiento inicial, la inserción laboral en un centro de salud pionero se valora positivamente como una experiencia innovadora que representa una oportunidad para obtener reconocimiento socio-profesional y trabajar en equipo con quienes formaron parte del proyecto desde sus inicios. La alta apreciación que se otorga al significado de formar parte de estos centros se mantiene en el tiempo, como podemos observar en el comentario de la Enfermera Cristina (E2):

... “*ny te vas a la Catedral de la atención primaria*”. Yo eso no sabía lo que significaba, pero hoy por hoy puedo decir que sí lo sé (SE RIE). Hasta hace poco no sabía lo que significaba, pero hoy ya sé lo que significa, lo que hay aquí (Cristina, E2)

Si bien esta estimación no está exenta de contradicciones cuando se ahonda en el valor de esta significación a lo largo del discurso de la Enfermera Cristina (E2):

Pues para mí significa, vamos a ver que esto no es un centro como otro cualquiera ... A mí cuando me dijeron aquello [*se refiere a que constituía la Catedral de la Atención Primaria*], yo pensé: “*pues aquello es la panacea ¿por qué lo dirán?*” ... Y yo para mí es todo lo contrario, parece ser que por lo que me dijeron a mí era porque aquí se había creado ..., había sido uno de los primeros centros, y se había fundado como de alguna manera atención primaria. Pero luego aquí se cuecen muchas cosas. Porque aquí a través del tiempo, te enteras a través de la gente propietaria que hay [*se refiere con plaza en propiedad*], son gente de muchísimos años, fundamentalmente los médicos, que fueron de la primera promoción de primaria, con lo cual aquí manejan el cotarro mucho más que en otros centros Que no es un centro normal, y tampoco puedes valorar... porque claro tú haces unas jornadas y hablas con gente y te dicen: “*pues en mi centro pitos, pues en mi centro flautas*”, pero aquí concretamente es un centro muy especial, y muy particular, y hay muchas viejas glorias y esto no tiene arreglo, tal como yo lo veo hoy. Yo antes de ayer hablé con el Doctor Mauro (P2) de este tema ... Esto teníamos que cerrarlo y abrirlo de nuevo (Cristina, E2)

En este marco, en los centros de salud se opta por instaurar la medicina familiar y comunitaria como una nueva especialidad médica minoritaria en términos de poder en el

ámbito de la cultura biomédica, pero que se constituirá como dominante en la subcultura de atención primaria. Así, lo relata el personal de la salud:

... entonces no había nada más que dos médicos de familia y a partir de ahí surgió el nacimiento de lo que era también la medicina de familia, porque era médico general lo que había antes (Mauro, P2)

Cuando se inició la especialidad de medicina de familia en el año 78 se necesitaban centros. Se habilitaron los cupos de dos médicos para servir para desarrollar la tarea de formación del resto ... y ahí, digamos, se inició lo que fue el germen del Centro Sierra Norte. Y los cupos médicos han sido donde pasábamos los residentes por ahí. Y eso era un centro pequeñito, donde había tiempo para el desarrollo de actividades asistenciales y de todo tipo. Con el tiempo pues eso se fue modificando ... (Federico, M6)

La entrada de la medicina familiar y comunitaria en el contexto socio-profesional de la atención primaria, genera diferentes opiniones y apreciaciones entre el personal de la salud¹⁶⁷. Por ejemplo, así sucede con respecto a quienes opinan que la reforma de la atención primaria se toma como una excusa para legitimar y proyectar esta nueva especialidad médica, tal y como podemos observar en el siguiente discurso socio-profesional científico:

[Discurso desde la profesión de medicina] Con ello empezaron la casa por la ventana. Mucho más lógico hubiera sido remozar los vetustos ambulatorios e inyectar autoestima a unos profesionales sin vinculación psicológica con la tarea que desempeñaban. En aquellos años nadie se declaraba “médico de cabecera”; quien más quien menos era “especialista en algo”, y echaba sus horas en los ambulatorios, a los que acudían los pacientes por “banalidades”, pues “lo importante” era atendido en los hospitales. La ocurrencia de crear una especialidad de MFC [Medicina Familiar y Comunitaria] conectaba con una generación de jóvenes médicos izquierdosos, a los que repugnaba el adjetivo de médico “de familia”, pero veían con agrado lo de “comunitaria” (Borrell-Carrió y Gené-Badía, 2008: 3).

¹⁶⁷ El auge actual de la medicina familiar y comunitaria se expresa mediante la creación de distintas sociedades y asociaciones científico-profesionales. Entre ellas, por ejemplo, cabe destacar la Red Española de Atención Primaria (REAP) que agrupa a personal de medicina, farmacia, de enfermería y a otros y otras profesionales que trabajan en el campo de la atención primaria; la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC); la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG); la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN); y sus distintas homólogas en las diferentes comunidades autónomas. Asimismo, a nivel mundial existe la Organización Mundial de Doctores/as de Familia (*World Organization of Family Doctors (WONCA)*) y a ella pertenece la red de la Sociedad Europea para la calidad y la seguridad en la práctica de familia (*European Society for Quality and Safety in Family Practice (EQuiP)*). Todo ello fundamentalmente contribuye a fortalecer la identidad socio-profesional que distingue a la especialidad del personal médico en atención primaria en el ámbito nacional e internacional. En relación a estos aspectos, cabe mencionar también la existencia de distintas entidades nacionales que representan a las especialidades de pediatría, enfermería y trabajo social sanitario en atención primaria como, por ejemplo, las siguientes: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), Sociedad Española de Pediatría Social, Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP) y Asociación Española de Trabajo Social y Salud (AETS), entre otras, y sus homólogas en las distintas comunidades autónomas. En conjunto, todas tratan de reforzar y extender el alcance del modelo de atención primaria al sur de Europa.

Además, esta iniciativa se acompaña de la introducción del desempeño del personal médico a tiempo completo y en exclusiva, así como de la utilización de la historia clínica como herramienta de trabajo cotidiano (Gérvás, et. al, 2005), entre otros aspectos organizativos. En definitiva, el impulso por implementar eficazmente la atención primaria arroja la consolidación de un conjunto de principios y valores que apuestan por otorgar un rol central a la medicina de familia y comunitaria:

... hablaron allí y empezaron a hablar de lo que era la filosofía de la atención de la medicina familiar y comunitaria (Mauro, P2)

Cuando crearon la AP y ya el médico no iba a hacer la consulta como hasta entonces había sido... (Nieves, TS1-G2)

El papel protagonista y de prestigio de la medicina familiar y comunitaria también es acogido de esta misma manera por el propio profesional médico, que valora su llegada a los centros de salud como un aspecto decisivo para fortalecer la organización de la atención primaria:

... hubo un momento en que los médicos de familia de toda Andalucía decidimos que había que irse a los centros de salud, porque entonces estábamos trabajando casi todos en gestión. Y entonces nos planteamos que había que estar en los centros de salud, porque era donde nos interesaba potenciar la atención primaria, que es muy bonito formarla, pero que había que trabajar en el día a día, que era la forma de prestigiar la atención primaria. Y entonces nos vinimos (Julián, M5)

La incursión preponderante de la especialización de esta nueva rama médica contrasta con la incorporación de otros perfiles socio-profesionales en atención primaria. A este respecto, el Doctor Federico (M6) percibe la llegada de otras profesiones de la salud al centro de salud como novedosas y desconocedoras del modelo de atención primaria. Así, observa que proceden desde el ámbito hospitalario atraídas por la moda que conlleva la creación de un nuevo espacio de atención a la salud, como observamos en el siguiente comentario:

Desde el 85 que se abrió el centro este como tal Centro Sierra Norte vinieron una serie de personas nuevas, o sea no sólo los médicos de familia que habíamos estado en el anterior centro [*experimento piloto*], que habíamos sido residentes y que veníamos para darle una continuidad al proyecto inicial, pues luego se incorporaron enfermeras y auxiliares y administrativos nuevos, que no sabían lo que era la atención primaria, ni la medicina de familia, ni nada. Eran gente que venía al olor de una novedad que estaba muy de moda por entonces ¿no? Pero la mayoría venían, digamos, residentes de hospital ¿no? Buscando una experiencia nueva u oliendo algún tipo de protagonismo que no encontraban en el hospital ¿no? Sobre todo vinieron ... un grupo de enfermeras, doce en concreto (Federico, M6)

Igualmente, en el discurso del Doctor Federico (M6) podemos observar cómo matiza la subalternidad del saber no especializado que caracterizaba a la profesión enfermera frente al de la profesión médica en aquel momento:

... la enfermería no era enfermería de atención primaria como los médicos, que sí había una especialidad enfocada para el desarrollo, sino que eran enfermeras hospitalarias, con los vicios diferentes de trabajo ... que iban buscando el desarrollo de un rol profesional (Federico, M6)

Esta percepción discrepa con la visión enfermera, que sí percibe su llegada a los centros de salud como un destino propio y un desafío socio-profesional que apuesta por implantar la enfermería familiar y comunitaria en atención primaria como una de sus áreas de especialización ya existente y atrayente:

... ya había oído hablar de los centros de salud y de la enfermera comunitaria y to eso, y dije: *“eso es lo que quiero yo”* y vine (Elisa, E3)

Había descubierto un mundo para mí muy distinto, después de estar en el hospital y todo, pues la consulta de la mujer, las vacunas... Era otro mundo (Emilia, E1)

Si bien, en el marco de estas perspectivas otras opiniones enfermeras expresan haber experimentado algunas dificultades iniciales que se relacionan con el desconocimiento de la atención primaria, el cambio de las actividades a desempeñar y la relación socio-profesional inicial:

Pues muy brusco ... yo fatal, francamente el primer día lo pasé fatal, yo cuando alguien llegó que no me acuerdo quién fue ahora mismo y me dijo que me podía ir a desayunar, me fui a casa de una amiga y me hinché de llorar, digo: *“ay Dios mío, dónde me he metido yo, allí hay una gente mu moderna, mu extraña, vas a un sitio y ves a cuatro ó cinco y de buenas a primeras no ves a nadie”* (Cristina, E2)

En el caso de la profesión del trabajo social en un primer momento experimenta el desempeño de su posición en el centro de salud con una cierta distancia, en términos de poder y saber experto, en relación al papel protagonista del personal médico y enfermero:

Cuando yo llegué aquí yo me sentía un poco sola, pues porque... no sé a lo mejor por la forma de ser mía o las veía a todas muy listillas Porque yo era una criaturica, y aquí hay gente bastante importante dentro de la atención primaria (Carmen, TS1)

Así, en este otro comentario, la Trabajadora Social Carmen (TS1) explica que esta distancia se relaciona con la definición de su rol y funciones a realizar en el centro de salud. Con el transcurso del tiempo observa un fortalecimiento en su desempeño socio-profesional que asocia a la consolidación de las relaciones socio-profesionales con el resto del personal profesional de la salud adscrito al centro:

... si yo soy enfermera trabajo más directamente con un médico, con el médico que estuviera asignado por consulta, pero al ser trabajadora social estaba en un sitio pues que era de todos y era de nadie. Entonces pues al principio, pues también les costaba más derivarme. Pero no... empezaron muy bien, a poquito a poco, ya empezaron las derivaciones, ya también me relacionaba yo una mijita más.... Porque a lo mejor venía gente a la consulta, pues yo tenía que hablar con el médico del que fuera: *“oye mira que ha venido esta señora ¿me puedes preparar un informe médico que le voy a solicitar esto que...?”*, o tenía que hablar con ellos: *“oye ¿cómo veis esto porque esta familia...?”*. Entonces pues a poquito a poco muy bien (Carmen, TS1)

Sin embargo, esta visión discrepa en relación a las opiniones de otras trabajadoras sociales. Así, otra parte de ellas estiman que su incorporación socio-profesional a los centros de salud detenta un papel clave en los primeros años de implantación de la atención primaria. Sin embargo, valoran que el desarrollo de su rol y funciones en los centros de salud sufre variaciones con el tiempo:

... para mí ha habido un cambio en mi figura dentro de atención primaria que es que cuando empezamos en los primeros años de alguna manera formabas parte del equipo de gestión del centro de salud, se nos tenía en cuenta en ese sentido y además lo recogen las funciones, que si en las reclamaciones, en los programas, con los jefes de programas directamente y demás, y eso.... Y en cambio ahora, en ese sentido, por lo menos en mi zona básica no hacemos absolutamente nada porque la dirigen el Director y la Adjunta de Enfermería, la Coordinadora de Enfermería y ya está, yo... en ese sentido, sí, sí es verdad que estoy reconocida porque son muchos años, porque me apunto a lo que sale (SE RÍE) ¿no? y entonces se reconoce, cuando van viendo los resultados y los trabajos, pues en ese sentido sí estoy reconocida pero en cuanto al papel que antes teníamos yo sí lo veo completamente distinto (Raquel, TS1-G4)

En definitiva, la puesta en marcha de los centros de salud coincide con el afán socio-profesional de medicina, enfermería y trabajo social por consolidar el desarrollo de su rol y funciones en atención primaria. Así, todas ellas comparten el interés en ser reconocidas a través de diferentes vías de profesionalización y especialización. De esta forma, medicina de familia y comunitaria demanda la implantación de un ciclo de estudios de grado, enfermería ya ha conseguido reconocer político-institucionalmente la rama familiar y comunitaria como una de sus especialidades, y una parte del trabajo social lucha por avanzar en el camino hacia el reconocimiento de su especialización sanitaria como campo socio-profesional y disciplinar propio.

De este modo, los centros de salud constituyen los lugares socioculturales en los que se sitúa la convivencia inter y transdisciplinar entre las distintas profesiones de la salud que atienden a las poblaciones en los encuentros asistenciales. Así, entre los aspectos sobre los que se sustenta esta convivencia, destaca la incorporación de las dimensiones socioculturales en clave de ética y de mejora continua sobre las que se inscribe su compromiso compartido de alcanzar la salud y el bienestar de las poblaciones a través de una atención integral. Desde estos principios y valores construyen sus percepciones y

experiencias socio-profesionales de relación a las poblaciones en contextos de diversidad.

3.2.4.2 ITINERARIOS DE FORMACIÓN E INSERCIÓN SOCIO-PROFESIONAL HACIA LA ATENCIÓN PRIMARIA

Los diferentes itinerarios formativos seguidos por las *profesiones de medicina, enfermería y trabajo social sanitario*, y cómo éstos desembocan en su inserción socio-profesionalmente en atención primaria son un punto de partida común para aproximarnos a conocer sus percepciones y experiencias de atención en los encuentros asistenciales con las poblaciones.

El recorrido formativo seguido por cada una de ellas les lleva a adquirir una identidad socio-profesional singular. Sin embargo, también les conduce a alcanzar una identidad socio-profesional colectiva que se apoya en las bases de la relación de atención integral e intercultural que todas tratan de establecer con las poblaciones sean o no inmigrantes desde atención primaria.

De esta manera, es necesario distinguir de forma específica el itinerario de formación e inserción desarrollada por cada una de ellas hacia el ámbito de desempeño socio-profesional de la atención primaria. Igualmente, es importante identificar los elementos formativos que comparten.

En primer lugar, en el caso de la *profesión de medicina* el itinerario seguido requiere haber cursado durante seis años los estudios del título de Grado en Medicina (anteriormente título de Licenciatura). Posteriormente, comporta haber optado por realizar durante cuatro años más (anteriormente tres años) la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria una vez superada la prueba de Médico/a Interno Residente (MIR)¹⁶⁸.

¹⁶⁸ En el sur de Europa la regulación del acceso a las especialidades médicas a través del programa Médico/a Interno/a Residente (MIR) tiene lugar mediante la promulgación del Real Decreto 2015 de 15 de julio de 1978 por el que se regula la obtención de títulos de especialidades médicas. La denominada prueba MIR consiste en un examen nacional, compuesto de 250 preguntas de respuestas múltiples, cuyos contenidos versan sobre las áreas de enseñanza comprendidas en la titulación de Grado en Medicina. Los resultados obtenidos, se suman a la valoración del expediente académico de la persona aspirante. El listado de personas aprobadas es único y a través de un procedimiento público se procede a elegir plaza según el orden de puntuación final. Por tanto, el examen es común a todas las especialidades, y el orden obtenido es el que permite seleccionar o no la especialidad deseada en función de las plazas ofertadas cada

Desde un plano jurídico-normativo, cabe señalar que además la Ley 44/2003 de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias define la función del personal profesional titulado en medicina de la siguiente manera:

Corresponde a los Licenciados en Medicina la indicación y realización de las actividades dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención de las enfermedades y al diagnóstico, tratamiento, terapéutica y rehabilitación de los pacientes, así como al enjuiciamiento y pronóstico de los procesos objeto de atención (artículo 6).

Los discursos producidos desde la profesión de medicina hacen referencia al momento de finalización de los estudios universitarios y a su inmediato paso por el período formativo en el programa MIR. Esta etapa se establece como el momento en el que culmina la construcción de la identidad socio-profesional y comienza la inserción laboral en el ámbito de la atención primaria:

... soy médico de familia, y he trabajado desde siempre, desde que acabé la especialidad en centros de salud y algo en la administración de servicios sanitarios de atención primaria (Noelia, M3-G3)

... llevaré en AP desde que acabe la residencia, pues unos trece o catorce años (Olga, M4-G3)

Por un lado, en la mayoría de casos, su proceso de incorporación a atención primaria transcurre a través de plazas de sustitución temporal, ya sea antes de la realización de los estudios MIR o una vez realizada la especialización médica:

Yo la carrera la terminé en el 88, ... trabajaba haciendo sustituciones por las zonas de donde yo soy. Entonces allí había una listilla, que no es como ahora que está todo informatizado, sino que había una listilla te apuntabas, y entonces a los médicos de la zona pues nos iban llamando. Y así estuve un par de años Entonces ya conseguí dinero con todas esas sustituciones ... y me puse a estudiar el MIR (María, M3)

Bueno, yo terminé en el 82. Me fui primero a una Casa de Socorro en [nombre de un pueblo rural], donde estuve trabajando un par de años. Después saqué lo del MIR, hice el MIR y... después, de médico de familia, estuve en [nombra el pueblo rural], estuve dando vueltas, lo que hacemos todos hasta que cogemos la plaza. Y ya me incorporé a este centro en el 90. (Gonzalo, M10)

Yo acabé en el 89, aprobé el MIR en el 90 ... y lo acabé en diciembre del 93. Hice sustituciones durante el 94, en el verano, pero en el pueblo me contrataron en noviembre del 94, y estuve hasta septiembre de 2000 Y luego ya a partir de diciembre de ese año de 2000 estoy aquí (Pedro, M4)

Fue acabar ... y me puse a estudiar el MIR ... Después pues estuve haciendo sustituciones hasta que cogí una interinidad en [nombra un centro de salud rural], mientras tanto estaba preparándome las

año. Una vez aprobado, la metodología de enseñanza consiste en formarse remuneradamente como residentes en un centro acreditado. El periodo de formación de residencia en la especialidad de medicina familiar y comunitaria transcurre entre la estancia en centros de salud y en hospitales. De esta forma, los cuatro primeros meses del primer año los desarrollan en centros de salud, mientras que los dos años siguientes pasan solo tres meses en centros de salud (uno de ellos en la consulta médica y dos en la consulta pediátrica). Por último, el cuarto año transcurre por completo en centros de salud.

oposiciones, las sacamos en el 98 pues las suspendieron varias veces hasta que las aprobé en el 98, me fui con plaza en propiedad a [el centro de salud rural], y luego me vine aquí en una comisión de servicios [...] (Susana, M8)

Además, en algunos casos refieren que aún se mantiene en esta situación laboral de inestabilidad:

... al siguiente año, pues empecé a hacer sustituciones en donde me iban saliendo... Trabajando intermitentemente, pues periodos de más trabajo y periodos de menos, el verano sobre todo. Y así hasta hoy (Irene, M7)

... La especialidad la terminé en el 97 ..., justo cuando nosotros terminábamos se convocaron las primeras oposiciones de atención primaria, después de 11 años o 12 años sin hacerse oposiciones, y entonces pues nos preparamos, pero claro ilusoriamente porque había mucho que decir con respecto a la puntuación ¿no? O sea, no era sólo el examen, porque el examen fue muy buen examen, pero faltaba sumar los puntos de tiempo trabajado ... con lo cual pues no saqué las oposiciones... y entonces pues empecé a hacer sustituciones ... bueno ya lo más seguido pues fue lo del Centro Sierra Norte, que ahora hace 4 años que trabajo allí (María, M3)

Por otro lado, los discursos también hacen referencia a las competencias adquiridas y desarrolladas en el ejercicio del desempeño socio-profesional. Por ejemplo, en el discurso del Doctor Julián (M5) sobre su trayectoria académica y socio-profesional, encontramos alusiones al desempeño de diferentes ocupaciones propias de la labor diaria de un profesional de la medicina de familia y comunitaria. Así, narra cómo desempeña tareas de formación y docencia en el ámbito de la comunicación asistencial, así como actividades de atención en consultas, dirección y gestión de servicios sanitarios, entre otras:

Fui la segunda promoción nacional, la primera del [nombra un hospital] e hice el último año de residencia, inauguramos, organizamos, montamos el Centro Sierra Norte. Cuando terminé la residencia me fui a trabajar a la gestión, y estuve tres años de Director de Distrito montando el Distrito Sanitario de [nombra una comarca rural], que era una comarca experimental de la Junta de Andalucía, y que fue la primera en la que se puso la reforma de atención primaria. Posteriormente me vine aquí Centro Sierra Norte., y estuve trabajando hasta el año 88, y en el año 88 me fui a montar el Distrito Sanitario Norte [nombra la ciudad] y estuve dos años y pico montándolo. Una vez que lo terminé de montar pues me volví aquí. Soy... llevo muchos años trabajando en temas de comunicación, de relación médico-paciente ... poca cosa más (Julián, M5)

La Doctora María (M3) también menciona la adquisición de competencias específicas durante el período de formación residente y de forma continuada durante el ejercicio socio-profesional. En concreto, se refiere al proceso de enseñanza-aprendizaje en materia de comunicación asistencial, que considera un componente fundamental para prestar atención a poblaciones diversas. Especialmente describe que se trata de una habilidad esencial para prestar asistencia a poblaciones con necesidades o con problemas sociales marginales. Así, expresa que sin esta formación no se sentiría capacitada para

desempeñar su trabajo cotidiano. Del mismo modo, señala que estas destrezas son cada vez más demandadas por parte de las poblaciones en el ámbito de la relación asistencial:

María (M3): Evidentemente creo que nuestra formación en todo lo que es comunicación y todo eso es, es muy, es muy importante ¿no? ... Quiero decir que creo que eso es fundamental para trabajar con esta gente. Yo creo que, la comunicación, todo lo, la comunicación es fundamental, cada vez más en la medicina, y cada vez se tienen que integrar más los especialistas y todo eso, porque la sociedad lo va requiriendo, ya no se conforman con que el médico es Dios, el médico es... decirte que tienes un cáncer y ya está ¿no? O sea que la gente no quiere... no busca eso ¿no? Entonces creo que eso se tiene... pero si no hubiese tenido esa formación yo creo que, yo creo que al siguiente día no voy. Vamos renuncio al contrato, totalmente.

Entrevistadora: ¿Y esa formación dónde la has adquirido?

María (M3): En la residencia de familia que forma parte de lo que es el temario ¿no? Y luego pues yo he estado con [Médico10] que también, es verdad que él está en todo esto de la comunicación y todo eso. Entonces, claro, algo de eso... conocimientos de su forma de trabajar y todo eso, pues los trasmite. Como yo se los transmitiré supongo a mis residentes ¿no? Ese, no sé, manejo..., hombre, te vas leyendo cosas y también sigues formándote incluso y todo eso ¿no?, pero eso es fundamental. Y luego ya bien, luego pues bien, unos días bien, otros días regular (SE RIE) otros días... Pero bueno, pero que ya, de hecho creo que me gusta, me gusta estar ahí [*en Centro Sierra Norte*]

Así, en referencia a las competencias específicas que se requieran para la atención a poblaciones emplazadas en Zonas con Necesidades de Transformación Social (ZNTS), la Doctora Antonia (M9) distingue el sentido vocacional que impregna algunos de discursos asistencialistas, de aquel otro de carácter científico-técnico que caracteriza a los discursos que hacen referencia a la capacitación alcanzada mediante formación en materia de comunicación asistencial, entrevista clínica y habilidades de manejo de conflictos:

... vocación no, yo creo que no. Pero que sí que hay que tener una, quizás una formación ¿no? Esto no es cuestión de educación o que seas religiosa, pero sí una formación en técnicas de manejo de problemas, de problemas psicosociales, de manejo de entrevista clínica... ... La entrevista es fundamental en nuestro trabajo, es la herramienta más importante. Entonces el saber manejar la agresividad, la negociación y todo eso es importante (Antonia, M9)

De este modo, la profesión médica en atención primaria y en su rama de especialización familiar y comunitaria opta por afrontar los procesos de atención a la salud y la enfermedad desde una perspectiva biopsicosocial, lo que la sitúa en un plano de excepcionalidad en el mundo biomédico. Es decir, se trata de una de las pocas profesiones y especialidades médicas que contemplan en su proceso formativo la adquisición de competencias esenciales para prestar una atención integral e integrada a las poblaciones. Si bien, esta apuesta no está exenta de dificultades y resistencias.

Por tanto, procura prestar una atención que se centra no solo en los aspectos clínicos de la enfermedad, sino en la globalidad de dimensiones socioculturales que determinan la

salud de las poblaciones. Entre ellos, desde la especialización familiar y comunitaria se enfatizan los contenidos formativos del campo de la comunicación asistencial (en el que sobresale la entrevista clínica) a desarrollar en la relación con las poblaciones, junto al del razonamiento clínico (con énfasis en la toma de decisiones) y el de la gestión de la atención (en el que se subraya la gestión clínica, el trabajo en equipo, la gestión de la actividad, los sistemas de información, la gestión de la calidad y la responsabilidad profesional)¹⁶⁹. Así favorece la adquisición de actitudes y aptitudes:

... para valorar y aprender a manejar la globalidad e integralidad de la atención, la tolerancia a la incertidumbre, la adaptación a los cambios y a la limitación de recursos, así como otras competencias esenciales, al margen de las competencias clínicas requeridas clásicamente para el ejercicio de la Medicina (SemFYC, 2013)¹⁷⁰.

De esta forma, el perfil del profesional de la medicina de familia y comunitaria se define y delimita del siguiente modo:

... es el de un profesional para el que la persona es un todo integrado por aspectos físicos, psíquicos y sociales vinculados a un contexto familiar y social concreto, lo que le permite llevar a cabo una atención continuada al colectivo de personas al que atiende para elevar el nivel de salud de las que están sanas, curar a las que están enfermas y cuidar, aconsejar y paliar los efectos de la enfermedad, cuando no es posible la recuperación de la salud (Orden SCO/1198 de 3 de marzo de 2005).

En definitiva, estas premisas capacitan y entrenan al profesional de la medicina a la hora de reconocer y gestionar las dimensiones socioculturales de la salud, especialmente en la rama social, en los encuentros asistenciales cotidianos con las poblaciones en contextos de diversidad:

¹⁶⁹ Estos contenidos formativos aparecen recogidos entre las competencias esenciales que se señalan en el programa de referencia de la especialidad de medicina familiar y comunitaria aprobado en la Orden SCO/1198 de 3 de marzo de 2005. El programa no solo se orienta a la adquisición de competencias profesionales durante la etapa de posgrado, sino al mantenimiento de las mismas durante el desempeño socio-profesional (SemFYC, 2013).

¹⁷⁰ Sin embargo, cabe señalar que se trata de una de las especialidades médicas más desconocidas durante el periodo de formación académica recibida en los estudios de medicina, así como una de las menos demandadas tras finalizar los mismos debido a la precariedad laboral y al desprestigio socio-profesional que acarrea. Así, tal y como recoge Sevillano, el 7 de junio de 2010, en una noticia publicada en El País bajo el titular “No quiero ser médico de familia”, la mayor parte de los y las aspirantes a una determinada especialidad médica “aplauden a los que eligen medicina de familia. Y no es porque sean conscientes de lo esencial de esta especialidad en el sistema sanitario. Se alegran porque cada uno de esos jóvenes licenciados que optan por familia es un competidor menos para las especialidades más demandadas y con más prestigio: dermatología, cirugía plástica, cardiología...”. De esta forma, en los últimos años se viene observando que quedan plazas vacantes en esta especialidad. Sin embargo, también se aprecia que esta tendencia se está invirtiendo “gracias, sin duda, al aumento de aspirantes extranjeros, especialmente de los extracomunitarios” frente a los candidatos nacionales.

... toda mi formación pues ha incluido siempre a lo social, porque de hecho el sitio donde yo me formé fue en el [Centro Sierra Sur] con lo cual la problemática social era básica ¿no? (SE RÍE). Entonces la verdad es que siempre la incorporo en mi trabajo y... desde todos los puntos de vista, con lo cual no sé es algo que va con, con nuestro trabajo.....
... también es verdad que a lo mejor estamos sesgaos por el sitio donde nos hemos formao, ¿no? Porque ya te formas, si te formas en un sitio ya que tiene mucho en cuenta la problemática social, pues es que eso ya está integrao...(Olga, M4-G3)

Así, se considera que la dimensión social es un aspecto clave de la especialidad de medicina familiar y comunitaria, de forma que está incluida a nivel teórico y práctico desde el momento de la formación hasta el desempeño socio-profesional posterior:

... desde la formación en la residencia se te insiste mucho en el ámbito social y, y tenerlo en cuenta a la hora de tratar la salud y la enfermedad en atención primaria. Luego en la práctica clínica, en atención primaria yo creo que es que es fundamental tener en cuenta el ámbito social (Rocío, M2-G3)

En segundo lugar, en el caso de la *profesión de pediatría* el itinerario seguido requiere haber cursado durante seis años los estudios del título de Grado en Medicina (anteriormente título de Licenciatura). Posteriormente, conlleva haber optado por cursar durante cuatro años más la especialidad de “Especialista en pediatría y sus áreas específicas” una vez superada la prueba MIR¹⁷¹.

Los discursos del personal de pediatría comienzan relatando el proceso de formación académica realizado hasta alcanzar la especialidad. Así, recuerdan las diferencias que caracterizaban a los antiguos programas MIR:

Yo acabé en junio, hice la Licenciatura en septiembre, me examiné en octubre, aprobé el MIR, que no era como ahora, antes había que solicitar la especialidad que querías. Se tenía que solicitar todo por antelación. Eso cuando tú echabas los papeles, ya tenías que solicitar qué especialidades querías hacer, por orden, tres por orden de preferencia, y diez hospitales por orden de preferencia. Y también se hacía por otra parte el MIR, lo que se llamaba entonces el MIR, que se llamaba “Médico Interno Rotatorio”, que era durante un año rotabas por el hospital por diferentes servicios, y luego al año siguiente cogías especialidad. Tú, cuando tú te examinabas, te examinabas para las dos cosas. Entonces antes de examinarte echabas los papeles, entonces tenías también que especificar si preferías hacerlo... en caso de tener puntos, si preferías hacer la residencia sin hacer el rotatorio, o si querías hacer el rotatorio, y también de hospitales todo por antelación. De manera que no es como ahora, que tú te dan una puntuación vas y escoges lo que quieres. No, ya lo tienes que tener solicitado. Yo me examiné, puse que prefería hacer la especialidad antes que el rotatorio porque quería hacer pediatría, solamente puse pediatría, puse diez sitios (Concha, P1)

¹⁷¹ Durante el trabajo de campo realizado en la primera fase de estudio, el programa vigente de la especialidad de pediatría y sus áreas específicas se correspondía con el aprobado mediante la Resolución de 25 de abril de 1996 por la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación del Ministerio de Educación y Ciencia. Posteriormente, los contenidos formativos del mismo se modifican y dan lugar a la configuración del actual programa de referencia que fue aprobado a través de la Orden SCO/3148 de 20 de septiembre de 2006.

Posteriormente, y una vez realizada la especialización pediátrica, describen cómo transcurre su incorporación al ámbito de la atención primaria. Este paso acontece tras haber acumulado experiencia socio-profesional y mediante el procedimiento de concurso-oposición:

Estuve de residente en el [*nombra un hospital*], aquí en [*nombra la ciudad*]. Después estuve 5 años trabajando en [*nombra otra ciudad*] y después me vine aquí [*Centro de Sierra Norte*] con las primeras oposiciones de atención primaria Cuando se abrió el centro de salud, un año antes, en el año 80... Yo saqué el número uno de la promoción, o sea que podía coger plaza donde quisiera de Andalucía y elegí aquí porque quise (Mauro, P2)

... empecé a trabajar creo que fue en abril del año 78. Muchos años ya..... Me dieron una plaza, y estuve trabajando en ella hasta que salieron las oposiciones de atención primaria en [*nombra otra comunidad autónoma*], me examiné, las aprobé, pedí plaza en [*nombra un pueblo rural*] que era donde mi marido tenía trabajo y me puse a trabajar allí. Y estando trabajando allí... me salieron las oposiciones de Andalucía ... pero no saqué número como para pedir plaza ... Y entonces salieron otras segundas oposiciones en Andalucía, y se había discutido mucho si iban a salir... si iban a salir, si iba a haber concursos de traslados o no iba a haber concurso de traslados y tal, y entonces decidí que ya no me examinaba más. Pero ... al leer las bases pues decía que había concurso de traslados. Entonces ... yo eché los papeles, me dieron traslado aquí, y aquí me quedé. Empecé a trabajar... (Concha, P1)

De esta manera, pediatría es una de las pocas profesiones y especialidades médicas que afrontan de forma integral e integrada los procesos de atención a la salud y la enfermedad de las poblaciones con una edad inferior a 15 años. Su implantación se justifica al considerar que las dimensiones biológicas y socioculturales de las primeras etapas de la vida difieren de las propias de la etapa de adultez. Son estas peculiaridades, por tanto, las que suscitan la necesidad de conceptualizar un proceso formativo diferenciado del resto de especialidades médicas, incluida la medicina familiar y comunitaria.

Así, la definición de la especialidad de pediatría y sus competencias en atención primaria se establece de la siguiente manera:

Pediatría es la medicina integral del período evolutivo de la existencia humana desde la concepción hasta el fin de la adolescencia, época cuya singularidad reside en el fenómeno del crecimiento, maduración y desarrollo biológico, fisiológico y social que, en cada momento, se liga a la íntima interdependencia entre el patrimonio heredado y el medio ambiente en el que el niño y el adolescente se desenvuelven. Partiendo de que la Pediatría es la medicina total e íntegra de la infancia y adolescencia y del concepto de salud, el programa se desarrollará simultáneamente en dos grandes áreas: a) Área Clínica, y b) Área de Pediatría Social y Salud Pública (Orden SCO/3148 de 20 de septiembre de 2006).

Entre los contenidos formativos adquiridos durante la formación, destacan el déficit de entrenamiento adquirido en el abordaje de la dimensión social en salud. Esto se debe a que la formación recibida durante esta etapa se realiza fundamentalmente en el ámbito

hospitalario en lugar de en centros de salud. De esta manera, será a través de su desempeño socio-profesional en atención primaria cuando alcancen un mayor entrenamiento para afrontar la dimensión social, y con ella se abra paso a la cultural, en los encuentros asistenciales con poblaciones diversas:

... al principio claro en el hospital, la residencia y demás, no he tenido ningún contacto con lo social. Ya fue al empezar en atención primaria, pero a los años cuando sí empecé a tener más contacto con lo que es los asistentes sociales y demás, y yo veo una buena manera de actuar y los veo bastante necesarios, eh..., dentro de los distintos problemas que te encuentras en atención primaria, claro que no son los que te encuentras en especializada, eh... Yo lo veo una buena opción y tenemos que estar compenetrados todos, claro, para que eso pueda, pueda funcionar bien...

... A nosotros en Pediatría no nos enseñaron en la residencia ninguna, nada social. Y entonces, claro, no es que hayan cambiado [*se refiere a su rol y funciones*], es que yo las he tenido cuando he empezado a trabajar en atención primaria, y entonces sí, sí ha tenido una evolución desde los primeros años que yo he empezado a trabajar a ahora, eh... Se ha visto un cambio, un cambio grande, una manera más de estar encima de la gente. Pero eso, pero que han cambiando a lo largo de los últimos años dentro de la atención primaria, antes no he tenido ningún contacto (Gabriel, M1-G3)

En tercer lugar, en el caso de la *profesión de enfermería* el itinerario seguido requiere haber cursado durante cuatro años los estudios del título de Grado en Enfermería (anteriormente título de Diplomatura establecido en tres años)¹⁷². Posteriormente, conlleva haber optado por desempeñar su rol y funciones socio-profesionales en el ámbito de la atención primaria de salud, aspecto que transcurre paralelamente a la implantación del mismo en el sur de Europa a partir de la década de los años ochenta del siglo XX.

Desde un plano jurídico-normativo, además cabe señalar que la Ley 44/2003 de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias define la función del personal profesional titulado en medicina de la siguiente manera:

Corresponde a los Diplomados universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades.

Los discursos de las enfermeras entrevistadas empiezan narrando el proceso de formación realizado hasta alcanzar el título académico. Asimismo, algunas enfermeras también hacen referencia al proceso de formación que siguieron hasta alcanzar una

¹⁷² Anteriormente el título se denominaba Asistente Técnico/a Sanitario/a (ATS) y unificaba a las profesiones de practicante, matrona y enfermera. En 1977 pasa a constituirse como título de Diplomado/a Universitario/a en Enfermería (DUE).

determinada especialidad enfermera (concretamente de matrona y de pediatría). Posteriormente, describen el comienzo de su inserción en el mundo socio-profesional:

Soy de la promoción 76-79. La última promoción de ATS, “Ayudante Técnico Sanitario”. Lo siguiente ya fueron “Diplomados en Enfermería” ... Yo terminé enfermería en el 79 y lo que hice después fue la especialidad de matrona, al año siguiente. ... Entonces me incorporé trabajando en el *[nombra un hospital]* de matrona durante 5 años en paritorios. Y bueno, en el año 83 salieron las primeras convalidaciones de ATS a Diplomado, y ya está, pues me presenté a mi convocatoria y ya está, te lo dan como apto. Y desde ese momento, desde el año 83, soy Diplomada. Y ya, posteriormente, sale la convocatoria de enfermería en atención primaria, la convocatoria de los equipos básicos, y me presento a ella y entonces me voy a un centro de salud (Lucía, E7)

Yo hice enfermería en *[nombre una ciudad]* en la “Escuela de la Seguridad Social”... además nosotros fuimos la primera promoción allí ... Entonces yo acabé allí enfermería y me fui a *[nombra otra Ciudad]* a trabajar. Como cuando yo acabé en el 74 había mucha necesidad de personal sanitario pues no tuve problemas, yo me fui allí porque quería hacer la especialidad en pediatría, ... me dieron allí la plaza y estuve los dos años de pediatría y luego ya pedí traslado (Lola, E5)

En otros casos, expresan que prefirieron particularmente desarrollar su profesión en el ámbito de la atención primaria. Así, la Enfermera Leonor (E4) explica los motivos de su elección y cómo se incorporó a este ámbito a través de concurso-oposición:

... porque me encantaba atención primaria y todavía era una cosa mu nueva, porque no había mucha experiencia, estaba, pero ya lo que conocía me... me llamaba mucho la atención y por eso decidí hacerlo presentarme a las primeras oposiciones que hubo (Leonor, E4)

Además, narra que durante su incorporación al ámbito de atención primaria fue fundamental recibir formación sobre el modelo. Posteriormente, alude a la autoformación y al papel de la práctica socio-profesional como aspectos relevantes a la hora de adquirir competencias en su desempeño:

... cuando empezamos... los grupos que iniciamos la atención primaria en *[nombra la ciudad]* fuimos antes de empezar a trabajar, fuimos a una formación intensiva de un curso y de eso aprendimos bastante. Y luego pues ya la práctica es decisiva que te vas esforzando, y lo que te va empapando, y lo que vas leyendo, y lo que te dicen muchas veces pues es lo que el sentido común te dice qué hacer (Leonor, E4)

En esta línea, la Enfermera Berta (E8) especifica que en su caso el paso por las prácticas de último curso en los estudios de la diplomatura de enfermería, fue esencial para orientarle “ideológicamente” a la hora de elegir la atención primaria como ámbito de desarrollo socio-profesional:

Yo, de alguna manera, había estado orientada ideológicamente para trabajar en primaria, fíjate. De hecho, las prácticas, en tercero de enfermería se hacían en atención primaria. Y esas fueron de las prácticas que más me llamaron la atención... En aquella época, yo ya me vi un poco como marcada por el tema de la primaria ¿sabes? (Berta, E8)

A continuación, resalta los aspectos formativos aprendidos durante este período de prácticas y que marcaron la visión de su futuro desempeño socio-profesional. Así, destaca las visitas a domicilio, la importancia de la comunicación verbal y no verbal en la relación enfermera/o-paciente y las habilidades sociales que la situaban en una posición cercana o empática con las poblaciones:

Durante las prácticas fue una de las cosas que me llamó la atención, donde yo empecé a manejar herramientas para introducirnos en los domicilios, donde yo ví que teníamos un desarrollo profesional que era completo ¿entiendes? Y no sé, a mí me gustó mucho... Yo empecé a descubrir, sin saber, porque yo no había leído nada, sobre el lenguaje no verbal, el que la gente..., parecía que la gente sabía era la que iba a la Universidad, la que... ¿entiendes? Entonces, yo descubrí, en aquellos años, que la gente podría no saber literatura, pero que el saber popular estaba ahí, y que la gente te captaba (Berta, E8)

Entre el conjunto de motivos que llevan a la profesión enfermera a insertarse en atención primaria, también se menciona la posibilidad de conciliar la vida personal y laboral. Así, la organización horaria en el funcionamiento de los centros de salud favorece la incorporación de la mujer enfermera al trabajo y su compatibilidad con las actividades del cuidado del hogar y sus hijos e hijas:

... yo trabajaba en el Hospital con turnos de mañanas-tardes-noches ¿no? Con 9 días de tarde completos, tenía una hija con dos años y entonces, yo, mi objetivo primero fue organizar un turno para yo poder atender mi vida familiar y mi vida personal también ¿no?, porque para tu vida personal necesitas cierta organización. Y entonces, no era tanto por el trabajo en sí que podía hacer, como por ese motivo (Lucía, E7)

En este contexto, el trabajo enfermero en atención primaria se consolida progresivamente para desarrollar su cometido de cuidar y/o ayudar integralmente a las poblaciones desde una perspectiva científico-técnica y sociocultural amplia. Además, estos aspectos darán lugar al nacimiento del campo de especialización de la “Enfermería familiar y comunitaria” al sur de Europa¹⁷³. El acceso a esta especialidad se contempla a partir de tres vías:

- mediante el desempeño de funciones enfermeras en esta especialidad,

¹⁷³ La primera norma que regula la posibilidad de obtener un título de enfermero/a especialista se concreta en el Real Decreto 992/1987 de 3 de julio de 1987). Posteriormente, no será hasta la aprobación del Real Decreto 450/2005 de 22 de abril sobre especialidades de enfermería, cuando se regula la creación de las siguientes ramas: 1) enfermería obstétrico-ginecológica (matrona), 2) enfermería de salud mental, 3) enfermería geriátrica, 4) enfermería del trabajo y salud laboral, 5) enfermería de cuidados médico - quirúrgicos, 6) enfermería familiar y comunitaria y 7) enfermería pediátrica.

- a través de la realización de estudios de posgrado a partir del Programa Enfermero/a Interno/a Residente (EIR)¹⁷⁴ durante dos años de residencia¹⁷⁵, y
- accediendo al título de especialista por la vía excepcional acreditando desarrollo, experiencia socio-profesional y/o formación continuada en este campo¹⁷⁶.

El origen de esta especialidad parte de las consideraciones establecidas por la OMS en torno a los conocimientos que caracterizan a la enfermera o enfermero especialista en esta rama:

... ha de contar con conocimientos profundos sobre la complejidad, tanto de las personas, familias y grupos como de las interacciones que se producen entre ellos. Así mismo, ha de conocer la comunidad en la que ofrece servicios, los recursos disponibles, las diferentes maneras de interactuar entre sus miembros, etc. (Orden SAS/1729/2010 de 17 de junio).

Así, la especialidad de enfermería familiar y comunitaria al sur de Europa se basa en la necesidad de responder a los diferentes determinantes sociales y/o dimensiones socioculturales presentes en las “demandas” de salud de las poblaciones:

La sociedad actual presenta unas demandas en salud derivadas de circunstancias concretas: Factores demográficos y económicos, patologías prevalentes, tecnologías de la información, movimientos poblacionales, hábitos de salud, derechos del ciudadano, etc. La especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria, a través de cuidados de calidad asegurará un ejercicio profesional basado en los valores profesionales que la legitiman ante la sociedad, dando respuesta a las demandas de salud que se deriven de los factores antes citados (Orden SAS/1729/2010 de 17 de junio)

Con este propósito su misión se establece de la siguiente manera:

¹⁷⁴ La prueba de Enfermero/a Interno/a Residente (EIR) consiste en un examen tipo test de convocatoria anual y estatal, único y simultáneo. La prueba está compuesta por 110 preguntas de respuestas múltiples, que versan sobre las áreas de enseñanza comprendidas en los estudios de enfermería. Su finalidad es ordenar a las personas aspirantes según los principios de mérito y capacidad. Así, cada aspirante recibe una puntuación total individual que se obtiene de la suma alcanzada en el test (90 puntos) y en la valoración de su expediente académico (10 puntos).

¹⁷⁵ Los contenidos formativos de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria aparecen recogidos y publicados en el programa de referencia aprobado en la Orden SAS/1729/2010 de 17 de junio.

¹⁷⁶ Los requisitos para acceder a una especialidad de enfermería por la vía excepcional son de tres tipos: a) acumular 4 años de ejercicio socio-profesional en las actividades propias de la especialidad, b) desempeñar durante 2 años el ejercicio socio-profesional en las actividades propias de la especialidad y tener una formación continuada acreditada mínima de 40 créditos en el campo de la especialidad, o bien estar en posesión de un título de posgrado de carácter universitario no inferior a 20 créditos o 200 horas en el campo de la especialidad, y c) haber sido durante 3 años profesor/a de Escuelas Universitarias de Enfermería y adscritas en áreas de conocimiento relacionadas con la especialidad, y haber desempeñado 1 año de actividad asistencial en actividades propias de la especialidad. En todos los casos se requiere la superación de la prueba EIR, a la que pueden presentarse en un máximo de dos convocatorias.

... es la participación profesional en el cuidado compartido de la salud de las personas, las familias y las comunidades, en el «continuum» de su ciclo vital y en los diferentes aspectos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación, en su entorno y contexto socio-cultural (Orden SAS/1729/2010 de 17 de junio)

En definitiva, el conjunto de los aspectos mencionados facilitan que la profesión enfermera alcance capacitación y entrenamiento para incorporar la gestión de las dimensiones socioculturales, especialmente en su dimensión social, en los encuentros asistenciales con las poblaciones desde atención primaria:

... creo que ha sido una incorporación bastante importante. Eh... la parte de lo social, aunque siempre en primaria ha tenido una prioridad muy importante dentro de nuestro trabajo, estaba como más aislado en los casos en los que muy concretamente teníamos que acudir o a servicios sociales o a incorporar tanto eh... trabajadores sociales del ayuntamiento, de salud, era para casos como muy concretos o muy importantes, aunque estaba ya contemplado desde los principios que primaria trabajaba o acogía a familias, a grupos, pero yo creo que ha dado un salto muy importante en los últimos tiempos, de diez años acá por ejemplo. Tampoco podría concretar ¿no? en el tiempo, pero sí muy importante porque ahora es algo muy cotidiano el que podamos trabajar con lo social tanto a nivel de salud, como a nivel de otros servicios, dentro de nuestra profesión. Eso de la multiprofesionalidad dentro de los equipos, pues yo creo que se vive muy de cerca y que es un eslabón más dentro de la cadena de nuestro trabajo, con el que últimamente ha dado un gran salto y un gran desarrollo con respecto a hace veinte años por ejemplo (Matilde, E4-G1)

No obstante, aunque la atención a la dimensión social de la salud y la enfermedad se considera un aspecto esencial de la profesión enfermera también se percibe que está infravalorada y que no se reconoce con suficiencia:

... Pienso que va innato en nuestra profesión la parte social, y es muy importante pero es algo pues qué bueno que no está todo lo reconocido ni mucho menos (Matilde, E4-G1)

En cuarto lugar, en el caso de la *profesión de trabajo social* el itinerario seguido requiere haber cursado durante cuatro años los estudios del título de Grado en Trabajo Social (anteriormente título de Diplomatura establecido en tres años)¹⁷⁷. Posteriormente conlleva haber optado por desempeñar su rol y funciones en el ámbito de la salud y específicamente en el de atención primaria de salud mediante diferentes vías: desempeño socio-profesional, cursos de posgrado y cursos de formación continuada.

Desde un plano jurídico-normativo, es necesario señalar que la Ley 44/2003 de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias no reconoce y deja sin definir la función del profesional titulado en trabajo social en el ámbito sanitario. Así, podemos

¹⁷⁷ Anteriormente el título recibe la denominación de Asistente Social y se trataba del reconocimiento de un nivel formativo técnico de grado medio. En 1980 pasa a constituirse como título de Diplomado/a Universitario/a en Trabajo Social.

decir que se considera como profesión “no sanitaria”. Sin embargo, cabe resaltar que su desarrollo socio-profesional en el campo sanitario y/o biomédico se produce de forma progresiva y simultánea a la aprobación de las diferentes normativas que regulan el nuevo modelo médico en el sur de Europa. Este aspecto lo comparte con la profesión de enfermería, con quién también le une la incorporación de sus estudios al ámbito universitario y el cambio de título de diplomatura a Grado.

Los discursos del personal del trabajo social entrevistado empiezan narrando el proceso de formación realizado hasta alcanzar el título académico y continúan describiendo cómo tiene lugar el comienzo de su inserción socio-profesional en atención primaria:

... pues yo terminé en Junio.. del 86 y ese año estuve en paro y estuve haciendo cursos del Fondo Social Europeo y ese año no trabajé. En Julio del 87 empecé a trabajar en *[nombra una ciudad]* en la Consejería de Bienestar Social en lo que ahora es el IASS *[Instituto Andaluz de Servicios Sociales]* que antes no existía, y estuve allí dos meses, después me llamaron de aquí del Centro Sierra Norte... Cuando yo llegué aquí además no sabían por qué había llegado, al principio decían: “*esta será del [Partido Político] está ahí por enchufe o algo porque...*”, pero yo llegué porque estaba la primera en la bolsa (Carmen, TS1)

Así, puede suceder que la incorporación al ámbito de la atención primaria haya sido el primer y único destino desempeñado socio-profesionalmente:

... trabajo en el centro de salud de *[nombra el pueblo]*, en la zona básica de *[nombra el pueblo]*, y llevo 26 años en atención primaria de salud (Raquel, TS1-G4)

... desde el año 90 he estado trabajando en atención primaria, eh.... No solamente aquí *[nombra la ciudad]* sino que he pasado también por otras comunidades autónomas (Celia, TS6-G4)

... Llevo 28 años (Nieves, TS1-G2)

Pero también puede ocurrir que la llegada a atención primaria se produzca después de haber desempeñado otros roles y/o puestos laborales en el ámbito biomédico (hospitales o salud mental) o en otros espacios socio-sanitarios relacionados con el mismo (asociaciones u otras entidades sociales en salud):

... llevo unos 25 o 26 años, de los cuales dos he trabajado en salud mental (Milagros, TS4-G4)
... llevo 22 años en el SAS [Servicio Andaluz de Salud], de los cuales diez son de trabajadora social en atención primaria, antes como técnico de anatomía de un hospital (Ángela, TS7-G4)
... llevo un año, soy el más chiquitico que ha llegado (RISAS). Y llevo 24 años en sanidad pero en otra categoría, trabajaba de celador y de administrativo en *[nombra un hospital]* (Adrián, TS8-G4)
... he trabajado en salud, en primaria unos 19 años y unos 5 con mayores, unos veinticuatro o así en total (Mónica, TS5-G4)

De esta manera, la profesión de trabajo social en atención primaria desarrolla funciones de intervención individual-familiar, grupal y comunitaria ante las situaciones y

necesidades de salud de todas las poblaciones *a priori* sin distinción y con el propósito de promover el cambio social. Todo ello lo hace de acuerdo a su definición global:

El trabajo social es una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Respaldada por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar. La siguiente definición se puede ampliar a nivel nacional y/o regional (Federación Internacional de Trabajo Social (FITS) y Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social (AIETS), 2014)

Todos estos aspectos promueven que la profesión del trabajo social esté capacitada y entrenada para incorporar la gestión de las dimensiones socioculturales en los encuentros asistenciales con las poblaciones desde atención primaria. Así, frecuentemente esta profesión se observa a sí misma como responsable de incorporar y coordinar la atención a las dimensiones socioculturales en salud:

... Yo me dedico a la educación y a la promoción y a la participación de la salud. Y ahí he agarrado un campo. Entonces tengo a todas las enfermeras trabajando. Entonces yo organizo y las acompaño eh... para que hagan... digo la metodología pero ellas por ejemplo dan las charlas... .. Entonces yo busco la población, y me organizo con la enfermera o con el médico con el que toque (Nieves, TS1-G2)

En este contexto, el componente específico que caracteriza al trabajo social en atención primaria es la convivencia que debe establecer con otras profesiones de la salud, que también tratan de reconocer y gestionar las distintas dimensiones socioculturales en los encuentros asistenciales. Esta convivencia no está exenta de las dificultades propias que se derivan de la ausencia de una definición clara de roles y funciones entre un conjunto de profesionales de la salud que comparten la misma meta de promover el logro de la salud y el bienestar de las poblaciones desde la cultura biomédica y la subcultura de atención primaria¹⁷⁸. Todo ello hace que la atribución y el cometido que se relaciona con la gestión de la dimensión social y por ende de la sociocultural en salud no esté clara:

¹⁷⁸ Otro aspecto que tiene que ver con la jerarquización y las relaciones de poder entre las profesiones de la salud, está relacionado con el diferente estatus científico que las ha sustentado históricamente como disciplinas y profesiones. Mientras que a través de los estudios universitarios de medicina se alcanzaba el título de licenciatura, enfermería y trabajo social solo lograba el título de diplomatura. Actualmente, en el sur de Europa a raíz de la nueva reestructuración de los estudios universitarios desarrollada por el proceso de armonización del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), los itinerarios académicos que llevan a ejercer estas profesiones pasan a convertirse en títulos de grado. Esto supone una mejora en el nivel de formación académica y una ampliación de los horizontes académicos de enfermería y de trabajo social, que ahora también pueden acceder a estudios de postgrado (máster y doctorado) en sus propios

Una vez tuve una discusión con una médica de atención primaria, muy relevante además. Pues porque yo llegué a unas jornadas, a un grupo, a una reunión, y hablábamos del trabajo en equipo, entonces yo dije que no se trabajaba en equipo, que se trabajaba juntos, muy amigos éramos, nos queríamos mucho, pero vaya no se trabajaba en equipo. Y entonces pues otra chica que había allí se lo dijo entonces a esta mujer que era Directora de mi centro, y me agarró y me echó una porque dijo *“qué cómo que yo había dicho que no se trabajaba en equipo”*, digo *“vaya, no se trabaja en equipo”*, y dice *“claro que sí, porque yo tengo que intentar aquí que la gente..., ayudarla en su salud, que su salud sea mejor, curarla y que sea mejor, y tú tienes que intentar que todas la personas del barrio tengan, por ejemplo, si no tienen pensión que tengan pensión, que tengan.....”*, digo *“no, eso no es, si no tienen pensión que se las busquen, eso no es, tú tienes que pensar en una persona y el problema que tiene y cómo todos podemos mejorarlo, yo desde mi ámbito social, o desde..., y tú desde el tuyo, pero yo no voy a ver si tiene pensión o no tiene pensión, si eso está incidiendo en su mala salud pues a lo mejor sí...”* ... Así es como piensa todo el mundo, entonces cómo, ¿qué significa eso?, que a nosotros nos han ido relegando a las prestaciones, a las prestaciones, a las prestaciones.... (Nieves, TS1-G2)

En este marco, es necesario subrayar que en general *todas las profesiones de la salud* mencionadas comparten como base formativa su capacitación científico-técnica para cuidar y/o ayudar a las poblaciones humanas en los encuentros asistenciales desde distintos prismas en atención primaria. Además, todas están impregnadas por un fuerte componente vocacional en la elección socio-profesional. Éste se ve favorecido por su preferencia a la hora de establecer una relación asistencial basada en el trato y la cercanía con las poblaciones más vulnerables o en situación de pobreza:

Yo me vine aquí por una opción de estar con el más pobre ¿no? Y por estar con la gente que más necesita, y además pues porque era puntero ¿no? en la comunidad ... (Elisa, E3)

Según tengo yo entendido ... parece ser que las primeras notas de las oposiciones eran de los médicos que están aquí. Algunos tenían amistad anterior, pero era asombroso que escogieran esta zona [*se refiere a un lugar con necesidades de transformación social*], porque te hace pensar que fue algo por vocación ¿no?, porque querían estar en esta zona para cultivar y para aprender...Tenían una humanidad fenomenal ¿no? Yo notaba que eran unas personas que trabajaban a unos niveles..., era una gente, en unas condiciones muy precarias, echándole muchos riles al asunto. Porque trabajar con la población que había, con el nivel de cultura que había hace 20 años y en el sitio que estaba ubicado, con los pocos medios... eso era de chapó, era increíble (David, SIAU1)

Además, les une el hecho de que la relación asistencial se sustenta en los valores, principios y estrategias que definen al modelo de atención primaria y que lo distinguen del sistema biomédico tradicional. A su vez, este aspecto se conceptualiza desde la filosofía que propugna fundamentalmente la constitución del modelo biopsicosocial de atención a la salud (Engel, 1977 y 1978), en el que el ámbito de actuación familiar y comunitario en la atención primaria de salud detenta un papel clave.

ámbitos de conocimientos (Vázquez, 2005; Gijón, Domínguez y Conejo, 2012; Errasti-Ibarrondo, Arantzamendi-Solabarrieta y Canga-Armayor, 2012).

De este modo, desde distintos roles socio-profesionales, *todas* desarrollan procesos integrales e integrados de atención a la salud y la enfermedad de las poblaciones sean o no inmigrantes. De ahí que desempeñen distintas funciones científico-técnicas, -clínicas y no clínicas-, que tienen como finalidad unificadora actuar ante las dimensiones socioculturales de la salud de las poblaciones, y no únicamente ante la dimensión biológica de la enfermedad.

Asimismo, *todas* comparten una visión familiar y comunitaria de la salud, entendiendo que las familias y las comunidades pueden actuar como condicionantes socioculturales o fuentes de enfermedades, pero también como medios de intervención para realizar actividades de promoción, prevención y atención a la salud. Este tipo de actividades se dirige a todas las poblaciones que están presentes en una determinada zona básica de salud y en los centros de salud en los que desarrollan su experiencia socio-profesional, sin realizar discriminaciones socioculturales entre ellas. Así, el ámbito de la relación asistencial en los encuentros asistenciales se percibe y experimenta bajo distintas significaciones como, por ejemplo, “igualdad”, “universalidad”, “gratuidad”, “pluralidad”, “globalidad”, “accesibilidad” y “tolerancia”.

Sin embargo, a la hora de llevar a cabo sus funciones y actividades sí se construyen diferencias en función de la distinción de dimensiones biológicas y socioculturales. Así, a través de éstas se establecen separaciones entre los grupos humanos generalmente en base a criterios asistenciales y/o clínicos que, a su vez, pueden estar impregnados de valores, estereotipos y representaciones socioculturales como por ejemplo sucede en el caso de las poblaciones inmigrantes.

En conjunto todos los presupuestos mencionados las sitúan en una postura de proximidad respecto a su interés por continuar realizando procesos de formación relacionados con los cambios y las transformaciones socioculturales, económicas y políticas que tienen lugar globalmente en las sociedades, ante los que deben responder de forma permanente. Esta orientación contribuye a configurar la atención primaria de salud como el ámbito del sistema biomédico más cercano a prestar asistencia ante las cambiantes situaciones y necesidades de salud de las poblaciones. Por ejemplo, nos referimos a aquellas que se relacionan con la llegada de nuevas poblaciones inmigrantes

a los centros de salud. Todo ello, hace de la atención primaria un ámbito idóneo para plantear la incorporación de la gestión de la diversidad en salud.

3.2.4.3 EL DESEMPEÑO SOCIO-PROFESIONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

El análisis del proceso de implantación del modelo de atención primaria en el sur de Europa es motivo de múltiples debates y reflexiones, que han dado lugar:

1. a la elaboración de distintos informes o planes políticos para proponer su mejora o renovación,
2. a la realización de una alta producción de investigaciones científicas que tienen como objeto de estudio discutir su organización y desarrollo, y
3. a la producción de distintas opiniones y valoraciones socio-profesionales acerca del alcance de los cambios acontecidos en su implantación a lo largo del tiempo.

El origen profesional y disciplinar de la mayor parte de estos análisis emana de las diversas profesiones de la salud que desempeñan cotidianamente su actividad en atención primaria: medicina, enfermería y trabajo social sanitario. Así, especialmente son profusos los discursos políticos y científicos que proceden de la profesión médica en su especialidad familiar y comunitaria.

A este respecto, los discursos socio-profesionales desde distintos lugares biomédicos se dirigen a analizar de forma macro y micro las debilidades y fortalezas que están presentes en el modelo médico. A través de estos análisis, los discursos hacen alusión al desempeño socio-profesional que está estrechamente interrelacionado con el funcionamiento de la atención primaria. Es decir, el estudio del contexto de la atención primaria tiene un impacto directo en la discusión acerca de los roles y las funciones socio-profesionales que desarrollan las distintas profesiones de la salud en los encuentros asistenciales que establecen con las poblaciones en este ámbito. Así, estos encuentros están fuertemente imbricados en los aspectos organizativos y estructurales de la atención primaria y los cambios históricos acontecidos sobre los mismos a lo largo del tiempo.

En relación a estos aspectos, por un lado, algunas de las cuestiones tratadas en estos análisis se refieren a aspectos organizacionales que son comunes a la práctica del modelo de atención primaria en el ámbito internacional y europeo. Así, frecuentemente se compara el modelo de atención primaria desarrollado entre los distintos países europeos, y se destaca que Reino Unido, Dinamarca y los Países Bajos constituyen ejemplos concretos de implantación de un modelo de atención primaria fuerte (Starfield, 2001; Gérvas et al., 2001). Es decir, la atención primaria en estos países se caracteriza por su adecuada eficiencia y su alto nivel de autonomía (Borrell-Carrió y Gené-Badía, 2008).

Por otro lado, los discursos aluden a características particulares propias del sur de Europa y de su desarrollo específico en el contexto de las diferentes comunidades autónomas. Ambas perspectivas a su vez se completan con la visión y la experiencia socio-profesional expresada por el personal profesional de la salud entrevistado en nuestra investigación.

3.2.4.3.1 LA PERSPECTIVA POLÍTICA Y CIENTÍFICA SOBRE EL DESEMPEÑO EN ATENCIÓN PRIMARIA

En relación a los *discursos políticos*, el informe sobre “Sistemas Sanitarios en Transición” relativo al sur de Europa del año 2000 elaborado por Rico y Sabés (2001), observa que algunos de los principales resultados alcanzados en la atención primaria se corresponden con la implementación de aspectos organizativos relacionados con los elementos universales definidos en la Declaración de Alma Ata (1978). Concretamente, estos aspectos son los siguientes: el trabajo en equipo, el aumento de la accesibilidad, la prestación de una asistencia comprehensiva y con seguimiento, y d) la participación comunitaria.

Asimismo, indica que un rasgo específico del sur de Europa se refiere a la titularidad pública del modelo de provisión de sus servicios en cuanto a las instalaciones y personal, característica que únicamente comparte con Finlandia, Portugal y Suecia. También apunta que otra particularidad positiva es su alta accesibilidad, seguimiento y continuidad de la asistencia que, no obstante, se contrarresta con el alto número de personas atendidas a la semana por el personal profesional médico y su repercusión en la disminución del tiempo por consulta.

Otras de las mejoras que aumentan la calidad de la atención primaria y que en el informe de Rico y Sabés (2001) se atribuyen al proceso de reforma se refieren: a su dinamismo, énfasis en el uso de historias y protocolos clínicos, reducción de prescripciones y derivaciones y aumento de la dedicación de tiempo a las poblaciones a pesar de que este aspecto también se incluye entre las limitaciones recogidas. Sin embargo, el informe señala la escasez de evaluaciones oficiales sobre el impacto de la reforma y de iniciativas innovadoras, lo que en suma debilita la potencialidad del modelo.

Una década después, la edición actualizada de este informe realizada por García-Armesto et al. (2011) referente al sur de Europa del año 2010, muestra que, en conjunto, la red de atención primaria es pública y que en ella se engloba:

[Discurso desde el ámbito biomédico político] ... la mayor parte de la actividad del sistema en atención sanitaria, mantenimiento de la salud, recuperación de la salud, rehabilitación y trabajo social (p. 170).

De este modo, la atención primaria constituye un servicio de atención compuesto por centros de salud y equipos multidisciplinares formados por profesionales de la medicina de familia y comunitaria, pediatría, enfermería y trabajo social sanitario, y en algunos casos también por fisioterapeutas y dentistas. La finalidad de este servicio es prestar servicios sanitarios personales y de salud pública, atendiendo a las siguiente ocho áreas: atención sanitaria, prevención, rehabilitación básica, atención paliativa a personas enfermas terminales, atención a la salud mental en coordinación con los servicios de atención especializada, atención a la salud bucodental, actividades de información y vigilancia en la protección de la salud, y atención comunitaria.

Finalmente, advierte que los principales retos del modelo de atención primaria se centran en los siguientes aspectos: a) la calidad de la atención, especialmente, en sus deficiencias en el ámbito de la efectividad, b) la continuidad asistencial, y c) la inexistencia de historias clínicas digitales compartidas.

De otra parte, cabe nombrar la elaboración del documento *Atención Primaria en el INSALUD: diecisiete años de experiencia* del año 2002, que recoge un análisis optimista de la atención primaria al sur de Europa y de su evolución histórica. Así, expresamente señala que tras este análisis han quedado: “gratamente sorprendidos tanto del elevado nivel alcanzado en muchos de los aspectos trabajados, como de la alta participación de

los profesionales en la evolución de las herramientas desarrolladas” (INSALUD, 2002: 1). De esta forma, afirma que estos aspectos han contribuido a consolidar la atención primaria. Asimismo, lo aprecia el personal profesional de la salud entrevistado en esta investigación, quien afirma que su participación en la implantación del modelo en muchos casos es la clave de su buen funcionamiento.

Este documento resalta la importancia que adquiere la dimensión “atención a la ciudadanía”, es decir la atención a las poblaciones, de forma que la eliminación de trabas administrativas en el acceso y la libertad de elección de centro y de profesional se señalan como uno de los principales logros del modelo. Igualmente, se recoge que la universalidad del derecho a la atención sanitaria y el principio de equidad en el acceso a los servicios de salud ha requerido el desarrollo de programas específicos. Este último, por ejemplo, dio lugar al Programa de Mejora de la Accesibilidad de los Usuarios a los Servicios Sanitarios y a la introducción de herramientas de evaluación de la satisfacción (INSALUD, 2002).

Un año después, en octubre del año 2003, la OMS con la colaboración del Ministerio de Sanidad y Consumo promueve en Madrid la celebración del 25 aniversario de la Declaración de Alma Ata (OMS y Ministerio de Sanidad y Consumo de España, 2006). En este marco celebran una nueva conferencia mundial que cuenta con la participación de representantes de países de todas las regiones del mundo. Su objetivo es realizar una revisión técnica sobre el desarrollo de la atención primaria y su situación actual, además de proponer nuevas estrategias de futuro. Al constituirse el sur de Europa como el país anfitrión, la reunión se prolonga un día más para debatir estos aspectos en relación al contexto nacional.

En la sesión de apertura sobre el análisis del caso del sur de Europa, el Dr. Rafael Bengoa, en aquel momento en calidad de Director de Programas de la OMS, subraya que la conferencia supone una reafirmación del compromiso adquirido con la Declaración de Alma Ata. Asimismo, ratifica la necesidad de seguir apostando por la atención primaria ya sea como expresión de “principios” o como “nivel de atención”. Así, observa que ya se ha implantado como “eje vertebrador” de los sistemas de salud en la mayoría de los países del mundo:

[Discurso desde el ámbito biomédico político] La atención primaria era para países pobres... Era para los pobres dentro de países pobres... La AP [*Atención Primaria*] era para el mundo rural y no para el mundo urbano... Esas fueron cosas que se dijeron al salir de Alma-Ata. Sin embargo, hemos estado haciendo una revisión en los últimos dos años y no hay prácticamente ningún país desarrollado, (eso sin hablar de los países en vías de desarrollo), que no tengan, en las reformas emprendidas o que están emprendiendo, a la atención primaria como eje vertebrador de la asistencia sanitaria y, si aún no lo tienen, lo están intentando tener. La evidencia es clara en relación a la atención primaria (OMS y Ministerio de Sanidad y Consumo de España, 2006: 47).

En esta reunión, en primer lugar, de forma general se menciona la necesidad de diferenciar entre la filosofía y el diseño del modelo de atención primaria que se observa como completado en el sur de Europa, respecto a las dificultades que están relacionadas con su implementación. Partiendo de esta premisa, los principales temas de debate tratados en la prolongación de esta conferencia organizada bajo el lema “Mirando hacia el futuro: la atención primaria como eje conductor del Sistema Nacional de Salud”, hacen referencia a los siguientes aspectos:

- a. la necesidad de lograr un sistema sanitario integrado que evite la fragmentación asistencial, la separación de los cuidados y la diferencia en los criterios empleados en la asignación presupuestaria, los sistemas de información y los mecanismos de evaluación entre atención primaria y especializada,
- b. la importancia de impulsar sinergias entre los cuidados sanitarios y sociales, de modo que se reafirma el reconocimiento de la interdependencia entre lo social y lo sanitario, así como la necesidad de prestar un abordaje de atención integral a las poblaciones, si bien se observan asimetrías entre el desarrollo del sector sanitario y el de los servicios sociales,
- c. mejorar los sistemas de información y evaluación tratando de que sean útiles, fiables, homogéneos y se usen para la toma de decisiones y la mejora, y
- d. avanzar en la adecuación de recursos teniendo clara cuál es la misión de la atención primaria.

Con el mismo propósito de analizar la situación de la atención primaria en el sur de Europa y de proponer estrategias útiles para orientar actuaciones de mejora, el Ministerio de Sanidad y Consumo pone en marcha el 3 de noviembre de 2005 el

“Proyecto AP-21”¹⁷⁹. Éste se estructura y organiza en torno a las siguientes cinco áreas de grupos de trabajo:

1. contenido de la actividad en atención primaria,
2. estrategias de organización y gestión,
3. capacidad de resolución,
4. evaluación de los procesos en atención primaria, y
5. resultados intermedios y finales en salud.

El proyecto ha contado con la participación de distintos expertos y expertas en los diferentes grupos de trabajo. Este conjunto de participantes ha sido propuesto por las diferentes sociedades científicas, las comunidades autónomas, el mencionado Ministerio y determinadas asociaciones de pacientes.

El 11 de diciembre de 2006, el pleno del Consejo Interterritorial del SNS valora positivamente el trabajo realizado por el proyecto, así como reafirma el papel fundamental de la atención primaria como eje del sistema sanitario y agente de las poblaciones ante el mismo. De esta forma, literalmente expresa que:

[Discurso desde el ámbito biomédico político] ... La atención primaria de salud ha de estar orientada al ciudadano y a la comunidad, y ha de tener una alta capacidad de resolución con un amplio acceso a medios diagnósticos, contando con unos profesionales motivados y capacitados y una organización descentralizada, eficiente y participada, tanto por los ciudadanos como por los profesionales ... (Ministerio de Sanidad y Consumo de España, 2007: 33)

El primer resultado del proyecto es la publicación del “Marco estratégico para la mejora de la atención primaria en España: 2007-2012: Proyecto AP-21” (Ministerio de Sanidad

¹⁷⁹ Cabe señalar que el personal profesional de medicina desde el año 2000 a través de la “lataforma 10 Minutos, viene reivindicando la necesidad de debatir sobre el estado actual de la atención primaria. Para ello pretende llamar la atención a profesionales, organizaciones y gobiernos sobre los riesgos de descomposición del sistema sanitario público. Con esta finalidad, la firma del Compromiso de Buitrago en el año 2005 recoge que la meta de la sanidad pública consiste en “resolver las necesidades sanitarias existentes en base epidemiológica y poblacional. Esta meta se convierte en algo externo y común a los tres agentes implicados en la sanidad: la población, los profesionales y los políticos ... Meta que éstos se obligan a conseguir: 1/ mediante elección del marco de sanidad pública, universal y gratuita en el punto de atención; 2/ de una forma sostenible, equitativa, accesible y eficiente, 3/ mediante el estilo propio del humanismo social de integración equilibrada de las diferentes parcelas vitales de la persona (laboral, profesional, familiar y social, etc.), y 4/ procurando la mejor satisfacción del paciente y del profesional”.

y Consumo de España, 2007: 1). Se trata del resultado de las reflexiones de los grupos de trabajo sobre los logros alcanzados por la reforma de la atención primaria y sus principales dificultades actuales.

El documento analiza cuáles son los retos más importantes a los que se enfrentan la atención primaria y el SNS en el momento presente. Algunos de ellos se relacionan con el progresivo crecimiento de la población, el incremento de las enfermedades crónicas, el aumento de las cargas de trabajo del personal profesional de la salud, la incorporación de nuevas tecnologías, la inmigración y la necesidad de mejorar la coordinación entre niveles asistenciales, entre otros:

[Discurso desde el ámbito biomédico político] ... el crecimiento y progresivo envejecimiento de la población, con una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, y la tendencia a medicalizar los problemas de salud, entre otras causas, han generado un notable aumento de las cargas de trabajo en las consultas de Atención Primaria, no siempre acompañado ni del necesario incremento de recursos, ni de la correspondiente adaptación organizativa. Por otro lado, la fuerte carga asistencial condiciona que aspectos relevantes como la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, señas de identidad de la Atención Primaria, hayan perdido protagonismo en los quehaceres cotidianos de los profesionales. Además, existen otros retos como los relacionados con el desarrollo tecnológico, la inmigración, los distintos modelos organizativos, la coordinación entre Atención Primaria y Especializada, etc. (Ministerio de Sanidad y Consumo de España, 2007: 26)

También recoge 44 estrategias de mejora y los cambios que son necesarios realizar para potenciar la atención primaria, y así mejorar su calidad científico-técnica para ofrecer un servicio eficiente a las poblaciones. Para ello señala la necesidad de reconocer “la gestión clínica como la herramienta más adecuada para garantizar el mejor servicio al ciudadano” (Ministerio de Sanidad y Consumo de España, 2007: 28). Del mismo modo, incorpora un marco estratégico adecuado para que las comunidades autónomas puedan realizar avances mediante el desarrollo de planes específicos de mejora de la atención primaria, adaptados a la realidad de cada servicio autonómico de salud. En definitiva, este marco trata de consolidar el lugar central que debe ocupar la atención primaria en el sistema sanitario. Al mismo tiempo, trata de promover que ésta alcance calidad, capacidad de resolución y la continuidad asistencial necesaria en relación a la atención especializada, los servicios sociales y la salud pública.

Posteriormente, en el año 2009 y 2012 se han realizado, respectivamente, dos informes de evaluación de las mejoras introducidas en atención primaria a raíz de la aprobación de las estrategias propuestas por el “Proyecto AP-21”.

El primer informe señala la necesidad de continuar conociendo la situación de la atención primaria. Específicamente, propone la relevancia de explorar los siguientes aspectos: a) estructurales, de organización y gestión, b) percepción de las poblaciones, c) actividad y calidad del proceso de atención, y d) la contribución de la atención primaria a la obtención de resultados de salud (Ministerio de Sanidad y Política Social de España, 2009).

Algunos de los datos aportados en este primer informe señalan los siguientes logros:

- a. comienza a reducirse el número de pacientes asignados al personal profesional de la medicina,
- b. hay un leve incremento del PIB destinado a atención primaria,
- c. las actividades preventivas de vacunación son satisfactorias,
- d. la mayoría de las comunidades autónomas ha emprendido acciones para mejorar la relación entre atención primaria y atención especializada a través de contratos de programas o de gestión, y
- e. existe un uso generalizado de guías de práctica clínica. Entre los aspectos a mejorar destaca la necesidad de controlar determinados problemas crónicos de salud, valorar la morbilidad atendida en atención primaria, de medir la hospitalización evitable, y mejorar la comunicación entre niveles de atención, entre otros aspectos.

El segundo informe analiza indicadores relacionados con las siguientes grandes áreas de estrategias de mejora: calidad de los servicios orientados a las poblaciones, efectividad y resolución, continuidad asistencial, participación y desarrollo profesional, y eficiencia, gestión y organización (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España, 2012a).

Entre los aspectos positivos alcanzados que subraya este segundo informe, en primer lugar, se encuentran algunos referentes a la accesibilidad, la organización del sistema de salud, y los aspectos relacionados con el papel de las poblaciones. Entre ellos se refiere a los indicadores de valoración positiva respecto a la facilidad para obtener cita para consulta, al tiempo dedicado por el personal profesional de la medicina a cada paciente y

al trato recibido, la disminución de los cupos de personas asignadas por profesional de la medicina, pediatría y enfermería y la frecuentación general de visitas realizadas.

En segundo lugar, se mencionan otros elementos del proceso de atención como, por ejemplo, el empleo de las tecnologías de la información y comunicación, los procedimientos administrativos, el acceso a pruebas para aumentar el nivel de resolución, el uso racional de medicamentos, así como la medición y difusión de ciertos resultados en salud como los que se relacionan con la prevención de enfermedades mediante vacunación.

En tercer lugar, se menciona la coordinación de actuaciones entre atención primaria y otros agentes sociales y comunitarios. Así, se hace referencia a indicadores relacionados con la percepción de las poblaciones como, por ejemplo, la comunicación entre profesionales de la medicina de atención primaria y especializada y otros referentes a la actividad domiciliaria desarrollada por enfermería. En cuarto lugar, el informe señala que no existen fuentes de datos homogéneas para elaborar indicadores sobre participación y desarrollo profesional. En quinto lugar, informa sobre gestión, gasto sanitario, sistemas de información y el trabajo en equipo, entre otros aspectos.

Finalmente, destaca que ambos informes manifiestan la valoración positiva que realizan las poblaciones acerca de la atención que reciben en las consultas de atención primaria. Asimismo, recogen diversas experiencias innovadoras llevadas a cabo por las comunidades autónomas en atención primaria. Por ejemplo, mencionan las relacionadas con la reducción de las cargas burocráticas mediante el empleo de tecnologías de la información y la comunicación en diversos procesos, y las que hacen referencia a la mejora de la coordinación entre profesionales de la salud de atención primaria y especializada.

En relación al segundo bloque de *discursos científicos* que tienen por objeto de estudio y discusión el desarrollo del modelo de atención primaria, encontramos que se identifican distintos aciertos y errores cometidos durante el trascurso de los años de la reforma.

De este modo, en un artículo de revisión Gérvas et al. (2005) plantean que existe una valoración positiva global de la reforma de la atención primaria. Así, señalan que a partir de 1984 se define como nivel de prestación de servicios y se dota homogéneamente de

material y personal en todo el sur de Europa. Sin embargo, también, observan que esta homogeneidad dificulta la innovación y la adaptación a las necesidades locales de las poblaciones como, por ejemplo, las derivadas de la inmigración y de la medicalización de la vida diaria.

Asimismo, de manera general, la literatura biomédica reconoce ampliamente que el modelo de atención primaria consigue unos mejores niveles de salud; incrementa la satisfacción de las poblaciones respecto a la atención recibida por el sistema sanitario; reduce los costes del conjunto de los servicios de salud prestados; y conlleva una utilización eficiente, accesible y equitativa de los recursos disponibles (Ortún, 1995; Ortún y Gervás, 1996; Starfield, 2001; Gervás et al., 2001; Pablo-González, 2005; García-Armesto et al., 2011; Hernansanz et al., 2012).

Algunos estudios, incluso, manifiestan que constituye un ejemplo instructivo para otros países que busquen fortalecer el modelo de atención primaria, aunque sus contextos socioculturales y políticos de reforma difieran entre sí como, por ejemplo, ocurre con países como Estados Unidos (Borkan et al., 2010).

A pesar de estas ventajas, también se afirma que aunque el modelo de atención primaria en el sur de Europa ha recibido un alto apoyo en su discurso teórico de iniciativa política y jurídica de implantación, durante su desarrollo práctico no se ha situado en un lugar prioritario. Históricamente se considera que ha sido la implicación del personal profesional de la salud y de sus organizaciones profesionales, lo que fundamentalmente ha contribuido a alcanzar los mayores logros en su práctica cotidiana (Rico y Sabés, 2001). En esta línea, una parte de los estudios indica que políticamente la atención primaria aún no se ha convertido en el ansiado eje del sistema de atención sanitaria biomédica (Ortún y Gervás, 2000; Rico y Sabés, 2001; Hernansanz et al., 2012). De ahí que a pesar del interés que depara el impulso de este modelo en el ámbito político y socio-profesional, también, se observan limitaciones en la puesta en práctica de sus principales elementos programáticos universales en el contexto nacional y autonómico.

En esta línea, un artículo de revisión de publicaciones comprendidas entre 1984 y 2004 sobre evaluación de la atención primaria en el sur de Europa realizado por Lorenzo-Casares y Otero (2007), indica que la totalidad de autores y autoras que reflexiona sobre los logros e insuficiencias del proceso de reforma de atención primaria, lo hace desde

una perspectiva valorativa respecto a resultados concretos alcanzados. Este prisma en la mayoría de los casos emana de opiniones personales más o menos fundadas, debido en parte a la ausencia de sistemas de información y de registros sistemáticos diseñados con este propósito. De esta forma, concluye que dos tercios de estas publicaciones se basan fundamentalmente en el análisis del proceso de un producto o dimensión concreta de la atención primaria, más que en el análisis de resultados. Por otra parte, muestra que los principales temas de estudio que abordan se corresponden con la evaluación del gasto sanitario (prescripción farmacéutica); la organización del sistema (utilización de los servicios de urgencias hospitalarias); y la satisfacción laboral y el desgaste profesional (*burnout*) en el personal profesional de atención primaria.

Una de las principales dificultades que se cita con frecuencia apunta a los recursos presupuestarios destinados a su financiación, que se valoran como insuficientes desde el ámbito socio-profesional¹⁸⁰ y político¹⁸¹ (Palomo-Cobo, 2002; Organización Médica Colegial de España, 2003; Gérvas et al., 2005; Pablo-González, 2005; Organización Mundial de la Salud y Ministerio de Sanidad y Consumo de España, 2006; Ministerio de Sanidad y Consumo de España, 2007; Ministerio de Sanidad y Política Social de España, 2009; Borrell-Carrió y Gené-Badía, 2008; García-Armesto et al., 2011; Simó y Gérvas, 2012; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España, 2012a)¹⁸².

¹⁸⁰ Desde el sector profesional médico una de las medidas clave propuestas para mejorar la atención primaria recogidas en el Compromiso de Buitrago en el año 2005, se refiere a que “los presupuestos destinados a la Atención Primaria deben incrementarse sustancialmente, para aproximarnos a la media de los países europeos desarrollados tal y como se ha hecho con los del Hospital”.

¹⁸¹ Uno de los aspectos del orden del día a tratar en la I Conferencia de Presidentes, celebrada el 28 de octubre de 2004, y que constituye el órgano de máximo nivel político de cooperación entre el Estado y las Comunidades Autónomas en el sur de Europa, se dedicó al análisis de la financiación de la asistencia sanitaria y más concretamente a los déficit de financiación de la sanidad. Por su parte, la II Conferencia de Presidentes, que tuvo lugar el 10 de septiembre de 2005, de manera específica giró únicamente en torno a la financiación sanitaria. En esta II Conferencia se estableció que la aportación total del Gobierno a la financiación de la sanidad que se deriva de los acuerdos del Consejo de Política Fiscal y Financiera posteriores a la misma, se fijase inicialmente en 3042,4 millones de euros en el año 2006, y en 3142,4 millones de euros en el 2007. Además, en esta conferencia concretamente se señaló la necesidad de “aumentar los recursos y la capacidad de resolución de la Atención Primaria” (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007: 23 y 26).

¹⁸² La cuantía económica destinada a atención primaria representa, en los últimos años, el 14% del gasto sanitario público total, dejando a un lado el gasto derivado de la prescripción farmacéutica en general, y teniendo en cuenta que este porcentaje es variable entre las comunidades autónomas (Ministerio de Sanidad y Política Social de España, 2009: 185; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España, 2012: 38).

Algunos de los motivos que se señalan para explicar esta escasez presupuestaria, tienen que ver con la falta de atractivo que el modelo genera en las poblaciones, en el personal profesional funcionario de la salud que podría elegirla y en el personal médico que podría optar por realizar esta especialidad (Simó y Gérvas, 2012).

Otra de las limitaciones destacadas se deriva de la falta de definición de roles y funciones entre el personal profesional de la salud que conforma el equipo multidisciplinar de atención primaria, y que arranca desde sus orígenes (Rivero-Fabuel, 1993). Como botón de muestra una parte de esta indefinición se refiere, por ejemplo, a las que realiza el personal de enfermería respecto a la atención domiciliaria en la población mayor, dependiente y/o con enfermedades crónicas. En relación a este aspecto, las opiniones favorables a fortalecer el papel de la enfermería en la prestación de cuidados domiciliarios y en la coordinación con los servicios sociales (Gérvas, et. al, 2005; Ministerio de Sanidad y Consumo de España, 2007), origina opiniones contrarias y debates en otras profesiones afines en la prestación de cuidado y/o ayuda a estas poblaciones como la del trabajo social sanitario (Sánchez-Robles, 2011) ya que históricamente viene desarrollando estas actuaciones. Así, desde el trabajo social sanitario se viene manifestando que existen dificultades para delimitar su rol y funciones en el ámbito de los sistemas sanitarios y, en concreto, en la atención primaria (Ituarte, 2009; Holgado, 2010) donde continúa aspirando a que se reconozcan sus acciones como necesarias (Pérez, 2000; Gutiérrez y Vázquez, 2008).

Otro aspecto apunta a la satisfacción y a la recompensa material, profesional y humana que el personal profesional de atención primaria percibe que debe obtener de la realización de su trabajo (Pablo-González, 2005). Así, las variables que se utilizan como indicador de la fortaleza de este nivel de atención tienen que ver con el prestigio, el número de profesionales de atención primaria, la remuneración recibida y la fuerza de sus organizaciones profesionales (Gérvas et al., 2001).

En relación a esta cuestión, en los últimos años, son frecuentes los estudios que ponen de relieve la desmotivación, el desgaste y el síndrome de quemado (o de *burnout*) que percibe el personal profesional de la medicina y de enfermería en el desarrollo de su actividad socio-profesional en atención primaria (Palomo-Cobo, 2002; Jorge-Rodríguez, Blanco-Ramos, Issa-Pérez, Romero-García y Gayoso-Diz, 2005; Soto-Cámara y

Santamaría-Cuesta, 2005; Esteva, Larraz y Jiménez, 2006; Moreno-Jiménez, Gálvez-Herrer, Garrosa-Hernández y Mingote-Adán, 2006; Ojeda-Feo, Freire-Campo y Gérvas, 2006; Matía-Cubillo, Cordero-Guevara, Mediavilla-Bravo y Pereda-Riguera, 2006; Lorenzo-Casares y Otero, 2007; de Dios del Valle y Franco-Vidal, 2007; Matía-Cubillo, Cordero-Guevara, Mediavilla-Bravo, Pereda-Riguera, González-Castro y González-Sanz, 2012). Sin embargo, este aspecto, escasamente está presente entre la literatura referente al desarrollo socio-profesional del trabajo social sanitario, y ello a pesar de tratarse de una disciplina y profesión que, al igual que sucede con medicina y enfermería, se caracteriza por su relación de cuidado y/o ayuda constante y directa a las poblaciones (Blanco-Montilla, 2006).

Por otra parte, otro conjunto de dificultades que se asocian con la organización del modelo de atención primaria aluden a la capacidad de resolución, la calidad de la atención, el crecimiento de la demanda, así como a la masificación y escasez de tiempo por consulta. Estas limitaciones dan lugar a una elevada presión asistencial junto al menoscabo de las actividades programadas, la atención domiciliaria, las tareas no asistenciales y el desarrollo de una buena relación entre las profesiones de la salud y las poblaciones (Palomo-Cobo, 2002).

Otro bloque de aspectos tiene que ver con el desarrollo práctico de los principales elementos universales que caracterizan teóricamente al ámbito de la atención primaria. Así, por ejemplo, entre ellos destacan la accesibilidad en el desarrollo de su papel de puerta de entrada, así como la prestación de una atención continuada e integral que tenga como propósito fomentar la equidad en la atención a las poblaciones en contextos de diversidad:

[Discurso desde la profesión de medicina] Un sistema de salud basado en la APS, además de estar conformado por elementos estructurales y funcionales que garanticen la cobertura universal con equidad, debe prestar atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, hacer hincapié en la prevención y en la promoción y garantizar la atención del paciente en el primer contacto. Las familias y las comunidades son la base para su planificación y puesta en práctica. Estos sistemas necesitan un marco legal, institucional y organizacional, así como los recursos humanos, financieros y tecnológicos adecuados y sostenibles (Macinko et al., 2007: 77)

A este respecto, son numerosos los estudios de atención primaria que versan sobre la accesibilidad de las poblaciones en el nivel de atención primaria y que subrayan su carácter de puerta de entrada al sistema biomédico. Así, destacan que las dimensiones socioculturales género, edad, clase social y etnia, entre otras, no deben dificultar el

acceso de las poblaciones a los centros de salud. Asimismo, otros aspectos que se presupone no deben limitar esta accesibilidad se refieren a los fundamentalmente técnicos y burocráticos, como por ejemplo el horario de uso de los servicios de atención primaria (Gérvas et al., 2001).

Sobre la accesibilidad, en los últimos años, son cada vez más frecuentes los estudios que investigan la relación de esta variable con la condición de inmigrante. Asimismo, se observa que esta condición se construye en base a las categorías socioculturales de identidad étnico-cultural y/o procedencia geográfica de las poblaciones. Igualmente, se advierte que la accesibilidad se asocia estrechamente a las restricciones jurídico-normativas y a otras barreras socioculturales que pueden dificultar el acceso de las poblaciones inmigrantes a los centros de salud. Así, por ejemplo, los estudios enfatizan la necesidad de indagar en las características que definen el acceso y la utilización de los servicios de atención primaria en el caso de las poblaciones inmigrantes.

En relación a la prestación de una atención continuada se alude principalmente a la importancia de desarrollar una relación estable, en el tiempo y en el espacio, entre el personal profesional de la salud y las poblaciones. Este aspecto, por ejemplo, es una de las principales limitaciones que se asocian a la llegada de las poblaciones inmigrantes a los centros de salud. Así, frecuentemente perciben que la relación asistencial establecida con las poblaciones inmigrantes las sitúa en una posición de poblaciones nuevas y desconocidas en las consultas. De esta forma, con ellas no existe el conocimiento y las complicidades ya establecidas en los encuentros asistenciales cotidianos experimentados con las viejas y conocidas poblaciones autóctonas. De esta forma, por un lado, resaltan que con las poblaciones inmigrantes no se ha mantenido una experiencia de atención familiar y comunitaria sostenida en el tiempo. Por otro lado, se percibe que en ocasiones el asentamiento temporal de las poblaciones inmigrantes en las zonas de cobertura de los centros de salud, dificulta aún más que se pueda llevar a cabo una atención continuada con ellas.

Respecto al desarrollo de una atención integral, con frecuencia se valora que los servicios de atención primaria respondan de forma global y adecuada a las diversas dimensiones socioculturales y biológicas que influyen en las situaciones y necesidades de salud de las personas, familias y comunidades, y que lo hagan atendiendo a la realidad

sociocultural, política y económica de los contextos cotidianos en los que se insertan. El desarrollo de una atención integral en la práctica asistencial cotidiana genera dificultades en la atención a las poblaciones autóctonas. Así, existen dificultades para valorar al otro y a la otra en la totalidad de sus dimensiones socioculturales y no solo biológicas. Éstas están relacionadas con la incorporación de la dimensión social y cultural en la prestación de la asistencia, así como con la definición de los roles y funciones a desempeñar socio-profesionalmente en los encuentros asistenciales con las poblaciones. Todo ello, en el caso de los encuentros asistenciales que se desarrollan con las poblaciones inmigrantes no solo está presente, sino que plantea el debate sobre la necesidad de incorporar el desarrollo de una atención integral que transite hacia la interculturalidad en la atención de las dimensiones socioculturales en salud.

Por último, en relación al propósito de fomentar la equidad a través de la atención primaria a las poblaciones, los estudios enfatizan la idea de luchar contra la generación de desigualdades sociales en salud evitables, innecesarias e injustas. Asimismo, subrayan la necesidad de incorporar los principios de solidaridad y justicia social en su desempeño socio-profesional. En esta misma línea, comienzan a surgir con auge estudios que resaltan la necesidad de investigar las desigualdades sociales en salud existentes en las poblaciones inmigrantes, con el propósito de fomentar la equidad en salud desde la perspectiva de la salud pública y la epidemiología. En este último sentido, en general se destaca la necesidad de promover el reconocimiento de los derechos de salud y de la atención sanitaria de las poblaciones inmigrantes. Igualmente, sobresalen las estrategias que se vienen poniendo en marcha para fomentar la equidad de género y el reconocimiento de la interculturalidad en salud.

Además, la llegada de poblaciones inmigrantes plantean la necesidad de incorporar el reconocimiento de la diversidad, que se añade al propósito de luchar contra desigualdades sociales evitables e injustas. Así, se plantea el debate de promover la incorporación de ambos enfoques, el de la desigualdad social (dimensión objetiva) y el de la diversidad (dimensión subjetiva), en la atención prestada a las poblaciones desde atención primaria.

Finalmente, el conjunto de estas características se relacionan con el compromiso que las profesiones de la salud establecen con el desarrollo de una capacitación en valores

socioculturales durante su proceso de formación continuada y desarrollo socio-profesional. Así, se propone que éstos se deben unir a sus conocimientos, actitudes y habilidades científico-técnicas ya adquiridas para prestar una atención más efectiva y eficiente a las poblaciones en contextos de diversidad:

[Discurso desde la profesión de la medicina] Valores como altruismo, rendición de cuentas, dignidad, compromiso de servicio, honor, integridad, respeto a otros, honestidad, relaciones con colegas y con pacientes, compasión, capacidad de enseñar y aprender, garantía de calidad, excelencia, capacidad de trabajo en equipo, equidad, iniciativa, confianza, flexibilidad, ética, etc. Sin estos valores podremos tener un sistema sanitario y una atención primaria efectivos y eficientes, pero sin «alma» (efectiva y eficientemente ¿desalmados?). Y una organización-empresa sin «alma», ¿qué es?... ¿una «corporación»? Nuestra empresa no es una «corporación sin alma», sino una institución. Las instituciones tienen «alma» porque se fundamentan en valores (Simó: 2005: 40).

3.2.4.3.2 LA PERSPECTIVA SOCIO-PROFESIONAL SOBRE EL DESEMPEÑO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Los discursos socio-profesionales que giran en torno al desempeño socio-profesional pasado y presente en el ámbito de la atención primaria, destacan diferentes aspectos que fundamentalmente aluden al rol y a las funciones que se corresponden con cada una de las profesiones de la salud y con el trabajo en equipo a ejercer entre todas ellas. Además, la construcción de estas opiniones está estrechamente relacionada con las valoraciones que despierta el alcance de los cambios acontecidos en la organización de la atención primaria a lo largo del tiempo.

De esta forma, el transcurso de los cambios sucedidos en la institucionalización del modelo de atención primaria, se traducen en una transformación del papel y las actividades que realizan las profesiones de la salud ante las dimensiones biológicas y socioculturales de la salud y la enfermedad en los encuentros asistenciales con las poblaciones, sean éstas inmigrantes o no, en atención primaria.

A este respecto, en palabras de una de las primeras trabajadoras sociales de atención primaria, específicamente esta profesión fue clave en el origen de la puesta en marcha de los primeros centros de salud andaluces:

Yo entré en atención primaria y me fui a montar el Centro Nevada, que estaba terminao, a montar el Nevada era una cosa que se hacía estupendamente y que decía la Circular 1/85 de que los trabajadores sociales se incorporarían tres meses antes de la puesta en marcha de un centro de salud para hacer el estudio de zona y población que posibilitaría después... la distribución de las zonas asistenciales a los médicos y el conocimiento de la población para el abordaje y su clasificación en programas... fijate. (Diario de campo y entrevista etnográfica a Ramona, informante clave del trabajo social sanitario jubilada, jueves 17 de noviembre de 2011)

Así, subraya que el personal del trabajo social se incorpora al nivel de atención primaria antes de que tuviese lugar la propia apertura de los centros de salud. Si bien, resalta que su papel protagonista en la puesta en marcha de estos centros ha perdido relevancia con el paso del tiempo:

Ahora no se hace, ahora tú caes con todo el equipo, y empiezas con todo el equipo haciendo una tarea puramente asistencial y de despacho... porque esos tres meses que parece que es que se acabe el mundo porque se paguen esos tres meses, sobretodo en los centros de nueva apertura, el estudio de zona y población te permite saber... *“cuántos son, cómo están y dónde están”*... cuántos tenemos, dónde están, si están arriba o abajo, o muy distantes o poco distantes, y cómo están, si están bien, si están mal, si hay muchos viejos, si no hay viejos, si hay muchas patologías.... Y luego el mapa de recursos de la zona (Diario de campo y entrevista etnográfica a Ramona, informante clave del trabajo social sanitario jubilada, jueves 17 de noviembre de 2011)

El primer aspecto que sobresale en los discursos de medicina, enfermería y trabajo social sanitario son las concepciones internas que establecen a la hora de diferenciar las prácticas de actuación socio-profesional que realizan cada una de ellas frente a las otras en atención primaria. Sucede así que la delimitación del rol y las funciones clínicas frecuentemente está clara, mientras que la demarcación de las funciones no clínicas o sociales presenta una alta confusión entre las diferentes profesiones de la salud. A esta confusión se añade que en torno a la conceptualización de lo “no clínico” o “social” se establece una fuerte disociación entre el sentido científico-técnico que conlleva su incorporación en la atención y los valores socio-profesionales que se asocian a su reconocimiento y gestión.

A estas ambigüedades, además, se suman las imprecisiones que detenta la definición del propio término “asistencia”. Así, cada profesión lo emplea de una manera diferente a la hora de definir su desempeño socio-profesional en función de la asignación de las actividades científico-técnicas que considera que le son propias en atención primaria.

Para medicina y enfermería la asistencia se asocia a la prestación de la atención en términos clínicos o sanitarios, de modo que está estrechamente relacionada con la atención biológica de la salud y la enfermedad. Además, ambas perciben con precisión cuáles son las diferencias de rol y funciones clínicas que existen entre ellas en los procesos de atención a la salud y la enfermedad de las poblaciones.

Igualmente, comparten que la finalidad de prestar asistencia clínica sobresale en su actuación sanitaria. Este aspecto destaca incluso aunque conceptualicen su trabajo asistencial dentro del ámbito de la salud familiar y comunitaria. De esta forma, aunque

atendiendo a este último aspecto podemos decir que son sensibles ante lo social o sociocultural, también se observan dificultades para determinar cuál es el papel y las actividades que deben llevar a cabo ante las dimensiones socioculturales, y no solo biológicas, en los encuentros asistenciales.

Estas limitaciones a veces tienen que ver con los aspectos organizacionales del funcionamiento de la atención primaria como, por ejemplo, el escaso tiempo de atención del que disponen y que les hace priorizar el aspecto de intervención clínica sobre el social o sociocultural. De este modo, identificar los aspectos socioculturales se observa como una tarea que conlleva tiempo, y que además requiere como requisito lograr la confianza de las poblaciones:

... Pues al principio llegaban y te contaban cosas clínicas sobre todo, alguna vez te sacaban algún tema social, pero ya cada vez, conforme te van viendo, conformen van tomando confianza, te van contando cosas ¿no? (Olga, M4-G3)

Así, la falta de tiempo causada fundamentalmente por el número de poblaciones atendidas en las consultas es uno de los principales límites en el desempeño socio-profesional llevado a cabo, como podemos ver en el comentario de la Doctora Noelia (M3) entrevistada:

En un principio, cuando nosotros nos formábamos y sobre todo cuando estamos en período que formación que tenemos un... y era en otra época, eran otros tiempos, había tiempo, había tiempo para hacer una valoración social, de hecho hacíamos una historia clínica con muchísimos ítems de carácter social *“vivienda, cuántos viven, qué salubridad tiene, qué tal...”*, pues eso ahora entre que la historia digital o la historia informatizada no permite, y sobre todo no nos lo permite el tiempo de consulta que tenemos dedicado a cada paciente, o sea ese límite de tiempo al médico de familia pues le da, le da justo, justo para hacer un diagnóstico muy rápido y un tratamiento... (Noelia, M3-G3)

Igualmente, podemos observar que esta opinión se comparte entre el personal profesional de la salud entrevistado:

Gabriel (M1-G3): Yo por ejemplo no puedo desvestir a los niños. Si haces como cuando estás en el Hospital cuando llegan y les dices *“desnúdelo”*, no me da tiempo ya a ver al niño, entonces no tengo mucho tiempo para nada.

Noelia (M3-G3): Claro. Tú no puedes Gabriel (M1-G3) desvestir a los niños y nosotros a los viejos, eso es tremendo. (AFIRMAN TODOS/AS)

Gabriel (M1-G3): En teoría llegas y tienes que desvestir al niño. Pero como lo desvista, a mí me pasó las primeras veces, les dije *“desvistan al niño”*, se tiró un cuarto de hora desvistiéndolo, luego lo vestí yo (RISAS). Desde entonces ya no desvisto a ninguno más porque... Por que en teoría tengo cinco minutos pa ver al niño y se tira un cuarto hora desvistiéndolo na más. (SE RÍE). Entonces, claro, tenemos ese problema, que es que no tenemos tiempo para nada.

Olga (M4-G3): El problema es que con ese tiempo, con ese poco tiempo, muchas veces solo ves la punta del iceberg, con lo cual cuando detectas cosas a veces son cosas que ya están muy pasadas,

que quizás si hubieras podido pararte antes, o hubieras podido hacer una visita a esa casa antes, pues a lo mejor lo hubieras detectado antes. Y pasan muchas cosas que no se detectan debido a eso.

Junto a este aspecto, el personal profesional de la medicina en otras muchas ocasiones percibe que la desatención de lo social se debe al desgaste socio-profesional:

Porque también hay médicos de familia quemados, ¿eh? Eso también hay, y los conocemos todos. Y son gente pues a lo mejor que no está ahí donde quiere estar ¿no? (Olga, M4-G3)

Para el trabajo social sanitario la asistencia se relaciona con el desarrollo de una prestación sanitaria en términos biopsicosociales, de forma que está muy ligada con la atención integral a las dimensiones socioculturales y no solo biológicas de la salud y la enfermedad de las poblaciones. De este modo, el ejercicio de la profesión del trabajo social denominado tradicionalmente bajo el término de “asistencia social”, frecuentemente recibe la denominación de “asistencia sociosanitaria” cuando alude a su desempeño socio-profesional en los contextos sanitarios y/o biomédicos. Sin embargo, en otras muchas ocasiones adopta igualmente la designación de “asistencia sanitaria” para resaltar aún más la profesionalización y/o especialización disciplinar que detenta el trabajo social cuando actúa en el sistema biomédico occidental.

Bajo la influencia de ambos términos “sanitario” y “sociosanitario”, el desempeño del trabajo social en los sistemas biomédicos se muestra como socializado y enculturado en torno al conjunto de concepciones sobre la salud y la enfermedad que son hegemónicas en los contextos biomédicos donde se inserta. De este modo, históricamente se ha visto forzado a legitimar y reivindicar ante el resto de profesiones de la salud, cuál es el papel y las actividades que le corresponde realizar en los procesos de “asistencia sanitaria” individualmente y en equipo. Esto hace que intente subrayar los componentes biopsicosociales que caracterizan al modelo de atención integral. De este modo, trata de resaltar la importancia de valorar holísticamente las situaciones y necesidades de salud de las poblaciones, así como la relevancia de desarrollar intervenciones integrales ante las mismas. Así, trata de observar la interrelación existente entre las dimensiones biológicas y socioculturales en los procesos de atención a la salud y la enfermedad, en lugar de verlas como compartimentos estanco por separado.

Todas estas ambivalencias, se incrementan aún más ante el efecto que ocasiona el apellido social en la denominación de la propia profesión del trabajo social. La incursión

de este matiz ocasiona que comúnmente lo social se atribuya a su rol y funciones, que se consideran “no sanitarias”, “ni clínicas” por el resto de profesiones.

A este respecto, lo social se observa como un cajón de sastre en el que se circunscribe todas las situaciones y necesidades de salud que se observan como “problemas” en al menos cuatro sentidos:

1. El primero conceptualiza lo social como sinónimo de problema de salud, de modo que se subraya la importancia de identificar los aspectos sociales que influyen en el peor estado de salud de las poblaciones.
2. El segundo no considera necesario identificar y tener en cuenta los aspectos sociales positivos que pueden intervenir en la salud. Este aspecto, además, se observa por omisión, es decir generalmente está ausente en sus discursos.
3. El tercero se identifica con la detección de problemas sociales que se perciben como descontextualizados del ámbito de la salud.
4. El cuarto alude a la percepción de problemas en la relación socio-profesional establecida entre el personal profesional de la salud y determinados tipos de poblaciones diferentes. En relación a este último aspecto, nos referimos a aquellos que se pueden atribuir a determinados colectivos o comunidades de poblaciones como, por ejemplo, las minorías étnicas, las poblaciones inmigrantes, los grupos de toxicómanos, etc.

De esta forma, frecuentemente la responsabilidad de actuar ante el cajón de sastre de lo social y lo sociocultural en estos cuatro sentidos recae en la profesión del trabajo social sanitario:

... a mí me llega todo el cajón de sastre ... todo lo que aparece en el centro que suena un poco a problemática va para mí ... (Carmen, TS1)

No obstante, por otro lado, en un sentido filosófico que emana de la conceptualización del modelo biopsicosocial de la salud en atención primaria, todas las profesiones de la salud sienten que son responsables y que deben actuar ante la dimensión sociocultural en los procesos de atención a la salud y la enfermedad de las poblaciones.

Así, bajo estos supuestos los discursos valoran como importante el priorizar la incorporación de una mirada fundamentalmente social en la prestación de la atención sanitaria a las poblaciones:

Yo lo veo muy incorporado a mi práctica. Yo creo que el médico de familia tiene..., la atención primaria, el médico de familia, la enfermera de familia, el pediatra de familia, la matrona, todos tenemos incorporado el concepto social en nuestra... en nuestro quehacer diario (Noelia, M3-G3)
Yo pienso que desde la formación en la residencia se te insiste mucho en el ámbito social y, y tenerlo en cuenta a la hora de tratar la salud y la enfermedad en atención primaria. Luego en la práctica clínica, en atención primaria yo creo que es fundamental tener en cuenta el ámbito social (Rocío, M2-G3)

... enfermería es que estamos muy ligados, muy ligados y más en primaria, a todo lo que es social, lo personal, lo... pues, pues bueno, forma parte también de un poco de nuestra problemática como profesionales ¿no? (Fernando, E1-G1)

Incluso, hay quien va más allá y opina que la dimensión social está presente en cualquier profesión y no solo en aquellas relacionadas con la salud:

Es que lo social lo impregna todo, no solo nuestra profesión, la profesión médica. A un arquitecto también le impregna lo social (Sofía, E5-G1)

La extensión de esta mirada en ocasiones se amplía y junto a la visión social se incorpora el enfoque cultural en la valoración de los abordajes sanitarios que deben prestar ante los procesos de atención a la salud y la enfermedad a las poblaciones:

Noelia (M3-G3): *[Lo social]* Lo ejercemos tanto como nuestra práctica clínica, quiero decir que en el momento en el que entra una persona por nuestra consulta, sea de pediatría o sea un adulto, pues prácticamente nosotros ya estamos englobando el tema social de esa persona ¿no? Su contexto familiar, el contexto de cómo vienen vestidos, desde cómo es su apariencia, de cómo se expresan, de qué...

Olga (M4-G3): De dónde viven...

Noelia (M3-G3): Y qué recursos tienen, no económicos, sino qué recursos tienen incluso para comunicarse, cómo viven... (BREVE SILENCIO). Está integrado en nuestra..., en nuestro quehacer.

Estas concepciones generan confusiones entre ellas a la hora de establecer responsabilidades y pautas concretas de actuación ante las dimensiones socioculturales de la salud y de la enfermedad de las poblaciones, tanto aisladamente como en equipo. Así, por ejemplo, todas se sienten una manera u otra como la “puerta de entrada” en la detección de los problemas sociales de las poblaciones, tal y como podemos observar en el comentario de una médica entrevistada:

... Yo creo que somos puerta de entrada, de salida, de comunicación con el resto de profesionales, etc. (Olga, M4-G3)

Igualmente, enfermería percibe que su profesión es la más capacitada para captar los problemas sociales, ya que son quienes realizan tareas con mayor contacto con las poblaciones: visitas domiciliarias, estar en la calle, etc. Además, este aspecto se relaciona con el hecho de que son profesionales accesibles, a quienes les gusta “ayudar”:

... enfermería es quién lo detecta en un porcentaje altísimo, altísimo, porque somos los que hacemos domicilios en un 95%, por no decir mucho más ¿no? (Fernando, E1-G1)

Esta misma apreciación es compartida por el personal médico que opina que enfermería conoce en mayor medida a las poblaciones, salen en mayor medida de las consultas y tienen más tiempo para relacionarse con las poblaciones. A este respecto, señalan que fundamentalmente la tarea de detectar problemas sociales está facilitada por las visitas domiciliarias que realiza enfermería, y que antes las llevaba a cabo el personal médico:

... a tus pacientes aquellos que no podían desplazarse al consultorio los visitabas y aquello era una maravilla para los que decidimos hacer una especialidad de este tipo ¿no? Pero ahora no, ahora no hay una visita domiciliaria programada, lo ha asumido un poco enfermería porque es un poco el colectivo que tiene más tiempo... (Noelia, M3-G3)

Además, el personal médico considera que una vez que enfermería ha detectado un problema social, debe comunicárselo. Así, consideran que el profesional de la enfermería ayuda al profesional médico a detectar los problemas sociales que éste, por falta de tiempo, no puede detectar:

Porque ellas detectan problemas que tú no detectas. Al ir a ver a los pacientes a los domicilios, ellas detectan un montón de problemas o te dicen *“oye mira que esto hay que verlo que no sé qué, que hay aquí un problema de tal”*... (Olga, M4-G3)

Desde esta perspectiva el trabajo en equipo para abordar los problemas sociales en salud conlleva fundamentalmente mantener una buena relación y comunicación entre las distintas profesiones de la salud, para que se establezca un buen traspaso de informaciones sobre las poblaciones:

... Yo sí tengo bastante contacto con Isabel [*se refiere a una Enfermera*], tanto cuando ella descubre o la llaman de que puede haber algo, o al revés, creo yo. Nos llamamos y estamos en contacto, para que ella investigue, o ella me pide que yo me fije en tal niño, en tal familia, que puede haber problemas tanto del niño, como de maltrato de la madre o algo, para cuando vaya a la consulta me fije, me fije por si hay algún problema. Estamos siempre en contacto (Gabriel, M1-G3)

A este respecto, el personal profesional del trabajo social considera que de forma continuada otras profesiones de la salud usurpan sus funciones. Así, sostienen la percepción de que cualquier profesional puede opinar u ocuparse de los aspectos

sociales, sin embargo el trabajo social sanitario no puede valorar ni intervenir en los aspectos clínicos:

Lo nuestro es que parece ser que cualquiera lo puede hacer (Belén, TS5-G2)

En este sentido, la queja más repetida es que el resto de profesionales de la salud acaparan la intervención social sobre la salud, si bien posteriormente a quien piden resultados con respecto a lo social es a trabajo social sanitario:

... Si ellos, distrito, permite que se esté viendo a los inmigrantes y concentrándolos en un sitio y enseñándoles cosas y nosotros que ni nos enteremos. Que no pretendan luego que el cerco que hacemos en las tuberculosis sea perfecto y además que lo tengamos con antelación ya programado. Porque eso no es posible, eso se llama prevención y eso pues... quién es el responsable aquí de la prevención de los programas de salud y tal y la gestoría de usuarios que lo hace pues deben de plantárselo (Sebastián, TS3-G2)

En este contexto, a pesar de que medicina y enfermería consideran que la dimensión social forma parte de sus intervenciones sanitarias específicas y en equipo, en cierto modo también perciben que la responsabilidad final de la misma debe delegarse en el trabajo social sanitario que es el encargado de tomar decisiones y realizar actividades de coordinación:

... aunque los profesionales de lo social sean los trabajadores sociales, que son los que coordinan, los que deciden, los que.... (Sofía, E5-G1)

Con este propósito, opinan que es necesario derivar casos a trabajo social sanitario cuando se detectan problemas sociales relevantes que inciden en la salud y la enfermedad. Si bien, el personal del trabajo social sanitario aprecia que el reconocimiento y la gestión de la dimensión social es una responsabilidad de todo el equipo de trabajo de atención primaria, por lo que no solo debe atribuirse en exclusiva a su rol y funciones. En esta línea, una forma de no entrar en conflicto con el resto de profesiones de la salud, suele consistir en conceptualizar sus funciones ante lo social en salud de una forma amplia:

Efectivamente, vamos a ver, yo creo que nuestras funciones son tremendamente amplias, súper amplias. Por eso yo nunca entro en confrontación con ningún colectivo (Graciela, TS2-G4)

La percepción acerca de la amplitud de las funciones del trabajo social sanitario es compartida por otras profesiones de la salud. Así, el personal médico por ejemplo observa que el papel del trabajo social sanitario es muy amplio, es decir, tiene muchas funciones muy diferentes:

... las trabajadoras sociales como que abarcan muchísimo (SE RÍE), con lo cual muchas veces van a demanda, es un poco mi opinión (Olga, M4-G3)

Además, el trabajo social sanitario considera que la atención a la dimensión social no debe depender solo de la actitud del personal médico o enfermero ante los problemas sociales. Si bien, enfatiza que cuando estas profesiones actúan ante las dimensiones socioculturales se debe a que son buenas personas o a que quieren lograr protagonismo profesional, de forma que no se debe exactamente a que asuman que la atención a estas dimensiones forme parte de su rol y funciones en atención primaria:

Pero depende como sea la persona y el conocimiento que tenga y si tiene, y si tiene ganas de trabajar. Porque yo dentro del equipo de médicos, sé quien está con las enfermedades sociales y quien no está (Rebeca, TS4-G2)

Sin embargo, en relación a este tipo de opiniones la profesión de enfermería destaca que este tipo de percepciones también suceden por parte de las poblaciones que reciben la atención. Es decir, observan que cuando intervienen ante la dimensión social de la salud, las poblaciones no creen que estas actividades formen parte de la profesión de enfermería. De este modo, suele considerar que se han topado con una buena persona y no con un buen profesional. Así, destacan que existe una falta de conciencia generalizada acerca de que los aspectos sociales hay que abordarlos también desde el ámbito de la salud:

Yo lo relaciono como con nuestro paradigma enfermero, cómo se nos ve socialmente. Si tú abordas un tema social, la gente te dice *“qué buena persona que es”*, no te dice *“qué buen profesional”*, te dice *“qué buena persona que es, hay que ver que me ha preguntao por temas de vivienda, que no puedo subir, o por el tema de los niños”*, no lo ven como una actitud profesional, lo ven como una actitud de buena persona (Fernando, E1-G1)

Asimismo, todo ello se manifiesta en las dificultades que el resto de profesionales de la salud tienen para definir cuáles son las funciones propias del trabajo social sanitario. De esta forma, señala que sus actividades se desarrollan a través del trabajo en consulta individual, en coordinación con el equipo de atención primaria y en coordinación con otros profesionales de la comunidad:

Lo básico de trabajo social, de las funciones que venían establecidas, se viene haciendo, es decir, porque eh... porque tanto se atiende en consulta, se hacen visitas, las problemáticas que los profesionales sanitarios ellos ven, te las derivan, tú las intentas trabajar tanto con los profesionales de la unidad como con el resto de las instituciones que hay en la comunidad (Celia, TS6-G4)

Además, señalan que estas funciones están claramente legisladas en un Real Decreto, si bien éste las explicita de manera muy genérica, tal y como comentaban anteriormente¹⁸³:

Pero el que vale es el decreto, eh. Para nosotros lo que nos vale legalmente es el Decreto. Tú dentro del Decreto puedes ampliar todas esas funciones a más (Sebastián, TS3-G2)

Sin embargo, a pesar de ello perciben que el resto de profesionales de la salud no tienen claras las funciones del profesional del trabajo social, por lo que les derivan cualquier asunto que suene a social aunque éste no sea de su competencia:

Estoy cansada de que me pregunten a estas alturas: “¿entonces qué funciones tienes, qué diferencia hay entre el enfermero de enlace y tú?”. Entonces... estoy cansada, porque eso no pasa en el ayuntamiento, ni en la prisión, ni pasa en otros ámbitos (Valentina, TS2-G2)

La confusión respecto a las funciones que deben desarrollar trabajo social, les ocasiona problemas de relación con las poblaciones. Especialmente, se refieren a la construcción de expectativas equivocadas en la población respecto a su actuación socio-profesional por parte del resto de profesionales de la salud:

Pues a mí me han mandado gente como decís vosotros, gente que ya se lo han trabajado ellos y le han dicho “pues es que no tengo dinero, es que mi marido tal...”, “dígaselo usted a la trabajadora social y que le solicite una pensión”. Y vienen “me ha dicho la doctora”... (Nieves, TS1-G2)

Ellos te dicen el recurso pero tramítalo tú. Si luego el recurso no se puede hacer por... pues quedas fatal (Belén, TS5-G2)

Así, el personal del trabajo social expresa que el resto de profesiones de la salud piensan que su función es tramitar prestaciones y otra clase de ayudas a las poblaciones:

... Yo tuve una vez una bronca con una enfermera que me dijo que para que... estaba yo allí. Si le hacía falta un microondas o un sillón al tío, que había compañeras que se lo daban y que yo debería ser muy mala porque yo no se lo gestionaba (Valentina, TS2-G2)

¹⁸³ Durante la realización del trabajo de campo, pudimos observar que el marco normativo-jurídico que da lugar al establecimiento del SSPA y del SAS influye en las dificultades que el personal profesional de la salud observa que existen en torno a la delimitación de sus roles y funciones. No obstante, aunque las alusiones a las restricciones o indefiniciones jurídicas son constantes, se aprecia la dificultad que conlleva “estar al día” del desarrollo político-institucional del modelo de atención primaria en el que desarrollan su actividad socio-profesional. Así, por ejemplo, en los discursos socio-profesionales se percibe un mayor conocimiento acerca de las normativas jurídicas establecidas durante los primeros años de creación e implementación de la atención primaria, respecto a aquellas que son más actuales. A este respecto, son las primeras normativas las que marcan la construcción de su identidad socio-profesional, de modo que a partir de ellas se sienten partícipes de la delimitación de su rol y funciones en un ámbito laboral que era desconocido hasta ese momento. En relación a esta visión, se observa con nostalgia la Orden de 2 de septiembre de 1985 a través de las que el personal profesional de la salud percibe una mayor claridad a la hora de establecer su desempeño socio-profesional. En esta línea, la llegada del Decreto 197/2007 de 3 de julio parece constituirse como una vuelta atrás en la configuración de un modelo de atención primaria basado en el modelo biopsicosocial de la salud.

No obstante, de alguna manera, este aspecto se fomenta por el propio personal del trabajo social, ya que en gran parte de sus discursos se observa una alta preocupación acerca de que el resto de profesionales de la salud deben derivarle todos los problemas sociales que detecten en las consultas:

A mí me dicen los médicos dame alguna asociación de divorciados que tengo aquí uno... pues eso me lo mandas a mí que la información se lo doy yo (Belén, TS5-G2)

A este respecto consideran que cuando el personal profesional de la medicina o de enfermería tratan de intervenir en cuestiones sociales cometen graves errores, y éstos repercuten directamente en las poblaciones:

Cometen grandes equivocaciones que son peligrosas también porque afectan al usuario, grandes equivocaciones. Que, a veces, da vergüenza de ir a decirle a un médico *“miré usted, usted no puede hacer eso porque ha metido la pata hasta el gorro y esto es gravísimo...”* (Sebastián, TS3-G2)

Esta situación de imágenes imprecisas acerca del desempeño socio-profesional que existen entre las distintas profesiones de la salud, está estrechamente relacionada con los cambios que conlleva el transcurso histórico de la implantación del modelo de atención primaria.

Así, por ejemplo, podemos observarlo en las palabras de la Doctora Noelia (M3) cuando expresa cómo anteriormente la atención a la dimensión social era una de sus funciones. Para llevarla a cabo contaba con más tiempo para realizar actividades que la situaban en una relación cercana con las poblaciones, tales como las visitas domiciliarias programadas, la recogida de aspectos sociales en la historia clínica, la realización de entrevistas clínicas, etc. Actualmente, la escasez de tiempo ha hecho que estas funciones se deleguen en otras profesiones de la salud. De esta forma, son principalmente enfermería y trabajo social sanitario quienes detectan las problemáticas sociales que afectan a la salud de las poblaciones y se lo comunican a ella. Con este cambio, considera que ha perdido la dimensión en la prestación de la asistencia sanitaria. Un aspecto que observaba como apasionante y que además relaciona con la pérdida de humanidad en el trato y en la calidad de la atención prestada:

(...) Tú no tienes tiempo de tocar una barriga en condiciones a uno, y oscarle a los tres minutos a otro, y... o sea no puedes. Y si eso es en lo clínico, que nos preocupa porque es la vida o la enfermedad del paciente, pues imagínate en lo social, o sea que lo tenemos incorporado, por supuesto ¿eh? Pero por supuesto que ha perdido, que hemos perdido calidad con el tiempo... Con la pérdida del tiempo, hemos perdido calidad en la asistencia sanitaria (Noelia, M3-G3)

En definitiva, cuando se habla, se mira o se lee acerca del desempeño socio-profesional de las profesiones de la salud en atención primaria, se destacan los siguientes aspectos:

- Los discursos sobre el desempeño socio-profesional aluden principalmente al rol y las funciones que cada profesión desarrolla de forma diferenciada y separada en atención primaria respecto a las otras.
- Estos aspectos fundamentalmente los relacionan con la intervención que realizan con el fin de prestar una atención integral a las poblaciones que acuden a atención primaria.
- La conceptualización teórica de la atención integral está asociada a la filosofía que subyace en el modelo biopsicosocial de la salud que, a su vez, sustenta la puesta en marcha de la atención primaria. Sin embargo, en el transcurso histórico de la organización de la atención primaria la apuesta por el modelo biopsicosocial de la salud se ha visto mermada frente a la elección de modelos de gestión clínica.
- El desarrollo práctico de la atención integral está unido a la delimitación clara y precisa del papel y las actividades que cada profesión separadamente y en equipo deben realizar para atender a las dimensiones socioculturales y no solo biológicas que están presentes en los encuentros asistenciales con las poblaciones en atención primaria. Asimismo, en el transcurso histórico se aprecia una imprecisión de base a la hora de definir y delimitar con claridad el rol y las funciones asistenciales a desempeñar por las distintas profesiones ante las dimensiones biológicas y socioculturales de la salud.
- La observación y el tratamiento de las dimensiones biológicas en la salud está asociada a la prestación de una atención sanitaria o clínica que llevan a cabo la profesión médica y enfermera en cualquier contexto sanitario y/o biomédico y, por tanto, también en atención primaria.
- La atención a la dimensión biológica de la enfermedad está situada en una posición de dominación y poder en los encuentros asistenciales. Así, cuando se producen cambios organizativos y funcionales en el modelo de atención

primaria, siempre es predominante prestar atención sanitaria a la dimensión biológica de la enfermedad.

- La observación y el tratamiento de las dimensiones socioculturales en la salud está relacionada con la prestación de una atención sociosanitaria o no clínica que llevan a cabo todas las profesiones de salud que desarrollan su actuación socio-profesional exclusivamente en el ámbito de la atención primaria.
- La atención a la dimensión sociocultural de la salud ocupa un papel subalterno en los encuentros asistenciales. Así, cuando se producen cambios organizativos y funcionales en el modelo de atención primaria, la prestación de atención sociosanitaria ante las dimensiones socioculturales siempre es marginal o no prioritaria.
- Las profesiones de la salud identifican las dimensiones socioculturales en salud predominantemente en términos de problemas sociales, de forma que sobresale la conceptualización y la atención que detenta la dimensión social en la salud.
- Lo social en salud se observa como una dimensión que despierta ambivalencias en las profesiones de la salud.
 - De una parte, supone un camino para atender integralmente a las poblaciones en sus contextos cotidianos. A este respecto su concepción transita en cierto modo hacia la dimensión cultural en salud aunque las profesiones de la salud no lo perciben por sí solas, hasta que no son preguntadas por esta cuestión. Así, lo social se convierte en un aspecto sociocultural que humaniza la atención y que despierta el interés de todas ellas por ocuparse del mismo. Más aún, a través de este camino tratan de diferenciarse de otras especialidades biomédicas o clínicas.
 - De otra parte, supone un problema para atender clínica o sanitariamente a las poblaciones en el contexto cotidiano de las consultas. En relación a este aspecto, la atención a la dimensión social requiere tiempo, cercanía, continuidad y confianza con las poblaciones. Estos aspectos requieren además de sensibilidad y habilidades, contar con la competencia para

abordar intervenciones que tenga como objetivo el cambio y la transformación social. Estas limitaciones generan que sean relegados ante una medicalización de la atención en la que los problemas sociales se observan como pertenecientes al ámbito no sanitario.

- Así, cuando lo social se observa en términos de limitaciones o conflictos en el desempeño socio-profesional, la atención sobre este aspecto queda relegada al último término del proceso asistencial o bien es derivada a otras profesiones más capacitadas para manejarlo, tal y como sucede con el trabajo social sanitario.

Teniendo en cuenta este conjunto de aspectos, la incursión de las dimensiones socioculturales en el desempeño socio-profesional de las profesiones de la salud en atención primaria, está relegada a aspectos de reconocimiento y gestión de una atención integral. Por tanto, a priori en ningún caso se asocia con el reconocimiento y gestión de una atención intercultural. Es decir, no se habla o se escribe sobre lo sociocultural como una dimensión que está presente en la conceptualización y el afrontamiento de la atención a la salud y la enfermedad por las poblaciones. Tampoco se habla o se escribe de ella como una dimensión que está presente en la forma de conceptualizar y ofertar la atención que se presta por las profesiones desde los contextos sanitarios y/o biomédicos. Por último, tampoco se habla o se escribe sobre lo sociocultural como una dimensión que está presente en las diferencias socioculturales o ejes de desigualdad identitarios que están presentes en la vida y la salud de los grupos humanos. Por tanto, no se atiende con suficiencia cómo estos ejes pueden dar lugar a distintas situaciones y/o necesidades de salud.

Por último, cabe señalar que a la hora de analizar cuál es el desempeño socio-profesional que realiza cada profesión de la salud, todas ellas tienen dificultades para percibirse como sujetos socializados en la cultura occidental y enculturados en el saber biomédico (Good, 2003). De forma, que todas ellas hablan de los encuentros asistenciales con las poblaciones desde una posición de poder, saber y experiencia dominante respecto a las diferencias establecidas entre ellas mismas y las que se configuran ante las poblaciones. Así, por un lado el proceso de atención clínico basado en la medicalización de la vida cotidiana continua siendo dominante a la hora de establecer diferentes

conceptualizaciones e intervenciones entre profesiones de la salud ante los procesos de atención a la salud y la enfermedad de las poblaciones. Por otro lado, la perspectiva biomédica basada en criterios biologicistas también está presente a la hora de valorar los criterios de lo que significa estar sano o sana experimentados por la poblaciones.

3.2.4.4 LA RELACIÓN SOCIO-PROFESIONAL CON EL OTRO Y LA OTRA

En atención primaria la relación con el otro y la otra está muy incumbida con las posibilidades de llevar a cabo una atención integral en las consultas y fuera del centro de salud.

De este modo, este propósito está estrechamente conectado con la oportunidad que las profesiones de la salud tengan a la hora de construir una relación continuada y cercana con las poblaciones y sus contextos de vida cotidiana. De ahí, que podamos establecer un paralelismo entre: a) la relación socio-profesional con el otro y la otra, y b) las oportunidades que la existencia o no de este vínculo depara para llevar a cabo una atención ante las dimensiones socioculturales de la salud en todos sus aspectos. Es decir, este último aspecto se refiere a las dos siguientes actuaciones:

- el conocimiento de las poblaciones atendidas facilita poder observar y abordar las dimensiones socioculturales en los procesos de atención a la salud y la enfermedad, y
- el desconocimiento de las poblaciones ocasiona que se reconozcan diferencias socioculturales muy visibles y que se traten de gestionar en términos de diversidad.

En relación a estos aspectos, la atención continuada que establecen las profesiones de la salud a través de las percepciones y experiencias cotidianas con las poblaciones autóctonas se advierte como una oportunidad para establecer relaciones conocidas y cercanas con ellas. Es decir, las poblaciones autóctonas no suelen venir una sola vez a la consulta, si no que vienen repetidas veces en el tiempo. Esto hace que se puedan conocer mejor, que logren ganar su confianza y que finalmente puedan llegar incluso a detectar problemas sociales relacionados con la salud. Además, en muchos casos, no solo se atiende a la persona que padece el problema de salud, si no que se atiende también a sus familiares. De esta forma, sus familiares pueden aportar también

información valiosa para consolidar la relación asistencial y poder llevar a cabo intervenciones de forma holística en la esfera individual y familiar:

... Tenemos también una ventaja, y es que es la longitudinalidad ¿no? O sea que es decir, que tú vas a empezar a ver a los pacientes, y al principio no, pues yo ya lo estoy experimentando ¿no? en un año que llevo allí. Pues al principio llegaban y te contaban cosas clínicas sobre todo, alguna vez te sacaban algún tema social, pero ya cada vez, conforme te van viendo, conformen van tomando confianza, te van contando cosas ¿no? (Noelia, M3-G3)

Así, por ejemplo, en el caso del trabajo social sanitario el conocimiento de las poblaciones autóctonas viene dado porque éstas se acercan a sus consultas con algún tipo de demanda. En caso contrario, plantean que es difícil establecer relaciones socio-profesionales consolidadas con las poblaciones, así como detectar sus problemáticas sociales en salud.

A este respecto, un componente esencial a la hora de establecer relaciones socio-profesionales con las poblaciones es aquel que hace referencia a la escucha activa de las poblaciones y el acompañamiento en sus procesos de atención a la salud y la enfermedad, entre otros aspectos:

... cuando vienen a hablar con nosotros de esos problemas que tienen que no son problemas físicos sino que son problemas del alma... Cuando vienen a hablar con nosotros, vienen mucho más a que la escuchemos que a que le digamos nada. Simplemente y entonces ya hemos aprendido una.... Pues nada a dejarlos a hablar y luego lo único que hacemos es un resumencillo de su problema simplemente para que ella a lo mejor sea muy grande y si lo resumes se lo dejas más pequeño y se van más descansadas (Nieves, TS1-G2)

Además, otro aspecto tiene que ver con el número de personas atendidas por personal profesional de la salud, ya que el volumen puede dificultar el que se establezcan relaciones con las mismas. A este respecto, una diferencia clara entre las profesiones de la salud es el hecho de que el trabajo social sanitario en teoría atiende a un mayor volumen de población:

... Yo tengo una población mayor de 65 años de 7.500. El Doctor tiene una población mayor de 65 años de 300, o no y ahora me quieren poner más centros de salud y yo me niego (Belén, TS5-G2)

Además de estos aspectos, los discursos subrayan que la relación socio-profesional a establecer con las poblaciones está muy relacionada con las características socioculturales que definen a las mismas, así como con aquellas que son propias del contexto sociocultural, político y económico al que prestan cobertura los centros de salud. Así, en función de estas características se establece un tipo de relación u otra, y se pueden llevar a cabo unas actividades u otras.

En esta línea, las transformaciones socioculturales detentan un gran peso a la hora de establecer cambios o no con las poblaciones conocidas. Por ejemplo, se refieren a aquellos que tienen que ver con la llegada de las poblaciones inmigrantes a las zonas y barrios de cobertura de los centros de salud.

De este modo, en general, todas ellas opinan que el perfil de población usuaria con la que se relacionan cotidianamente y sus demandas no han cambiado a lo largo del tiempo. Así, por ejemplo, se relacionan con personas mayores, personas dependientes y cuidadoras, población diana de cuidados paliativos, mujeres víctimas de maltrato, mujeres ante la aplicación de la interrupción voluntaria de embarazo, población menor, escolar y joven, etc..

Sin embargo, creen que la población a la que se dirigen sus intervenciones sí es diferente en torno al continuum “normalizada” y “en riesgo” dependiendo de la problemática sanitaria y social que esté presente en la zona donde se ubiquen los centros de salud. A este respecto, reconocen que según estos aspectos se detienen a trabajar en mayor o menor medida con un tipo u otro de población, con las particularidades que ello conlleva a la hora de hacer diferencias entre ellas.

De esta manera, opinan que en ocasiones la observación de diferencias puede hacer que en un momento dado una determinada comunidad o colectivo sea percibida en mayor medida. Como casos se refieren a la mayor visualización que reciben en el momento actual las actuaciones que se realizan con el colectivo de mujeres (en relación a los programas de salud sexual y reproductiva o aquellos otros que tienen que ver con la detección de casos de violencia de género), y con el colectivo de inmigrantes (en relación a los programas de personas cuidadoras de personas mayores dependientes o aquellos otros que tienen ver con la detección de falta de vacunaciones o el cribado de enfermedades como la tuberculosis).

Por último, entre los aspectos que dificultan la relación entre el personal profesional de la salud y las poblaciones se encuentran aquellos que están directamente relacionados con la falta de precisión en la delimitación del rol y las funciones socio-profesionales. Estos aspectos influyen en la construcción de expectativas erróneas por parte de las poblaciones ante el desempeño socio-profesional de cada profesión de la salud aisladamente y en equipo.

3.3 EL DERECHO A LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LAS POBLACIONES INMIGRANTES

El incremento de los movimientos migratorios internacionales a partir de los años noventa del siglo XX, abre un novedoso debate político-institucional sobre los derechos sociales de las poblaciones inmigrantes que llegan al sur de Europa desde cualquier otro contexto geopolítico. Entre ellos, cobra relevancia el relativo a las condiciones de acceso que se establecen en torno al derecho a la protección de la salud de las poblaciones inmigrantes en el ámbito de la atención primaria, y no solo aquel que se establece en caso de urgencia o necesidad mayor.

El debate se plantea a pesar de que son numerosos los tratados y convenios internacionales que han venido ratificando formalmente el carácter universal de estos derechos. Así, concretamente, en la Declaración Universal de Derechos Humanos proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1948, ya se establece la relevancia que adquiere el reconocimiento del derecho a la salud para todos los grupos humanos, al tiempo que se insta a todas las personas e instituciones a promoverlo:

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.
2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social (artículo 25)

A este respecto, además, la adopción de estrategias y reformas para mejorar el acceso de las poblaciones inmigrantes a los servicios de salud es una preocupación compartida por los distintos países del entorno europeo. Así, todos de una u otra forma están introduciendo cambios en la organización y funcionamiento de sus sistemas de atención sanitarios con el fin de facilitar la asistencia sanitaria a las nuevas poblaciones inmigrantes. Si bien, es notorio que existen diferencias entre ellos, y que éstas a su vez se suman a los propios ajustes y desajustes internos de cada uno. Todo ello suscita la necesidad de continuar promoviendo que la inmigración se posicione como un tema prioritario en la agenda política internacional y nacional en materia sanitaria¹⁸⁴.

¹⁸⁴ Cabe señalar que esta preocupación se refleja en la Presidencia portuguesa de la UE, en el segundo semestre del año 2007, durante la que se lleva a cabo la celebración de la conferencia “Health and

En el caso del sur de Europa el análisis de la regulación de la protección a la salud de las poblaciones inmigrantes arranca de la CE de 1978. Así, cabe señalar que el reconocimiento de este derecho se recoge en su artículo 43, de forma que está integrado entre los principios rectores de la política social y económica y no entre los llamados derechos fundamentales y libertades públicas. Este hecho, como señala Jiménez de Parga (2004) ha dado lugar a distintas interpretaciones respecto a su valor jurídico y a su encuadre entre los distintos niveles de protección contemplados para los derechos constitucionales¹⁸⁵. Sin embargo, tal y como indica el autor, su estrecha vinculación a otros derechos, como por ejemplo el derecho a la dignidad (artículo 10) y el derecho a la vida y a la integridad física (artículo 15), “eleva la protección de la salud a la categoría de fin de Estado, a conseguir en cumplimiento de la Constitución” (p. 12).

De esta manera, se promulga la Ley General de Sanidad en 1986 con el fin responder al precepto constitucional de garantizar el derecho a la protección de la salud de las poblaciones en el sur de Europa. A través de esta ley, en su artículo 1.2, se establece quienes son las poblaciones titulares de este derecho, de modo que se construyen las primeras distinciones relativas al acceso a las prestaciones sanitarias en el caso de las

Migration in the EU. Better Health for All in an Inclusive Society” en septiembre de 2007 en Lisboa. Asimismo, unos años después esta preocupación se expresa en la consulta europea “Better Health for All” que tiene lugar en septiembre de 2009 en Lisboa. Esta consulta se centró en cuatro temas transversales de atención: 1) investigación en inmigración y salud, 2) desarrollo de una fuerza laboral de salud pública adaptada a las necesidades de salud de una sociedad culturalmente diversa, 3) inmigración y derecho a la salud, y 4) población inmigrante indocumentada. Asimismo, se trataron tres temas prioritarios de atención en relación a las poblaciones inmigrantes en situación de especial vulnerabilidad: 1) salud mental, 2) salud materno-infantil, y 3) salud en adolescentes inmigrantes. De la misma manera, esta inquietud se refleja en la Presidencia Española de la UE, en el primer semestre de 2010, durante la que se realiza la celebración de una consulta global “Health of Migrants. The Way Forward” en marzo de 2010 en Madrid. Uno de los temas prioritarios tratados en la consulta se refiere a las políticas y los marcos legales, de forma que se señala la necesidad de adoptar normas internacionales sobre la protección de las poblaciones inmigrantes, así como respetar el derecho a la salud en la legislación y la práctica nacional, implementar políticas nacionales de salud que promuevan el acceso igualitario a los servicios de salud, y ampliar la protección social en materia de salud y mejorar la seguridad social de todas las poblaciones inmigrantes.

¹⁸⁵ A este respecto, la CE distingue tres niveles de protección en los derechos constitucionales: “con el nivel más amplio (...) encontramos los derechos reconocidos entre los artículos 14 al 29 de la Constitución más la objeción de conciencia reconocida en el artículo 30. Con un nivel medio, los derechos reconocidos en el resto del Capítulo II (artículos 31 a 38) (...). Con el nivel mínimo de protección encontramos los que la Constitución ni siquiera titula derechos: los llamados principios rectores de la política social y económica (artículos 39 a 52), entre los que se encuentra el precepto dedicado a la protección de la salud” (Jiménez de Parga, 2004: 10).

poblaciones inmigrantes. Así, se señala que solo serán titulares de derecho aquellas poblaciones “ciudadanas extranjeras” que “residan” en territorio nacional¹⁸⁶:

2. Son titulares de derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en territorio nacional.

Al desarrollo jurídico-normativo en torno a la protección a la salud de todas las poblaciones presentes en el sur de Europa, se suman los cambios socioculturales, políticos y económicos que comienzan a asociarse al progresivo aumento en la llegada de poblaciones inmigrantes a finales del siglo XX.

Así, al objeto de regular el fenómeno de la inmigración desde distintos ámbitos tiene lugar la promulgación de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, que recoge un amplio reconocimiento acerca de los derechos de las poblaciones inmigrantes. Sin embargo, ese mismo año, la Ley Orgánica 8/2000 de 22 de diciembre introduce una reforma sobre ésta que además de endurecer las sanciones y medidas de expulsión, enfatiza la diferenciación entre las poblaciones inmigrantes en situación jurídico-administrativa regular e irregular ante el reconocimiento de ciertos derechos. Posteriormente, durante el año 2003, se promulgan nuevos cambios en la legislación de extranjería. Éstos vienen a través de la Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros, así como mediante la Ley Orgánica 14/2003 de 20 de noviembre, por la que se habilita la polémica medida de permitir el acceso de la policía a los datos contemplados en el padrón municipal de habitantes. Posteriormente, la llegada de la Ley Orgánica 2/2009, de 11 de diciembre, introduce nuevas modificaciones sobre esta legislación y lo hace en respuesta a los diferentes recursos interpuestos contra la restricción de derechos efectuada en la primera reforma de esta Ley. Finalmente, las medidas de protección reconocidas por la Ley Orgánica 4/2000 a las mujeres víctimas

¹⁸⁶ Cabe mencionar que la primera norma con rango de ley dedicada a regular los derechos y deberes de las poblaciones extranjeras en el sur de Europa se había aprobado un año antes, se trataba de la Ley Orgánica 7/1985, de 1 de julio de forma que en ella se establece que “solo se consideran extranjeros residentes las personas amparadas por un permiso de residencia”. La residencia, autorizada por el Ministerio del Interior, estaría condicionada a la posesión de pasaporte o documento válido en vigor, a la inexistencia de antecedentes penales y a disponer de medios de vida suficientes (artículo 13).

de violencia de género y a las víctimas de trata de seres humanos quedan asimismo ampliadas mediante la promulgación de la Ley Orgánica 10/2011 de 27 de julio.

En este contexto de cambios legislativos específicos en torno a la regulación del fenómeno de la inmigración, cabe señalar que el derecho a la asistencia sanitaria de las poblaciones inmigrantes no sufre modificaciones respecto a su formulación inicial recogida en el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000:

1. Los extranjeros que se encuentren en España, inscritos en el padrón del municipio en el que tengan su domicilio habitual, tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.
2. Los extranjeros que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica.
3. Los extranjeros menores de dieciocho años que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.
4. Las extranjeras embarazadas que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y postparto.

Por un lado, este artículo incide en que el empadronamiento o la minoría de edad son los únicos requisitos que deben cumplir las poblaciones inmigrantes para acceder a la asistencia sanitaria en igualdad de condiciones respecto a las poblaciones autóctonas, sin que sea necesario que tengan regularizada su situación jurídico-administrativa. Por otra parte, destaca que se prestará asistencia sanitaria urgente a aquellas poblaciones inmigrantes que se encuentren en el sur de Europa, estén o no regularizadas jurídico-administrativamente. Por último, matiza que en el caso de las poblaciones de mujeres inmigrantes, éstas también tendrán asistencia sanitaria durante las situaciones de embarazo, parto y postparto.

Las condiciones de regularización estipuladas a la hora de establecer el acceso a la asistencia sanitaria general y a la atención primaria en particular bajo estos supuestos, han permanecido vigentes hasta la promulgación del Real Decreto-Ley 16/2012 de 20 de abril de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Así, la llegada de esta norma conlleva la implantación de un modelo basado en la “condición de asegurado/a” de la persona titular del derecho a la asistencia sanitaria.

De esta forma, el derecho a la protección sanitaria pasa ahora a estar vinculado a la situación de aseguramiento en el sistema de seguridad social, quedando el artículo 12 de

la Ley Orgánica 4/2000 establecido de la siguiente manera en la disposición final tercera del Real Decreto Ley 16/2012:

Los extranjeros tienen derecho a la asistencia sanitaria en los términos previstos en la legislación vigente en materia sanitaria.

El cambio acontecido sobre el derecho a la asistencia sanitaria de las poblaciones inmigrantes nos remiten así a la Ley de Cohesión y Calidad del SNS del año 2003, cuyo artículo 3 queda modificado por el Real Decreto-Ley 16/2012 de 20 de abril en los siguientes términos:

- a. Se enfatiza la condición de asegurado o asegurada en el sistema de seguridad social como requisito para acceder a la asistencia sanitaria (artículo 3.1).
- b. En caso de no darse esta circunstancia, se hace necesario demostrar que no se supera el límite de ingresos establecido¹⁸⁷. Además, específicamente en el caso de las poblaciones inmigrantes, se añade la obligatoriedad de estar en posesión de una autorización de residencia, en contraposición al simple hecho del empadronamiento requerido por la normativa anterior (artículo 3.3).
- c. En el caso de que las personas familiares de quienes son titulares del derecho sean reconocidas como beneficiarias de una persona asegurado a efectos de recibir asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos, se establece que deben tener residencia autorizada y efectiva en el sur de Europa (artículo 3.4)¹⁸⁸.
- d. En caso de no estar registradas ni autorizadas como residentes, es decir que se encuentren en situación jurídico-administrativa irregular, el derecho a la asistencia sanitaria se limita a las llamadas “situaciones especiales” que incluyen: menores de

¹⁸⁷ El límite de ingresos establecido en el Real Decreto 1192/2012 por el que se desarrolla el reglamento del Real Decreto-Ley 16/2012, por encima del cual no se podrá optar a la condición de persona asegurada se establece en cien mil euros íntegros, por cualquier concepto, en el cómputo anual (artículo 2.2.b).

¹⁸⁸ Conforme al Real Decreto 1192/2012, podrán ser personas familiares beneficiarias de un asegurado/a las siguientes: cónyuge o pareja de hecho (requiere inscripción en el Registro de parejas de hecho); ex cónyuge con derecho a pensión compensatoria por parte de la persona asegurada; descendientes y personas asimiladas (menores sujetos a tutela o acogimiento legal, hermanos y hermanas) que convivan y dependan económicamente de la persona asegurada, y que sean menores de 26 años o tengan reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 65%. (artículo 3). Asimismo, se establece que la persona beneficiaria no podrá contar con unos ingresos anuales que superen el doble de la cuantía del Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (IPREM) en el cómputo anual.

edad, mujeres embarazadas (incluida la situación de parto y postparto) y casos de enfermedad grave o accidente, hasta la situación de alta médica (artículo 3 ter).

Por otra parte, la prestación de asistencia sanitaria para poblaciones inmigrantes que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias se establece a través del Real Decreto 1192/2012 de 3 de agosto que desarrolla el Real Decreto-Ley 16/2012¹⁸⁹. Esta norma establece que esta prestación se realizará siempre que se encuentren en alguna de estas dos situaciones concretas:

- e. que sean personas solicitantes de protección internacional a las que se les haya autorizado permanecer en el país por este motivo, y
- f. que sean víctimas de trata de seres humanos cuya estancia temporal en el país haya sido autorizada durante el período de restablecimiento y reflexión.

En ambos casos, la asistencia sanitaria queda limitada al tiempo en que “permanezcan en esta situación” (disposiciones adicionales cuarta y quinta respectivamente, del Real Decreto 1192/2012 de 3 de agosto).

Las continuas reformas acontecidas sobre la Ley Orgánica 4/2000 y las diversas modificaciones recogidas en la legislación sanitaria con repercusión en ella, ponen de relieve cómo el contexto político-institucional determina el acceso a los derechos de las poblaciones inmigrantes en función de las circunstancias socioculturales, políticas y económicas imperantes en cada momento histórico¹⁹⁰. De esta forma, los discursos políticos construyen una nueva realidad sociocultural en torno al derecho a la asistencia sanitaria de las poblaciones inmigrantes. Todo ello puede impregnar las percepciones y

¹⁸⁹ Cabe señalar asimismo que el Real Decreto 1192/2012 de 3 de agosto a su vez se modifica mediante la promulgación del Real Decreto 576/2013 de 26 de julio, por el que se establecen los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del SNS.

¹⁹⁰ Cabe mencionar que las directrices marcadas por la UE, además, vienen a disponer una doble vertiente respecto al derecho a la protección de la salud de las poblaciones inmigrantes. Así, se establece una distinción entre las poblaciones ciudadanas de los estados miembros que se registrarán por la legislación comunitaria y únicamente por la Ley Orgánica 4/2000 en aquellos aspectos que pudieran resultarles más favorables, y el resto de poblaciones nacionales de terceros países que estarán a expensas de ésta última. La dualidad jurídica-normativa a la hora de categorizar a las poblaciones entre inmigrantes comunitarios y no comunitarios, puede influir en las percepciones y experiencias de atención que se construyen en torno a quiénes son inmigrantes en sentido socio-económico en los discursos socio-profesionales desde el contexto biomédico en los discursos socio-profesionales desde el contexto biomédico.

experiencias del personal profesional de la salud que les atiende desde el contexto biomédico, y que se ve limitado ante el alcance o las restricciones que son establecidas en el marco normativo-jurídico vigente.

A este respecto, las restricciones a las que quedan sometidas las condiciones de acceso al derecho a la protección sanitaria desde la promulgación del Real Decreto Ley 16/2012, están siendo objeto de un amplio rechazo social, jurídico y socio-profesional de prestación de la atención sanitaria¹⁹¹. Igualmente, en tiempos de crisis económica, el riesgo que conlleva para la salud la influencia de las medidas de austeridad económica adoptadas sobre el sistema sanitario público de las poblaciones están siendo objeto de crítica desde el ámbito internacional¹⁹².

En relación a estos aspectos, los propios discursos del personal profesional de la salud que actúa en los contextos sanitarios y/o biomédicos de atención a las poblaciones inmigrantes, expresan su confusión e incertidumbre generada en torno a la influencia que los cambios jurídico-normativos pueden tener en su trabajo cotidiano con las poblaciones inmigrantes o no:

... La seguridad social ahora está provocando que tengamos mucha más carga porque está diciendo a todo el mundo *“usted está sin asistencia, váyase a que le arreglen esto”*. Cuando ellos no conocen la situación y están provocando más sobrecarga en ese tema de asistencia sanitaria o simplemente

¹⁹¹ Se puede interpretar como una consecuencia de la crítica social que ha recibido la última reforma, el hecho de que el Real Decreto 1192/2012 fuera modificado un año después de su publicación, así como que ampliara la cobertura de asistencia sanitaria para solicitantes de protección internacional y para víctimas de trata de seres humanos. Así, mientras dicha asistencia se limitaba inicialmente a los cuidados de urgencia y el tratamiento básico de las enfermedades, en 2013 ha pasado a extenderse a todos los servicios previstos en la cartera común básica de servicios asistenciales del SNS regulada en la Ley 16/2003 (disposición final cuarta del Real Decreto 576/2013, de 26 de julio por el que se modifica el Real Decreto 1192/2012).

¹⁹² Esta repercusión se observa en los discursos mediáticos. Así, por ejemplo, a través de una noticia publicada el 16 de diciembre de 2013 por Europa Press, titulada “La revista ‘The Lancet’ alerta de la “erosión” provocada por la reforma de Mato”, se pone de relieve cómo esta prestigiosa revista científica analiza el impacto de la reforma un año después de la entrada en vigor del Real Decreto-Ley 16/2012. Con este fin se denuncian las negativas consecuencias que conlleva el copago farmacéutico sobre determinados grupos de población, al tiempo que se advierte que la “erosión” provocada en la cobertura sanitaria universal va en contra de las recomendaciones de ONU sobre el derecho a la salud. Asimismo, la noticia informa acerca de un artículo científico publicado por la revista British Medical Journal (BMJ) y firmado por científicos del London School of Hygiene & Tropical Medicine de Reino Unido, en el que se advierte que el “desmantelamiento” del SNS provocado por los recortes en la sanidad pública española ocasionará graves consecuencias en la salud de los ciudadanos e incluso podría “poner vidas en riesgo”, especialmente de las personas afectadas por VIH o tuberculosis y aquellas sometidas a tratamiento de adicciones y enfermedades crónicas, destacando el hecho de que, a los pocos meses de la aplicación de la reforma, alrededor de 873.000 personas se habían quedado ya sin tarjeta sanitaria.

para que puedan acceder personas a derechos que tienen establecidos por ley, como son las inclusiones de beneficiarios... (Celia, TS6-G4)

La ley está muy clara, nosotros no tenemos que hacer ningún informe social para sortear las leyes, porque la ley no se puede sortear. Si la ley dice que un inmigrante tiene derecho a tal cosa, tiene derecho a eso, con o sin informe social (Sebastián, TS3-G2)

Ante esta situación de rechazo a las reformas legislativas estatales, el derecho a la asistencia sanitaria de las poblaciones inmigrantes pasa a depender en buena medida de la postura adoptada por las comunidades autónomas donde residan. Es decir, queda sujeta a la intención que éstas tengan de continuar o no ofreciendo una asistencia universal a las poblaciones inmigrantes en sus respectivos territorios¹⁹³.

En el caso de Andalucía, la Ley de Salud de 1998 hace extensiva la titularidad del derecho a la protección de la salud a las poblaciones inmigrantes. Si bien, cabe señalar que lo restringe a aquellas poblaciones “extranjeras” que sean “residentes” en Andalucía o en el sur de Europa (artículo 3). Así pues, la Ley andaluza se ajusta a lo establecido por el Estado en la Ley General de Sanidad de 1986, si bien especifica que la atención de urgencia se prestará “a todas las personas”. También, refiere principios de actuación que resultan orientativos respecto a la prestación de la atención sanitaria a las poblaciones inmigrantes. En relación a este aspecto, en su preámbulo, concibe al SSPA como el garante del derecho universal y equitativo de protección a la salud de las poblaciones, independientemente de sus características socioculturales y “sin que nadie pueda verse

¹⁹³ A este respecto, una noticia publicada en El País, el 16 de agosto de 2012, bajo el titular “Cinco autonomías se rebelan y darán atención universal a inmigrantes” subraya que Andalucía, Asturias, País Vasco, Canarias y Cataluña a pesar de aglutinar a más de la mitad de las poblaciones inmigrantes “sin papeles” del sur de Europa, han optado por continuar garantizando el servicio universal de sus prestaciones ante los posibles problemas de salud pública que puede implicar la desatención. Asimismo, el personal profesional de la salud desde sus distintas sociedades y asociaciones científico-profesionales expresa su preocupación acerca la exclusión de las poblaciones inmigrantes “sin papeles” del ámbito de la protección sanitaria. Así, por ejemplo, mientras que desde la semFYC se ha promovido una campaña de desobediencia civil ante la restricción de este derecho en base al deber ético-profesional de no incurrir en el abandono (Sahuquillo, 10 de agosto de 2012, El País), desde SEMERGEN se opina que el Real Decreto-Ley 16/2012 es de obligado cumplimiento por lo que debe ser respetado por el personal profesional de la salud (Benito, 30 de agosto de 2012, El País). En este contexto, el personal profesional de la salud expresa su percepción acerca de la medida, como podemos ver en el comentario de un médico de Murcia: “no aceptaré la norma que me impide seguir atendiendo a mis pacientes. Les seguiré viendo, tengan la situación administrativa que tengan. Y lo haré en mi horario de trabajo” (Sahuquillo, 10 de agosto de 2012, El País). Asimismo, desde la semFYC se propone un paquete de servicios básicos para tratar de cubrir las diferentes situaciones y necesidades de salud de estas poblaciones, se trataría así de “servicios que integrarían la atención primaria, la salud pública y la prevención, la asistencia urgente, atención a la discapacidad y la prescripción de medicamentos esenciales de la OMS” (Benito, 30 de agosto de 2012, El País). De esta forma, se enfatiza la construcción de que las poblaciones inmigrantes constituyen un colectivo de personas sanas, por lo que solo se considera necesario cubrir ciertos paquetes básicos de servicios para atender a todas sus demandas de salud desde el contexto biomédico.

discriminado por razones económicas, sociales, raciales, geográficas, o por cualquier otra circunstancia”.

Además, cabe señalar que en Andalucía, desde marzo de 1999, se han venido adoptando medidas orientadas a garantizar de forma universal el acceso de las poblaciones inmigrantes a la asistencia sanitaria. La primera de ellas fue la firma del “Convenio de Colaboración en materia de salud pública para inmigrantes”, suscrito en aquel momento entre la Consejería de Salud y la Fundación Progreso y Salud con distintas organizaciones no gubernamentales y sindicatos. Así, uno de los principales propósitos del convenio consistía en ofrecer asistencia sanitaria a las poblaciones inmigrantes en situación jurídico-administrativa irregular, subrayando también como prioritaria la necesidad de incrementar la participación de las poblaciones inmigrantes en los programas de promoción de salud y prevención de enfermedad, así como la de incorporar las perspectivas de sus grupos culturales a las actuaciones y revisiones de los distintos programas de salud (Martín, 2006; Ortega e Izquierdo, 2007; Girela, 2012). En esta línea, entre otros objetivos específicos del convenio, se destacan los siguientes:

- a. incorporar la perspectiva de la población inmigrante en la atención del programa de salud materno infantil,
- b. adaptar el modelo de atención de los dispositivos de salud mental para incorporar la diversidad cultural en los enfoques de trabajo,
- c. atender las necesidades de salud de las mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución, y
- d. reducir los riesgos y daños derivados del consumo de drogas mediante medidas adaptadas a los patrones de consumo y las características culturales y lingüísticas de esta población (Ortega e Izquierdo, 2007: 51).

Entre los compromisos asumidos por las entidades asociativas firmantes del convenio se resaltaba la de facilitar la comprensión y comunicación entre el personal profesional de la salud y las poblaciones inmigrantes mediante la traducción, y contribuir a formar a mediadores en el campo sanitario atendiendo a principios basados en la interculturalidad (Ortega e Izquierdo, 2007). Con ello se pretendían disminuir las barreras lingüísticas que dificultaban la accesibilidad a los servicios de salud mediante la medida del “acompañamiento”, facilitada por personal voluntario previa solicitud de los centros sanitarios (Martín, 2006)¹⁹⁴. De esta forma, a partir de esta iniciativa “la actividad de los

¹⁹⁴ La Fundación Progreso y Salud ha elaborado abundante material escrito en distintos idiomas, tanto de información-formación sanitaria para inmigrantes como listados de vocabulario básico (anatomía, servicios sanitarios, preguntas rutinarias de los pacientes, etc.) para el personal profesional de la salud que atiende a las poblaciones inmigrantes (Martín, 2006).

mediadores y mediadoras interculturales en el campo de la salud comienza a reconocerse oficialmente” (Muriel, García y Lasheras, 2007: 386).

Asimismo, es en el año 1999 cuando la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía incluye también el “documento de acreditación temporal del derecho a la asistencia sanitaria” entre aquellos instrumentos que acreditan tener derecho a la misma (Orden de 9 de junio de 1999, art. 1.1). En el año 2002 esta acreditación es renombrada por la Orden de la Consejería de Salud de 27 de febrero de 2002 como documento de “Reconocimiento temporal del derecho a la asistencia sanitaria”¹⁹⁵. El documento pasaba así a tener una vigencia anual de carácter renovable, para obtenerlo se establece la necesidad de solicitarlo a los distritos de atención primaria por parte de las personas interesadas desde los propios centros de salud. A través de su expedición se ha tratado de generalizar el acceso por parte de las poblaciones inmigrantes a los servicios de salud en el nivel de atención primaria y especializada.

En relación a este contexto jurídico-normativo de acceso a los servicios de salud, el personal profesional de la salud considera que no todas las poblaciones inmigrantes acceden al sistema sanitario. Así, plantean que habría que buscar una forma más adecuada de paliar desigualdades en el acceso. Igualmente, subraya que estas desigualdades no están provocadas solo por características socioculturales de las poblaciones inmigrantes, sino también por aquellas que son propias de la configuración del sistema biomédico:

... tendríamos que buscar la forma de que nuestro sistema fuera tan accesible para cualquier grupo de población como para la población entre comillas “normalizada” (Sofía, E5-G1)

... yo tengo la sensación de que si no tiene su situación regularizada no tiene los mismos derechos que cualquier otro ciudadano y no hay la misma accesibilidad. Entonces una integración un poco sesgada. Si esas personas están integradas socialmente en la población, ya no sanitariamente, pues sanitariamente es como cualquiera (Blanca, E3-G1)

Nosotros no legislamos ayudamos a las personas para que puedan conseguir lo que hay legislado. Pero no legislamos (Nieves, TS1-G2)

¹⁹⁵ Cabe señalar que a través de la Orden de la Consejería de Salud de 27 de febrero de 2002 se establece que “los residentes en Andalucía se identificarán ante el Sistema Sanitario Público de Andalucía, individualmente, mediante la Tarjeta Sanitaria de Andalucía o, en su caso, el documento de «Reconocimiento Temporal del Derecho a la Asistencia Sanitaria» establecido en la Orden de la Consejería de Salud de 9 de junio de 1999” (artículo 2.1).

Además, relacionan que el disfrute de derechos no solo sanitarios está estrechamente relacionado con la integración de las poblaciones inmigrantes en sentido amplio:

Que sea una integración a todos los efectos, o sea no una integración a medias, si están integraos, están integraos, a efectos de acceso, a efectos pues de votar, a efectos de todo, no solo una integración parcial ¿no? (Blanca, E3-G1)

A este respecto, por ejemplo, concretamente el personal del trabajo social sanitario considera que desde el comienzo de la llegada de población inmigrante, en general la actuación que han llevado a cabo en mayor medida es la extensión de cobertura sanitaria, es decir la tramitación de la tarjeta sanitaria:

... el trabajo que ahora fundamentalmente hacemos con la población inmigrante, yo creo que se centra fundamentalmente en el tema de la asistencia sanitaria, asistencia sanitaria, asistencia sanitaria, de una modalidad, de otra, de los países del este de una forma, de los países de Latinoamérica de otra manera y, y, a no ser que sea algo muy destacable, un problema social que destaque mucho, yo mi visión es que con la población inmigrante el trabajo fundamental que estamos haciendo es asistencia sanitaria, asistencia sanitaria, y mucho trabajo administrativo... (Celia, TS6-G4)

En este contexto de leyes y actuaciones, la importancia del mencionado convenio deriva de haber sido el punto de partida hacia una asistencia sanitaria sin restricción de acceso para las poblaciones inmigrantes¹⁹⁶, así como una referencia para otros planes y programas puestos en marcha con posterioridad en Andalucía¹⁹⁷.

¹⁹⁶ A este respecto, durante el desarrollo del trabajo de campo a través de una conversación mantenida con un profesional administrativo de un centro de salud (a fecha de 21 de febrero de 2014), nos revela que al menos en su lugar de trabajo a las poblaciones inmigrantes solicitantes de asistencia sanitaria sí se les requiere el certificado de empadronamiento. Si bien, aclara que ello obedece a cuestiones de funcionamiento que responden al objeto de evitar una elección arbitraria de centros de salud por parte de las poblaciones inmigrantes, de forma que lo hacen así para tratar de evitar una descompensación de cupos entre distintos centros de salud del municipio o entre municipios próximos. De este modo, la exigencia del requisito de empadronamiento para prestar asistencia sanitaria queda matizada en estos términos. Es decir, nos comenta que no constituye un límite para acceder al derecho a la atención sanitaria, sino para organizar su prestación. Así, atendiendo a las propias palabras de este profesional la “tarjeta temporal de atención sanitaria” se sigue concediendo en Andalucía, tal y como se venía haciendo hasta ahora, a pesar de las restricciones que se promueven desde el contexto nacional. En esta misma línea, a través de otra conversación desarrollada con una Trabajadora Social de una organización no gubernamental (a fecha de 13 de marzo de 2014), nos informa que a pesar de que la normativa nacional está tratando de restringir el derecho de atención sanitaria de las poblaciones inmigrantes, las comunidades autónomas pueden buscar alternativas en base a sus competencias para poder continuar prestando asistencia sanitaria a estas poblaciones en todos los casos “*siempre que así lo quieran*”. Del mismo modo, en una conversación mantenida con una profesional de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del SAS (a fecha de 18 de marzo de 2014), nos informa que ante la situación actual de restricciones en el derecho de atención sanitaria a las poblaciones inmigrantes, Andalucía es una de las pocas comunidades autónomas que ha anunciado su intención de seguir ofreciendo asistencia sanitaria a las poblaciones inmigrantes en las mismas condiciones en que lo venía haciendo y especialmente desde los centros de salud para continuar garantizando la cobertura de la atención primaria. Para ello, han emitido un documento interno denominado “*Instrucciones*” que se dirige a los distritos de atención primaria y

De este modo, con el propósito de contemplar las estrategias y medidas específicas que se vienen recogiendo en Andalucía sobre el área de intervención socio-sanitaria en el caso de las poblaciones inmigrantes, cabe destacar la aprobación de distintos planes integrales sobre inmigración.

Así, por un lado, el I Plan Integral para la Inmigración en Andalucía (2001-2004) incluyó objetivos específicos orientados a incidir en determinados factores socio-culturales condicionantes de la prestación sanitaria. Entre ellos, destacan:

- Posibilitar a la población inmigrante que lo requiera intérpretes que faciliten el encuentro con el SSPA.
- Mejorar la información de los inmigrantes sobre el SSPA, sus programas de prevención y las vías de acceso al mismo.
- Mejorar la información de los profesionales de la salud sobre la atención sanitaria a inmigrantes.

Por otro lado, el II Plan Integral para la Inmigración en Andalucía (2006-2009) expresa explícitamente que en el área socio-sanitaria:

centros de salud andaluces, en este documento se establece el procedimiento de reconocimiento de la asistencia sanitaria a las *“personas extranjeras en situación irregular y sin recursos”*. Al objeto de recabar información sobre los pasos que se definen en este procedimiento, nos pusimos en contacto con una profesional de un distrito de atención primaria andaluz (a fecha de 20 de marzo de 2014). A través de ella nos informó que la solicitud de *“Reconocimiento temporal del derecho a la asistencia sanitaria”* está disponible en la página web del mismo. Sin embargo, cuando le hemos preguntado acerca del procedimiento de reconocimiento de la asistencia sanitaria, no ha querido facilitar información verbal acerca de la documentación que exigen a las personas que solicitan el citado documento. De este modo, no nos ha sido posible aclarar si dicho reconocimiento al derecho a la asistencia sanitaria se encuentra limitado en el caso de las poblaciones inmigrantes con autorización de residencia tal como exige la norma nacional, o bien se sigue concediendo de modo generalizado a toda la población inmigrante con independencia de su situación jurídico-administrativa tal y como nos manifiestan del contexto autonómico.

¹⁹⁷ Cabe señalar que, el III Plan Andaluz de Salud (2003-2008) ya estableció *«como objetivo específico en relación a los inmigrantes la normalización de su acceso al Sistema Sanitario Público de Andalucía»* (Ortega e Izquierdo, 2007: 49), especificando que todo ello se aplicará *“a través de un convenio con las asociaciones del ámbito y presencia autonómica como mediadoras”* (II Plan Andaluz de Salud, p. 142). Respecto a la pérdida de vigencia del Convenio, y según la información obtenida durante el trabajo de campo, las propias organizaciones firmantes del mismo reconocen que su *“mediación”* entre la población inmigrante y el sistema sanitario andaluz dejó de tener sentido desde el momento en que la asistencia sanitaria a la población inmigrante se había consolidado en la práctica profesional, tras ser contemplada en la propia planificación sanitaria del SSPA.

La atención se realizará a toda la población inmigrante, independientemente de su situación administrativa, especialmente en los dispositivos de atención primaria y de atención especializada (p. 109).

Para una mayor concreción sobre la atención prestada desde el SSPA a la diversidad cultural, este plan recoge algunas medidas específicas. De entre ellas, podemos destacar las siguientes:

- a. Conocimiento y uso de las particularidades de la multiculturalidad por parte del colectivo de profesionales de la salud (medida perteneciente al objetivo específico 2).
- b. Adaptación del marco conceptual del Programa de Salud Materno-Infantil, teniendo en cuenta la realidad de la población inmigrante y la concepción de las relaciones sexuales, la maternidad y la crianza en sus países de origen.
- c. Realización de módulos formativos dirigidos a profesionales en todos los niveles del Sistema de Salud sobre: diversidad de concepciones sobre relaciones sexuales, salud materno-infantil, estilos de crianza; estrategias de comunicación con la población extranjera; recursos sociales comunitarios disponibles en el territorio.
- d. Traducción de materiales y edición de cada uno de los subprogramas de salud materno-infantil, incorporando la perspectiva de la población inmigrante en la elaboración de materiales (medidas perteneciente al objetivo específico 3).
- e. Formación a enfermeras comunitarias de enlace, enfermeras de familia y profesionales del trabajo social sobre aspectos relacionados con la inmigración y la interculturalidad (medida perteneciente al objetivo específico 4).
- f. Creación de un grupo de trabajo de profesionales con interés en la revisión de su práctica desde la diversidad cultural (medida perteneciente al objetivo específico 5).
- g. Realizar adaptaciones de los programas y recursos de atención sociosanitaria en materia de drogodependencias a la situación y características de la población extranjera (medida perteneciente al objetivo específico 8).

Teniendo en cuenta estos aspectos, se puede afirmar que los planes de integración para la inmigración en Andalucía han venido contemplando medidas en el área socio-sanitaria orientadas a promover el acceso de las poblaciones inmigrantes a la atención primaria. Asimismo, han tratado de fomentar la formación de los profesionales del ámbito de la salud desde la perspectiva de la multiculturalidad, eliminar barreras lingüísticas mediante la figura del personal profesional intérprete o mediador intercultural y, en definitiva, a promover la revisión de la práctica profesional desde la óptica de la diversidad cultural.

Además, cabe señalar que algunos de los aspectos mencionados se traducen en elementos específicos del área socio-sanitaria que actúan como barreras y que dificultan el acceso de las poblaciones inmigrantes al sistema biomédico en el nivel de atención primaria como puerta de entrada a éste. Así, siguiendo a Ortega e Izquierdo (2007) y Girela (2012), las principales barreras, o factores condicionantes, que dificultan este acceso podemos sintetizarlos en cuatro grandes grupos:

- De carácter normativo y administrativo: se trata de las dificultades añadidas que encuentran las poblaciones inmigrantes para acogerse a los derechos de la población autóctona, aún en el caso de tenerlos reconocidos. Así, por ejemplo, aún cuando la L.O. 4/2000 solamente requería el requisito del empadronamiento para el acceso a la atención sanitaria, esta inscripción en el padrón municipal era, en ocasiones y en ciertos contextos, dificultada por el propio Ayuntamiento. Por otra parte, desde que la reforma operada mediante Ley Orgánica 14/2003 autorizó a la Dirección General de Policía a acceder a los datos del padrón municipal, parte de la población inmigrante ha dejado de empadronarse ante el temor a ser localizados como personas en situación irregular. En general, el miedo que genera el hecho de encontrarse en situación irregular determina una menor asistencia a cualquier servicio público. En el momento actual es el contenido de la propia normativa el que ha venido a elevar las barreras que dificultan el acceso a la Atención Primaria de salud, excluyendo directamente a ese amplio sector de población inmigrante que se encuentra en situación administrativa irregular.
- De tipo lingüístico y de comunicación: la dificultad en el manejo del idioma es un factor con incidencia directa en una correcta atención sanitaria. Tanto la imposibilidad del paciente de expresar correctamente los problemas o dolencias como un entendimiento erróneo por parte del profesional, puede incidir en el diagnóstico o el tratamiento y, especialmente en la confianza y seguridad que este servicio debe generar en los usuarios.
- De carácter cultural o religioso: los mayores riesgos derivan de una diferente concepción de la salud; modos diferentes de entender los conceptos salud o enfermedad pueden generar desconfianza, ya sea respecto a los métodos diagnósticos y de tratamiento como, en un plano distinto, por percibir en el equipo profesional una falta de respeto hacia sus creencias. La ausencia de derechos sociales en el país de origen incrementa las dificultades de acceso a los servicios públicos, debido al desconocimiento de la propia existencia del derecho o de las vías de acceso al mismo. La religión, en tanto elemento cultural de gran peso en ciertas sociedades, puede igualmente establecer recelos por motivos de género o por tradiciones muy distantes de las autóctonas.

- Presencia de un rechazo pasivo por parte de los profesionales sanitarios o del propio sistema: la falta de formación en atención a la diversidad por parte del personal que integra los equipos sanitarios es el principal factor de incidencia en esta situación que, en casos extremos, pueden incluso manifestarse en actitudes próximas al racismo o la xenofobia. La presencia entre las poblaciones inmigrantes de enfermedades no comunes en la población autóctona es otro elemento mencionado por los autores como inductivo del rechazo pasivo a las poblaciones inmigrantes.

CAPÍTULO 4

LOS DISCURSOS SOCIO-PROFESIONALES SOBRE EL ENCUENTRO ASISTENCIAL CON LA INMIGRACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Presentamos un conjunto de discursos socio-profesionales acerca de las distintas miradas que se establecen en torno al fenómeno de la inmigración desde el contexto de la atención primaria al sur de Europa.

Para analizarlos, además de identificar cuáles son los aspectos similares y diferentes más relevantes que se abordan en la atención primaria a la salud de las poblaciones inmigrantes desde distintos lugares, es necesario reflexionar sobre cómo son construidos y cuáles son los sesgos más relevantes que pueden estar insertos en este proceso. Se trata, por tanto, de aproximarnos a comprender los procesos de construcción de la diferencia que transcurren en los encuentros asistenciales ante las transformaciones socioculturales que se asocian a la llegada de nuevas poblaciones inmigrantes al ámbito de la atención primaria.

De esta forma, daremos cuenta de cuáles son las percepciones y experiencias de atención sobre las que se construyen las relaciones socio-profesionales en torno al otro y la otra inmigrante. Pero, además, trataremos de identificar los valores, estereotipos y representaciones que pueden quedar ocultos bajo el filtro de una mirada biomédica parcial y especializada del saber. Con este fin planteamos que la producción de discursos socio-profesionales sobre el encuentro asistencial con poblaciones inmigrantes da lugar a un proceso de configuración de percepciones y experiencias socioculturalmente complejo, que solo puede abordarse desde el encuentro entre distintas disciplinas científicas y superando barreras interprofesionales entre ellas.

4.1 TENSIONES Y DESAFÍOS AL HABLAR O LEER PARA PRODUCIR DISCURSOS SOCIO-PROFESIONALES SOBRE INMIGRANTES

Hablar con el personal profesional de la salud o leer sus escritos sobre el encuentro asistencial con poblaciones inmigrantes desde el ámbito de la atención primaria, no ha sido una tarea fácil.

La primera dificultad se halla en la incursión de los propios elementos universales que definen programáticamente a la atención primaria como modelo médico, ya que desde ellos se sitúan y se condicionan los discursos socio-profesionales. Estos elementos, prevalecen de distintas maneras en unos discursos que dibujan teóricamente el ejercicio de una práctica biomédica basada en un modelo biopsicosocial, pero que además parece dispuesto a incorporar en la práctica un enfoque de atención intercultural en salud.

Bajo estos supuestos, los discursos socio-profesionales hablados o escritos tratan de priorizar la incorporación de una mirada social y cultural en la prestación de la atención sanitaria a las poblaciones inmigrantes. Ambas dimensiones la social y la cultural, por separado y juntas, tratan de superponerse así a la hegemonía de la dimensión biológica dominante en los procesos de atención a la salud y la enfermedad, aunque no siempre lo consiguen.

De esta manera, los discursos socio-profesionales que tratan de priorizar la atención a la dimensión sociocultural en los encuentros asistenciales con poblaciones inmigrantes, lo hacen como fruto de un esfuerzo consciente de desligarse de sesgos de tipo biomédicos y hospitalocéntricos. Estos sesgos los arrastran desde los propios itinerarios de formación académica y del posterior afianzamiento de la identidad socio-profesional construida durante el desempeño socio-profesional en atención primaria.

Todo ello genera que, aunque a través de los discursos socio-profesionales se aprecia un gran esfuerzo por reconocer y atender la dimensión sociocultural en atención primaria, en muchas ocasiones la mirada biológica continúe persistiendo de forma dominante bajo la influencia del modelo biomédico tradicional. Sin embargo, otras veces la preponderación biológica coexiste junto a la incorporación de una visión sociocultural más humanista de la salud¹⁹⁸. Desde esta visión positiva e integral de la atención sanitaria

¹⁹⁸ El objetivo de humanizar y/o personalizar la atención biomédica viene siendo una de las grandes demandas de las poblaciones. Sauquillo en una noticia publicada el 12 de junio de 2010 en El País, pone de relieve que tanto el “trato” como la “investigación” deben acercarse a las necesidades reales de las poblaciones. Señala que la investigación sobre una determinada enfermedad suelen ser desconocidas para la ciudadanía “media”, a pesar de que puede aportar ventajas en la personalización del individuo y su familia. Recoge la declaración de una médica de atención primaria que observa que este logro está lejos de

se trata de tener en cuenta lo sociocultural, al menos filosóficamente, en el encuentro asistencial con todas las poblaciones en contextos de diversidad:

[Discurso desde la profesión de medicina y enfermería] En la dimensión biomédica, se trata con enfermedades, el médico se siente cómodo con los problemas de tipo "orgánico" y devalúa o evita los problemas de tipo psicosocial en el encuentro clínico. En la dimensión humanista, el médico trata con pacientes (*nos educaron para ver las enfermedades descarnadas, la medicina es integral*", "*hay un trasfondo humano para la enfermedad como para cualquier otra cosa*), los problemas de salud se sitúan en un "contexto personal y familiar" y los problemas de tipo psicosocial son merecedores de atención. En la dimensión biomédica, el paciente debe obedecer las órdenes del médico (la curación depende del médico). En la dimensión humanista, tanto el médico como el paciente tienen un papel activo (*la consulta es un trabajo a dos*, la mejoría también depende del paciente). En la dimensión biomédica, la RMP [Relación Médico/a-Paciente] es considerada próxima al efecto placebo, mientras que en la dimensión humanista la RMP tiene implicaciones sobre la eficacia diagnóstica (*la relación entre médico y paciente es fundamental porque gran parte del diagnóstico está basado en la anamnesis y depende de lo que te cuenten, y si el paciente no ve un médico receptivo, que le escucha, que le atiende, le contará menos, con lo cual el otro correrá el riesgo de enterarse menos todavía*) y, por tanto terapéutica (Girón et al., 2002: 566).

[Discurso desde la profesión de medicina] Dentro de los múltiples factores que conlleva el fenómeno de la inmigración, tan pujante ahora en España y en toda Europa occidental, uno de los más relevantes es sin duda el que atañe a nuestro deber, como ciudadanos del país de acogida de brindar a los cientos de miles de personas que llegan a nuestro país la atención sanitaria que se merecen. Se trata de una afirmación en la que seguramente todos coincidiremos, aunque los problemas surgen, claro, a la hora de hacer realidad ese principio... me refiero en especial a los que conciernen a los médicos, quienes muchas veces, en temas como éste, llegamos a sentirnos desorientados al querer superar con voluntarismo lo que es una cuestión cuyo buen encauzamiento exige una respuesta social muy amplia y mejor coordinada... el objeto de las siguientes páginas no es otro que el de ayudarnos a comprender las peculiaridades patológicas de los inmigrantes, en el bien entendido supuesto de que esa mejor comprensión redundará en una mejor adaptación profesional a las nuevas demandas asistenciales que comenzamos a vivir ya en nuestras consultas... Un ejemplo de ello lo constituyen la malaria, el cólera o las enfermedades parasitarias intestinales, cuya casuística, aunque felizmente anecdótica desde que tomó cuerpo la llegada masiva de inmigrantes, no debe dejar de centrar nuestra atención... Y que éste sea el primer paso para que los médicos de atención primaria se sientan arropados a la hora de enfrentarse al reto asistencial que plantea la inmigración ... (Garay, Fernández y García, 2002: XI-XII).

ser alcanzado: "el ciudadano y el médico todavía están muy desvinculados de la investigación. En primaria, la parte de la medicina que más contacto tiene con la sociedad, con lo que tratamos es con padecimientos". La noticia resalta el término padecimientos "porque hoy día la salud va mucho más allá de la cura o el tratamiento de enfermedades. Tiene que ver también con la prevención. Con el bienestar. Los ciudadanos quieren vivir cualquier etapa de la vida con dignidad. Estén enfermos o sanos. Sufran una patología aguda o crónica. La demanda además es clara: cada vez se busca más una atención personalizada, un contacto real y humanizado de la sanidad". Por ello, la misma médica citada anteriormente subraya que el gran salto de la investigación es el de conectarla con la atención primaria "que cuando vayas a la consulta del médico sea para mejorar la calidad de vida, no para que te den una pastilla que disfrace o aplace el mal". Como contrapartida la noticia pone de relieve los riesgos de la "medicina personalizada" que "el ciudadano decida ir al médico para todo. Un patrón que, cada vez más, se repite en las consultas españolas. La persona no enferma que acude por una pérdida amorosa, porque no quiere aguantar los tres días de fiebre que dura una gripe o porque quiere que el médico le diga qué hacer con su hijo que duerme menos que antes". Así se pone de relieve que el aumento de la demanda ha aumentado la actividad asistencial por miedo a las demandas judiciales, de modo que se realizan muchas pruebas por precaución, al tiempo que hay más cultura científica y mayor educación sanitaria en las poblaciones. Como trasfondo la noticia enfatiza que todo ello provoca múltiples consultas innecesarias que tienen un coste sanitario no solo de tipo económico.

La segunda dificultad para analizar las miradas socio-profesionales sobre el encuentro asistencial con poblaciones inmigrantes desde atención primaria, se refiere a la labor investigadora de delimitar cuáles son los ejes centrales que guían y son parte esencial de estos encuentros. Así, se advierte que son múltiples y diversos los aspectos similares y diferentes que intervienen, en mayor o en menor medida, en el entramado de la producción de discursos socio-profesionales asistenciales con inmigrantes desde el contexto de atención primaria.

Entre todos ellos, destacamos la selección de los siguientes aspectos que rodean y definen a los encuentros asistenciales con las poblaciones inmigrantes desde atención primaria:

- a. el acceso jurídico-normativo a la atención primaria como puerta de entrada al sistema,
- b. la accesibilidad sociocultural prestada por el modelo de atención,
- c. los diferentes motivos y usos de la consulta,
- d. la influencia de las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y culturales en la anamnesis, el diagnóstico, tratamiento y seguimiento,
- e. la cosificación o personalización de la atención,
- f. la comunicación (verbal y no verbal) y la existencia de barreras simbólico-idiomáticas en la interacción socio-profesional,
- g. las diferentes posiciones asimétricas de poder, saber y experiencia en la relación personal profesional de la salud y las poblaciones,
- h. los variados mecanismos que subyacen en los procesos de toma de decisiones participativos o no,
- i. el conocimiento socio-familiar acumulado y continuado sobre las poblaciones atendidas,
- j. el clima de confianza mutua, el trato cercano, la actitud de escucha y los sentimientos de empatía o de distancia sociocultural y emocional que se generan en una y otra parte,
- k. las situaciones de dificultad o conflicto intercultural,

- l. las distintas expectativas de atención,
- m. los recursos humanos, sociales y científico-técnicos empleados, y
- n. el tiempo dedicado a la consulta.

La mayor parte de estos elementos de actuación sanitaria están presentes en los procesos de atención a la salud y la enfermedad realizados con todas las poblaciones, y no solo con las inmigrantes, desde atención primaria. Así, los principales aspectos que difieren en las percepciones y experiencias de atención vividas en el encuentro asistencial cotidiano entre poblaciones autóctonas e inmigrantes, remiten principalmente a la alusión de la dimensión cultural en los discursos socio-profesionales. La inclusión de esta dimensión implica dar un paso más entre la observación de lo social (asociada especialmente a la presencia de problemas sociales) y la percepción de lo cultural (asociada fundamentalmente a la existencia de diferencias inquietantes o novedosas frente a la otredad). Es así como se construyen los discursos socio-profesionales que establecen separaciones y distinciones entre la atención prestada entre el nosotros y nosotras y los otros y las otras.

La presencia de la dimensión sociocultural en los encuentros asistenciales influye en los nuevos significados que adquieren los aspectos que se perciben como diferentes en los encuentros asistenciales con las poblaciones inmigrantes. Entre ellos, por ejemplo, destacan los que se relacionan con el análisis de nuevas características sociodemográficas (como el país de origen y/o nacionalidad), los patrones socioculturales de utilización de las consultas, el derecho a la atención a la salud, los perfiles de salud, las patologías específicas, la salud mental, los problemas de comunicación e idiomáticos, las condiciones de vida, la situación socioeconómica, de trabajo y de apoyo social, los procesos de discriminación, la mediación intercultural y las necesidades de formación profesional específica para atender a poblaciones inmigrantes, entre otros.

Sin embargo, como decimos, la mayor parte de los componentes sobre los que se construye el encuentro asistencial con poblaciones inmigrantes, están ya presentes en los discursos socio-profesionales sobre la atención integral que se trata de prestar a todas las poblaciones conocidas y habituales desde atención primaria:

[Discurso desde la profesión de medicina] ... los saberes académicos del médico de familia chocan con una práctica en la consulta habitual, presidida por unas quejas polimorfas y crónicas de una gran masa de población que busca en el médico un tutor que le enseñe a vivir. La concepción de la MF [*Medicina de Familia*] implica unos niveles de práctica individuales y familiares en los que la

observación de la queja, problema o enfermedad se hace dentro del contexto de un paciente con atribuciones físicas, emocionales y sociales que no pueden separarse las unas de las otras.

El concepto de rizoma nos confronta con el acto mismo de mirar. Así, por ejemplo ..., creer que la fracción de eyección es el marcador pronóstico en las insuficiencias cardíacas, y que da una jerarquía de importancia, es simplificar lo complejo. Aísla un problema de otros, impone una jerarquización de intervención y aprendizaje. Pero olvida que hay una persona cuyo corazón tiene problemas, como todo su cuerpo y su vida. Cada paciente tiene una historia y unos significados...

El concepto clínico de rizoma no es comorbilidad presencia de dos o más enfermedades, no ligadas etiológicamente, en un mismo individuo, ni un conjunto de factores de riesgo, sino que se refiere a estar «entre» los problemas, en una tercera dimensión donde se ubican las habilidades cruciales del médico de familia que le diferencian de otro especialista y que iluminan su territorio de práctica clínica. Evidentemente, todo médico de familia debe conocer patología, pero, ¿es ése el elemento clave? Es clave, pero no es crucial. La función principal del médico de familia es realizar atención clínica a los individuos en sus familias y comunidades. Una vez que se entiende esto, se modifican los conceptos de diagnóstico, tratamiento, cura y resolución y se puede empezar a sistematizar el modo de acción (Turabián y Pérez, 2006: 350-351).

Desde estas premisas, la visión entre el personal profesional de la salud y el otro y la otra inmigrante o no, difiere en las transiciones que se producen entre una y otra parte en el contexto de los encuentros asistenciales prestados *versus* los recibidos:

Los enfermos visitamos a los médicos en las *consultas*. En este sentido somos los visitantes. Acudimos a las mismas para solicitar ayuda profesional para afrontar nuestros problemas de salud. Soy un enfermo diabético, y, como tal, una parte inevitable de mi vida es ser visitante de las consultas. Pero, después de la visita vuelvo a mi vida. En el momento en el que soy visitante en la consulta, me encuentro bajo la autoridad del profesional, que supervisa mi estado, toma decisiones y propone acciones. Pero, cuando regreso a mi vida, recupero la soberanía. Ya no soy visitante sino que la gobierno o desgobierno yo mismo. Muchos de los factores que intervienen en el estado de la enfermedad, se relacionan con mi vida. Mis comportamientos y mis decisiones influyen decisivamente en el mismo. En la relación de consulta no es posible hablar de mi vida como totalidad. Esta es aludida en algunas ocasiones. Pero lo que predomina cuando soy visitante son las cuestiones relacionadas con el estado de la enfermedad. Por eso, el médico, que desempeña un papel tan importante en la lectura y valoración de los resultados en el curso de la enfermedad, es un visitante en mi vida. Sólo se asoma a ella a través de algunos fragmentos que aparecen en la conversación dirigida a resolver problemas específicos... Lo que se entiende en la asistencia sanitaria como “estilos de vida”, es un conjunto de prescripciones diseminadas como un menú, que son desbordadas por la multiplicidad de circunstancias y situaciones que se producen en la vida individual de cada paciente. Los médicos nos tratan según nuestro diagnóstico. Pero la verdad es que el diagnóstico no nos homologa a todos los que lo compartimos... Dentro de la etiqueta diagnóstica, coexistimos muchas personas completamente distintas, que viven mundos muy diferenciados y dotados de gran heterogeneidad. No tengo claro que tengamos que ser tratados del mismo modo, al estilo de algunas prácticas clínicas. Además de nuestra enfermedad, en nuestros historiales médicos, somos identificados por distintas variables de situación, que nos diferencian. Nuestro sexo, edad, situación familiar, educativa, profesional o económica. Muchos profesionales sobrevaloran esas variables y hacen paquetes con nosotros. Tampoco esto es muy realista, porque, sin negar que en esas variables condicionan e influyen, lo que verdaderamente nos diferencia es nuestra vida, que siempre es rigurosamente individual...

Por eso, en las consultas, los médicos sólo pueden ser visitantes de las vidas de los pacientes. Tomarse distancias y asumir sus limitaciones, como corresponde a un visitante. De ahí, que lo más importante en la consulta sea mejorar la relación entre las partes. Esta es la cuestión fundamental. Una buena relación se asienta en la preeminencia de la comprensión del enfermo y su circunstancia. Así se puede tender un puente entre el tratamiento y la vida. Con esta premisa, la buena comunicación puede reforzar la confianza mutua, que es un requisito esencial de la buena asistencia (Irigoyen, 2013).

Teniendo en cuenta la similitud de componentes, los discursos socio-profesionales que específicamente tratan sobre el encuentro asistencial con inmigrantes, reproducen las lógicas de actuación que orientan y condicionan la actuación socio-profesional con todas las poblaciones desde atención primaria. Si bien, se observa que si existen dificultades o limitaciones para llevar a cabo una atención integral con todas las poblaciones viejas y conocidas en las consultas, éstas parecen acrecentarse aún más cuando las poblaciones inmigrantes se perciben como nuevas y desconocidas.

La tercera dificultad que hemos encontramos son las múltiples situaciones y necesidades en salud que pueden abordarse en los encuentros asistenciales con las poblaciones inmigrantes desde atención primaria.

Por una parte, en nuestro caso, este aspecto al optar por no seleccionar ningún itinerario terapéutico en particular, ha ocasionado que no pudiésemos limitar la producción y análisis de los discursos socio-profesionales a un solo motivo de consulta. Por otra parte, esto nos ha permitido desarrollar una visión holística desde la que nuestro propósito ha sido subrayar la importancia que detenta el contexto en la construcción e interpretación de los discursos socio-profesionales. Así, hemos tratado de destacar que el desarrollo de los encuentros asistenciales está condicionado por la organización político-institucional de los servicios de salud y con el desempeño socio-profesional del personal profesional de la salud, además de por las características socioculturales de las profesiones de la salud y las propias poblaciones usuarias.

Podemos decir, por tanto, que en el análisis de las miradas socio-profesionales hemos considerado a los encuentros asistenciales como un modelo de actuación socio-profesional que se establece en torno al desarrollo de una consulta de atención sanitaria por cualquier motivo. De esta forma, consideramos a los encuentros asistenciales llevados a cabo en las consultas como una forma de organizar socioculturalmente la diversidad de comportamientos individuales sobre la salud y la enfermedad de las poblaciones en contextos de diversidad.

Además de las tres dificultades señaladas, otro aspecto añadido en nuestro análisis se refiere al proceso mediante el que hemos tratado de comprender cómo se construyen diferencias socioculturales en torno a la inmigración en atención primaria. Sobre esta cuestión, nos encontramos que las poblaciones inmigrantes se perciben como el otro y la otra aún más diferente que el resto de las poblaciones autóctonas. Además, las

diferencias que se observan fundamentalmente se relacionan con el reconocimiento de la identidad étnico-cultural y/o la procedencia geográfica en las consultas. Así, ambas categorías socioculturales emergen en el contexto de la atención primaria como consecuencia de las transformaciones socioculturales que conlleva el fenómeno de la inmigración al sur de Europa. A través de ellas se pone en cuestionamiento la organización de la diversidad que ya estaba establecida en torno a los encuentros asistenciales desarrollados históricamente con las viejas y conocidas poblaciones autóctonas. De esta forma, podemos decir que mediante el fenómeno de la inmigración surgen nuevas miradas socio-profesionales sobre las percepciones y experiencias de atención que se establecen con poblaciones inmigrantes y que éstas dan lugar a procesos de construcción de las diferencias desde atención primaria.

La cuarta dificultad se encuentra en el poderoso discurso que construyen las profesiones de la salud en torno a la igualdad, como categoría que impera en sus miradas sobre la relación que establecen con las poblaciones inmigrantes. La construcción de este discurso emana de la propia filosofía que promueve el modelo de atención primaria:

[Discurso desde la profesión de medicina] La ciencia reconoce a la APS [*Atención Primaria de Salud*] como una estrategia efectiva para promover el desarrollo humano y la equidad en salud. Para ello, es necesario aplicar enfoques integrales, basados en la evidencia orientados a lograr la atención sanitaria universal, integrada e integral (Macinko et al., 2007: 77)

Así, los discursos socio-profesionales están estrechamente ligados al derecho a la salud y a la atención sanitaria de las poblaciones inmigrantes, así como a posiciones voluntaristas cercanas a la moral y la ética ciudadana y socio-profesional. A ellos remiten como aval a la hora de ejercer una práctica de atención primaria basada en los valores de lograr la salud, la accesibilidad, la universalidad, la justicia social y la equidad en la atención de las poblaciones sean éstas inmigrantes o no. Estos aspectos hacen que no sea cuestionable el deber de prestar una atención comprehensiva, integral e integrada ante las nuevas situaciones y necesidades en salud que acarrea la llegada de poblaciones inmigrantes a los centros de salud, con independencia de las diferencias específicas socioculturales que se les atribuyen.

Sin embargo, frecuentemente, los discursos igualitarios son producto de un esfuerzo de descentración sociocultural y de evitación del sesgo etnocéntrico. Este esfuerzo es realizado reflexivamente por el personal profesional de la salud con el propósito de

racionalizar las emociones o conflictos que pueden sentir en la relación etnocéntrica que establecen en las consultas con el otro y la otra inmigrante.

En pro de la igualdad se advierte el peligro de reificar la alteridad y/o la otredad en salud a través de la construcción de diferencias. Esto sucede en muchas ocasiones cuando se refieren a las poblaciones inmigrantes de forma homogénea, mientras que en otras las subdividen y asignan a conjuntos de características comunes y estáticas que distinguen entre colectivos o comunidades subespecíficos entre sí. De este modo, los discursos acerca de la igualdad remiten a su vez al reconocimiento y a la gestión de las diferencias en el encuentro asistencial con poblaciones inmigrantes frente a las poblaciones autóctonas. Estas diferencias se identifican a través de los ejemplos que narran sobre sus prácticas cotidianas en los encuentros asistenciales. En este marco, los procesos de construcción de diferencias pueden dar lugar a sesgos en forma de valores, estereotipos y representaciones socioculturales de atención a los signos y síntomas de la salud y la enfermedad en los encuentros asistenciales, que quedan enmascarados bajo una postura política y socio-profesionalmente correcta difícil de deconstruir.

En definitiva, los discursos socio-profesionales sobre el encuentro asistencial con poblaciones inmigrantes tratan de dar cuenta acerca de una misma realidad diversa y heterogénea en sí misma de forma parcial y especializada. De esta forma, construyen discursos socio-profesionales que son el resultado de los problemas y/o desafíos que perciben y experimentan ante la atención al otro y la otra como población diferente.

4.2 MIRADAS SOBRE SALUD E INMIGRACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

El primer paso para analizar los discursos socio-profesionales sobre el encuentro asistencial con poblaciones inmigrantes, nos lleva a interpretar las percepciones y experiencias que el personal profesional de la salud organiza en torno a la diversidad. Este aspecto nos traslada a explorar cómo observa y construye las categorías identidad étnico-cultural y/o procedencia geográfica y, para ello, hemos nos detendremos a analizar la construcción de la percepción de la diversidad que emerge en los discursos científicos sobre inmigración y salud.

El segundo paso nos traslada a identificar los aspectos emergentes similares y diferentes que subyacen de las percepciones y experiencias de atención con poblaciones inmigrantes en atención primaria. Así, examinaremos cómo observa el fenómeno de la

inmigración, cómo define a las poblaciones inmigrantes que acuden a los servicios de atención primaria y cómo transcurre el proceso de atención a la salud y la enfermedad de las poblaciones inmigrantes a través de los encuentros asistenciales.

El conjunto de estos aspectos nos sirven de contexto de estudio para reflexionar sobre cómo el modelo de atención primaria conceptualiza y aborda los encuentros asistenciales con las poblaciones inmigrantes desde una posición de poder, saber y experiencia hegemónica dominante. De este modo, a través de las miradas que construyen diferencias sobre inmigración y salud trataremos de reflexionar sobre el binomio diversidad y atención primaria.

4.2.1 PERCEPCIONES DE LA DIVERSIDAD A TRAVÉS DE LOS DISCURSOS CIENTÍFICOS SOBRE INMIGRACIÓN Y SALUD

Hoy en día, una parte sobresaliente de la observación de la diversidad se relaciona principalmente con el hecho de que la sociedad del sur de Europa es, cada día, más plural y diversa étnica y socioculturalmente como consecuencia del auge del fenómeno de las migraciones internacionales (Colectivo IOÉ, 2008; Izquierdo, 2008).

Todo ello suscita que el personal profesional de la salud también perciba que lo étnico-cultural y/o la procedencia geográfica comiencen a hacerse más visibles desde los contextos biomédicos en los que actúa. Esta visibilidad acrecienta así su interés por atender las repercusiones que conlleva el fenómeno de la inmigración desde los distintos servicios de salud. Sin embargo, la preocupación por abordar las consecuencias de la inmigración no es algo exclusivo del ámbito biomédico, ya que asimismo se inscribe dentro de un contexto sociocultural, político y económico de “problematización” de la inmigración (Otero, 2011: 21).

En este contexto de transformaciones socioculturales, la presencia de poblaciones inmigrantes en los servicios de salud hace que la biomedicina progresivamente desarrolle una nueva disposición por conocer y actuar en el campo de la interculturalidad en salud, tal y como podemos observar en los siguientes fragmentos extraídos de la literatura biomédica:

[Discurso desde la profesión de trabajo social sanitario] Las circunstancias en las que están llegando actualmente muchos inmigrantes a España y a Europa se caracterizan por ser particularmente difíciles... El ámbito sanitario es testigo de esta realidad social haciendo explícitas nuevas necesidades y demandas por parte de la población inmigrante, de las instituciones y de los profesionales...

En muchos casos, el desconocimiento del idioma y la complejidad de los requisitos administrativos necesarios están detrás de que, un porcentaje significativo de inmigrantes acaben desistiendo en su esfuerzo por acceder al sistema sanitario por atención primaria y saturen las urgencias de los hospitales y ONGs. Los médicos de familia consideran que se debe desterrar el falso mito de que el paciente inmigrante importa enfermedades, pues su perfil responde al de una persona joven y sana. Los inmigrantes acuden a la consulta, como el resto de la población, cuando se sienten enfermos, pero no suelen solicitar cuidados hasta que la enfermedad les impide acudir a su trabajo. Estas personas son las candidatas a padecer el Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple o Síndrome de Ulises

La interculturalidad es una realidad que va más allá de la multiculturalidad, plantea las relaciones interétnicas, interlingüísticas e interreligiosas basadas en la convivencia de la diversidad, pone el énfasis en no olvidar lo que se tiene en común, y compartirlo, de la misma manera insiste en el diálogo, el conocimiento mutuo y el aprendizaje entre culturas. Sigue siendo un deseo y un proyecto sobre el papel, porque primero hay que conocer al otro, reconocerlo, aceptarlo y, lo más importante, convivir con él (Munuera y Munuera, 2007: 120-122).

[Discurso desde la profesión de enfermería] Aunque la enfermería transcultural ha seguido esta misma línea, describiendo la diversidad de prácticas y saberes en el cuidado de la salud, particularmente de grupos de inmigrantes en Estados Unidos, también se ha enfocado en desarrollar intervenciones culturalmente adecuadas. Sin embargo, en muchos casos el reconocimiento de la diversidad cultural de la salud se ha limitado a descripciones descontextualizadas que no se vinculan con realidades y determinantes sociales, políticos y económicos (Duque-Paramó, 2007: 137).

[Discurso desde la profesión de medicina] La atención sanitaria de urgencias a pacientes «distintos» a los habituales se mueve en ocasiones bajo la influencia de algunos tópicos. Salvo en las zonas donde ya la inmigración es una realidad bien asentada, es probable que el color de la piel, las creencias religiosas, la diversidad cultural, el idioma o la forma de expresarse, junto a la renta, condicionen en ocasiones la asistencia, jugando ello en contra del diferente. Es posible que la diferencia en la asistencia sanitaria entre un turista rico y un inmigrante ilegal vía marítima, ambos del mismo país, no difiera. Nuestra misión es estar preparados para resolver las barreras idiomáticas (en general con el auxilio de la administración española y de los consulados), conocer las patologías específicas y tener en cuenta los condicionantes religiosos/sociológicos de cada colectivo. En nuestra experiencia hemos visto, por ejemplo, cómo en el caso de la inmigración en cayucos y pateras se ha pasado en un principio de auténticas situaciones de víctimas en masa o catástrofes para las emergencias extrahospitalarias y los hospitales a una actividad con escasa repercusión en la asistencia diaria intra y extrahospitalaria. Como contrapartida a esta situación, o quizás en parte por ella, también al colectivo médico y de enfermería se han incorporado ciudadanos de la Europa Comunitaria y Extracomunitaria, así como de Centro y Sudamérica, con lo que la diversidad étnica terminará por instalarse en nuestra sociedad (sin duda afortunadamente) y en ambos lados del sistema sanitario, enriqueciendo nuestra cultura, nuestra formación humanística y mejorando nuestra visión sociocultural de un mundo globalizado. La diversidad asistencial en medicina de urgencias representa un concepto amplio que debe limitarse para saber a qué colectivos de pacientes nos referimos. Así podríamos hablar de tres grandes grupos: inmigrantes, turistas y etnias/religiones. Cada uno de estos grupos tiene características sanitarias, sociales y psicológicas distintas (Fuertes, Trujillo, Pinillos, Balanzó, Miró, Burillo-Putze, 2010: 150).

[Discurso desde la profesión de medicina] En las consultas de los centros de salud, el médico de familia, el pediatra y el personal de enfermería se han encontrado, sobre todo desde finales del s. XX y en lo que va del s. XXI, con la realidad de tener que atender a una numerosa población compuesta de personas desarraigadas de su comunidad, la mayoría de las veces sin familia cercana, con unas lenguas y culturas diferentes, con un modo distinto de entender la salud y la enfermedad (Fuertes y Martín, 2006: 9).

[Discurso desde la profesión de medicina] Pacientes y médicos/as usualmente están en profundo desacuerdo acerca de las causas, el significado, la severidad y el tratamiento de los síntomas, los cuales, en el caso de la población inmigrante, podría además agravarse por las barreras idiomáticas y culturales. Por lo tanto, la dificultad para gestionar a un/a paciente con somatizaciones se

incrementa cuando el/la paciente procede de otra cultura. Además de las barreras idiomáticas debemos añadir la falta de conocimiento “cross cultural” de los servicios proveedores, lo cual enormemente complica la comprensión de la razón de la consulta y la aproximación terapéutica a desarrollar. Estas somatizaciones tienen un fuerte componente cultural y están condicionadas por elementos tales como la religión, las creencias y los mitos acerca del origen y la llegada de las enfermedades y los valores de cada comunidad (Torán-Monserrat, Cebrià-Andreu, Arnau-Figueras, Segura-Bernal, Ibars-Verdaguer, Massons-Cirera, Barreiro-Montaña, Santamaria-Bayes, Limón-Ramírez, Montero-Alía, Pérez-Testor, Pera-Blanco, Muñoz-Ortiz, Palma-Sevillano, Segarra-Gutiérrez y Corbella-Santomà, 2013: 55)¹⁹⁹.

La atención que despierta la inmigración en la biomedicina no es una característica singular del sur de Europa. Otros países con mayor experiencia en la acogida de poblaciones inmigrantes comienzan mucho antes a abordar los problemas y/o desafíos que ahora plantea la inmigración. Así ha sucedido en Estados Unidos y en otros muchos países “desarrollados”, en los que el interés en relacionar la salud con las dimensiones socioculturales ha aumentado como consecuencia del incremento poblacional de las “minorías raciales y étnicas” (Amick III et al., 1995: 10).

En el sur de Europa la inclinación por observar estas dimensiones socioculturales e incorporar la interculturalidad en la atención, es paralela al incremento de los movimientos migratorios internacionales que acontecen en el país a partir de los años noventa del siglo XX. Sin embargo, es necesario resaltar que desde la perspectiva sociocultural se critica ampliamente que el uso y la aplicación del término intercultural se aplique mayormente en contextos donde hay una importante presencia de poblaciones inmigrantes:

... -como es el caso de España, donde se comienza a hablar de interculturalidad cuando el país se convierte en un receptor de inmigrantes-. Ello supone que se resaltan sólo determinados elementos y factores que componen la diversidad cultural (nacionalidad, religión ...), obviando al mismo tiempo otros que ya estaban presentes en el territorio antes de la llegada del fenómeno migratorio. Establecer esta relación entre "interculturalismo" e inmigración, conlleva de nuevo el entender los conceptos cultura e identidad de forma esencialista y estática (García-Castaño, Olmos-Alcaraz, Contini y Rubio-Gómez, 2011: 43).

Además, en términos de diversidad, debemos mencionar que con anterioridad a la llegada de poblaciones inmigrantes al ámbito de la atención primaria al sur de Europa, la etnia y en cierto modo la cultura ya se apreciaban como dimensiones socioculturales presentes en la salud y la enfermedad de la población “gitana”. Esto sucede desde la profesión de medicina (Cabedo, Ortells, Baquero, Bosch, Montero, Náchter, Sánchez-Peral y Tamborero, 2000; Martínez-Campillo, Maura, Santiago, Verdú, Serramia, Ibáñez,

¹⁹⁹ El texto original correspondiente a esta publicación está escrito en lengua inglesa.

Martínez y Rigo, 2003; Ferrer, 2003); desde la profesión de enfermería (Cámara, Pérez, Quesada y Sánchez, 1994; Pérez, Cámara y Quesada, 1995; Tuset, Roca, Alamillo y Martorell, 2012); y desde la profesión de trabajo social sanitario (Rizo y Blanco, 2003; Fernández, 2007). Todas ellas, de una u otra forma reconocen socio-históricamente a la población gitana como grupo étnico.

En el momento actual, la relación entre etnia y población gitana aún está fuertemente arraigada en el ámbito biomédico. En muchos casos fundamentalmente se conceptualiza y aborda en términos de minoría étnica, riesgo, exclusión, marginación, discriminación y racismo. Es decir, se afronta desde la producción de discursos socio-profesionales que, en muchos aspectos, presentan similitudes con respecto a los que se generan en torno a la llegada de poblaciones inmigrantes a los sistemas biomédicos del sur de Europa. Junto a ello, algunos estudios manifiestan que a pesar de que la población gitana es la minoría étnica más importante al sur de Europa, paradójicamente ha existido un desinterés socio-profesional hacia este grupo que solo se ha reavivado secundariamente tras la llegada de poblaciones inmigrantes (García-Campayo y Alda, 2007).

En suma, por un lado, podemos observar que el reconocimiento de la identidad étnico-cultural y del cajón de sastre que representa todo aquello que se puede circunscribir al ámbito de lo sociocultural, se establece de forma más clara en relación a la presencia de población gitana autóctona en los hospitales y centros de salud que con respecto a las nuevas poblaciones inmigrantes:

[Discurso desde la profesión de salud pública] El pueblo romaní o gitano constituye la principal minoría étnica en España. Presente en el país desde hace más de 500 años, las estimaciones disponibles señalan que su población oscila entre 700.000 y 970.000 personas, lo cual supone entre el 1,5% y el 2,1% de la población total. Según diferentes informes publicados sobre sus condiciones de vida, el pueblo gitano sufre mayores niveles de exclusión social que el resto de la población. Los problemas de racismo y discriminación hacia este grupo de población han sido documentados desde los estudios antropológicos y las encuestas de opinión. Según un estudio del Centro de Investigaciones Sociológicas [“Estudio 2745. Discriminaciones y su percepción” del año 2007], la población gitana es el grupo que menos simpatía despierta en la población encuestada (51,7%), seguido de la población musulmana (45,8%), la población inmigrante (31%) y las mujeres y los hombres homosexuales (21,8%)... Las desigualdades en salud han de analizarse y resolverse desde un enfoque de determinantes sociales en salud, partiendo del conocimiento de los procesos de exclusión social que afectan a la población romaní y de cómo influyen estos procesos de exclusión en el acceso a los recursos, las capacidades y los derechos básicos (La Parra, Gil-González y Jiménez, 2013: 385).

Pero, por otro lado, se advierten discursos acerca de la presencia de diferencias socioculturales en la salud y la enfermedad que se asocian principalmente a estos dos grupos etno-culturales por separado y de acuerdo a las peculiaridades intra e

interculturales que se atribuyen como propias de cada uno de ellos. Además, en ambos casos se percibe que existe un escaso conocimiento biomédico sobre las situaciones y necesidades de salud características de estos dos tipos de colectivos o comunidades:

[Discurso desde el ámbito biomédico político] Las mismas variables que marcan las diferencias internas en la sociedad mayoritaria, inciden también en la conformación de la diversidad gitana: la edad, el sexo, los condicionantes de género, la zona de residencia, el nivel económico, el tipo de trabajo, el nivel cultural y académico... etc. Por lo tanto, es difícil llegar a conclusiones que sean válidas y generalizables para todos los gitanos y gitanas. Y en segundo lugar, apenas se cuenta con información científica que aporte datos sobre percepciones, demandas, epidemiología... etc., relacionada con la comunidad gitana y la salud (Ministerio de Sanidad y Consumo de España y Fundación Secretariado Gitano, 2005: 6).

[Discurso desde la profesión de salud pública] ... la llegada de tal cantidad de población [inmigrante] en tan escaso tiempo y su desigual distribución geográfica en el territorio, además de la diversidad cultural y social, han supuesto un importante desafío de adaptación social y convivencia tanto para los recién llegados como para la población autóctona, no escapando a ello las cuestiones relacionadas con la salud pública y con la organización del sistema sanitario. Pese a ser población joven y siendo lo esperable que mayoritariamente gocen de buena salud («efecto del inmigrante sano»), la heterogeneidad del colectivo y su elevado número requiere análisis específicos que estudien su estado de salud, la utilización de los recursos sanitarios y los determinantes sociales que se encuentran relacionados con ambos (Oliva y Pérez, 2009: 1).

Así, por ejemplo, en relación a la población gitana se pone de relieve cómo hasta el año 2006 no se había realizado ninguna encuesta nacional para comparar el estado de salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios entre la población gitana y la general del sur de Europa (La Parra, 2009).

Para paliar esta carencia, La Parra (2009) la lleva a cabo utilizando una metodología semejante a la empleada por la Encuesta Nacional de Salud. Entre sus principales resultados, por una parte, destaca el peor estado de salud en el que se encuentra la población gitana frente a la general, y cómo los parámetros de salud comparados siguen siendo bajos aún cuando los resultados se desagregan por clase social, nivel educativo o tipo de vivienda. Además, revela que las mujeres gitanas presentan mayores problemas de salud tanto con respecto a los hombres gitanos, como en relación a las mujeres de la población general. Por otra parte, sobre los estilos de vida se advierte un menor uso de drogas (alcohol y tabaco) entre las mujeres gitanas en comparación con los hombres gitanos y la población general, un mayor porcentaje de mujeres gitanas con sobrepeso y obesidad y, en general, una peor alimentación en el conjunto de la población gitana. Por último, respecto a la utilización de los servicios sanitarios biomédicos, se observa una mejora en el acceso a los servicios de medicina general, hospitalización, urgencias y acceso a medicamentos. Si bien se señala que el peor estado de salud de esta población ocasiona una mayor utilización de los servicios sanitarios. Por ejemplo, específicamente

respecto a las consultas de medicina general por motivos de revisión médica, los resultados indican que son menos frecuentes entre la población gitana, mientras que son más relevantes aquellas relativas al diagnóstico o tratamiento de patologías agudas. Igualmente, se estima un menor nivel de acceso a los servicios de cobertura no pública o a aquellos orientados a la prevención tales como la salud bucodental, las prácticas preventivas en las mujeres y el acceso a prótesis auditivas o correctoras de visión.

Cabe señalar que la mayoría de los aspectos valorados en esta encuesta son similares a los que constituyen el objeto de atención de los discursos científicos que estudian la salud y los procesos de atención a la salud y la enfermedad de las poblaciones inmigrantes. De este modo, el proceso de identificación de diferencias asignadas a poblaciones gitanas e inmigrantes se suele plantear desde enfoques que asimismo enfatizan que las dimensiones socioculturales en los encuentros asistenciales se entrecruzan entre sí. A la vez en la mayoría de las ocasiones, una de las dimensiones más sobresaliente se relaciona con aspectos relativos a la condición socioeconómica:

[Discurso desde la profesión de salud pública] El pueblo gitano español constituye un grupo de riesgo en salud debido a factores étnicos y genéticos, pero también estas personas presentan graves desigualdades sociales en salud en relación con la mortalidad y la morbilidad en enfermedades transmisibles, crónicas y ambientales, lo que generalmente se ha achacado a factores socioeconómicos y culturales, así como a un escaso acceso a los servicios sanitarios y a una poca utilización de éstos (Ferrer, 2003: 2).

[Discurso desde la profesión de salud pública] Las personas de clases sociales desfavorecidas, las de etnia gitana, las que residen en áreas con mayor privación, las mujeres, y más recientemente la población inmigrante procedente de países pobres, presentan peores condiciones de vida y de trabajo que se manifiestan en la salud (Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2012: 183).

[Discurso desde la profesión de medicina] El grupo étnico y la situación socioeconómica condicionan el uso de los servicios de pediatría [de atención primaria]. La población gitana realiza un uso diferencial de los servicios sanitarios. La población inmigrante no es la mayor causante de la sobrecarga sentida por los profesionales. Parece conveniente reorientar la organización de la atención pediátrica para dar respuesta a las peculiaridades de cada grupo étnico, incorporando perspectivas grupales y comunitarias (Aretio y García, 2008: 17).

El análisis de estos aspectos arranca de la mirada diferenciadora, y predominantemente socioeconómica, que está presente en la definición de los conceptos de determinantes de las desigualdades sociales en salud de las poblaciones que se emplean desde el campo de la salud pública y la epidemiología. Según esta visión la peor situación socioeconómica de las poblaciones vulnerables o en riesgo social, hace que tengan resultados de salud más deficitarios y tasas de mortalidad más altas que aquellas otras que están en una mejor posición.

De ahí, que sin negar la relevancia de la categoría socioeconómica como determinante social en la salud y la enfermedad en términos estructurales, podemos decir que su preponderancia actúa en detrimento del reconocimiento y el tratamiento de la diversidad en salud en términos de identidad. Así, como ya puso de manifiesto Haraway (1995) ocurre que entre las personas y grupos que están “oprimidos” (denominados en la jerga biomédica como vulnerables o en riesgo), no solamente se encuentran quienes no poseen los medios de producción (o están en peor situación socioeconómica). También señala que están todas las personas y grupos que son constituidos por el poder patriarcal y racista como los otros y las otras. Así ocurre, por ejemplo, con los grupos etno-culturales, las mujeres, las personas homosexuales²⁰⁰ y las clases trabajadoras, entre otros colectivos o comunidades²⁰¹.

De acuerdo con el argumento preponderantemente socioeconómico de la desigualdad social en salud, Navarro (1990) ya enfatizaba que las desigualdades étnicas en la salud de las poblaciones están determinadas fundamentalmente por desigualdades socioeconómicas. De este modo, a finales de los noventa del siglo XX ponía de relieve

²⁰⁰ Como venimos advirtiendo debemos subrayar que la diversidad no se vincula únicamente a la etnia ni a lo étnico, sino que existen múltiples formas de diversidad relacionados con procesos identitarios basados en distintas dimensiones socioculturales. La diversidad sexual es una de ellas, y también debe tenerse en cuenta en los encuentros asistenciales con las poblaciones desde atención primaria. A este respecto, por ejemplo, Donaire el 2 de septiembre de 2013, publicaba en el periódico El País el siguiente titular “Un joven de Jaén denuncia por homofobia a una médica”. En esta noticia se recoge que una médica de atención primaria declaró que el paciente era “antinatural” y le aconsejó un tratamiento contra su homosexualidad. Al mismo tiempo, la noticia expone las declaraciones realizadas por la administración sanitaria pública andaluza desmintiendo estos aspectos “no se ha tratado la homosexualidad como una enfermedad. La profesional estuvo atendiendo al paciente y recomendando pruebas y tratamientos para el cuadro de síntomas que presentaba, además de una batería de pruebas para descartar posibles patologías (que sugerían los síntomas que describió el paciente en la entrevista clínica) ...”. Cabe señalar que desde algunos sectores biomédicos ya se viene reclamando la necesidad de incorporar un enfoque de diversidad sexual en el modelo de atención primaria, para evitar situaciones de discriminación en las poblaciones causadas por su identidad sexual (Gijón y Jiménez, 2012). Véase, por ejemplo, el video “¿Cuál es la diferencia?”, elaborado con fines didácticos en el marco del proyecto uruguayo Centros de Salud Libres De Homofobia, por el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (2012) y en colaboración con otras instituciones. En el video se recogen fragmentos de consultas de salud con poblaciones homosexuales que tratan de generar una reflexión y análisis crítico sobre la práctica profesional de atención primaria ante la diversidad sexual.

²⁰¹ Entre estos otros colectivos o comunidades, por ejemplo, se encuentran las poblaciones que padecen una enfermedad mental y sufren diversos tipos de discriminación en las consultas de atención primaria. En una noticia publicada por Fernández el 9 de octubre de 2013, se recoge que el Psiquiatra Ortiz Lobo declaraba que la atención sanitaria biomédica lejos de ser modélica: “no es equitativa: hay personas – como los inmigrantes sin papeles – que no tienen acceso a la sanidad pública si no pagan. Tampoco es integral: hay comunidades más o menos desarrolladas que otras”. Asimismo, afirmaba que el sistema biomédico relega a un segundo plano los factores socioculturales que rodean a las poblaciones: “en la enfermedad mental se examina un objeto –el cerebro–, y no la persona”. ¿Qué ocurre con su biografía, contexto, relaciones interpersonales, cultura, familia...? Una persona es mucho más que su cerebro”.

que en Estados Unidos la clase (entendida como nivel de educación, ocupación e ingresos), y no solo la raza, explicaba en gran medida las diferencias de mortalidad existentes entre las poblaciones minoritarias y el resto de la población.

Otros estudios (Shaw, Dorling y Davey, 2006: 196) advierten que los grupos étnicos minoritarios como, por ejemplo, las personas desempleadas, refugiadas políticas, migrantes pobres, las minorías étnicas y las personas sin hogar se encuentran con frecuencia en circunstancias socioeconómicas precarias dentro de los países, y por ello experimentan a menudo una peor salud. Si bien, subrayan que estas condiciones pueden agravarse debido a los efectos adicionales que el prejuicio y el racismo añaden a los procesos de exclusión social de estos grupos (Shaw et al., 2006: 196). Así, se pone de relieve la necesidad de comprender el racismo para entender las desigualdades étnicas en salud (Nazroo y Willians, 2006: 260-261).

En relación a este último tipo de estudios, algunas investigaciones señalan que las poblaciones de distintas procedencias étnicas y geográficas, pueden experimentar y percibir en distintos grados discriminaciones étnicas o raciales respecto a la calidad de la atención sanitaria que reciben (Sorkin, Quyen y De Alba, 2010). Además, otros estudios realizados con la finalidad de mejorar esta situación, enfatizan la importancia de conocer la percepción de experiencias negativas en el proceso de atención sanitaria que experimentan las poblaciones inmigrantes. Subrayan así que es necesario capacitar al personal de salud para mejorar el intercambio de información con estas poblaciones, y con ello que puedan averiguar cuáles son sus necesidades y expectativas sobre la enfermedad y el tratamiento adecuado (Suurmond, Uiters, de Bruijne, Stronks y Essink-Bot, 2011).

En el marco de la investigación en salud pública que tiene lugar sobre estos aspectos al sur de Europa, se reconoce que la pertenencia a otra etnia (inmigrante o autóctona) tiene consecuencias para la salud de las poblaciones. Asimismo, como hemos visto, existen antecedentes históricos al respecto en el campo del trabajo científico biomédico relativo a las poblaciones gitanas. Sin embargo, también se observa que el reconocimiento del racismo como determinante social de la salud es todavía muy reciente (Gil-González et al., 2007: 431-432):

[Discurso desde la profesión de salud pública] En el caso de España, los antecedentes al estudio de este tema [*racismo*] se encuentran en el abordaje de las desigualdades sociales, la discriminación y las consecuencias sobre la salud que afectan al pueblo Rom, poniendo de manifiesto la necesidad de

que se realicen más estudios dirigidos a este grupo étnico. Si bien la principal hipótesis de trabajo al respecto considera los efectos del racismo desde la perspectiva individual, la propia literatura científica destaca la importancia de considerar otras fuentes de perpetración: organizaciones sociales, instituciones, leyes, políticas o prácticas. Es el denominado racismo sistémico Una aproximación al fenómeno desde la perspectiva sistémica implicaría, fundamentalmente, evaluar la calidad de la atención sanitaria como institución pública y/o privada. Como población especialmente afectada, sería conveniente poner la atención en los inmigrantes económicos y los pertenecientes a otras etnias, sin olvidar que los grupos étnicos autóctonos o nacionalizados pueden también padecer el problema, como son los propios inmigrantes de segunda o tercera generación. El fenómeno es complejo en España, ya que, a diferencia de otros países europeos, se ha convertido en un destino para la inmigración relativamente reciente, encontrándose en un proceso de integración social de los diferentes colectivos, y conformando así una nueva estructura social caracterizada por la diversidad... Igual que ocurre en otros países, la relación entre el racismo y la salud debería ser un tema pertinente y relevante para la salud pública española. Conocer los cambios sociales y adaptar la investigación a la exploración de nuevos riesgos identificados para la salud es una necesidad para profesionales e investigadores.

En esta línea, actualmente, la perspectiva biomédica al sur de Europa comienza embrionariamente a tipificar la identidad étnico-cultural y/o la procedencia geográfica unas veces como determinantes de desigualdad social, otras como dimensiones de desigualdad sociocultural y otras como una mezcla en la que es difícil separar ambos planos. Los usos acerca de estas categorías socioculturales parten de su reconocimiento como diferencias que pueden derivar en situaciones de discriminación y, por tanto, constituirse como importantes factores de desigualdad social o sociocultural en la salud de las poblaciones inmigrantes.

En muchos casos, la identificación y caracterización que se realiza sobre estos aspectos no se produce de forma única o aislada. Las diferencias socioculturales etno-culturales y geográfico-nacionales que se identifican con las personas que migran al sur de Europa, discurren en paralelo al reconocimiento de múltiples y distintas dimensiones socioculturales que causan discriminación y que se entrecruzan entre sí en su salud. Un ejemplo son los cruces relativos a la clase social, el género y el país de origen o nacimiento (Borrell y Artazcoz, 2008; Borrell, Muntaner, Sola, Artazcoz, Puigpinos, Benach y Noh, 2008; Borrell, Muntaner, Gil-González, Artazcoz, Rodríguez-Sanz, Rohlf, Pérez, García-Calvente, Villegas y Álvarez-Dardet, 2010).

En relación a estas cuestiones, algunos estudios concluyen que la discriminación al sur de Europa afecta a los grupos constituidos por las “mujeres”, por las poblaciones que son originarias de “países de bajos ingresos” y particularmente por “inmigrantes” (Gil-González, Vives-Cases, Borrell, Agudelo-Suárez y Álvarez-Dardet, 2013). Otros estudios muestran que la población inmigrante constituye uno de los grupos con mayor vulnerabilidad de sufrir problemas de “violencia”, siendo la discriminación el primer

factor percibido respecto a esta situación (Colorado-Yohar, Tormo, Salmerón, Dios, Ballesta y Navarro, 2012). A ello se suma el bajo nivel educativo en el caso de la población inmigrante latinoamericana y la violencia de pareja en la población inmigrante marroquí, de forma que ambos grupos tienen una tasa de prevalencia de violencia mayor que la población “española o nativa” y que además es divulgada en menor medida (Colorado-Yohar et al., 2012).

De modo semejante, la perspectiva sociocultural explora que la etnia y la raza, junto al género, las diferencias sexuales, la clase social y la diversidad funcional, entre otras, son categorías identitarias que pueden producir discriminación y desigualdad sociocultural, tanto en sí mismas como de forma interrelacionada en su intersección (Hill, 1998; Knudsen, 2006). Se advierte así que existe una intersección entre determinadas diferencias socioculturales a la hora de naturalizar desigualdades y discriminaciones socioculturales. Por ejemplo, aquella que se refiere a la relación entre las categorías socioculturales de clase, raza y género y que muestra cómo, por qué y en qué contexto socio-político y cultural pueden ser constitutivas de desigualdad social (Stolcke, 2000).

Ante estos aspectos, se recoge la necesidad de adoptar una perspectiva de gestión de la diversidad antiesencialista que haga posible sostener una concepción de las identidades como fragmentarias. De esta forma, en lugar de que se constituyan como cerradas y opuestas, deben conformarse como abiertas, facilitadoras de las afinidades y que permitan reconocer el entrecruce de las múltiples y diversas diferencias existentes (Haraway, 1995: 31). Es decir, este tipo de orientación teórica alerta acerca del peligro que encierra el reduccionismo de asignar a las poblaciones a un grupo u otro. Desde esta posición no se advierte que las poblaciones pueden estar y transferirse entre grupos, en un momento y lugar concreto, constituyendo una configuración histórica localmente integrada (Lurbe, 2008: 81):

De ahí que, más allá de la definición intersubjetiva y la dialéctica entre las polaridades del binomio «ipse-alter», se da la coexistencia de una diversidad de figuras sociales de alteridad. Tales figuras sociales inter-actúan y se inter-configuran dando lugar a un juego complejo de figuras que se interpelan las unas a las otras, que nos hablan las unas de las otras y con las otras, y que, más importante aún, se hallan en interseccionalidad (Crenshaw, 2005) tanto en el espacio social, como en la constelación identitaria del actor social (Lurbe, 2008: 81).

Son precisamente algunos de estos aportes acerca de la interseccionalidad los que en el momento actual están transitando hacia la perspectiva biomédica. Lo hacen cuando ésta tiene como propósito incorporar mediante los conceptos clave de determinantes de las

desigualdades sociales en salud, los aportes más avanzados que proceden de las ciencias sociales acerca de las dimensiones de las desigualdades socioculturales en salud.

A la par, en el ámbito internacional también encontramos investigaciones biomédicas que ponen de relieve cómo las explicaciones acerca de los resultados de salud en poblaciones inmigrantes, aluden en exceso a la cultura mediante el concepto de aculturación. Estas investigaciones ensombrecen el impacto que los factores estructurales pueden tener sobre las desigualdades sociales en su salud. Las deficiencias que se aprecian en estas interpretaciones culturales, plantean la necesidad de cambiar los marcos teóricos que se basan en la cultura individual, por la incorporación de nuevas perspectivas teóricas socioculturales que analicen cómo las múltiples dimensiones de la desigualdad socioculturales se interrelacionan e impactan sobre la salud de las poblaciones inmigrantes (Viruell-Fuentes, Miranda y Abdulrahim, 2012).

Por otro lado, desde hace más de una década, el sur de Europa no es ajeno al interés que suscita el fenómeno de las migraciones internacionales en el campo de la salud (Gijón et al, 2006b y 2008; Jiménez et al., 2009). Este interés se traduce en el incremento progresivo de tesis doctorales²⁰² que abordan las relaciones existente entre inmigración y salud desde las ciencias sociales (Goldberg, 2004; Mendiguren, 2006; Lurbe, 2006; Meñaca, 2007; Rico-Becerra, 2007; Lahib, 2008; Brigidi, 2009; Paúcar, 2009; Herzog, 2009; Solé, 2009; Antonin, 2010; González Torralbo, 2010; Prada, 2010; Bernal, 2010; Bello, 2013). De igual modo, paralelamente se ha originado un aumento de tesis doctorales que abordan el estudio de la inmigración desde el campo de las ciencias de la salud (Roca, 2003; Vázquez Vela, 2005; Eustaquio, 2006; Parrilla, 2006; Gallart, 2007; Sanz, 2007; Vera, 2008; Tamarit, 2008; Porthé, 2009; García, 2009; Vall-llosera, 2010; Eráns, 2011; Yebra, 2012; Pérez Ramírez, 2012; Burón, 2012; Sanchón, 2012; Font Corominas, 2012; Paz, 2013; Valerio, 2013). Sobre distintas temáticas y desde distintos enfoques y perspectivas teóricas, estas investigaciones están contribuyendo a la producción de conocimiento científico sobre el fenómeno de la inmigración y su relación con el modelo médico hegemónico al sur de Europa.

²⁰² Para ampliar esta consulta, véase el repositorio de tesis doctorales sobre migraciones, exclusión social y cultural, racismo, xenofobia, minorías étnicas e interculturalidad del Centro de Documentación en Interculturalidad (CdDI) del Instituto de Migraciones de la Universidad de Granada.

Igualmente, numerosas investigaciones biomédicas comienzan a abordar el estudio de los distintos determinantes sociales y/o dimensiones socioculturales de la salud que se relacionan con las condiciones de vida y de la salud de las poblaciones inmigrantes que llegan al sur de Europa.

Entre los temas más recurrentes, por ejemplo, algunas destacan la condición de inmigrante, el aspecto físico, el lugar de trabajo, el tipo de empleo o la demanda laboral limitada y precaria a la que se enfrentan, la exposición a riesgos laborales, la precariedad laboral, las condiciones de trabajo, los contratos de empleo y la salud laboral como determinantes sociales o dimensiones socioculturales que están interrelacionadas entre sí en diferentes modos y que dan lugar a situaciones de discriminación entre las poblaciones inmigrantes por motivos de trabajo de forma que pueden incidir en su salud (Parra, Fernández, García, Ayestarán y Extramiana, 2006; Agudelo-Suárez, Gil-Gonzalez, Ronda-Perez, Porthé, Paramio-Perez, García y Gari, 2009; García, López, Agudelo-Suárez, Ruiz-Frutos, Ahonen y Porthé, 2009; Porthé, Ahonen, Vázquez, Pope, Agudelo-Suárez, García, Amable, Benavides y Benach, 2010; Agudelo-Suárez, Ronda-Pérez, Gil-González, Vives-Cases, García, Ruiz-Frutos, Felt y Benavides, 2011; Ronda-Pérez, Benavides, Levecque, Love, Felt y Van, 2012; Solé, Diaz-Serrano y Rodríguez, 2013)²⁰³.

Otros determinantes sociales y/o dimensiones socioculturales que el ámbito biomédico relaciona con las poblaciones inmigrantes se refieren a los siguientes aspectos, entre otros²⁰⁴:

- a. el estado de salud y la autopercepción de salud (Ballesteros, Anaya, Cámara, López, Pagan y Ghelichkhani, 2005; Díaz, 2005; Pardo, Engel y Agudo, 2006; Soler-

²⁰³ Históricamente, desde la profesión del trabajo social la dimensión “empleo, trabajo y salario” se ha subrayado como un elemento primordial a enfatizar en la intervención social a realizar con personas dependientes o que podrían considerarse vulnerables como ocurre en el caso del tratamiento que reciben las poblaciones inmigrantes en el ámbito biomédico, así lo dice Richmond en 1922 respecto al trabajo social de casos: “cuando una persona está enferma, y cito el informe que yo misma escribí tras la crisis de 1907-1908, podemos curarla; cuando no es buena, podemos tratar de reformarla; pero cuando está sin trabajo, solo hay un remedio efectivo para sus problemas y éste es, pura y simplemente, trabajo y salario” (Richmond, 1995: 16).

²⁰⁴ Las referencias bibliográficas que acompañan a la descripción de estos aspectos, son solo un botón de muestra de los principales resultados obtenidos y más actuales en la aplicación del diseño de revisión exhaustiva de la literatura biomédica que hemos llevado a cabo para recuperar el discurso científico sobre inmigración y salud a través de la base de datos bibliográfica *Medline*.

- González, 2008; López-Lázaro, 2008; Salinero-Fort, Jiménez-García, del Otero-Sanz, de Burgos-Lunar, Chico-Moraleja, Martín-Madrado y Gómez-Campelo, 2012),
- b. la utilización, la accesibilidad y la frecuentación de los servicios sanitarios (Soler-González, 2008; Soler-González, Serna, Rué, Bosch, Ruiz y Gervilla, 2008; López-Lázaro, 2008; Hernández-Quevedo y Jiménez-Rubio, 2009; Sanz et al., 2011; Gimeno-Feliu, Macipe-Costa, Dolsac, Magallón-Botaya, Luzón, Prados-Torres y García-Campayo, 2011; Calderón-Larrañaga, Gimeno-Feliu, Macipe-Costa, Poblador-Plou, Bordonaba-Bosque, Prados-Torres, 2011; Muñoz, Pastor, Pujol, Del Val, Cordero y Hermsilla, 2012; Carmona et al., 2014),
 - c. el tratamiento de enfermedades infecciosas, tropicales e importadas nuevas o emergentes (Sanz y Blasco, 2007; Monge-Maillo, Jiménez, Pérez-Molina, Norman, Navarro, Pérez-Ayala, Herrero, Zamarrón y López-Vélez, 2009; Ramos, Tello, Torrús, Amador, Arjona, Caro, Cuadrado, Gallegos, Jover, Martínez-Peinado, Pérez-Chacón, Ponce y Gutiérrez, 2012; Monge, Alejos, Drona, Del Romero, Iribarren, Pulido, Rubio, Miró, Gutierrez y Del Amo, 2013; Coll, Torre-Cisneros, Calvo, Garrido y Matesanz, 2013; Salvador, Molina, Sulleiro, Burgos, Curran, Van den Eynde, Villar, Navarro, Crespo, Ocaña, Ribera, Falcó, Pahissa, 2013),
 - d. el empleo de vacunaciones (Oviedo, Muñoz, Carmona, Borrás, Batalla, Soldevila y Domínguez, 2012),
 - e. la salud sexual, salud reproductiva, utilización de métodos anticonceptivos y atención prenatal, embarazo, parto y postparto (Sanjuán, Villaverde, Elías, Rodríguez, Yagüe y Blasco, 2012; Martínez-García, Olvera-Porcel, de Dios Luna-Del Castillo, Jiménez-Mejías, Amezcua-Prieto y Bueno-Cavanillas, 2012; Jiménez-Puente, Benítez-Parejo, Del Diego-Salas, Rivas-Ruiz, Maañón-Di Leo, 2012; Castelló, Río, Martínez, Rebagliato, Barona, Llácer y Bolumar, 2012),
 - f. la violencia de género (Vives-Cases, Gil-González, Ruiz-Pérez, Escrivà-Agüir, Plazaola-Castaño, Montero-Piñar y Torrubiano-Domínguez, 2010),
 - g. los estilos de vida (Carrasco-Garrido, Gil de Miguel, Hernández Barrera, Jiménez-García, 2007; Valero-Juan, 2012),
 - h. los usos de drogas (González-López, Rodríguez-Gázquez y Lomas-Campos, 2012),
 - i. los hábitos de alimentación (Creighton, Goldman, Pebley y Chung, 2012),

- j. el apoyo social (Hernández-Plaza, Pozo-Muñoz y Alonso-Morillejo, 2004; Gracia y Herrero, 2006; Hernández-Plaza, Alonso-Morillejo y Pozo-Muñoz, 2006; Rodríguez, Lanborena, Errami, Rodríguez, Pereda, Vallejo y Moreno, 2009),
- k. la integración social (Herrero, Gracia, Fuente y Lila, 2012; Fuente y Herrero, 2012),
- l. el estrés de la adaptación sociocultural (Zarza y Sobrino Prados, 2007),
- m. la somatización (Aragona, Rovetta, Pucci, Spoto y Villa, 2012) y la salud mental.

En definitiva, por un lado, la llegada de población inmigrante al sur de Europa ha incrementado el interés de las profesiones de la salud por reflexionar y debatir acerca del problema y/o el desafío de cambiar o adaptar el modelo biomédico de atención de acuerdo a las nuevas dimensiones socioculturales que se relacionan con las poblaciones inmigrantes (Vázquez-Villegas, 2002; Vázquez-Villegas, 2006; Fuertes et al. 2010). Por otro lado, ha aumentado la inquietud por destacar las características, los problemas o las dificultades que se relacionan con las percepciones y experiencias de utilización y acceso a los servicios de salud por parte de las poblaciones inmigrantes (Ramos, García, Prieto y March, 2001; Esteva, Cabrera, Remartinez, Díaz y March, 2006; García-Campayo, González, Buil, García Luengo, Caballero y Collazo, 2007; Soler-González, 2008; Soler-González et al., 2008; Gimeno-Feliu et al., 2011; Calderón-Larrañaga et al., 2011).

También se observan otras consideraciones que tratan de aunar las inquietudes y/o resoluciones que generan ambos tipos de cuestiones. Para ello se plantean interrogantes acerca de cómo debe ser la atención sanitaria y la relación entre profesionales de la salud y las poblaciones inmigrantes ante la nueva diversidad (Vázquez et al., 2011). Desde esta posición, fundamentalmente se interrogan sobre los aspectos similares o diferentes que están presentes en los encuentros asistenciales con poblaciones inmigrantes frente a las poblaciones autóctonas (Pertúñez y Clusa, 2008).

En la mayoría de los discursos socio-profesionales se advierte que en muchas ocasiones el reconocimiento de las dimensiones socioculturales en las poblaciones inmigrantes se aborda desde una posición de respeto igualitario hacia el otro y la otra. Sin embargo, también se observa cómo la incorporación de la perspectiva de diversidad en el ámbito de la atención primaria depara dificultades de diversa índole.

Entre ellas suele apreciarse el empleo de categorizaciones que específicamente pueden dar lugar a valoraciones, estereotipos y representaciones socioculturales en el encuentro

asistencial con las poblaciones inmigrantes. Estas categorizaciones implícitamente se producen con el propósito de organizar la gestión de la diversidad en el ámbito biomédico. De esta forma, se separa a las poblaciones en grupos socioculturales diferentes y diferenciados a partir de los que se construye la propia identidad de pertenencia a uno de ellos (Tajfel, 1978):

[Discurso desde la profesión de medicina] En este estudio el concepto de salud lo articulan las diferentes culturas en relación a tres áreas.

[Primera] En el mantenimiento del cuerpo todas las culturas dan importancia a la alimentación, aunque cada cultura hace referencia a determinados alimentos de su país de origen, bien a la calidad o la preparación de los mismos. Así los latinos echan de menos el arroz y las “arepas”, los marroquíes la frescura de las frutas y verduras y los guineanos el pescado. Es importante para el profesional sanitario el conocimiento de las conductas alimentarias de los inmigrantes, tanto para una posible intervención como herramienta para facilitar el diagnóstico o para prescribir unas determinadas conductas encaminadas a la salud del inmigrante. En el cuidado del cuerpo también incluyen la importancia de la higiene sobre todo los latinoamericanos y éstos también dan mucha importancia a la práctica del deporte y a la salud bucodental. Los marroquíes sobre todo dan importancia a una buena higiene del sueño.

[Segunda] En la representación imaginaria de la enfermedad hay que considerar varios aspectos. Por una parte el diferente valor de algunos síntomas o signos en algunas culturas, como la hematuria que puede ser signo de virilidad y no llevar al subsahariano a consultar por ello. La religión es especialmente importante para los musulmanes, lo que orienta la explicación de salud y enfermedad. Así entienden que se da la enfermedad como un desequilibrio entre cuerpo y alma y que puede ser efecto del incumplimiento de las normas que rigen los preceptos religiosos y hace al individuo responsable de la enfermedad. En la cultura latina el concepto de enfermedad está más ligado al cuerpo; dan mucha importancia a la exploración física, pruebas complementarias y empleo de tecnología para saber el diagnóstico de la enfermedad. Sin embargo los africanos son a veces muy reacios a que se les realice extracciones de sangre, por el vínculo que han vivido entre la sangre y diversas prácticas de brujería y magia negra.

[Tercera] La relación que establece el inmigrante entre el cuerpo y su representación imaginaria de la enfermedad, hace que siga una serie de normas o conductas. Es necesario que el profesional sanitario que atiende al inmigrante tenga en cuenta la importancia que para éste han tenido la práctica de medicinas alternativas tradicionales en su país de origen o incluso una vez asentado ya en España, puesto que puede interferir en su práctica médica habitual. Es necesario distinguir entre “curanderismo” y “remedios caseros”. El “curandero” sobre todo para los latinoamericanos deja de tener importancia al venir a España, sobre todo por el fácil acceso que tiene ahora a la medicina tradicional [se refiere a la medicina científico-occidental] y la práctica del curanderismo la asocian más a la falta de dinero y de cultura de su país. Los africanos son más reacios a hablar de este tema y es posible que sigan todavía creyendo en este tipo de medicina. Por otra parte el conocimiento del tipo de “remedios caseros” que ha podido emplear el inmigrante brinda una oportunidad al sanitario de establecer vínculos con los pacientes y escucharlos (Fuertes y Martín, 2006: 10).

En relación a estos aspectos, la medicalización de la diversidad a través de las poblaciones inmigrantes viene a continuar un “proceso histórico de creación y sanción de los grupos desviados y marginales, y tiene, por tanto, una especial relevancia en la dinámica de inclusión/exclusión de los inmigrantes en nuestra sociedad” (Otero, 2011: 21).

Además, todos estos nuevos aspectos se afrontan desde los elementos universales programáticos que caracterizan a la atención primaria. Respecto a estos elementos,

como apuntábamos a lo largo del estudio sobre el contexto de la atención primaria, todos ellos se relacionan con la incorporación de la dimensión social en salud, de modo que en cierto modo ya introducen la perspectiva de diversidad en salud.

Por ejemplo, entre las características referenciadas por Vanselow et al. (1995: 192) el propósito de prestar una atención primaria accesible, ya incluye el hecho de que se elimine cualquier tipo de barreras administrativas, económicas o socioculturales en los encuentros asistenciales con las poblaciones sean éstas inmigrantes o no. También, el que esta atención sea responsable incorpora elementos tan variados como, por ejemplo, que la atención sea de calidad, que las poblaciones estén satisfechas con la atención recibida y que se procure prestar una atención ética que evite la aparición de valores, estereotipos y representaciones socioculturales.

Asimismo, el prestar una atención en el contexto familiar y comunitario invita a incorporar la diversidad de aspectos que se relacionan con las dimensiones socioculturales y no solo con los determinantes sociales. Así, todos ellos de una manera u otra están presentes en los procesos de atención a la salud y la enfermedad de las poblaciones inmigrantes. Igualmente, estimula el hecho de tener que buscar, indagar o salir a observar estos aspectos fuera de las consultas, una práctica que no constituyen una experiencia nueva en el ejercicio de la biomedicina:

El médico para ser lo que debe ser, no debe limitarse a hacer curaciones, a esperar que se presenten enfermos; ha de penetrar el medio; ha de interesarse por todos los aspectos de la vida del pueblo, cuya protección es su propósito (Kuczynsk-Godard, 1942)²⁰⁵.

4.2.2 PERCEPCIONES SOBRE EL FENÓMENO DE LA INMIGRACIÓN DESDE SALUD

El efecto de los cambios socioculturales en el campo de la salud no es un aspecto novedoso del siglo XXI. Tampoco está asociado únicamente al incremento de las migraciones internacionales, ni a la influencia que éstas ocasionan en los contextos etno-nacionales y/o etno-regionales, socioculturales e históricos de los lugares de llegada.

²⁰⁵ Kuczynsk-Godard (1890-1967) fue un médico alemán de nacionalidad peruana, que desarrolló su labor de patólogo y salubrista en las zonas rurales de la Amazonía y los Andes peruanos. Así, “para conocer a fondo los problemas médicos de las distintas poblaciones y determinar estrategias sanitarias adaptadas al medio y sus habitantes, Kuczynski-Godard empleó metodologías de investigación muy diversas: analizó las condiciones geográficas y el clima, realizó estudios de antropología física, registró meticulosamente la situación socioeconómica de pueblos, calles, casas y familias, y analizó los hábitos alimenticios y de higiene. Practicó lo que algunos años más tarde en la antropología social y cultural se iba a llamar “observación participativa”, pero con un enfoque claramente médico” (Knipper y Salaverry, 2010: 146).

Además, las migraciones internacionales no constituyen un fenómeno nuevo (Gijón, 2010), no responden siempre a las mismas causas, ni tienen lugar en un espacio geográfico determinado (Castillo, 2002). Sin embargo, hoy día, ciertamente asistimos a un proceso de globalización de las migraciones internacionales que presentan unas dimensiones inusitadas a través del gran número de países implicados, y de los rasgos acusadamente distintos que plantea respecto a los de cualquier otra época mediante la multiplicación de las rutas migratorias (Arango, 2007).

Todos estos aspectos ocasionan que las transformaciones socioculturales en los contextos sanitarios y/o biomédicos se relacionan frecuentemente con las consecuencias de los movimientos migratorios de poblaciones. En este marco, desde los años noventa del siglo XX, la acentuación internacional de los flujos migratorios y las transformaciones socioculturales, políticas y económicas que éstos acarrearán en el sur de Europa, hacen que la biomedicina y el personal profesional de la salud no sean ajenos a sus resultados.

Por un lado, desde el modelo de atención primaria los cambios socioculturales se suceden en relación a las poblaciones con las que interactúa y con respecto a las sociedades de las que forma parte. Cambian las poblaciones usuarias²⁰⁶ y el personal profesional de la salud²⁰⁷ de los servicios de salud. Al mismo tiempo que se transforman

²⁰⁶ El aumento de poblaciones inmigrantes ha dado lugar a llamativos titulares de prensa en la última década. Entre ellos, por ejemplo, destacamos aquellos que ponen de relieve la relación que se establece en torno a las variables país de nacimiento y país de nacionalidad en relación a la conceptualización de las poblaciones inmigrantes. Como botón de muestra, a este respecto el 18 de febrero de 2007, La opinión de Granada publicaba que “la cifra de recién nacidos de padres foráneos se dispara en solo 5 años” y a continuación aclaraba que “el fenómeno de la inmigración ha provocado que los granadinos nacidos de parejas extranjeras o mixtas pasen de 176 en 2000, a 812 en 2005”. Por otro lado, encontramos aquellas noticias que hacen una distinción entre las variables inmigrante y extranjero/a, de forma que la segunda remite a poblaciones procedentes de Europa. Así, el 30 de octubre de 2006, Ideal publicaba “cada vez más extranjeros se instalan en Granada para operarse gratis” y añadía “el ‘turismo sanitario’ practicado por los jubilados europeos crece un 15% en un año en nuestra provincia. Además de la cirugía, buscan medicinas sin coste para sus dolencias crónicas”.

²⁰⁷ A partir del año 2005, el sur de Europa se ha convertido en un destino laboral elegido por personal profesional médico procedente de otros países, “especialmente de los de habla hispana, en busca de formación médica postgraduada” (Curso MIR, 2013). Además, simultáneamente se producen movimientos de emigración de personal médico del sur de Europa hacia otros países de la Unión Europea. En relación a estos aspectos, por ejemplo, Lopera el 7 octubre de 2007 en Ideal, hacía referencia a la polémica surgida en torno a la contratación de ocho profesionales médicos y médicas procedentes de Polonia en un hospital andaluz. El debate giraba en torno a que el centro se vio en la necesidad de contratar a una traductora para resolver las limitaciones de idioma del nuevo personal médico. Actualmente, debemos señalar que algunos medios informan acerca de cómo influye la crisis económica en el descenso de la llegada de profesionales de la medicina procedentes de otros países al sur de Europa, de forma que ahora eligen como principales lugares de destino “Sudamérica, Alemania y Reino Unido” (Cristóbal, 11 de diciembre de 2012, Redacción Médica). Del mismo modo, a raíz de la crisis económica el personal profesional de la medicina y de enfermería del sur de Europa decide emigrar (Sahuquillo, y

los barrios en los que se ubican los centros de salud y los contextos socioculturales en los que éstos se sitúan²⁰⁸. Todo ello da lugar a una nueva configuración histórica y sociocultural del espacio de atención sanitaria en la organización biomédica.

De este modo, todos y todas se enfrentan y adaptan a los cambios: las instituciones biomédicas, el personal profesional de la salud y las poblaciones, sean éstas inmigrantes o no. Si existen percepciones y actitudes de desconocimiento, discriminación, etnocentrismo, racismo y/o rechazo ante el fenómeno de la inmigración en las poblaciones de los lugares de llegada, también pueden existir en el entorno biomédico y entre el personal profesional de la salud que los atiende en los centros de salud. Los encuentros asistenciales con las poblaciones inmigrantes, se constituyen así como el resultado de procesos de organización de la diversidad que pueden explicarse a través de los discursos socio-profesionales sobre la construcción sociocultural de la diferencia.

Por otro lado, los cambios socioculturales que acarrea la intensificación de las migraciones internacionales, además, intervienen en que paralelamente se investigue y se preste cada vez más atención sobre la salud de las poblaciones inmigrantes en la esfera global. El interés biomédico se basa en la premisa de que el aumento de las migraciones sobre los procesos de salud y enfermedad, amenaza al bienestar de las poblaciones inmigrantes y al éxito de su integración en los lugares de llegada (Ingleby, 2009). No obstante, también se asienta fundamentalmente en la tendencia en destacar las consecuencias y el impacto que el fenómeno de la inmigración causa en la salud de las poblaciones y en los sistemas biomédicos a donde llegan (Fuertes y Martín, 2006).

La transformación del sur de Europa en un país de inmigración transcurre en una etapa de crecimiento económico y de empleo, actualmente en fase de agotamiento, que ha

Sevillano, 6 de agosto de 2012, El País). Este es el caso del personal médico joven que se encuentra entre optar por la precariedad laboral o la emigración principalmente a Reino Unido, Alemania, Francia y Suecia, así como del personal médico extranjero que se forma en el sur de Europa y se inclina igualmente por marcharse una vez que termina su proceso de especialización (Sevillano, 1 de junio de 2013, El País). Por último, otro aspecto a destacar en el cambio experimentado por el personal profesional de la salud se refiere al proceso de feminización de las profesiones de la salud en el sur de Europa (Hernansanz et al., 2012; Delgado-Sánchez et al., 2011; Saletti-Cuesta, 2013).

²⁰⁸ Algunas noticias tratan de poner de manifiesto los cambios socioculturales que se producen en las sociedades de acogida a raíz de la llegada de poblaciones inmigrantes. Como muestra Valverde, el 25 de septiembre de 2006 en El País, pone de relieve cómo tiene lugar la celebración del Ramadán en Andalucía entre un grupo de jóvenes universitarias pertenecientes a la “comunidad islámica”. Por su parte, Parra, el 4 de septiembre de 2007 en Ideal, subraya que un estudio universitario destaca que los y las jóvenes inmigrantes comen mejor que “los de aquí”, de modo que tienen menos riesgo de sufrir obesidad y diabetes.

contribuido a que la inmigración se visualice en mayor medida y a que se debata sobre su impacto en los sistemas de protección social (Moreno y Bruquetas, 2011). Desde la biomedicina el interés que suscita el fenómeno de la inmigración, en ocasiones la ha situado en el centro del debate de la política de protección de la salud. Igualmente, la ha posicionado en un eje importante de discusión sobre las intervenciones a realizar para atender la salud y la enfermedad de las poblaciones inmigrantes desde los sistemas biomédicos autonómicos. Se plantean así nuevas cuestiones en torno a los encuentros asistenciales con las poblaciones inmigrantes, que oscilan entre el planteamiento del origen de nuevos problemas y desafíos en la atención:

[Discurso desde la profesión de medicina] A finales del siglo XX, se inició un fenómeno nuevo en nuestro país, la inmigración de personas procedentes de países en desarrollo. Este fenómeno ha supuesto nuevas preguntas: ¿inmigrantes portadores de nuevas enfermedades?, ¿nuevos problemas de salud asociados a pobreza y marginación?, ¿dificultades para el acceso a servicios sanitarios? ... La atención médica actual está creada para una población culturalmente homogénea, nos encontramos en una situación de "medicina transcultural". La atención médica al paciente inmigrante debe ser cuidadosa y respetuosa, basada en una relación de escucha, explicación, reconocimiento, recomendación y negociado (Ballesteros et al., 2005: 516-517).

Sin embargo, el análisis y la reflexión sobre las situaciones y necesidades en salud de las poblaciones inmigrantes en las sociedades "de origen", son escasamente consideradas en los discursos socio-profesionales (macro y micro) sobre el encuentro asistencial con ellas²⁰⁹. En relación a este aspecto, cabe señalar que orientar el punto de mira en las sociedades de acogida no es algo exclusivo del sector salud, sino que se trata de una

²⁰⁹ En relación a este aspecto cabe mencionar que las referencias a los contextos de origen se realizan desde una visión etnocéntrica y biomedicocéntrica mediante la que se trata de valorar las situaciones y necesidades en salud de las poblaciones inmigrantes en y desde los contextos de acogida. Por ejemplo, una noticia publicada el 27 de octubre de 2005 en El Mundo, comunicaba el inicio de un programa informático para conocer el estado de vacunación de las poblaciones inmigrantes en la comunidad valenciana. Para ello se informaba sobre cómo el programa ofrecía información sobre los calendarios de vacunas de más 30 de países, que fueron seleccionados en función del porcentaje de inmigrantes más presentes en ese momento en el sur de Europa. De este modo "introduciendo el nombre del país y la edad del inmigrante, el médico podrá saber qué vacunas debería haber recibido en función de su edad y su país de procedencia, pero también cuál es la tasa de cobertura allí". El programa también recogía la posibilidad de comparar el calendario de vacunación del sur de Europa con el del país de origen, para saber qué vacunas le corresponderían teóricamente. Por último, contenía información útil para "viajeros/as". En definitiva, la noticia ponía de relieve que "la presencia de inmigrantes en las consultas de cabecera, primer punto de entrada al sistema sanitario, es cada día más frecuente y, a menudo, fuente de muchos malentendidos por motivos culturales, de religión o idioma. En este sentido, el director de la Unidad de Vacunología ..., ha destacado la existencia de "muchas bolsas de población sin vacunar que son responsables de la aparición de brotes epidemiológicos". A su juicio, una aplicación como ésta permitirá solucionar problemas de interpretación de las cartillas de vacunación que presentan muchos inmigrantes en las consultas, "y que muchas veces no entendemos porque parecen jeroglíficos" y que incluso a veces están falsificadas".

característica general de las investigaciones que abordan el aspecto migratorio desde diversos ámbitos (Ribas, 2004).

De esta manera, los discursos socio-profesionales tratan de tener en cuenta cómo se relacionan los determinantes sociales estructurales de las sociedades “de acogida” con la salud de las poblaciones inmigrantes. Pero apenas examinan la influencia de los contextos socioculturales, políticos y económicos de las sociedades de origen sobre su salud. Esto ocurre a pesar de que mayoritariamente observan que las poblaciones inmigrantes se desplazan por razones económicas y/o laborales, así como por la búsqueda de una mayor calidad de vida y/o bienestar. Así, advierten que proceden fundamentalmente de sociedades calificadas bajo los términos de países “pobres”, “de bajos ingresos”, “subdesarrollados” o “en desarrollo”. Además, frecuentemente indican que estos países cuentan con indicadores de salud inferiores o más bajos a los de las sociedades de acogida, si bien subrayan que la población inmigrante presenta un nivel de salud superior al de la media de sus países.

No obstante, de igual modo, son escasas las referencias a las políticas de bienestar y a las características político-institucionales de los sistemas de atención sanitarios biomédicos hegemónicos en las sociedades de origen de las poblaciones inmigrantes. Cuando se describen estos aspectos, además, se parte de la consideración de que proceden de países con políticas de bienestar y sistemas de atención sanitarios biomédicos “similares”, “peores” o más “deficientes” en comparación al “nuestro”.

Esta escasa consideración hace que en algunos casos los discursos incluso parezcan obviar que las poblaciones inmigrantes han tenido un contacto previo con los saberes y experiencias científico-técnicas propios de estos sistemas:

A primera hora, tras la llegada de la enfermera Marina (E6) a la consulta, el primer comentario que intercambian tiene que ver con la programación de la consulta de la mujer. El doctor Pedro (M4) le pregunta “¿cuántos embarazos tenemos hoy?”, y la enfermera Marina (E6) contesta veintisiete. A continuación, Marina (E6) me aclara “*bueno hay una mujer que viene de Canarias pero trae sus papeles de consultas anteriores, hay una negra, de Senegal, que no tiene consultas previas y en su país seguro que no se las han hecho*” (Diario de campo, Centro Sierra Norte, martes 8 de febrero de 2005).

En otros casos incluso destacan que en el caso de las poblaciones inmigrantes los encuentros asistenciales en las sociedades de origen se han podido establecer en mayor medida con modelos médicos populares, tradicionales o alternativos y, por tanto, distintos al hegemónico.

En las ocasiones en que sí se hace referencia a los sistemas biomédicos de las sociedades de origen de las poblaciones inmigrantes, se dan por conocidas las características de los mismos. Así, unas veces se incluyen para establecer que son peores respecto a “nuestro” SNS. A este respecto fundamentalmente se refieren a que las sociedades de origen no cuentan con un modelo de atención primaria análogo al del sur de Europa y, por tanto, esto hace que las poblaciones desconozcan cómo funciona y que no estén acostumbradas a promover su salud y prevenir enfermedades. Por el contrario, otras veces tratan de no establecer diferencias entre el sistema de atención sanitario de origen y de acogida. Con este último propósito, se matiza que en sus países cuentan con sistemas biomédicos que presentan un funcionamiento “similar”, pero dejan fuera del análisis o de la reflexión las particularidades que caracterizan organizacionalmente a las estructuras biomédicas de origen.

Esto hace que principalmente se destaquen las ventajas que las “nuevas” sociedades y los sistemas biomédicos de acogida ofrecen sociocultural, política, y económicamente a las poblaciones inmigrantes:

Ellos vienen aquí, a España o a otros países, porque quieren mejorar su calidad de vida, y mejorar la calidad de vida no es solamente el tener trabajo o el comer, sino el mejorar su situación social, sus enfermedades, su sistema sanitario, etc. (Ana, M2).

... vienen porque... aquí se vive mejor que allí. Yo mira yo tenía un paciente subsahariano queee vivía con otros 20 ó 30 pacientes, que además estaban con la mafia de las, de las ventas eso que por mucho que ellos vendan del top manta no son suyos, ¿no? sino que ellos les dan comida y cama y no ganan casi nada más, ¡eh! y... trabajan muy duro, están trabajando todo el día. Y entonces yo le decía un día a este hombre le decía *“mira ¿y cómo te vienes? ¿cómo te vienes aquí a pasar tal y cual?”*, dice *“mira tú no sabes lo que es tener vestido, tú no sabes lo que es estar calzado, tú no sabes lo que es comer todos los días, tú no sabes lo que es dormir bajo techo”*, dice *“y sobre todo tú no sabes lo que es tener la tranquilidad de que no vienen para matarte”*. Por eso viene la gente (Julián, M5)

Especialmente se enfatiza el programático derecho universal a la salud y las supuestas facilidades que se ofrecen en el acceso a unos servicios biomédicos gratuitos y de calidad. Estos aspectos se subrayan como las principales nuevas ventajas en las condiciones de vida y de salud que comienzan a tener las poblaciones inmigrantes cuando llegan al sur de Europa. En el contexto de crisis económica actual, además, se remarcan los límites que presenta la accesibilidad “universal” a los servicios de salud en las poblaciones inmigrantes en situación jurídico-administrativa irregular, cuya concentración identifican en términos de lugares del sur de Europa:

Pues supongo que hay más en la zona de Levante de España Esos son los irregulares ¿no?, los que no tienen papeles y todo eso, ahí hay muchos en plan negro, como yo digo. Pero en plan

regularizado supongo que hay por todos los sitios, no sé dónde habrá más concentración, pero irregulares en Murcia, Almería... toda la costa (Irene, M7)

Sin embargo, estas dificultades se compensan con la voluntad o el humanitarismo socio-profesional con el que afrontan el prestar una atención universal y pública a todas las poblaciones. De igual modo, se contrarrestan con la percepción de igualdad bajo la que tratan de atender a todas las poblaciones con independencia de su situación jurídico-administrativa y, por tanto, también de su identidad étnico-cultural y/o procedencia geográfica.

Los discursos socio-profesionales fundamentalmente se centran así en la atención biomédica que se ofrece a las poblaciones inmigrantes en y desde los lugares de llegada. De este modo, específicamente hacen referencia a los cambios que se producen en la dinámica de los encuentros asistenciales con las poblaciones inmigrantes en comparación con las poblaciones autóctonas.

A este respecto, el papel de los determinantes sociales y dimensiones socioculturales sobre la salud de las poblaciones inmigrantes en las sociedades de origen, es escasamente considerado en los discursos socio-profesionales. Además, cuando se hace referencia a ellos el análisis pormenorizado es prácticamente inexistente.

Sin embargo, sí analizan y reflexionan sobre cómo se afrontan los “nuevos” determinantes sociales y dimensiones socioculturales que caracterizan a la interrelación entre los sistemas biomédicos y las poblaciones inmigrantes en los lugares de llegada. La mayoría de estas consideraciones tienen entre sus propósitos la finalidad de “mejorar” la atención prestada a estas poblaciones desde una perspectiva biomédica que en ocasiones transita hacia la sociocultural. De este modo, en todo momento, se observa que los discursos socio-profesionales se construyen desde las posiciones de poder, saber y experiencia que se desprenden de los distintos roles que desempeñan las profesiones de la salud y las poblaciones en los encuentros asistenciales.

Entre estos aspectos, por un lado, los discursos socio-profesionales examinan las diferentes condiciones de empleo y de trabajo, el nivel de ingresos y la situación socioeconómica, la vivienda y la situación material, y su relación sobre los factores psicosociales y los factores conductuales y biológicos (Comisión para reducir las Desigualdades en Salud en España, 2010: 7), como los principales aspectos que se

identifican con la salud y la enfermedad de las poblaciones inmigrantes en los lugares de origen.

Por otro lado, observan diferencias en los motivos y patrones de uso de los servicios biomédicos de las poblaciones inmigrantes en los lugares de llegada. También advierten la necesidad de adaptar los servicios de salud a los nuevos determinantes sociales y dimensiones socioculturales de la salud y la enfermedad. Para ello proponen introducir innovaciones y cambios que mejoren la comunicación²¹⁰ y eviten procesos de discriminación y/o racismo en la atención²¹¹, entre otros aspectos.

²¹⁰ Algunas noticias de prensa se hacen eco sobre cómo el idioma dificulta la comunicación en los encuentros asistenciales entre profesionales de la salud y las poblaciones inmigrantes. El 3 de febrero de 2007, Ideal informaba de la puesta en marcha del programa informático Universal Doctor Speaker para facilitar la comunicación en las consultas de atención primaria hasta en 9 idiomas. Se señalaba que el programa sería distribuido por la semFYC a todo el personal médico que lo requiriese. Además, se aclaraba que el programa no competía con la figura del mediador/a cultural, sino que la complementaba y añadía “seguridad al médico porque no es posible disponer de un mediador a cualquier hora y en todos los centros”. Igualmente, Vallejo, el 3 de julio de 2007 en Granada Hoy, informaba sobre la implantación progresiva de un sistema de teletraducción a través de un teléfono móvil en los servicios de salud de Andalucía. Este sistema trataba de facilitar la comunicación en tiempo real en los 5 idiomas más comunes de las poblaciones inmigrantes (inglés, francés, alemán, árabe y rumano). También, indicaba que el resto de idiomas, hasta un total de 30, también se podían traducir pero con un tiempo de espera de entre diez y quince minutos. La noticia destacaba que hasta ese momento los servicios de traducción se venían voluntariamente por organizaciones no gubernamentales. Otras comunidades autónomas han desarrollado servicios similares. Por ejemplo, una noticia publicada el 24 de octubre de 2007 en El Mundo, anunciaba el pilotaje de un servicio de traducción telefónica simultánea en varios centros de atención primaria en Baleares. Este servicio trataba de resolver el “problema de comunicación” que tiene el personal sanitario con las poblaciones inmigrantes, y que en palabras del subdirector asistencial de atención primaria de esta comunidad “aunque “no se puede actualmente determinar el número exacto de incidentes de comunicación ocurridos”, ya que se efectúan “millones de actos clínicos al año”, ha remarcado que el “problema existe” y que la implantación de este servicio «podrá facilitar cifras exactas». En otra noticia Vergaz, el 11 de agosto de 2008 en El Mundo, comunicaba la edición de pictogramas para facilitar la comunicación ginecológica con mujeres inmigrantes en en Castilla y León. Los idiomas elegidos han sido 4 idiomas (árabe, búlgaro, chino y rumano): “estos idiomas corresponden a los colectivos más frecuentes tanto en número como en los problemas lingüísticos que presentan al ser atendidos en una dependencia sanitaria. Además, las fichas han sido confeccionadas por profesionales de Atención Primaria y Especializada que han sintetizado una serie de preguntas y respuestas básicas para tender a un mujer embarazada en los momentos claves del proceso de gestación. Precisamente por ello y para cubrir todo el proceso maternal, se han editado cuatro folletos. El primero corresponde a una consulta de ginecología, el segundo a una consulta sobre embarazo, el tercero está destinado a ser utilizado en la sala de partos y el último una consulta de puerperio”.

²¹¹ En relación a los procesos de discriminación y/o racismo, por ejemplo, una noticia publicada el 9 de febrero de 2007, en Ideal, señalaba que el SAS eliminaba la denominación de “raza” para las poblaciones procedentes de Marruecos de un formulario de petición de analítica triple para mujeres embarazadas. Este hecho sucedía en dos hospitales andaluces, en los que mediante estos formularios se preguntaba sobre la “raza” entre los datos de identificación de la usuaria y se determinaba como tal la nacionalidad marroquí. En otra noticia publicada el 13 de septiembre de 2007, en La opinión de Granada, se ponía de relieve que 1.195 inmigrantes en situación irregular habían recibido la tarjeta sanitaria en ocho meses, de modo que podían acceder a la asistencia sanitaria que precisaran. La noticia se ampliaba con el titular “un equipo de profesionales que no ve en la diversidad cultural un obstáculo”. Así, resaltaba que el personal profesional responsable de la “unidad de atención al usuario/a”, que se encargaba de tramitar estas tarjetas, no

La atención que despiertan los aspectos diferentes que se relacionan con la salud y la enfermedad de las poblaciones inmigrantes, unas veces se realiza de manera monotemática sobre un solo aspecto y otras agrupada por diferentes bloques de características más o menos relacionadas entre sí. Entre los temas más tratados sobresalen los relativos a la condición socioeconómica. Además, en los últimos años, en los discursos sobre inmigración se aprecia un esfuerzo mayor por interrelacionar los determinantes sociales considerados intermedios con los determinantes sociales estructurales. Para ello se hace referencia a la influencia de algunos de los ejes de desigualdad social sobre determinadas condiciones de la vida y de la salud de las poblaciones inmigrantes como, por ejemplo, la etnia, el género y la clase social. Si bien todavía son escasos los discursos socio-profesionales que abordan estos aspectos con rigurosidad, y cuando así se hace proceden específicamente del ámbito de la salud pública y la epidemiología.

En general, por tanto, el camino empleado más bien sucede a la inversa. El interés no se centra en los determinantes y las desigualdades sociales en la salud, sino que se pone en la inmigración como fenómeno que pone de relieve la diferencia sociocultural en la atención que depara el encuentro asistencial con las poblaciones inmigrantes respecto a las poblaciones autóctonas. Así, es la diferencia, entendida principalmente como una dimensión sociocultural de la salud, la que despierta la disposición de abordar el estudio de algún tema o bloque de temas relacionados con el proceso de atención a la salud y la enfermedad de las poblaciones inmigrantes en y desde los lugares de llegada. Esta inclinación, a su vez, se relaciona con la mayor visibilidad que viene despertando la inmigración al sur de Europa desde distintos ámbitos en los últimos años. Pero también con una mayor sensibilidad o entrenamiento formativo alcanzado para abordar la incorporación de la dimensión sociocultural en determinados ámbitos de la salud, tales como la atención primaria. En ambos casos a raíz de la diferencia se desarrolla una tendencia a “culturalizar” el origen o la causa de los problemas socio-sanitarios de las poblaciones inmigrantes (Otero, 2011).

encontraron dificultades para atenderles: “en ningún caso el idioma ha sido un obstáculo, ya que el personal hace un esfuerzo de comunicación y logra en la mayoría de los casos resolver los problemas que se plantean”. Igualmente, destacaba la ausencia de reclamaciones recibidas por esta unidad lo que “se debe a la actitud de apertura y disponibilidad total hacia los ciudadanos con los que trabajan estos profesionales”.

De esta forma, la mayor parte de los discursos socio-profesionales sobre los encuentros asistenciales con las poblaciones inmigrantes se construyen desde una mirada parcial o especializada que en ocasiones se sitúa en las ciencias de la salud, en otras en las ciencias sociales y a veces entre ambas. Desde la construcción de estas miradas, no se abordan con profundidad los principales elementos teóricos que conforman y distinguen a los presupuestos de unas disciplinas de otras.

En primer lugar, todo ello es una muestra del desconocimiento generalizado a través del que se aborda la inmigración como fenómeno sociocultural, político y económico. A este respecto, como vemos en el Cuadro 5, aunque en general no existe una comprensión teórica profunda sobre qué es la inmigración, los discursos socio-profesionales dan cuenta de los diferentes aspectos que se relacionan con la construcción sociocultural, política y mediática del fenómeno al sur de Europa.

CUADRO 5. IDEAS DESDE SALUD SOBRE EL FENÓMENO DE LA INMIGRACIÓN

<p>“Movimiento de personas” “No es un fenómeno actual” “Han existido siempre por motivos económicos, sociales, etc. Se busca la mejora del estatus” “Un fenómeno que ha ocurrido, ocurre y seguirá ocurriendo. Produce unos temores y xenofobia por desconocimiento por parte de la población autóctona hacia el inmigrante” “Es muy frecuente” “Es un fenómeno que obedece al instinto nómada del ser humano, que se mueve geográficamente para en unos casos sobrevivir y en otros mejorar su situación vital” “Proceso natural del ser humano hacia la mejora” “Algo natural al ser humano” “Algo vivencial e innato en nuestro país, ya que nos viene de haberlo vivido en años anteriores” “Un hecho que se ha dado a lo largo de la historia, y a mi modo de ver ha ido enriqueciendo la población, una forma de “globalizar”” “Es un efecto de la globalización que al capitalismo se le ha ido de las manos” “Global (globalizado, mundial)” “La globalización facilita medios económicos de transporte más económicos” “Que responde a cómo se ha distribuido la riqueza en el mundo” “Es necesaria por el desigual reparto de riqueza. Es posible por la mejora de las comunicaciones. Como consecuencia de guerras, pobreza. Contribuye a mejorar el nivel de vida de las familias. Produce enfrentamientos culturales” “Necesidad creada por las sociedades” “Imposible de frenar”</p>
--

Fuente: Tormenta de ideas recogida en distintos cursos de formación dirigidos a profesionales de la medicina, enfermería y trabajo social sanitario entre los años 2007 y 2009

El primer sesgo procede de la conceptualización de la población inmigrante como un colectivo homogéneo o como diferentes grupos análogos de inmigrantes entre sí (por nacionalidades y/u orígenes socioculturales). El segundo sesgo proviene del punto de vista desde el que se analiza el encuentro asistencial a las poblaciones inmigrantes, y que se sitúa en y desde las sociedades y los sistemas biomédicos de los lugares de llegada. Esto hace que la mayor parte de los discursos socio-profesionales obvien las sociedades

de origen y carezcan de la comprensión de la perspectiva de las poblaciones inmigrantes. Todo ello dificulta que los discursos socio-profesionales comprendan las demandas y las relaciones que establecen las poblaciones inmigrantes con el contexto biomédico de llegada, así como que lo hagan a través de un enfoque procesual y de vinculación existente entre las sociedades de origen y de acogida (Meñaca, 2007; Rico-Becerra, 2007).

De este modo, la biomedicina focaliza una mirada impregnada de sesgos etnocéntricos y biomedicocéntricos sobre la inmigración. Desde esta mirada trata de abordar las dimensiones socioculturales (y ya no solo sociales) de la salud de los otros y las otras, al tiempo que las compara con las poblaciones autóctonas. Igualmente, desatiende la relevancia de contextualizar estas dimensiones en relación a las sociedades (de origen y de llegada) donde las poblaciones inmigrantes y los distintos grupos socioculturales pueden residir con el paso del tiempo. Es decir, se reconoce que estas dimensiones son diferentes pero su descripción y atención no se vincula suficientemente con la realidad de sus vidas cotidianas antes y ahora. Al contrario, se supedita a la presunción de las condiciones de vida y de salud colectivas que se atribuyen étnico-culturalmente y/o geográficamente a las poblaciones inmigrantes, tanto en conjunto como subdivididas en grupos con particularidades específicas. Generalmente, como vemos en el Cuadro 6, bajo estas presunciones la inmigración se relaciona principalmente con movimientos de personas por motivos económicos.

CUADRO 6. IDEAS SOBRE DESDE SALUD SOBRE EL FENÓMENO DE LA INMIGRACIÓN COMO MOVIMIENTO DE PERSONAS POR RAZONES ECONÓMICAS

<p>“Movimiento migratorio de grandes masas de personas que buscan mejorar su calidad de vida en países extranjeros”</p> <p>“Movimiento de población de un lugar a otro buscando mejoras socio-económicas, políticas, etc.”</p> <p>“Cambios poblacionales en busca de un futuro mejor”</p> <p>“Corriente de población que migra hacia otro país en busca de una mejor calidad de vida para él/ella mismo/a y para el resto de su familia”</p> <p>“Flujos de personas de un país a otro. Generalmente en España y Europa estas personas buscan trabajo. En este caso el flujo suele ser de países pobres a desarrollados”.</p> <p>“Movimientos de población de un país normalmente más subdesarrollado a otro más desarrollado”</p> <p>“Necesidades básicas, no cubiertas, que les obliga a ir a otro lugar o país para poder subsistir o mejorar su calidad de vida”</p> <p>“En la mayoría de las ocasiones son producto de la economía y la política. No son voluntarias”</p> <p>“La población emigra por la mala situación económica en su país. Vienen a buscar un modo de sobrevivir ellos y sus familiares. Desarrollan los trabajos que la población autóctona no quiere desarrollar”</p> <p>“El fenómeno de la inmigración se relaciona con mano de obra para labores no cualificadas”</p> <p>“Falta de recursos económicos. Trabajo”</p> <p>“Un senegalés decía: ¿”fenómeno de la inmigración”? Yo no soy un fenómeno, soy una persona. Solo somos personas que venimos a trabajar aquí”</p> <p>“Dificultad en las relaciones socio-políticas”</p> <p>“Habría que comprender que el desarrollo económico que ha tenido España en los últimos años se debe</p>
--

en gran parte a esta población”
“La base para mantener nuestro nivel económico”

Fuente: Tormenta de ideas recogida en distintos cursos de formación dirigidos a profesionales de la medicina, enfermería y trabajo social sanitario entre los años 2007 y 2009

Desde estos discursos socio-profesionales se han construido las relaciones biomédicas con las poblaciones inmigrantes al sur de Europa en la última década. Como podemos ver en el Cuadro 7, unas veces entendidas como problema y otras como desafío en clave social y cultural.

CUADRO 7. IDEAS SOBRE LA RELACIÓN DEL FENÓMENO DE LA INMIGRACIÓN CON EL SISTEMA SANITARIO DE ACOGIDA

“Difícil de afrontar”
“Problema. Desconocimiento. Incomprensión.”
“Invasión. Movimiento masivo. Cambio”
“Actitud positiva para la integración y eficiencia del fenómeno”
“Nueva realidad que debemos adaptarnos”
“Nos hace cuestionarnos sobre el sentimiento de lo nacional, de lo nuestro”
“Reto para el sistema sanitario. Reto para los profesionales”.
“Enriquecimiento cultural para nuestro país”
“Inmigración ¿Riqueza? Ganancias *versus* pérdidas”
“La inmigración nos puede enriquecer por la multiculturalidad”
“Necesario para nuestra supervivencia. Hay que utilizar más y mejor los recursos. La diversidad enriquece a los pueblos. En un gran esfuerzo por parte de todos”
“Debe estar regulada con políticas humanitarias”

Fuente: Tormenta de ideas recogida en distintos cursos de formación dirigidos a profesionales de la medicina, enfermería y trabajo social sanitario entre los años 2007 y 2009

De esta forma, por un lado, el personal profesional de la salud afronta la inmigración a través de la llegada de nuevas poblaciones inmigrantes a los centros de salud experimentando la diversidad en sus discursos a partir de la identificación de desconocidas diferencias socioculturales que se atribuyen a los otros y las otras. Por otro, considerándose en el deber de prestar una atención sanitaria socioculturalmente competente (Kleinman, 2006).

En este marco, teóricamente la construcción de la mirada hacia la inmigración desde atención primaria se asocia con el origen de nuevos problemas epidemiológicos y de salud pública en forma de determinantes y desigualdades sociales en salud importantes, sistemáticas, evitables e injustas (Whitehead, 1992). También, con la percepción de nuevas dimensiones socioculturales similares, diferentes y/o desiguales socioculturalmente respecto a las poblaciones autóctonas. Ambos aspectos dan lugar a problemas y desafíos interculturales en salud que se tratan en los discursos como conocidos o desconocidos, y que se asignan respectivamente al encuentro asistencial con las poblaciones autóctonas *versus* a las poblaciones inmigrantes.

Además, todas estas percepciones se construyen desde el componente cultural, y no solo social, que añaden determinados elementos universales del modelo de atención primaria. Estos elementos en conjunto despiertan en el personal profesional de la salud una mayor sensibilización o entrenamiento formativo hacia lo sociocultural en salud. Sin embargo, esta disposición no está exenta del esfuerzo consciente que realizan por observar a la inmigración como una oportunidad que enriquece al contexto sociocultural y biomédico de los lugares de llegada. Desde su rol socio-profesional, esta sensibilización se dirige a mirar y atender el fenómeno de la inmigración a través de procesos de atención a la salud y la enfermedad que se esfuerzan por adaptarse a las características de las poblaciones inmigrantes con el fin de ser comprensivos, integrales e integrados. Al mismo tiempo que procuran prestar una práctica de atención primaria que tiene como propósito ser equitativa y justa con todas las poblaciones en contextos de diversidad.

Sin embargo, las variadas percepciones que se construyen sobre estos aspectos en el contexto de los encuentros asistenciales pueden estar impregnadas de sesgos en forma de valores, estereotipos y representaciones socioculturales de diversa índole. De este modo, en los discursos socio-profesionales se aprecian planteamientos eclécticos a partir de los que se tratan de comprender e interpretar los distintos conceptos teóricos socioculturales que se relacionan con la inmigración. Estos conceptos se derivan de una mirada biomédica que trata de transitar hacia la mirada sociocultural con el fin de incorporar el reconocimiento y la gestión de la diversidad en salud. Así, la inclusión de conceptos de una y otra perspectiva está presente de forma no rigurosa y se entrecruzan entre sí en los discursos socio-profesionales sobre el fenómeno de la inmigración desde atención primaria:

[Discurso desde la profesión de medicina] Los centros de salud, y los servicios de urgencias son los primeros puntos de acceso al sistema sanitario y donde primero acuden los inmigrantes. Por ello para los profesionales que trabajan en estos servicios puede ser de interés conocer la vivencia de salud-enfermedad que tiene la población a la que atienden. Para conocer la percepción de salud de los inmigrantes no basta con analizarla a partir de la población que acude a consultas sanitarias ya que en nuestro país según algunos estudios, suelen acudir a la consulta con menos frecuencia que la población española en similares circunstancias, y cuando los procesos se encuentran más avanzados. Esta circunstancia sin duda muy determinada por diferencias culturales en el desarrollo de los procesos de búsqueda de atención y/o por dificultades diferenciales en la accesibilidad a los servicios sanitarios públicos, nos puede llevar, como así sucede, a concluir, quizás equivocadamente, que los padecen problemas más severos que la población española (Fuertes y Martín, 2006: 10).

[Discurso desde la profesión de medicina] Uno de los principales objetivos de toda política sanitaria ha de ser garantizar la equidad, con el fin de reducir las desigualdades en salud entre las

personas inmigradas y autóctonas. Para abordarlas se debe intervenir sobre aspectos tanto sanitarios (promoción de la salud, prevención de riesgos, cribado e intervenciones clínicas en grupos vulnerables) como sociales (son los que más repercusión van a tener en la salud de los inmigrantes): regeneración económica, formación y promoción laboral (Vázquez-Villegas, 2006: 249).

[Discurso desde la profesión de medicina] Sus problemas de salud no son muy diferentes de los de la población autóctona, pero algunas de sus características (idiomáticas, culturales, estilos de vida) pueden llevar a una utilización diferente de los servicios. La nueva realidad social y demográfica supone, por tanto, un reto importante para la adecuación de los servicios públicos, entre ellos los sanitarios, que ha dado lugar al desarrollo de planes y estrategias específicos, tanto estatales como de las comunidades autónomas (Vázquez et al., 2009: 396-397).

[Discurso desde la profesión de salud pública] ... La llegada masiva de nueva población [inmigrante] ha supuesto un importante reto social, no sólo por su elevado número sino por su heterogeneidad, tanto en cuanto a nacionalidad, patrones sociodemográficos y culturales, como por el momento de su entrada en España, su situación legal y el motivo principal de llegada. Así pues, las políticas de salud no deben considerar a los inmigrantes como un colectivo homogéneo, sino que se debe estudiar qué tipo de intervenciones son más adecuadas en función de las características de los inmigrantes a quienes van dirigidas. Establecer e identificar la relación entre la salud de las personas y sus determinantes, como los estilos de vida, las influencias sociales y comunitarias, las condiciones laborales y el uso de servicios sanitarios, es lo que nos permitirá orientar aquellas políticas destinadas a proteger la salud de la población. Aunque la adecuación de las intervenciones a las características de la población es un principio general para cualquier política de salud, los resultados expuestos en los trabajos confirman la importancia de tenerlo presente en el caso de los inmigrantes (Oliva y Pérez, 2009: 2).

4.3 MIRADAS SOCIO-PROFESIONALES SOBRE EL PROCESO DE ATENCIÓN PRIMARIA A LAS POBLACIONES INMIGRANTES

Para adentrarnos en el análisis del modo en que las profesiones de la salud perciben y experimentan el proceso de la salud y la enfermedad de las poblaciones inmigrantes, en primer lugar es necesario conocer el modo en que estas profesiones conceptualizan quién es la población inmigrante sujeto de atención y cómo construyen la condición de inmigrante desde sus experiencias cotidianas en los encuentros asistenciales.

El uso que este grupo poblacional hace del servicio de atención primaria y los motivos de la consulta son también factores que contribuyen a la construcción de diferencias socioculturales. Esta distinción principalmente se establece en base a la identidad étnico-cultural y/o la procedencia geográfica, generando así percepciones diferentes respecto a la división de distintos subgrupos de inmigrantes y en relación a las poblaciones autóctonas.

Estas dos cuestiones determinan en gran medida la relación socio-profesional con el otro y la otra inmigrante durante los encuentros asistenciales en atención primaria, es decir la relación socio-profesional que se establece en base al reconocimiento y la gestión de diferencias socioculturales. Los discursos socio-profesionales dan cuenta así

de los aspectos que van introduciendo la percepción de la diversidad en las consultas, y del modo en que la diversidad se pone de manifiesto ante las profesiones de la salud.

Finalizamos este análisis reflexionando sobre los significados implícitos en los discursos sobre el proceso de atención primaria a las poblaciones inmigrante. También, profundizamos en la influencia que depara la percepción de la diversidad en la construcción de valores, estereotipos y representaciones que dificulten la intervención profesional. Por último, se analizan las necesidades de formación intercultural percibidas por las profesiones de la salud.

4.3.1 LA POBLACIÓN INMIGRANTE-SUJETO DE ATENCIÓN PRIMARIA

El concepto de migración sociodemográficamente se puede definir como un:

Movimiento de población hacia el territorio de otro Estado o dentro del mismo que abarca todo movimiento de personas sea cual fuere su tamaño, su composición o sus causas; incluye migración de refugiados, personas desplazadas, personas desarraigadas, migrantes económicos (OIM, 2006: 38).

En sentido sociocultural, sin embargo, la noción de migración se utiliza como sinónimo del término inmigración, sin reparar en muchas ocasiones que éste último específicamente se refiere al *“proceso por el cual personas no nacionales ingresan a un país con el fin de establecerse en él”* (OIM, 2006: 32). De este modo, conviene tener en cuenta las siguientes aclaraciones a la hora de conceptualizar la construcción sobre el término de población inmigrante desde el ámbito de la salud:

El concepto *inmigración* se refiere a la población que ha llegado a España procedente de otros países: se trata de una condición social. En cambio, el hecho de ser extranjero o español es una cuestión de índole administrativa-jurídica: se puede ser español habiendo nacido en otro país (y se es inmigrante al radicarse en España) o se puede ser extranjero nacido en España (sin haber migrado nunca) (Pereda, Prada, Actis y Ortí, 2010: 10).

A las imprecisiones socioculturales existentes en torno al concepto de inmigrante, se une la ausencia de una definición universalmente aceptada sobre el mismo con o sin apellido cualificador. Así, comúnmente se utiliza para hacer alusión a todas las situaciones en las que la decisión de inmigrar se toma libremente por *“razones de conveniencia personal”* y sin intervención de factores externos que obliguen a ello (OIM, 2006: 41).

De unos y otros usos, emanan las definiciones contemporáneas acerca de quiénes son las poblaciones inmigrantes que se construyen socioculturalmente en el imaginario colectivo. La condición de inmigrante se constituye así como un término engañoso que

no siempre distingue exhaustivamente entre los diferentes tipos o grupos de inmigrantes existentes y sus correspondientes necesidades económicas, sociales o políticas (Ramírez-Goicoechea, 2007).

Nos referimos, entre otras, a las siguientes identidades colectivas que podrían quedar ocultas bajo la condición global de población inmigrante: las poblaciones inmigrantes extranjeras, las poblaciones inmigrantes por motivos económicos y/o laborales, las poblaciones inmigrantes trabajadoras de temporada, las poblaciones inmigrantes por motivos de amor (Roca, 2007), las poblaciones inmigrantes por motivos de reagrupación familiar, el alumnado extranjero internacional, las adopciones internacionales, las poblaciones extranjeras retiradas o jubiladas comunitarias, las poblaciones inmigrantes en situación de refugio y asilo político, las poblaciones inmigrantes por conflictos bélicos, las poblaciones inmigrantes por desastres naturales, las poblaciones inmigrantes víctimas de tráfico ilegal y de trata de personas, las poblaciones inmigrantes en tránsito hacia otros países europeos o de corto plazo y las poblaciones inmigrantes en situación jurídico administrativa regular o irregular. Estas identidades colectivas, a su vez, pueden entrecruzarse entre sí y combinarse interseccionalmente con otras dimensiones socioculturales individuales y colectivas.

En el ámbito de la salud en los lugares de llegada, al igual que viene ocurriendo en otros ámbitos de organización sociocultural, todo ello da lugar a múltiples y plurales identidades y a la construcción de numerosas categorías socioculturales acerca de quiénes son las poblaciones inmigrantes. Estas tipologías dan cuenta de las diferentes y múltiples situaciones y necesidades en salud que se atribuyen a las poblaciones inmigrantes. Asimismo, a partir de ellas pueden surgir nuevas etiquetas:

La categorización genérica “inmigrante” y su adopción como guía para la intervención *social* es, además de un obstáculo para la adecuada comprensión del problema, un obstáculo epistemológico, producto de la imposición de los poderes disciplinarios dominantes, a los subalternos, que etiquetan a los colectivos sociales y señalan derroteros, en sí mismos, excluyentes (Lorente, 1999: 236).

En este marco, desde el ámbito de atención primaria los discursos socio-profesionales muestran una variada forma de conceptualizar quién es la población inmigrante sujeto de atención en los encuentros asistenciales. Esta mezcla de opiniones gira en torno a posicionamientos diversos (desde un punto de vista social hasta otro inminentemente profesional); y alrededor de diferentes ejes de construcción de estas percepciones (desde

una visión demográfica de los movimientos de población hasta una visión epidemiológica, sociocultural, política y/o económica inherente a los desplazamientos).

Sin embargo, estos matices tienen en común la tendencia homogeneizante de concebir al inmigrante como un sujeto colectivo y no como un sujeto individual que tiene un proyecto de vida único y distinto al conjunto de poblaciones inmigrantes. Por el contrario se percibe como una categoría sociocultural que tiene en común con otros y otras inmigrantes una serie de características semejantes. Éstas, por ejemplo, se refieren al proceso migratorio, la identidad étnico-cultural y/o la procedencia geográfica, las características sociodemográficas, la búsqueda de mejores condiciones de vida y de salud, la situación socio-económica y laboral en los lugares de llegada, el perfil epidemiológico de las sociedades de origen, el estado de salud en las sociedades de origen y de llegada, las diferencias socioculturales en los motivos y uso de los servicios de salud en los lugares de llegada y los procesos de discriminación, entre otras.

Entre estas similitudes entre las poblaciones inmigrantes y diferencias en comparación con las autóctonas, desde atención primaria el principal aspecto que reunifica a las personas que inmigran bajo la construcción de una misma condición, se refiere a que han realizado un “movimiento” sociocultural y/o geográfico internacional en su historia de vida personal. Es decir, se trata de poblaciones que comparten entre sí el “origen extranjero”, aunque escasamente o en modo alguno el término extranjero o extranjera se incorpora a los discursos. Esto se debe, además, al hecho de que el desplazamiento de estas poblaciones se percibe que está motivado fundamentalmente por razones económico-laborales y por el propósito de mejorar sus condiciones o calidad de vida:

... Una persona que viene de fuera ... (Carmen, TS1)

... cualquier extranjero que ha venido aquí, que viene aquí y no ha nacido aquí en España, y punto... trabajando o no. Pues me imagino que es por subir un poco, no tienen ni para comer o por política... o por..., por guerra o por lo que sea... o porque económicamente no pueden tirar y tienen que salir de allí... No lo sé... Por necesidad de encontrar una vida mejor (Emilia, E1)

[Es] la persona que viene de otro país para trabajar o buscarse la vida, viene aquí a cambiarse de vida (Federico, M6)

... fundamentalmente yo creo que porque buscan mejorar la vida, su calidad de vida ... (Pedro, M4)

... porque buscan una vida mejor ... (Leonor, E4)

La construcción de esta concepción, por tanto, coincide en términos generales con la definición de migrante internacional que se suele aplicar sobre aquellas personas y sus familiares que van a otro país para mejorar sus condiciones sociales y materiales, así como sus perspectivas y las de sus familias (OIM, 2006: 41). Pero, igualmente, alude al hecho de que este desplazamiento implica un cambio de escenario geográfico, tanto en relación al contexto sociocultural como al biomédico de atención en el desarrollo de sus vidas cotidianas:

... las personas que no son de aquí de España ¿no? Que están fuera de su país ... (Elisa, E3)

... no es la persona que viene de vacaciones. Un inmigrante es una persona que ha dejado su país, por unas determinadas circunstancias que las puedes saber o no las puedes saber, y ha venido a vivir a otro país. Para mí eso es un inmigrante, el que sale de su país pa venirse al nuestro... al nuestro o a otro país (Cristina, E2)

Sobre el transcurso de las nuevas condiciones de vida y de salud de las poblaciones inmigrantes en los lugares de llegada, además, los discursos observan que estas poblaciones comparten una situación socio-económica similar que les sitúa en una posición de precariedad laboral e inseguridad económica respecto a las poblaciones autóctonas. Además, a partir de esta percepción construyen imágenes sobre las condiciones de trabajo y otros aspectos relacionados con los recursos materiales de las poblaciones inmigrantes en los lugares de llegada. Estas representaciones socioculturales configuran un discurso con connotaciones paternalistas y caritativas mediante el que se construyen diferencias en la conceptualización de las poblaciones inmigrantes y sus motivos para inmigrar:

... yo pienso que tienen que venir porque en su país tienen que estar mucho peor. Y hay veces que digo *“¡Dios mío!, que mal tienen que estar en su país...”*. Yo cuando voy por la calle y veo, vamos yo me... yo les compro los CD y to eso, se los compro a los negros de debajo de mi casa, yo me llevo bien con ellos. Pero... y con algunos hasta hablo, y cuando digo hasta hablo... que te cuentan dónde viven, dónde están, en las playas los que van todos los años son los mismos. Sí, te relacionas con ellos y te da lástima, y yo pienso que tienen que estar tan requetomal en su país... para vivir aquí, porque aquí viven de pena. Y muchas veces digo *“¡Dios mío!, este tiene que haber vivido de algo... y este muchacho con qué comerá hoy”*. Si yo de hecho cuando me voy con alguien y le pedimos un CD y te dicen *“cuatro euros”* y dice *“déjame por tres”* y digo *“anda dale cuatro”*, si es que a mí me da lástima. O sea, que no regateo yo igual que regateo cuando voy ahora a Marruecos... porque es su forma de vida y es su, es que es así, el regateo. Pero no regatearía con un negro ni con nadie porque me da lástima. Yo a lo mejor no le compro ná, pero digo *“tómame si quieres una coca-cola”*, pero desde luego si tengo que comprar un CD, a mí me da igual la piratería se los compro a ellos. Porque hay veces que pienso *“¡Dios bendito!”*, y están aquí y los ves sonrientes, y los ves felices, y digo estamos los demás con lo que estamos y no estamos nunca contentos... pues la verdad es que me dan lástima (Cristina, E2)

Los discursos ubican así a la población inmigrante en las capas más descualificadas de la población laboral en los lugares de llegada, y como una salida a sus difíciles

situaciones personales y familiares en las sociedades de origen. Sin embargo, no abordan con certeza cuál es la situación socioeconómica de la población inmigrante y cómo determina su salud en los lugares de origen ni en los lugares de llegada. Tampoco lo hacen en función de otras variables como, por ejemplo, la clase social, el nivel de estudios alcanzado o el nivel de ingresos. A pesar de ello se intuye la influencia de estos determinantes o dimensiones sociales en la salud de las poblaciones inmigrantes:

... La vida es un tema de recursos. Aquí hay que dejarse de historias y entonces el tema... el problema social, o lo que realmente tiene que preocupar a las instituciones y a las políticas son pues la gente que no tienen esos recursos de esa forma tan fácil. Por eso es por lo que yo creo que hablamos más de estos grupos, nos empeñamos más en estos grupos, los estudiamos más y tal, pero que las clases altas es un grupo también, con todos mis respetos, digno de estudio, ¿eh?, con todos mis respetos. Lo que pasa es que, bueno, ellos no lo necesitan... (Marina, E6)

Por otra parte, como vemos en el Cuadro 8, los discursos llegan a observar diferencias de género y de distintas procedencias geográfico-nacionales como aquellas dimensiones socioculturales que sí se distinguen principalmente a la hora de atribuir diferencias específicas dentro del colectivo homogéneo de inmigrantes.

CUADRO 8. IDEAS DESDE SALUD SOBRE LA POBLACIÓN INMIGRANTE POR MOTIVOS ECONÓMICO-LABORALES

<p>“Personas que proceden de otros países para establecerse en el nuestro”</p> <p>“Personas que se establecen en nuestro país por motivos laborales-económicos”</p> <p>“Personas de diversos países y nivel cultural que se ven obligadas por necesidades económicas en contra de su voluntad a cambiar de país”</p> <p>“Personas que buscan una salida a su situación económica, social y política”</p> <p>“Gente que nació en otro lugar, que viene a mejorar”</p> <p>“Buscan una vida nueva... A veces mejor y otras no”</p> <p>“Mejora de expectativas de vida”</p> <p>“Gente joven que viene para trabajar, conseguir un estatus económico, para poder ayudar a su familia en su país de origen y conseguir con el tiempo un reagrupamiento familiar trayéndose a sus familiares”</p> <p>“En su mayoría hombres que acuden a una país extranjero buscando calidad de vida. La mayoría se arrepienten pues la realidad no se corresponde con sus expectativas”</p> <p>“La población inmigrante afecta tanto a mujeres como a hombres. La inmigración se debe: falta de medios en el país de origen para subsistir, buscar nuevas formas de vida que le permitan desarrollarse como persona, etc.”</p> <p>“Conjunto de personas que reside en un país de acogida. Mujeres inmigradas: personas que emigran generalmente solas, realizando un trabajo precario, viven en condiciones insuficientes y que envían remesas a su país para el mantenimiento de su familia. Hombres inmigrados: idem. Aunque la búsqueda de empleo es más difícil”</p> <p>“Población trabajadora y emprendedora”</p> <p>“Me pregunto cómo vivieron en su país de origen para tener el tipo de vida que tienen en España. Mujeres inmigradas: soporte del hombre. Hombres inmigrados: viene a trabajar”</p> <p>“Ocupan los escalones sociales más bajos habitualmente. Condiciones de vida inferiores a los de los nativos. En general, pocas inmigrantes subsaharianas pero gran cantidad de sudamericanas con respecto a hombres”</p> <p>“Necesidades no satisfechas”</p>

Fuente: Tormenta de ideas recogida en distintos cursos de formación dirigidos a profesionales de la medicina, enfermería y trabajo social sanitario entre los años 2007 y 2009

Si bien, en cuanto al género, debemos señalar que los discursos socio-profesionales escasamente diferencian entre hombres y mujeres inmigrantes, así como tampoco concretan el sexo de la población atendida cuando hablan de inmigrantes en sentido genérico. Todo ello conlleva un insuficiente abordaje del género como eje de desigualdad social o dimensión sociocultural. Asimismo, manifiesta la necesidad de que los discursos incorporen especialmente una mayor reflexión sobre cómo repercuten las diferencias construidas socioculturalmente en la salud de los hombres y las mujeres inmigrantes que acuden a sus consultas (Jiménez, Martínez, García-Calvente y Álvarez-Dardet, 2008; García-Calvente et al., 2010).

Por otro lado, en relación a la identidad étnico-cultural y/o la procedencia geográfica los discursos señalan que las poblaciones inmigrantes proceden fundamentalmente de países no desarrollados (África, Latinoamérica y Europa del Este principalmente). A la hora de utilizar esta categoría, los discursos utilizan criterios poco claros para identificar quiénes son las poblaciones inmigrantes. Estos criterios remiten a la utilización de forma indistinta, y a veces en calidad de sinónimos, de las variables país de nacionalidad y país de origen o lugar de nacimiento.

Estos usos sugieren que los discursos socio-profesionales precisan distinguir con mayor claridad entre país de nacionalidad y país de origen, así como utilizar ambas variables para definir a las poblaciones inmigrantes, tal y como se pone de manifiesto en otros trabajos (Gijón et al., 2006b y 2008; Malmusi y Jansà, 2007; Jiménez et al., 2009; Gijón, 2010 y 2011). Además, cuando se utiliza como criterio la procedencia geográfica “extranjera” en base a estas variables para realizar agrupaciones de países, en ocasiones se aprecia una utilización de criterios heterogéneos a la hora de construir las distintas categorías de grupos. Estos criterios pueden responder simultáneamente a características geográficas, socioculturales, económicas y/o políticas:

Tengo más marroquíes. Ahora están viniendo muchos negros ¿no?, que son de Senegal y de estos sitios, pero hasta hace poco no, hace cuatro años yo no tenía ningún negro, que yo supiera, en mi cupo, que yo hubiera visto. Eran casi todos árabes, pues marroquí fundamentalmente, eran casi toda la gente que yo tenía. Y los rumanos, bueno, es que estos vienen un día y ya no vienen más Y luego algunos sudamericanos viene también alguna gente de sudamericanos de Perú, de Argentina, pero fundamentalmente marroquí (María, M3)

... Es posible que haya más marroquíes, hay más... (BREVE SILENCIO)... negros, pero no sé de dónde son, se les dice marroquí y son... parece que son de Marruecos, pero negros pueden ser... No lo digo por negros en plan despectivo... Asiáticos yo creo que sí hay... Yo creo que, además, son un problema, por ejemplo, los gitanos con los marroquíes y todo eso (Emilia, E1)

... Hay algunos sudamericanos, hay bastantes negros que yo creo que son... deben ser senegaleses... Pero que sí que algunos con los que he tenido contacto me dicen que son del Senegal y otros ya no lo sé y... rumanos... Hay algunos algunos fíjate, pero menos veo yo, de la... la zona de los países del Este (Leonor, E4)

... yo tengo población subsahariana poca, tengo población eh... ah... tengo población sudamericana eh... alguna. Tengo población ah... ¿cómo se llama? Magrebí, árabe, más que magrebí árabe, tengo sirios, jordanos, eh... algún, algún marroquí, pero la mayoría son población normal.... (Julián, M5)

Como vemos, además, en los discursos existe una relación de asociación entre la categoría procedencia geográfico-nacional y las características socioculturales de una población étnico-cultural de referencia que puede establecerse bien en base a rasgos fenotípicos, socioculturales o religiosos en común. Así, por ejemplo, existen similitudes entre el proceso de construcción de diferencias en la identificación de las poblaciones inmigrantes y de las poblaciones gitanas, así como las comparaciones que se establecen entre uno y otro tipo de poblaciones:

Pues porque lo veo en las consultas, o sea que... Y lo ves mirando los listados de los pacientes. Yo antes tenía un porcentaje de población gitana, y ya está. Y después pase a tener porcentaje de población gitana, más subsahariana, más sudamericana... (Julián, M5)

La población extranjera en este barrio ha sido relativamente reciente ... Hasta ahora ... no había esta gente, nada más que la población gitana básicamente y la castellana. Y ha empezado a llegar ... fundamentalmente población marroquí, algunos, algunos subsaharianos también, y sudamericanos también, ecuatorianos, ¿no?, y... rumanos (ENFATIZA), el colectivo de rumanos que son gitanos básicamente ¿no? ... (Federico, M6)

Todo ello repercute en un insuficiente abordaje de los conceptos de etnia y cultura, en el sentido de reconocer la diversidad de los grupos humanos y en el plano de examinar y atender las diferencias que puedan afectar a la salud y la enfermedad de las poblaciones - inmigrantes o no- en situación de subordinación o desventaja sociocultural. Si bien, los discursos de una forma u otra tratan de dar cuenta acerca de la presencia de diferencias socioculturales. Por ejemplo, se refieren a las relativas a la concepción de la salud y la enfermedad en las poblaciones inmigrantes. También, al hecho de que a partir de ciertas características socioculturales se creen espacios en los que determinados grupos de estas poblaciones viven y se concentran, voluntaria o involuntariamente, en situación de exclusión sociocultural:

... la gente que viene a estas zonas [*de transformación social*] también ... tienen un nivel de instrucción más bajo, entonces no sé si el problema de la concepción distinta [*de la salud y la enfermedad*] se debe a... a los problemas de etnia o se debe a los problemas de... socioculturales, no lo sé (Leonor, E4)

... se está haciendo un verdadero ghetto ¡eh! Hay más de veinte nacionalidades y en pisos... infraviviendas, viviendo veinte personas... Entonces ahí sí ... hay problemas. Problemas porque

eso, porque se está formando eso, una burbuja marginal muy grande. Seguramente no se sabe y no hay control, ni quieren que nadie sepa quién exactamente hay y a qué se dedican. Entonces, por las otras zonas pues son más... salvo los rumanos, que están concentrados en una serie de viviendas... .. donde están fundamentalmente gitanos ¿no?, allí. Los demás pues están más o menos dispersos, ¿no? Algunos me hablan de los negros, pero no..., no creo que creen problemas de convivencia con los rumanos. Ni los asiáticos, ni sudamericanos... salvo algún... algunos pueden amparar actividades de..., de otro tipo, ¿no?, delictivas, pero que eso, salvo eso no..., la mayoría de la gente no... Salvo la zona esa y... algunos grupos de rumanos ¿eh?, que sí tienen una dinámica diferente, como los gitanos, que se agrupan, ¿no? Los demás no son colectivos que se creen núcleos... así, que interfieran ¿no? (Federico, M6)

Fernando (E1-G1): Nosotros en [*nombra una zona rural*] tenemos así un poco, hay un poco de población no inmigrante... pero sí de una etnia dominante, la gitana, que han tenido conflictos por ocupar focos eh... de aislamiento, ha sido curioso. Han tenido problemas con rumanos, han tenido problemas con marroquí, además ha habido unas reyertas importantes...

Blanca (E3-G1): ¿Pero qué son gitanos?

Fernando (E1-G1): No, no, no, son los gitanos autóctonos (SE RÍE), por llamarlos de alguna forma.

Blanca (E3-G1): ¿Pero de dónde son?

Fernando (E1-G1): Ellos, los gitanos de allí, lo que pasa es que luego por el tema laboral están viniendo gitanos de Euskadi, gitanos de Cataluña, gitanos del Centro de Europa, que eran de aquí y vuelven, retornan, con lo cual hay una mezcla un poco peculiar, un poco peculiares, porque los estilos de vida dentro de lo que parece que el gitano vive de una forma, con unas peculiaridades sorprendentes, pero estos han chocado, han chocado con los grupos de población marroquí que han intentado asentarse y han intentado ocupar unos focos de aislamiento y de control, pues bueno de algún tipo de droga en algún caso, pues bueno y ha habido unos enfrentamientos importantes. Luego con los rumanos ha habido una lucha fuerte, fuerte, y luego ahora los dos tipos de población que últimamente estamos, bueno, ya no tanto la primera pero sí la segunda, la primera los ecuatorianos que había un núcleo muy importante ya se ven menos, hay un porcentaje muy alto que están estabilizados, que tienen ya, los niños están escolarizados, que acuden regularmente a revisiones, con lo cual es mucho más fácil. Y unos muy curiosos que es la población china, la población china es difícilísima de acceder a ella...

Blanca (E3-G1): Es verdad no se ven, es verdad.

Matilde (E4-G1): Totalmente de acuerdo.

Fernando (E1-G1): Es difícilísima, es una población enorme, enorme, porque nosotros en [*nombra una zona rural*] tenemos una población bastante, mucho, mucho comercio y van a abrir un marco-comercio impresionante y es una población que vas viendo, y ya se están quedando embarazadas ...

En suma, los discursos socio-profesionales especialmente conceptualizan a las poblaciones inmigrantes como un colectivo o una comunidad global de inmigrantes. Sin embargo, como vemos, de una u otra forma también tratan de dar cuenta acerca de la existencia de diferentes tipos de inmigrantes dentro de esta categoría genérica. Estas distinciones solo les llevan a construir nuevos subtipos o grupos de colectivos o comunidades de inmigrantes igualmente homogéneos como, por ejemplo los colectivos de poblaciones rumanas no gitanas y poblaciones rumanas gitanas, entre otros. La construcción de estas subcategorías adquiere especificidad en función de la sensibilización o entrenamiento formativo alcanzado en la visualización de determinadas dimensiones socioculturales como, por ejemplo, las que hemos señalado respecto a la identidad étnico-cultural y/o la procedencia geográfica, el género y la clase social.

De ahí que aunque en la definición de estas nuevas agrupaciones se profesan intentos por evitar la presencia de sesgos etnocéntricos y biomedicocéntricos, entre otros, acerca de quiénes son las poblaciones inmigrantes, en muchas ocasiones los planteamientos esencialistas se hacen patentes. Sucede incluso en aquellos casos en los que se tratan de realizar propuestas o recomendaciones sobre cómo evitarlos desde posiciones teóricamente más próximas a la perspectiva humanista o sociocultural relativista:

[Discurso desde la profesión de medicina] Podemos llamar grupos migratorios a aquellas personas procedentes o no de un mismo origen que constituyen un grupo homogéneo en cuanto a su cultura, su religión, hábitos, creencias y estructura social, aunque resulta complicado hablar de homogeneidad cuando nos referimos a las personas. Es esencial individualizar y tratar de situar a la persona en su entorno familiar y social, para evitar caer en la generalización y la excesiva culturalización, es decir atribuir todo el comportamiento de este individuo a su cultura diferenciada de la autóctona. Se puede hablar a grandes rasgos, de algunas diferencias culturales en distintas áreas y para distintos conceptos ... [como, por ejemplo, citan lo siguientes aspectos: el lenguaje y la expresión; la familia, los roles sociales y las cuestiones de género; el conflicto intergeneracional; los hábitos dietéticos; la salud y la enfermedad; y la vida y la muerte].

[Respecto a “la salud y la enfermedad”] Cada país tiene desarrollado su sistema de salud público y/o privado con los roles y responsabilidades definidas para cada uno de los actores: los profesionales y los pacientes. En la mayoría, se practican en mayor o menor proporción la medicina tradicional y la moderna según la accesibilidad que tiene la población a cada una, el nivel socio-económico, y los problemas de salud que se presenten. Además, cada sistema de medicina tradicional dispone de sus terapias alternativas. Así, en la India se hace uso de los productos naturales con propiedades curativas y con el fin de restablecer el equilibrio con el medio (medicina ayurvédica), al igual que en China, donde además se dispone de otras técnicas como la acupuntura. En las culturas africanas predominan los médicos cirujanos, quiró-prácticos y curanderos, y el uso de vitaminas y amuletos para evitar o sanar enfermedades es muy común. En algunas regiones con creencias preislámicas y tendencias arcaicas aún se practican intervenciones mutilantes, como la circuncisión femenina. Otras intervenciones como la circuncisión masculina se practican en la cultura judía y musulmana (Pertíñez y Clusa, 2008: 5-9)

En definitiva, los discursos socio-profesionales desde atención primaria frecuentemente engloban bajo el concepto de población inmigrante a una diversidad de poblaciones “jóvenes” procedentes geográficamente de países “pobres” o “en desarrollo”, que estando en un “buen estado de salud” deciden temporalmente inmigrar a otros países por motivos principalmente económico-laborales y por voluntad propia para mejorar sus condiciones sociales y materiales, así como sus perspectivas de vida y las de sus familias:

[Discurso desde la profesión de medicina] Antes de empezar a hablar de patologías en los inmigrantes y cómo afrontarlas desde la Atención Primaria, debemos tener en cuenta que la mayoría de los tipos de migración son muy selectivos y que la gente que se mueve es aquella que es capaz de hacerlo desde el punto de vista sanitario. Es oportuno partir de una consideración inicial: los inmigrantes procedentes de países en desarrollo son, en general, trabajadores manuales de edades jóvenes, y suelen gozar de un nivel de salud de partida bueno, con frecuencia superior al habitual en su medio de origen. La migración tiene implicaciones para aquellos que se mueven, para los que se quedan atrás y para los que acogen a los inmigrantes (Grupo de consenso de atención primaria, 2001: 2)

[Discurso desde la profesión de medicina] La edad media de la población del estudio es similar a otros, comprobando cualitativamente que empieza a aumentar, ya que tras la primera oleada de inmigrantes que han conseguido trabajo, los familiares vienen buscando las mismas posibilidades y la reunificación familiar. Confirmando lo ya conocido, el mayor porcentaje de población proviene del norte de África, aunque cada vez es mayor el número de inmigrantes procedentes de Centroamérica y Sudamérica, observándose una tendencia a nivelarse. En contra de otros estudios, casi la mitad de nuestra población son mujeres....

El nivel de conocimientos del idioma español es bajo, aunque mayor que en otras revisiones, probablemente por el aumento significativo de inmigrantes de habla hispana que tiene un nivel de estudios mucho mayor que el resto de los inmigrantes que viven en nuestro país. No obstante, sigue siendo excesivo el porcentaje de analfabetismo, lo que complica más la relación médico-paciente y el intercambio cultural y social.

La población inmigrante en paro es mucho menor que en otros estudios. La razón puede estar en que la Región de Murcia es preferentemente agrícola y precisa una gran cantidad de mano de obra para trabajar en invernaderos y en el campo, especialmente los norteafricanos.

En contra de lo que pensábamos al iniciar el estudio, la población inmigrante de nuestro entorno no vive hacinada, y en un alto porcentaje constituyen el núcleo familiar...

Si nos fijamos en el nivel de salud, se confirma lo de otros estudios: el inmigrante es una persona sana y sin excesivo riesgo para la salud pública de nuestro país ("no emigra quien quiere, sino quien puede"). Suelen requerir asistencia sanitaria, en primer lugar, en el CS [Centro de Salud]. Esta tendencia no se daba al principio, pensamos que debido a un desconocimiento de la asistencia del primer nivel, más cercana al paciente y probablemente igual de resolutiva y rápida. La consulta primera suele ser por patología aguda y, más concretamente, por enfermedades respiratorias, osteomuscular o gástrica. No suele acudir por patología crónica, quizás porque su nivel de salud es superior a la media. Cabe destacar, sin embargo, el bajo número de enfermedades psiquiátricas, en contra de los últimos estudios analizados. Tanto el choque cultural como la barrera idiomática, creemos, es la causa de la falta de diagnóstico de estas patologías

... El inmigrante se preocupa de solucionar su enfermedad o problema agudo y no parece estar acostumbrado al cuidado de su salud y a la prevención de la enfermedad (Ballesteros et al., 2005: 519-520)

Los discursos socio-profesionales enfatizan así que la definición de inmigrante que emplean se identifica con la identidad colectiva de inmigrante económico:

Persona que habiendo dejado su lugar de residencia o domicilio habitual busca mejorar su nivel de vida, en un país distinto al de origen... También se usa para hacer referencia a personas que intentan ingresar en un país sin permiso legal y/o utilizando procedimientos de asilo de mala fe. Asimismo, se aplica a las personas que se establecen fuera de su país de origen por la duración de un trabajo de temporada (cosechas agrícolas), llamados "trabajadores de temporada" o temporeros (OIM, 2006: 42).

Asimismo, acentúan que la población inmigrante procede geográficamente de países con un nivel socio-económico inferior o más bajo respecto al del sur de Europa como una de sus principales características en común:

... una persona que viene de otro país. Habitualmente, de un país con un nivel socio-económico inferior al nuestro. Esa es la definición de un inmigrante (María, M3)

... es una persona que viene aquí con unas expectativas de mejorar su calidad de vida. Ese es el concepto de inmigrante. Viene de países eh.... (BREVE SILENCIO) con mucha hambre, mucha pobreza, y vienen con unas expectativas, reales o no reales, de mejorar su calidad de vida, como todo ser humano. Todos los seres humanos queremos mejorar nuestra calidad de vida (Ana, M2)

Por otra parte, los discursos subrayan empáticamente los costes o pérdidas que se asocian respecto al proceso migratorio experimentado por las poblaciones inmigrantes

cuando llegan a un lugar diferente al conocido. Se refieren, por ejemplo, al cambio de trabajo o de estatus socio-profesional, a la separación familiar y social, a las diferencias socioculturales y a las dificultades idiomáticas, entre otros:

Pues una persona que tiene que salir forzosamente de su tierra y pienso que debe ser mu duro porque lo dejas todo ¿no? todo desde familia... pos todo ¿no? Tu trabajo tu... tus padres, pues todo, tu casa, lo que eres en fin y ir a un país que además vamos no... no conoces ni la lengua con lo cual tiene que ser horrible vamos yo ponerme en una situación así... yo no he salio mucho al extranjero pero... cuando has salio que has salio en plan de vacaciones que no dominas el idioma (RISAS) y ya tienes dificultad pa relacionarte y para... pues tú te imaginas en una situación forzosa de pa subsistir ¿no? que además no conoces la lengua ni conoces... pues van a vivir insegurísimos ¿no? (Lola, E5)

... yo creo que, que tiene que ser algo muy duro, dejar tu país y venirte a otro país. Es decir, para mí todo eso tiene que ser durísimo. Aunque estés pasándolo mal en tu país, ¿no?, pero dejar tus costumbres, tu gente, tuuu... idioma, ir a un país... que no conoces nada de ese país, tiene que ser durísimo, o sea, que eso no... Yo creo, que la mayoría vienen con la intención de coger dinero, de... bueno, de hacer una vida mejor y volver a su, a su tierra, ¿no?. Yo creo que nadie, yo creo que nadie le gusta irse de su país... yo creo que no, que es difícil, ¿eh?. Yo pienso en mí, ¿no?, si tuviera que irme de España, e irme a Francia o a... o a Estados Unidos, porque...para mí sería durísimo, vamos, digo. Entonces, como pienso un poco en mí, pues pienso que la mayoría de la gente le, le pasa eso, ¿no?, que te tiene que costar eso, ¿no? (María, M3)

... inmigrante sería una persona que, evidentemente, sale de su tierra, probablemente con el mayor dolor del mundo, para intentar buscar una vida un poco más digna. Y... el problema es que donde llega no se le ponen las cosas fáciles, porque tampoco se vive demasiado bien en esa zona, ya que la mayoría de los inmigrantes caen en zonas marginales, caen en guetos marginales, caen en sitios donde realmente la vida no es todo looo... Y lo más triste de todo esto es que el inmigrante muchas veces es una persona con un nivel cultural alto, o sea, eso de que son... eso no es así. Unos niveles culturales altos y que, realmente, se encuentran... que en su país, a lo mejor eran algo, pero aquí son nada, se encuentran incluso peor que en su país muchas veces (Gonzalo, M10)

Además, los discursos reconocen que a través del proceso migratorio afrontan en sus vidas un cambio de contexto sociocultural que conlleva el traslado de sus costumbres del país de origen al país de acogida. Al tiempo que resaltan las connotaciones y cambios socioculturales positivos o negativos que este proceso conlleva para uno y otro lugar de origen y de llegada, como podemos ver en el Cuadro 9.

De esta manera, los discursos frecuentemente se sitúan en torno a un *continuum*. Un polo gira sobre la no distinción o negación sesgada de las diferencias socioculturales frente al reconocimiento del otro o la otra. A través del mismo transitan hacia la advertencia positiva de las diferencias socioculturales en calidad de enriquecimiento y/o aprendizaje, hasta llegar a la observación de los aspectos negativos de las mismas en términos de desconocimiento, adaptación y/o asimilación. De forma que estas percepciones desembocan en el polo de distinción o afirmación sesgada de las diferencias socioculturales.

A lo largo de este *continuum* podemos señalar que la población inmigrante se identifica con el concepto de minoría, ya que se percibe como un colectivo o una comunidad simbólica y numéricamente en posición inferior al resto de la población autóctona conocida y en situación de dominación. Sin embargo, paradójicamente también advierten que la presencia de esta población en los lugares de llegada ha crecido progresivamente en un plazo limitado de tiempo, de modo que son más visibles en las consultas:

CUADRO 9. IDEAS SOBRE EL CAMBIO SOCIOCULTURAL EN LA POBLACIÓN INMIGRANTE

<p>“Otros como yo” “Personas con los mismos derechos que los españoles” “Enriquecimiento a través del multiculturalismo” “Diversidad, enriquecimiento cultural, interacción necesaria” “Nuevas creencias y culturas que estamos conociendo directamente” “Son multiculturales. Tienen otras costumbres. Nos abren los ojos a otras vidas-mundos. Nos sacan del etnocentrismo. Nos obligan a estudiar aprender otras formas de ver la salud y la enfermedad” “Personas que pueden ser discriminadas por razones culturales, sociales...” “Demasiados estereotipos”. “Prejuicios. Aportan riqueza social” “Se nos ha vendido que vienen a invadirnos, es el concepto popular” “Desconocimiento. Segregación” “Adaptación” “Que hay desarraigo, que pierden su identidad, que pierden su reconocimiento como personas” “Adaptación al medio (preservando sus valores)” “No se preocupan de adaptarse... Nos adaptamos nosotros a ellos ¡Es más cómodo!” “Personas que quieren continuar con sus costumbres, cultura y religión. Y a mí me educaron: <i>que dónde fuere haz lo que vieres</i>” “Población con ideas, costumbres, cultura y religión diferentes a la nuestra. Falta total de conocimientos o información sobre nuestra cultura y costumbres” “Interferencias culturales”</p>
--

Fuente: Tormenta de ideas recogida en distintos cursos de formación dirigidos a profesionales de la medicina, enfermería y trabajo social sanitario entre los años 2007 y 2009

Hay inmigrantes, pues los que tiene que haber. Ahora, con respecto que otros centros de salud, pues quizás tengamos más, porque los pisos son más baratos y se podrán venir por aquí a vivir. Seguro que habrá centros de salud que tendrán menos, pero vaya, yo tampoco los veo excesivos, no veo yo una cosa... Porque los gitanos no son inmigrantes (Emilia, E1)

Yo veo tantos aquí, que creo que va a ser... pero pienso que esto no va a ser exclusivo tampoco, creo que tiene que haber por el estilo. No sé si aquí por la zona de la costa o por la..., por donde entran por la zona de Almería, por la zona de Cádiz, uh, por la zona de Algeciras, que están por el mar... yo creo que hay muchísimos. Entonces que creo que sí se podría hacer algo, pero, pero que no entren de esa manera tan ilegal ¿no? (Cristina, E2)

Desde que estoy yo aquí cada vez tengo más gente, sobre todo senegaleses y rumanos (Pedro, M4)
... No los he contabilizado, porque tampoco tenemos listado de pacientes así. Pero... No lo sé, que haya dos o tres al día, algún día ninguno, otro día seis, yo que sé, no es... Se nota. Es una población que se nota, en cinco ó seis años de no haber nadie, a ahora entrar en la lista pues varios pues se nota, pero que no ha supuesto en absoluto un cambio, al menos para mí... Es decir, que ha habido un aumento grandísimo en poco tiempo, por lo tanto eso es mucho. Claro si comparas con Holanda que llevan muchos años y de otra manera, pues a lo mejor hay menos proporcionalmente ... Pero aquí ha habido una avalancha muy fuerte (Federico, M6)

Los discursos resaltan que los miembros de la población inmigrante poseen de una u otra manera características socioculturales particulares y distintas al resto de la población autóctona, y que además tratan de preservarlas en los nuevos lugares de llegada (OIM, 2006: 42). Es durante este intercambio intercultural donde se observan similitudes y diferencias en la definición de población inmigrante en relación a las poblaciones autóctonas. Además, las mismas se atribuyen a estas poblaciones de forma estática en el tiempo, independientemente del momento en el que inmigraron.

Por otra parte, los discursos socio-profesionales también se refieren a la población inmigrante en el rol de usuaria o paciente de los servicios de salud de atención primaria. Así, como vemos en el cuadro 10, cuando tratan de definir quién es la población inmigrante los discursos se posicionan en el rol socio-profesional desde el que la identifican como parte de sus pacientes y demandas cotidianas.

CUADRO 10. IDEAS SOBRE EL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE

<p>“Mis pacientes” “Demanda” “Personas valientes y fuertes (sanas)” “No siente como prioridad su salud” “Muy difícil de comprender en unos términos exactos” “¡Exigen! Quizás más que el resto ¡Favores!” “Aunque es una población joven, vienen con mayor patología que aquella que les correspondería a su edad, por ser los sistemas de salud de sus países muy deficientes. Hoy en día dos tercios de los cánceres de cérvix ocurren en las mujeres inmigrantes” “Es una población más vulnerable a la patología médica, ya que tiene menos recursos y menos información para saber cómo resolver un problema que pudiera surgir. El Sistema Nacional de Salud tendría que crear estrategias que tuvieran en cuenta esta vulnerabilidad” “Los inmigrantes rumanos usan las IVES como método anticonceptivo” “Es importante prestar atención a las necesidades emocionales y de apoyo psicológico como parte de la salud” “Sentimientos y necesidades” “Necesidades no satisfechas” “Necesidad. Miedo por la supervivencia” “Soledad – Aislamiento” “Familia (red social)” “Mujeres y hombres en situaciones extremas” “Mujeres: Lucha por la adaptación y hombres: mezcla de sentimientos, soledad en algunas ocasiones” “Mujeres: añoranza y lucha por la adaptación. Hombres: Coraje y fuerza por adaptación. Niños y niñas: incertidumbre a los cambios”</p>
--

Fuente: Tormenta de ideas recogida en distintos cursos de formación dirigidos a profesionales de la medicina, enfermería y trabajo social sanitario entre los años 2007 y 2009

Además, al mismo tiempo tratan de no establecer diferencias respecto al resto de las poblaciones autóctonas de sus consultas. Sin embargo, las comparaciones subyacen a lo largo de la construcción de los discursos, tanto las que se establecen como colectivo homogéneo respecto a las poblaciones autóctonas como las que se realizan en relación a

diferentes subtipos o grupos de colectivos de inmigrantes igualmente homogéneos entre sí:

Es que hay muchas diferencias dependiendo de dónde vengan ¿no?, de la procedencia de dónde sean ¿no? (Mauro, P2)

... Pienso que tanto los centroamericanos, como los sudamericanos o los subsaharianos suelen ser... suelen tener un nivel educativo muy bueno Como usuarios no son iguales... Yo distingo a los subsaharianos, que son magníficos usuarios, son gente muy educada y desde mi experiencia gente muy noble... Los ecuatorianos y sudamericanos son también gente muy noble, muy buenos usuarios, como el resto de españoles. Y los que más conflicto me pueden dar un poco son los rumanos, y los magrebíes son un poco especiales, tienes que tener cuidadito con su trato (Ana, M2)

Dentro de estas clasificaciones los discursos muestran la preferencia o favoritismo por determinados grupos de inmigrantes en función de la experiencia socio-profesional acumulada en sus consultas:

... a mí siempre me han gustao muchísimo los, los... surafricanos, los africanos me han gustao, yo no sé siempre he tenio yo mi..., los negrillos y to eso. Y los rumanos sinceramente... lo mismo es que voy yo con la escopeta carga, pero que no me gustan. O serán las experiencias que yo he tenio, con pacientes míos con pacientes míos rumanos que no me han gustao ni un pelo, que me han echao hasta maldiciones. Me han hecho unas cosas mu raras que digo esto es una maldición en rumano (SE RÍE) (Marina, E6)

Los del Este son muy diferentes por ejemplo de los de... de los sudamericanos, son muy distintos, suelen ser un poco más demandantes. Luego están los argentinos que son muy graciosos y también son un poquillo demandantes ... No me gusta hacer arquetipos ¿no? de gente pero suelen ser así. Y luego yo tampoco tengo mucho de... marroquíes y eso tengo pues algunas mujeres y vienen muy poco (Susana, M8)

Además, sobre la base de esta experiencia señalan cuáles son las percepciones que la población inmigrante en el rol de usuaria puede tener con respecto a la atención y el trato que reciben por el personal profesional de la salud en los centros de salud. A partir de ellas construyen comportamientos socioculturales en los encuentros asistenciales:

Porque yo creo que ellos vienen ... con ciertas reticencias, ellos se... ellos mismos piensan que nosotros los vamos a... una idea de que los... de rechazo, no lo sé. Entonces, pues el trato con ellos tiene que ser un poco más cuidadoso (Ana, M2)

... yo creo que como lo tienen todo perdido, no exigen nada... en principio. Hay otros que depende de dónde procedan, a lo mejor aprenden (BREVE SILENCIO)... a lo mejor más cultivados, no lo sé, porque no he llegado a tratarlos muy profundamente. Pero a mí me da la sensación de que, a lo mejor, gente que viene..., que tienen estudios, de fuera y vienen aquí, a España, porque no tienen más salida que por aquí, ¿no? y no quieren que los trates con... digamos, con esa intención de ayudarles a esos niveles, sino que quieren que les reconozcas que ellos están... ¿Pero qué es lo que pasa con esto? Que dan la sensación de prepotentes ¿no? Y eso te hace que tú... no sé decirte, te lleve a discusión, porque tú, tu intención no es esa ¿no? No sé, parece como que tú te quisieras hacer el listillo con ellos, ¿no? (David, SIAU1)

Desde el rol socio-profesional y en términos de salud, los discursos en general ponen de relieve que se trata de poblaciones inmigrantes jóvenes y sanas. Por este motivo señalan

que utilizan en menor medida el sistema sanitario biomédico y acuden principalmente por demandas agudas o urgentes:

... Te puedes imaginar, hay mucha población joven, joven, inmigrante, eh..... pero sobre todo yo creo que gente trabajadora joven, sobretodo (Noelia, M3-G3)

Es que hay días que hay muchos y otros días que te pasas que no ves ninguno... Ya te digo como no acuden, acuden pa esto, sobre to embarazas, pues ya está. Pero que luego no los sueles tú ver, como no sea en programas que te los tienes que traer tú a vacunarlos o cosas así... los inmigrantes es más las cosas urgentes, que les hace falta ya que te digo los embarazos, y los otros de aquí pa cualquier mijilla que les ha picado un mosquito vienen. Son demandantes, vamos Y aquí con una rozadura del zapato vienen a curarse, o por un cortecillo que se han hecho aquí (SEÑALA EL DEDO). Son muy demandantes (Marina, E6)

... por ejemplo con respecto a enfermería, siempre pues muchos en el cuarto de curas, ... porque haya que poner un inyectable porque vienen con un dolor fuerte de entrada y haya que... o porque se han caído o porque.... En las consultas médicas no te puedo decir pues me imagino también por cosas agudas no es la persona que viene... pues por procesos agudos que hace que acudan (Leonor, E4)

... los Sudamericanos ... vienen para la ITV (RISAS), son muy amables, muy educados, los del Este son menos educados... con problemas así..., dermatológicos y... pero vienen poco porque son gente que vienen y están trabajando y entonces consultan poco.... y por cosas específicas muy específicas, no vienen a perder el tiempo aquí como muchos (Susana, M8)

Sin embargo, cuando realizan estas afirmaciones escasamente destacan la interrelación existente entre una edad joven y otras variables como, por ejemplo, la posición socioeconómica, a pesar de que mayormente en sus discursos hablan del tipo de población inmigrante por motivos económicos. Así, los discursos sitúan a las poblaciones inmigrantes en los tramos edad más jóvenes y entre los grupos más desaventajados, pero no incluyen el tratamiento de la edad como un eje de desigualdad o dimensión sociocultural a tener en cuenta en las diferentes etapas de la vida de las poblaciones inmigrantes (Jansà, 2006) y en interacción con otras categorías como la clase social.

En relación al estado de salud destacan que son más vulnerables a padecer una determinada patología médica o psicológica bien por la historia de salud que acarrear desde los sistemas de atención sanitarios de las sociedades de origen, o por las situaciones y necesidades en salud que presentan en las sociedades de acogida. Al mismo tiempo, paradójicamente también subrayan que no son menos saludables que el resto de las poblaciones autóctonas y que incluso su estado de salud es superior al habitual en su países de origen. Así, identifican que este aspecto repercute en que acudan en menor medida a los servicios sanitarios en los lugares de llegada:

[Discurso desde la profesión de medicina] ... hay una «sensación» de que los pacientes inmigrantes hacen un «sobreuso» de la atención urgente en Atención Primaria Sin embargo, diversos estudios contradicen esta opinión, demostrando que la población inmigrante es mayoritariamente «joven y sana» y que, en general, realiza un menor uso del sistema sanitario del que teóricamente correspondería (Gimeno-Feliu et al., 2011: 546).

En suma, los discursos acerca de quiénes son las poblaciones inmigrantes, indican que la caracterización y definición de las poblaciones inmigrantes da lugar a procesos de construcción de la diferencia socioculturales basados en valores, estereotipos y representaciones socioculturales. Estos aspectos dan muestran de la imprecisión y el desconocimiento que el personal profesional de la salud tiene acerca del reconocimiento y la gestión de la diversidad en atención primaria:

Para mí son más desconocidos, claro, porque como son muy poca gente y son de diferentes sitios, pues yo no conozco bien las costumbres... Yo no conozco las posturas de los demás [profesionales de la salud] y los atiendo, digamos simplemente desde el punto de vista sanitario... médico (Irene, M7)

4.3.2 LOS MOTIVOS Y USOS DE LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LAS POBLACIONES INMIGRANTES

La llegada de poblaciones inmigrantes al ámbito de atención primaria viene a diversificar socioculturalmente, aún más, los procesos de atención a la salud y la enfermedad que tienen lugar dentro y fuera de los sistemas sanitarios biomédicos en el sur de Europa. De este modo, desde el ámbito biomédico comienzan a construirse distintas percepciones y experiencias de atención entre las que se distinguen los motivos de consulta y la utilización de los encuentros asistenciales que llevan a cabo las poblaciones autóctonas y las poblaciones inmigrantes. A este respecto, los discursos socio-profesionales frecuentemente establecen comparaciones constantes entre un tipo y otro de población:

Depende de dónde sean tienen diferentes (BREVE SILENCIO) diferentes modos de comportarse frente a la salud, ¿no?, frente a los problemas de salud que los... que nuestra población, pues porque, pues por condicionantes de cultura o de... o por desconocimiento, o por... pues sobre todo por eso, por los condicionantes de cómo... de dónde son, de dónde proceden (Irene, M7)

De este modo, son menos comunes los discursos que aluden a las características particulares de las poblaciones inmigrantes en los encuentros asistenciales, sin recurrir en ningún momento a la comparación respecto a las poblaciones autóctonas:

[Discurso desde la profesión de medicina] Si consideramos que la inmigración aumenta y que pueden adoptar las costumbres del país huésped, sería conveniente ... disponer de información actualizada sobre estilos de vida, enfatizando en los más prevalentes; como es el tabaquismo, principal causa de morbimortalidad prevenible, que se ha conseguido reducir entre la población

española, pero que el elevado consumo entre los inmigrantes puede condicionar cambios en los patrones de utilización de servicios y en los programas de prevención en atención primaria (Valero-Juan, 2012: 506)

Todo ello genera, que se construyan discursos de atención en torno a un nosotros y nosotras (autóctonas) respecto a los otros y las otras (inmigrantes), cuando tratan de analizar los encuentros asistenciales con poblaciones inmigrantes desde atención primaria. Así, comúnmente manifiestan que las poblaciones inmigrantes utilizan y frecuentan los servicios de salud en menor medida que las poblaciones autóctonas en cualquier tramo de edad (Gimeno-Feliu et al., 2011; Calderón-Larrañaga et al., 2011; Soler-González et al., 2008). Entre los aspectos que se atribuyen a las diferencias en el menor uso de los encuentros asistenciales, *a priori* señalan el mejor estado de salud de las poblaciones inmigrantes, la mejor utilización de los servicios de salud o bien las dificultades que existente en torno al acceso a los mismos:

Son gente joven ¿no? Que a lo mejor no tienen ningún problema, ¿no? (Elisa, E3)

... Vienen muy poco La verdad es que son relativamente nuevos ¿no?, entonces si son jóvenes se suponen que son jóvenes, entonces vienen poco a la consulta, un embarazo ¿no?, alguna planificación... (María, M3)

A este respecto, perciben que los principales motivos para acudir a las consultas se asocian a situaciones y necesidades de salud de causa importante o grave:

Solo han venio cuando han tenio unas necesidades importantes, por ejemplo yo he atendio pues a las embarazos, cuando están embarazas, que no les queda más remedio (Marina, E6)

Rebeca (TS4-G2): Cuando vienen un inmigrante, yo he tenido... vamos en la consulta a demanda pues a lo mejor, por ejemplo, los senegales y este tipo de población han venido con problemas muy gordos, muy gordos crónicos pero son problemas que los llevan arrastrando desde hace mucho tiempo. Y entonces han venido si tienen un... alguna salida pero ellos ese problema lo llevan a un...

Investigadora: ¿Pero cómo cuál por ejemplo?

Rebeca (TS4-G2): Pues que te digo yo. Hubo un muchacho que tuvo un accidente muy peligroso, estuvo en el hospital, salió del hospital y le quedaron muchas secuelas y no ha podido trabajar y le están dando de comer los otros compañeros. Pero como no tiene derecho a pensión pues ahí está. Con su patología pero está.

Una de las características más referenciada a la hora de valorar estos aspectos atañe a la identidad étnico-cultural y a la procedencia geográfico-nacional de las poblaciones inmigrantes. En esta línea, en el siguiente fragmento extraído del diario de campo, podemos ver cómo los motivos y los usos de la consulta están estrechamente relacionados con la construcción de diferencias socioculturales en base a la observación de la presencia de ambas categorías:

Esta mañana en la consulta de la Doctora Ana (M2) hemos estado conversando acerca de los motivos de consulta más frecuentes por los que vienen las poblaciones inmigrantes a su consulta. La conversación ha girado en torno a sus impresiones generales, que hemos podido ir comentando solo en el tiempo que tenía libre entre consulta y consulta. Las principales ideas que me ha transmitido la Doctora Ana (M2) han sido que la demanda está estrechamente relacionada con la procedencia geográfica de la población inmigrante en cuestión, es decir *“depende de dónde sean”* ha sido la frase que más me ha repetido a lo largo de la mañana... También, la Doctora Ana (M3) me ha subrayado que en función de la procedencia de las poblaciones inmigrantes depende el tipo de comportamientos y actitudes que desarrollan en las consultas, al tiempo que me ha advertido que ya tendré tiempo de observarlo por mí misma... Además, ha resaltado en numerosas ocasiones que la población inmigrante de procedencia rumana es *“la más conflictiva”*. Cuando le he preguntado *“¿en qué sentido?”*, me ha explicado que *“son más desconfiados”*, que *“vienen cuando ya están muy deteriorados”* y que es más difícil establecer una relación con estas poblaciones porque *“cambian más de residencia”*... Me ha llamado la atención que el resto de procedencias son calificadas en bloque como no conflictivas en general, de modo que la Doctora Ana (M3) me ha recalado que con *“los demás no tengo problemas, con los demás bien”* (Diario de campo, “Centro Sierra Norte”, martes 8 de febrero de 2005)

Así, es frecuente que el proceso de construcción de diferencias socioculturales que se establece en torno a las categorías identidad étnico-cultural y/o procedencia geográfico-nacional a la hora de hablar de los encuentros asistenciales con inmigrantes, se aluda específicamente a la categoría etnia gitana, especialmente en el caso de la población inmigrante rumana:

Recuerdo por ejemplo alguna vez una población de rumanos trabajando en [nombra una ciudad] que habían estado en contacto con la tuberculosis, y quería el médico hacerles un mantus y la trabajadora social hacerles un mantus a todos. Hubo que engañarlos, como que eso era una vacuna, no querían, cuando pinchamos al segundo los demás dijeron que *“tiriri que te vi”*, que no se pinchaban, que tal, y había habido un brote de tuberculosis en el cortijo en el que vivían y allí desapareció todo el mundo, estaban 30 ó 40 y allí cuando pinchamos a dos seguidos para hacer la prueba allí no hubo... que se perdieron, la trabajadora social persiguiéndolos y la mitad se perdió porque... y más esa gente que tiene un perfil muy, eran rumanos-gitanos o gitanos-rumanos, que era un perfil muy... cuando vieron que... Sucios como ellos solos, poco integraos, ni interés ninguno en integrarse, viviendo en condiciones malas, malas, malas, aunque podían más de una vez, incluso pueden estar en un sitio un poco mejor, pero es que ni les interesa, prefieren como se llame eso ocupar una casa, que no a lo mejor buscar un sitio un pelín mejor ¿no?, por su forma de.... Entonces esa gente sí que es muy peculiar, eso sí que es verdad que como pretendas hacer con ellos sí es difícil trabajar ... (Juan, E2-G1)

Además, de forma específica, sobre la procedencia rumana-gitana se construyen en mayor medida la apreciación de conflictos en los motivos y usos de las consultas:

Los más conflictivos son los rumanos-gitanos, porque los que son magrebís no, normalmente no. Los rumanos vienen con más gente y casi exigen más, que quieren que les atiendas en el momento y no cumplen normativas, eso de *“vale, sí, te veo porque es urgencia, pero ven mañana, que te veamos al niño, o ven mañana, que te veamos la herida, o ven mañana y te controlamos el embarazo, o citas para mañana”*, *“eso yo no lo entiendo”*. Llegan aquí *“oye, ¡ay!, ¡ay!”* (SE RÍE). Te arman un follón, que tienes que ver lo que les pasa (Emilia, E1)

Pero a mí particularmente es que los inmigrantes que están viniendo ahora rumanos no me gustan. Dice la gente, yo no sé si será verdad ... que en Rumania no hay nada más que gitanos, es que realmente los que vienen aquí son rumanos-gitanos. Y dicen que los rumanos-gitanos son peores que nuestros gitanos. Yo me entiendo mejor con la población gitana que con los... que con los rumanos (Cristina, E2)

Igualmente, la mayor parte de la construcción de estos conflictos con población rumana-gitana se atribuye al modo en qué expresan las demandas y no al tipo de demanda en sí:

La demanda es muy parecida. Otra cosa es cómo lo demandan, pero eso ya entramos en lo que decíamos antes el patrón cultural... Lo demandan de forma más reivindicativa, de forma negativa ... es gente como que le afecta mucho la enfermedad, cosas así (Julián, M5)

Son peores, bueno, eso es lo que te he dicho realmente que dice la población, la gente que dice "*es que son peores que los gitanos...*". No sé si será o bien por el idioma o porque son más resentidos o porque se creen con más exigencias, porque quizás nosotros como estamos ya acostumbrados a nuestros gitanos propios... que son exigentes, que son demandantes, muy demandantes a nuestra población, entonces pues te adaptas a ellos, entonces a lo mejor te da coraje que te venga uno pues exigiendo... Hablan como con mucho... muy despectivos... y sin respeto, y tú dirás "*pues igual que los gitanos*". Pues quizás es que como los sentimos más nuestros a los que tenemos aquí, pues a mí no me cabrearía tanto...(Cristina, E2)

En relación a estos aspectos, cuando el personal profesional de la salud profundiza acerca de cuáles son los motivos principales por los que acuden las poblaciones inmigrantes a atención primaria, comienzan a incluirse una variada gama de demandas en función de la construcción de distintas diferencias socioculturales:

Son variopintos, entonces, primero los ves que están alucinaos con el sistema sanitario, con que tengan posibilidad de venir sin pagar dinero, entonces vienen a la ITV [*Inspección Técnica de Vehículos*], sobre todo así los sudamericanos y eso vienen "*porque quiero que me vea el dentista, que me operen de la vesícula porque tengo piedras y que me hagan una ecografía y una radiografía de aquí porque hace muchos años que me duele el cuello*", o sea que quieren como disponer de lo que no han dispuesto ¿no? de tecnología apropiada pues pa diagnósticos y pa cosas así (Susana, M8)

Mucha de la patología por la que consultan son problemas de integración, psicósomáticos, problemas depresivos y todo eso, que son difíciles de tratar y de abordar ¿no?. Y vienen aquí como pues eso... con la idea de que aquí se lo podemos arreglar todo. No sé de donde han aprendido eso, si es por su cultura o porque piensan que la medicina... da todos los recursos para todo... no, no sé lo que es. Pero a veces me he encontrado con más problemas... con los inmigrantes de habla... hispana, que con otro tipo de inmigrante de otros sitios (Antonia, M9)

La mayoría de la gente consulta por cosas muy parecidas, quitando gente que venga de población subsahariana que te encuentras con alguna malaria, o que te encuentras con alguna cosa. Pero la mayoría de la gente viene por lo mismo que la gente [*autóctona*] que estaba aquí antes (Julián, M5)

Investigadora: ¿Qué tipo de demanda tenéis?

Valentina (TS2-G2): Nosotros demanda de asistencia sanitaria porque también se le ha hecho ver que nosotros recursos económicos cero, cero, cero ...

Rebeca (TS4-G2): Lo que pasa que a nosotros nos llega mucho...

Valentina (TS2-G2): Control de salud infantil, de niño sano, de vacunas, del embarazo...

Rebeca (TS4-G2): Claro como ellos tienen ayudas pues entonces se nos deriva para los controles, yo te doy la ayuda pero tienes que hacer esto. Entonces a nosotros nos llega la mayoría derivada.

Valentina (TS2-G2): De alguna manera es como si fuese el trabajo social del principio, de ir a buscar a gente. Y ahora vas para la planificación, para que acudan al control de embarazo...

Rebeca (TS4-G2): Las IVE [*Interrupción Voluntaria de Embarazo*]

El personal profesional de la salud considera que los motivos de consulta expresada en forma de demandas en las consultas de las poblaciones inmigrantes cambian con el

tiempo. Así, por ejemplo, mientras que en un principio las demandas principalmente se relacionan con la obtención de información respecto al acceso y uso del sistema sanitario, con el paso del tiempo el conocimiento acerca de la accesibilidad y el funcionamiento del sistema disminuye este tipo de demandas:

Valentina (TS2-G2): Pero es más de conocimiento, de darle a conocer las prestaciones y como funciona nuestro sistema sanitario. Que ya a los nacionales no hay que hacérselo, hombre es normal.

Investigadora: Sí por eso decías que era como el trabajo social de los inicios.

Valentina (TS2-G2): Efectivamente.

La población inmigrante antes, hace unos años, venía con muchísimos más miedos, estaban más perdidos, con menos información del sistema sanitario, y eso requería pues que..., que estuviésemos más volcados en ofrecerle más información sobre cómo funcionaba nuestro sistema, la forma de utilizarlo, la accesibilidad y tal... (Milagros, TS4-G4)

Sobre este tipo de demandas, otro aspecto identificado por el personal profesional de la salud se refiere al miedo que sienten las poblaciones inmigrantes a la hora de relacionarse con el sistema de salud y las condiciones de vida y trabajo que hacen que no prioricen la atención a la salud:

Nieves (TS1-G2): Mira los emigrantes además tienen un miedo siempre. A mi me dijo una vez uno, que estuve encima de él para que se tomara la medicación de la tuberculosis. Y ya en un momento dado, que no venía el médico, que se le pasaban todas la citas, que no iba al especialista, que no se hacía las radiografías, y ya un día me dice él *“mira que yo he venido aquí a trabajar no al médico”*.

Valentina (TS2-G2): Y es que es cierto ellos vienen a trabajar.

Rebeca (TS4-G2): Lo prioritario para ellos es trabajar para poder mandarles a su familia el dinero.

Otros aspectos relacionados con los motivos y usos de las consultas aluden a algunas de las dificultades que se asocian al encuentro asistencial con las poblaciones inmigrantes como, por ejemplo, las relativas al proceso de comunicación en los encuentros asistenciales. Así, hacen referencia a que las dificultades de comunicación unas veces se relacionan con las barreras idiomáticas que originan la necesidad de contar con personas que actúen como intérpretes en los encuentros asistenciales, y otras con las diferencias de costumbres que se unen al desconocimiento del idioma:

Tuve a un señor que no sé de dónde es, que era diabético, un hombre mayor, era negro, pero no sé de qué país era, vino con otro que debe de ser de su comunidad que habla español, no era pariente, y él no hablaba nada. Era diabético y tal, y le di cita, lo metí en el programa y tal, pero no volvió a aparecer (Emilia, E1)

Yo no he tenido problemas, salvo los del lenguaje y entendimiento, porque sean extranjeros y vengan, a lo mejor con algún intérprete que les ayuda o algo, con respecto al tema de salud que me hayan planteado..., no he tenido problemas. Me han consultado, yo les he explicado la sistemática que haya tenido que ser, igual que con los demás pacientes, y la han aceptado bien (Irene, M7)

... aprenden el idioma, muy rápido, yo no creo que sea, muchas veces son, incluso las propias costumbres ¿Sabes lo que te quiero decir? Son, es la costumbre, la cultura, las costumbres (...)
(Graciela, TS2-G4)

Otras veces, ambos aspectos se relacionan entre sí como, por ejemplo, en el caso de las poblaciones rumanas-gitanas con las que identifican problemas de comunicación en términos idiomáticos y de comportamientos. A este respecto, se comparan los comportamientos de estas poblaciones con los de las poblaciones autóctonas-gitanas de principios de los años 80 del siglo XX:

Yo creo que nos adaptamos tanto a ellas [mujeres gitanas autóctonas] que nos... que unas a otras se decían *"pues ve a que te controlen el embarazo"*. Y ya, sin embargo, ya es una exigencia, ya se quedan embarazadas y vienen directamente, ¿no? Más o menos nos pasaba lo que nos pasa ahora con los rumanos. Yo estoy recordando perfectamente... con los rumanos estamos en la primera época de cuando nosotros llegamos aquí, igual, igual. Tienen muchos hijos, no los tienen vacunados, ni los quieren vacunar, ni ven la necesidad. El único problema... La única diferencia es que te haces entender peor con los rumanos, ¿no? Porque con un gitano, hablaban el mismo idioma y te podías entender, aunque ellos hablen un dialecto o idioma, no sé cómo llamarlo. Pero con los rumanos, si no hablan español, es más difícil (Emilia, E1)

A propósito de buscar una respuesta ante las barreras idiomáticas, el personal profesional de la salud muestra su disposición a solucionar los problemas de comunicación a través de distintas estrategias, tales como el uso de gestos, tablas con símbolos, el recurso de la teletraducción, etc.:

... Hay gente que verdaderamente tiene dificultades para comunicarse, oye, pero tenemos todos allí en nuestro tablancito de la consulta, tenemos el numerito, para llamar a teletraducción, y decir *"venga que te voy a pasar, que quiero saber esto, esto y esto"*. Y lo tienes, y vamos, yo lo utilizo un montón con la población inmigrante y da un resultado fantástico. Y sin embargo pues ese mismo servicio que lo tiene pues todo el centro de salud, pues no llega (Graciela, TS2-G4)

Yo esta mañana, es que fijaros lo que me ha pasado... Esta mañana estaba poniendo DIUS [*Dispositivos Intrauterinos*] en el centro y, entonces, pues la primera que me ha venido una paciente de otra médico, que pues yo creo que es marroquí, pero es que la mujer no sabía casi ni hablar español, no entendía casi nada, y yo le tenía que explicar en qué consistía lo que le iba a poner, los cuidados que tenía que tener, y ha venido sola. Al final es que he pensao, le he dicho cuatro cosas, se lo he escrito en un papel, y me he puesto a ponerle el DIU, digo *"pues que sea lo que Dios quiera"* (Olga, M4-G3)

Por último, un aspecto que consideran necesario tener en cuenta en el desarrollo de los encuentros asistenciales es la influencia de la dimensión cultural a la hora de construir estereotipos en la atención a determinados grupos de inmigrantes. De esta forma, en general, teóricamente consideran necesario evitar los sesgos etnocéntricos en los procesos de atención a la salud y la enfermedad de las poblaciones inmigrantes:

... No sé a lo mejor somos un poco etnocéntricos, es que pensamos que lo bueno para ellos, es lo que nosotros pensamos que es lo bueno para nosotros, pero lo mismo no es así ¿no? (Sofía, E5-G1)

Si bien, en muchas ocasiones, los sesgos etnocéntricos en forma de valores, estereotipos y representaciones socioculturales están presentes en la práctica cotidiana de los encuentros asistenciales:

Yo siempre le decía a la Doctora María (M3) muchas veces, veras es una barbaridad lo que te voy a decir, *“yo soy racista”* y decía *“Cristina, tú no eres racista”*, pero yo decía *“hay que ver que guarros son, que sucios vienen que no se que...”*, y dice *“tú no eres racista, porque a ti te viene un negro... bien preparaao y bien en condiciones y tú eres capaz de hablar con él y estar con él”*, y dice *“y te viene un gitano haces lo mismo”* (María, M3)

Finalmente, uno de los elementos que se valoran como positivos y necesarios a la hora de abordar los encuentros asistenciales con las poblaciones inmigrantes es promover en mayor medida el trabajo en equipo de forma coordinada para poder atender a las diferencias socioculturales complejas que se asocian a las poblaciones inmigrantes:

Vivimos en una sociedad tan compleja, que ya no podemos trabajar como se trabajaba antes cada uno su parcela. No es posible porque no tienes resultados. Tenemos que coordinarnos y tenemos que interrelacionarnos, de esa manera es como tenemos resultados... (Sofía, E5-G1)

Estas consideraciones, ponen de relieve la necesidad de que los encuentros asistenciales con las poblaciones inmigrantes vayan más allá de los motivos y usos de las consultas, de forma que transiten hacia el conocimiento de las condiciones de vida y salud de las poblaciones fuera de las mismas. De esta forma, sería posible alcanzar un conocimiento contextualizado sobre la realidad sociocultural de cada persona o grupo y alejarse de los valores, estereotipos y/o representaciones socioculturales que pueden construirse a partir de una relación distante y asociocultural con ellas.

Los discursos socio-profesionales nos muestran las dificultades que subyacen en el encuentro asistencial para comprender las situaciones y necesidades de salud de las poblaciones en sentido amplio. Todo ello, plantea la necesidad de fortalecer la unión entre el ámbito de la atención primaria y los servicios de salud pública basados en la población. En esta línea, algunos estudios manifiestan que aunque la atención primaria y la salud pública se han venido desarrollando en paralelo y con pocos puntos de conexión o reconocimiento mutuo (Artazcoz et al., 2010), las fronteras entre ambos ámbitos son artificiales (Gérvás, Segura y Seminario Innovación en Atención Primaria, 2007). Por ello, la relación y el intercambio de conocimientos entre ellos es básica para lograr la salud de todas las poblaciones.

En ese contexto, el principal reto a alcanzar para consolidar la relación entre la salud pública y el modelo de atención primaria, consiste en que ambos modelos biomédicos

compartan una misma perspectiva para conceptualizar y afrontar las dimensiones socioculturales en los procesos de atención a la salud y la enfermedad de las poblaciones. Asimismo, esta perspectiva debe relacionarse de forma directa con las teorías socioculturales desarrolladas desde las ciencias sociales.

En relación a este desafío, por una parte, aún se advierte que la perspectiva sobre las diferencias socioculturales dominante en salud pública y epidemiología aún se centra en estudiar y abordar el origen y la distribución de los problemas de salud de las poblaciones de carácter eminentemente biológico. Además, en algunos casos se asocian a comportamientos y estilos de vida de responsabilidad individual, de modo que no se ajusta a la perspectiva de los determinantes sociales de la salud en sentido amplio y colectivista. También, cuando la perspectiva salubrista y epidemiológica sí se ajusta a los determinantes sociales de la salud, podemos decir que todavía se encuentra ante algunas limitaciones teórico-conceptuales a la hora de definir y abordar la diversidad a partir de la construcción de diferencias socioculturales dentro y entre grupos socioculturales. En la mayoría de los casos, estos grupos quedan reducidos a su tipificación como comunidades o colectivos herméticos y diferentes. Así ocurre, por ejemplo, con las poblaciones inmigrantes, entre otras, en lugar de hacer referencia a sus dinámicas y cambiantes identidades etno-culturales y procedencias geográfica-nacionales, de forma que todo ello puede traducirse en desigualdades socioculturales en salud.

Frecuentemente el análisis de las dimensiones socioculturales se plantea como un rasgo, un factor o una característica más de las poblaciones. Se plantea así que se deben estudiar y describir en términos de Durkheim (1897) como cualquier otro hecho social, objetivo y presente en la realidad externa biológica y sociocultural de la salud y la enfermedad de las poblaciones. Este aspecto da lugar a la puesta en práctica de una mirada racional positivista comparativa, simplista, reduccionista y predominantemente de carácter socio-económica de corte estructural marxista. En los últimos años, esta mirada en el mejor de los casos se acompaña de un énfasis transversal que trata de incorporar la dimensión de género y feminista en los análisis (Esteban et al., 2010). El abordaje de las desigualdades por razón de género junto a la posición socioeconómica de las poblaciones, pone de relieve cómo estos aspectos constituyen las causas más importante de desigualdad social en salud (Fernández, 2011). Sin embargo, de forma dominante la mirada biomédica de la desigualdad actúa en detrimento de una visión

sociocultural, subjetiva y holística más compleja e indeterminista acerca de la diversidad en salud, que contribuya a articular el *corpus* teórico sobre las desigualdades sociales en salud con el de las discriminaciones socioculturales (Lurbe, 2008: 82).

Por otra parte, en general se observa que la institucionalización política e institucional del modelo de atención primaria de salud, todavía enfatiza la puesta en práctica de algunos de los elementos universales característicos del sistema biomédico tradicional esencialmente curativo y asistencial del que forma parte. Igualmente, cuando el modelo de atención primaria trata de alejarse de esta perspectiva y promover sus elementos universales más sociales y culturales, aún manifiesta dificultades. Principalmente, las que se relacionan con el reconocimiento y la gestión de la diversidad de diferencias socioculturales que están presentes en las situaciones y/o necesidades de la vida de los grupos humanos en el encuentro asistencial.

En ambos casos, la construcción biomédica de las diferencias socioculturales que pueden determinar desigualdades socioculturales, parece estar próxima al origen de las teorías de la perspectiva sociocultural que plantean el concepto de cultura mediante el reconocimiento de la existencia de grupos socioculturales diferenciados. Si bien esta observación se apoya en lógicas de construcción de la diferencia en base a categorías y clasificaciones “unidimensionales”, y a sistemas cognoscitivos de identificación de la diferencia fundamentalmente “nomotéticos” (García-Castaño et al., 1999: 15-46).

De esta forma, el proceso biomédico de construcción de diferencias socioculturales se asienta en una visión occidental etnocéntrica y biomedicocéntricamente sesgada, que arranca del paradigma epistemológico gnoseológico. Esta percepción es heredera del enfoque de las ciencias naturales tradicionales empírico-positivistas modernas, y es cercana al evolucionismo sociocultural positivista (Seppelli, 2000: 36) y a las proposiciones de la denominada Escuela de Cultura y Personalidad. Estos sesgos contribuyen a establecer clasificaciones jerárquicas entre los diferentes grupos socioculturales de poblaciones que se identifican. Ante estos grupos se establecen conceptualizaciones y actuaciones biomédicas específicas que, en definitiva, pueden dar lugar a la construcción de desigualdades socioculturales en salud en base a la construcción de diferencias étnico-culturales y geográfico-nacionales:

Se trata de una perspectiva pseudo-teórica que sume implícitamente y *a priori* la existencia de diferencias genéticas y culturales fijas entre grupos étnicamente diferenciados, que son las principales causas generadoras de desigualdades en salud entre dichos grupos. Se concibe «lo

étnico» como una realidad coherente, homogénea, únivoca y estable, reificando por tanto las distintas categorías étnicas elaboradas.

... gran parte de los estudios sobre salud dan crédito a una noción de «etnia» definida en términos de división natural e inmutabilidad, donde la descripción de las similitudes que identifican los miembros pertenecientes a un mismo «grupo étnico» y las diferencias que distinguen los grupos étnicos entre sí se consideran como la etiología de los diferenciales de salud. De manera recurrente, la atribución de una causalidad «étnica» suele constituir la «caja negra» que da cabida a todo aquello que no es explicado ni por la clase social, ni por el género, ni por la edad. Por tanto, son elevadas las probabilidades de que se trate de una correlación espuria (Lurbe, 2008: 86).

Estos aspectos dinámicos y reflexivos progresivamente darán lugar a nuevas teorías acerca de la cultura desde planteamientos antiesencialistas y relativistas. Sin embargo, en muchas ocasiones, no están explícitamente presentes en los discursos biomédicos sobre los determinantes de las desigualdades sociales en salud de las poblaciones, ya que desde ellos:

- a. se remarca la construcción de diferencias socioculturales peculiares y rígidas en términos positivistas, eminentemente cuantitativos y transversales, mediante las que se establecen distinciones jerárquicas entre los grupos humanos frente al reconocimiento de la diversidad intra e intercultural;
- b. se suelen construir discursos hegemónicos y estereotipos de percepciones y comportamientos compartidos, homogéneos y estáticos a partir de la observación de categorías socioculturales diferentes, que simplifican el reconocimiento de la diversidad en los procesos de atención a la salud y la enfermedad de las poblaciones;
- c. se fundamentan límites y fronteras socioculturales de poder acerca de los saberes y conocimientos preponderantes y subalternos sobre la salud y la enfermedad entre los grupos humanos y los modelos médicos; y
- d. se llevan a cabo encuentros asistenciales que transcurren en un contexto relacional en el que predomina una escasa reflexión acerca de la propia identidad socio-profesional y la de la organización sociocultural biomédica a la que se pertenece.

Todo ello, en definitiva, hace que el personal profesional de la salud distinga en general a las poblaciones como el otro y la otra. Y, más aún, que perciba las poblaciones inmigrantes como los otros y otras más diferentes todavía. A su vez, genera que en base a distintas dimensiones socioculturales más o menos diferenciables las asigne a distintos grupos identitarios. Como decimos, así ocurre principalmente con la visión biomédicamente y etnocéntrica sesgada mediante la que se construye la condición de población inmigrante, entre otras poblaciones. Desde ella se trata de observar a la

multiculturalidad y la interculturalidad en salud en el ámbito de los sistemas biomédicos y de la atención primaria de salud en las sociedades modernas y postmodernas.

La perspectiva sociocultural en salud favorece que la salud pública y el modelo de atención primaria profundicen en la comprensión y gestión de las diferencias y las desigualdades socioculturales en la salud y la enfermedad de las poblaciones, inmigrantes o no. Sus aportes se hacen más necesarios que nunca para avanzar hacia la incorporación de la diversidad en salud. Para ello, en el momento actual, es fundamental promover un nuevo diálogo entre las ciencias de la salud y las ciencias sociales:

[Discurso desde la profesión de medicina] La salud de los inmigrantes extranjeros, tanto en el ámbito asistencial como desde los servicios de salud pública y de vigilancia epidemiológica, debe ser considerada desde una óptica interdisciplinaria, flexible y dinámica, que cuente con la colaboración de profesionales de servicios sociales, antropólogos, sociólogos, traductores e intérpretes, mediadores culturales y abogados, por citar sólo los más destacados. Es necesario resolver los problemas de comunicación que pueden causar importantes problemas en la atención a los inmigrantes extranjeros (Grupo de consenso de atención primaria, 2001: 4).

[Discurso desde la profesión de medicina] Todo esto nos lleva a hacer varias reflexiones y a plantearnos asignaturas pendientes con la Administración, como aumentar el nivel de formación en mejorar la relación médico-paciente, en un mejor conocimiento en patologías poco frecuentes en nuestra cultura y endémicas en las de ellos o en reforzar y mejorar la formación e información sobre aspectos sociales, culturales y antropológicos que nos ayudarán a entender mejor el contexto de su enfermedad o ¿por qué no? el conocimiento del idioma o acceder a un intérprete en cada CS [Centro de Salud] (Ballesteros et al., 2005: 520).

[Discurso desde la profesión de salud pública] ... para los profesionales de la salud en general, y para los epidemiólogos en particular, que procedemos de enseñanzas y prácticas con claro predominio biomédico. Escuchar otras voces que nos hablan de salud-enfermedad y atención sanitaria desde esta visión sociocultural ... nos obliga a reflexionar y abrir nuestras mentes, y nos ayuda a conformar el espacio de los saberes, las prácticas y las metodologías en las ciencias de la salud con una visión más holística (Fernández, 2011: 259).

Desde este marco es posible plantear nuevas perspectivas teórico-conceptuales y modelos explicativos interdisciplinarios en los que la observación de “la enfermedad no se revela como un fenómeno afectado por el mundo social, sino como parte de ese mismo mundo” (Martínez et al., 2013: 9). La mirada interdisciplinaria puede permitir avanzar a la biomedicina en el conocimiento sobre la influencia y la interacción existente entre las distintas dimensiones socioculturales en el encuentro asistencial con las poblaciones, inmigrantes o no, en contextos de diversidad. Su incorporación puede proporcionar las “recetas” (Schutz, 1974: 45) necesarias para mejorar la comprensión de los retos y/o problemas que desbordan al personal profesional de la salud en los encuentros asistenciales con las poblaciones inmigrantes desde un replanteamiento crítico:

... los análisis realizados por el antropólogo (igual que por el sociólogo) pueden ser importantes para el médico *pueden ser importantes para la médica*”), en el sentido de que le sean útiles para un replanteamiento crítico de su propia práctica, ayudándole a tomar conciencia de los límites, a veces sutiles, entre el ritual y la técnica científica, con el fin de articularlos honestamente (Prat et al., 1980: 65).

4.3.3 LA RELACIÓN SOCIO-PROFESIONAL CON EL OTRO Y LA OTRA INMIGRANTE

En atención primaria la relación socio-profesional con las poblaciones inmigrantes está estrechamente interconectada con la percepción de diferencias culturales, más que sociales, en los encuentros asistenciales. Si bien, en muchas ocasiones, ambos tipos de diferencias aparecen vinculadas entre sí en la construcción de los discursos socio-profesionales sobre inmigración y salud:

[Discurso desde la profesión de medicina] La atención de pacientes de procedencias geográficas variadas, etnias diferentes, lenguas y culturas distintas y con un patrón de salud-enfermedad que no coincide con el modelo al que estamos habituados supone un reto para el médico de familia a la vez que un estímulo y un enriquecimiento profesional y humano. Al igual que para el resto de la población el médico de familia debe ser la puerta de entrada natural del inmigrante en el sistema sanitario. Ello favorece su integración en la sociedad, crea un sentimiento y una percepción de igualdad de trato y optimiza los recursos existentes, a priori, siempre escasos. Pero la asunción en nuestras consultas de más de un millón de personas de características plurales y distintas a las nuestras y en un periodo de tiempo relativamente corto ha generado incertidumbre y a menudo conflictos y conductas de evitación. No es infrecuente encontrar al colectivo inmigrante presente en una zona sanitaria agrupado en unos pocos cupos de médicos, generalmente en los más receptivos o lo que es peor en los últimos en acceder a un puesto laboral dando lugar a una especie de "guettos" poco deseables (Cañada, 2004: 1-8)

La percepción de estas diferencias socioculturales para las profesiones de la salud, se construye en términos de los problemas y/o desafíos que experimentan ante ellas en sus prácticas cotidianas de atención desde el contexto de atención primaria. Así, el primer paso les lleva a reconocer la presencia de diferencias en términos de inquietud frente a lo sociocultural, y el segundo les conduce a traducir esta expectativa en la búsqueda de distintas resoluciones ante las diferencias. Estas opciones se manifiestan en la predisposición que caracteriza a las profesiones de la salud a la hora de buscar soluciones prácticas, más que teóricas, a introducir en el modelo de atención integral que prestan a las poblaciones inmigrantes. Estas soluciones se traducen en su apertura y disposición por llevar a cabo cambios en las experiencias de atención mediante las que se relacionan socio-profesionalmente con estas poblaciones.

De este modo, en términos de diversidad, podemos decir que las limitaciones en términos de “problemas sociales” (en todos sus significados) que encontrábamos en los presupuestos que definen y configuran al modelo de atención integral con todas las poblaciones, ahora se trasforman en términos de “problemas culturales” (principalmente

representado en el marco de la relación socio-profesional) con las poblaciones inmigrantes. Es decir, las nuevas dificultades experimentadas frente a lo cultural hacen que la observación de “problemas (diferencias) sociales” en el caso de las viejas y conocidas poblaciones autóctonas, quede matizada ante el conocimiento que perciben ahora acumulado en los encuentros asistenciales. Al mismo tiempo, estos cambios de percepción subrayan que la observación de “problemas (diferencias) culturales” en el caso de las nuevas y desconocidas poblaciones inmigrantes, quede enfatizada ante el desconocimiento que perciben ahora no haber alcanzado aún en los encuentros asistenciales. Así, ocurre que las poblaciones autóctonas pasan a formar parte del nosotros y nosotras desde la cultura biomédica y la subcultura biomédica de atención primaria, mientras que las poblaciones inmigrantes pasan a constituirse como el otro y la otra a socializar y enculturar desde el contexto de atención primaria.

Las profesiones de la salud a la hora construir discursos sobre la relación que establecen con poblaciones inmigrantes, observan que una parte de las diferencias culturales fundamentalmente se asocian con el nivel de integración que atribuyen a las poblaciones inmigrantes en las consultas. Así, señalan que la integración influye en las creencias, costumbres o comportamientos de determinados grupos de inmigrantes en los encuentros asistenciales:

Bueno yo en [*nombra una zona rural*] es que hay una población que está muy integrada, es un grupo mayoritario de bolivianos, entonces pues hombre no acuden tanto a los servicios sanitarios como el resto de la población, pero bueno cuando la necesitan ... y luego hay una población de marroquíes que tampoco hay problemas con ellos, senegaleses y rumanos, que no son rumanos-cíngaros, o sea que están también muy integrados El único que... cuando hemos tenido algún problema, ha sido como hemos comentado antes con la población china, pero es que ahora no tenemos chinos tampoco y entonces bien, bien (Sofía, E5-G1)

A este respecto, por una parte, las profesiones de la salud valoran que es necesario que las poblaciones inmigrantes estén integradas en términos de adaptación a la organización y funcionamiento del sistema de atención sanitario. Es decir, estar integradas quiere decir que hagan una utilización adecuada del sistema biomédico:

Ya se han acostumbrado a que tú les des, cuando van al control, su hoja con su alimentación, y ya sí te van preguntando alguna que otra que qué le va metiendo al niño, al principio no te hacían ni caso. Les cuesta, tienes que saber sus costumbres, claro, su cultura y sus costumbres (Gabriel, M1-G3)

Por otra parte, las profesiones de la salud consideran que el sistema de atención sanitario también debe adaptarse a las diferencias culturales de las poblaciones inmigrantes, y no solo al revés, de forma que así se facilite la integración de las mismas:

... Uno de los problemas puede ser el pretender la asimilación de la cultura, es decir, igual no es la palabra adecuada, pero me explico ... Nosotros ya tenemos una población (Ángela, TS7-G4: Muy variada) yo en concreto tengo rumanos, tengo musulmanes, por el tema del trabajo y tal, que evidentemente pues si van al médico por una dieta, le tendrán que poner una dieta adaptada a sus costumbres alimenticias. Y nosotros a lo mejor, pues en cuanto a horarios, habrá que ver en cuanto sea mujer o que sea hombre... (Adrián, TS8-G4)

Asimismo, las profesiones de la salud a la hora de valorar los encuentros asistenciales con poblaciones inmigrantes, resaltan la importancia de construir una relación socio-profesional continuada con ellas. En relación a este aspecto, destacan con frecuencia que un límite en la atención es el constante proceso de cambio que se asocia a la inestable presencia de las poblaciones inmigrantes dentro y fuera de los centros de salud. Estos cambios se relacionan con los traslados de domicilio que experimentan las poblaciones inmigrantes por motivos principalmente laborales:

... el inmigrante es el que hace poco que ha venido, que no tiene pensamiento de quedarse aquí mucho tiempo, incluso aunque tenga pensamiento de quedarse en... España, suelen estar cambiando mucho de domicilio... (Antonia, M9)

... hay una alta rotación, es decir, que vienen y muchas veces se nota que Andalucía puede ser una zona de paso, que están aquí unos años, prueban y luego cambian, es decir, que no son gente que vienen a establecerse aquí por mucho tiempo, sino que están un año, cambian, también dependen de las condiciones que encuentren laborales, ellos van digamos donde hay trabajo, entonces eso sí que es verdad, que tienen una rotación mayor ... (Susana, M8)

... hay una población inmigrante que aparece por urgencias que son los rumanos, pero que lo mismo aparecen que desaparecen ... Y después hay otra población que, que ya está un poco más integrada, que son inmigrantes, pero que están un poco más integrados (Gonzalo, M10)

Luego cada grupo tiene sus peculiaridades. Porque por ejemplo, la población emigrante joven, pues a lo mejor viene de donde sea y se establece en [*nombra una zona rural*] por ejemplo. Pero lo normal es que se mueva, si hay trabajo van para arriba para abajo. O sea que igual los tienes un mes aquí, luego seis meses se van, vuelven o se van ... (Juan, E2-G1)

A estas situaciones, perciben que se suman las que tienen que ver con la situación jurídico-administrativa irregular de las poblaciones inmigrantes, y que también influyen en que no accedan ni frecuenten asiduamente los centros de salud por miedo:

... El hecho de no estar legalizados, no tener papeles, no acceden normalmente ni a urgencias, es muy difícil que accedan a un sistema sanitario, no tenemos, yo pienso que la población más importante de inmigrantes no tenemos comunicación con ella (Blanca, E3-G1)

... Porque hemos ido a buscarlos teniendo conocimiento de esa familia y literalmente es que desaparecen por el miedo a que están sin papeles, son gente.... Entonces es difícil, pero no porque no quiera o no tenga yo un interés en contactar... (Matilde, E4-G1)

También al principio tenían mucha desconfianza para ir a las consultas, porque ellos creían que como no estaban muchos legales, que aquí para la asistencia sanitaria los iban, los iban a echar. Por eso al principio cuando estaba la otra asistente social que había al principio, tuvimos reuniones con la Cruz Roja y del Ayuntamiento y demás, para que a través de los cabecillas de ellos, que más confianza tenían, para que vieran que no había ningún problema, que una cosa era que se dieran de alta para tener su asistencia y otra cosa era lo otro. Entonces, al principio, costó trabajo que

asistieran a las consultas. Luego poco a poco ya sí, lo típico, como los demás lo saben y están apuntados, van tomando confianza y demás y van todos. Pero costó bastante trabajo al principio (Gabriel, M1-G3)

No quieren ir al médico, porque si están ilegales tienen miedo... (Rebeca, TS4-G2)

Partiendo de la base que tú llegas a un país extranjero y te pueden echar, pues todo lo que te huela a institucional y a tal (Blanca, E3-G1: Huyes, huyes, es que no vamos), pues ya de momento te echa para atrás. Entonces te tiene que dar un dolor grandísimo para que tú vayas, si no si lo puedes evitar, eso una. Luego el que llega y le da trabajo y lo está explotando entre comillas, habrá de todo pero habrá quién les explote y les dice *“cómo tú no vengas o faltes una mañana dos horas vas a la puñetera calle”*, miedo añadido. Luego además viven hacinaos en una casa que tal, que saben *“mis hijos van a perder este poco pan que tengo, tal”*, entonces hacen todo lo posible para no ir, salvo que no quede más remedio, ya cuando no queda. Pero todo lo que les huela a estatal o algo parecido (SE RÍE) es lógico, pero vamos nos pasaría a cualquiera de nosotros. Mañana nos vamos a trabajar a cualquier país y estás ilegal e intentas pasar lo más desapercibido. Claro, que no se te vea a poder ser. Otra cosa es a lo mejor cuando ya pasa X tiempo ¿no? Ya llevas medio año, un año, lo que sea, y ya te vas haciendo al país, pero sobre todo los recién llegaos ... al principio incluso si pueden no llevan ni al niño al colegio, luego ya se van dando cuenta y dicen *“bueno esto habrá que, habrá que llevar a los niños al cole, habrá que tal”* y ya la cosa se va tranquilizando un poco (Juan, E2-G1)

Las dificultades para establecer una relación continuada acrecientan las distancias que pueden separar socioculturalmente al personal profesional de la salud y a las poblaciones inmigrantes en los encuentros asistenciales. De esta forma, el desconocimiento entre ambos tipos de actores sociales puede ocasionar que se visualicen en mayor medida las diferencias socioculturales que les alejan a través de las percepciones y experiencias de salud y enfermedad que se construyen cotidianamente.

La falta de continuidad asistencial dificulta que se desarrollen las complicidades ya constituidas en la relación socio-profesional con las poblaciones autóctonas conocidas. Entre ellas, por ejemplo, destacan el desconocimiento o las diferencias socioculturales percibidas en los motivos y usos de las consultas ya referidas, y las que se relacionan con la puesta en práctica de la escucha activa, la confianza mutua y el acompañamiento en la relación con las poblaciones inmigrantes, entre otras:

Tuvimos una familia que era más bien extraña ... era una chica que estaba aquí ... y cogió una infección bastante grande... estaba todos los días ... mañana, tarde estaba todos los días ahí ... Pero empezó a desaparecer de buenas a primeras, que le pierdes la pista... que te entra gente y que te vuelcas con ellos o te vienen con los niños a vacunarlos, todo bien, todo el programa de salud, todo correcto y de buenas a primeras te desaparecen (Cristina, E2)

Vienen, trabajan (Juan, E2-G1: A lo bestia) trabajan una barbaridad y vuelven, vuelven, con lo cual es muy difícil... y bueno decirles que se salgan del comercio pa venir al consultorio es difícil ¿no? A no ser que se vean la herida, que sea algo muy grave supuestamente... (Fernando, E1-G1)

Quizás fijate me cuesta un poquito más con los orientales, quizás ahí con el... paciente oriental, chino, sobretodo, es con el que yo encuentro más dificultad de, de... que ellos me capten, o de que ellos incluso, les noto cierta desconfianza, ¿no? con mi medicina ¿no? (Noelia, M3-G3)

Yo no tengo acceso a su casa, es raro que tú vayas a una visita de un inmigrante, he ido a lo mejor de sudamericanos, y he conocido algunas sudamericanas más que han sido cuidadoras de algunos de mis pacientes, pero ya está (Marina, E6)

Como contrapartida, ante estas dificultades, las profesiones de la salud experimentan la necesidad de introducir en sus prácticas asistenciales un componente de “voluntariedad” para afrontar la atención a las diferencias socioculturales que construyen en torno a las poblaciones inmigrantes. Es decir, aunque observan que actuar ante las diferencias socioculturales forma parte de sus roles y funciones, frecuentemente perciben que atender o no estas diferencias depende de la voluntad particular de cada profesional. Así, por ejemplo, explican que esto puede deberse en algunos casos al hecho de que para acceder a determinados grupos de poblaciones inmigrantes tienen que desarrollar la voluntad de trabajar fuera del horario laboral e invirtiendo parte de su tiempo libre en el trabajo:

Vacunación a grupos por ejemplo... es un foco fácil y difícil. Te salías del horario en un horario tarde de fin de semana, ibas y hacías una vacunación masiva (Matilde, E4-G1: Claro, yo lo he hecho) de, de, niños, de todos, pero tenías que romper, tenías que flexibilizar, romper tú el horario estricto entre comillas de trabajo, para poder acceder a ese núcleo de población sino pasan desapercibidos totalmente, es un problema ... (Fernando, E1-G1)

La voluntariedad, también, conlleva no ajustarse estrictamente a la aplicación de protocolos clínicos de actuación, ya que siempre podría haber determinados grupos de población inmigrante de “alto riesgo” a los que no se llegaría. De esta forma, observan la necesidad de innovar e incorporar nuevas estrategias de actuación para acceder a todos los casos:

En nuestro trabajo hay mucho de voluntariedad a la hora de hacer todo este tipo de trabajo, porque aunque entra dentro evidentemente de nuestras funciones, el tener que captar precisamente a la población de más riesgo (Fernando, E1-G1: Trabajar con ellos). Trabajar con ellos, e ingeniárselas sin que haya algo normalizado o protocolizado, o incluso coordinado bien con otras instituciones, pues es mucho de voluntad propia, mucho de ingenio, mucho de decir, repartir “*tú has esto, mira ver si tú puedes acceder de esta forma, que yo lo haré desde la otra*”, o decir “*pues es que esta tarde nos quedamos*”, y nos quedamos dos compañeras porque sabemos que vamos a poder localizar y vamos a acceder a este barrio, y vamos.... Entonces, yo creo que es muchísimo de voluntariedad. Si no se hace, pues se queda sin hacer y... (Matilde, E4-G1)

Así, la voluntad de actuar de distintas maneras ante las diferentes necesidades y situaciones de salud de las poblaciones inmigrantes, contrarresta a aquellas dificultades que se corresponden con la falta de información, organización o protocolización de los servicios de atención primaria establecidos para atender a estas poblaciones:

Esto es un problema que..., que se está hablando cuando nos hemos visto con él, con la problemática, no está nada organizado, programado, estudiado. Y entonces nos vemos con un..., con una población que está aquí, que es necesaria, y se está haciendo planteamientos sobre ella, es lo

que yo veo. Y yo francamente (Matilde, E4-G1: Sobre la marcha). Sobre la marcha. Y yo veo mucho descontrol, mucha desorganización, entonces no creo que se está abordando... (Blanca, E3-G1)

... Con el tema de la asistencia sanitaria lo que me encuentro es, a veces, tremendamente limitado porque digo, es que ya el sistema limita, que desde cada zona del mundo, de donde viene gente, pues vienen con un calendario de vacunaciones distintos, con unas, con un tipo de patologías que allí puedan ser endémicas y aquí no, o que aquí son endémicas y que ellos vienen y que pueden... Y no hay ningún procedimiento, ningún protocolo, ninguna historia que diga, que a esa persona se le trate de manera diferente. Entonces es que creo que nosotros ahí nos quedamos bastante, no sé, como bastante cortos ¿no? (Graciela, TS2-G4)

Sin embargo, en algunas ocasiones el desarrollo de actuaciones basadas en la voluntariedad no está exento del surgimiento de dilemas ético-morales en la relación establecida con las poblaciones inmigrantes y en el alcance de los propósitos de mejora de la atención con las que son ideadas estas intervenciones:

Entonces, después de hacer seguimiento a una chica... creo que era ecuatoriana... que quiso hacer ya la quinta o sexta IVE, una interrupción voluntaria de embarazo, pero se lo pensó, en fin, decidió tener el bebé, tenía otro hijo con tres años, no tenía pareja estable y estaba viviendo con otra pareja en ese momento... Hicimos un seguimiento muy continuo del otro niño, porque teníamos sospecha de que estaba abandonado, no maltrato en ningún momento, si no lo hubiésemos comunicado a menores, pero mil excusas para ir a su casa *"a ver el calendario vacunal que se me había perdido"*, no era cierto pero íbamos con esa excusa, jamás me dejó pasar del tranco de la casa, siempre abría la puerta un poquito y si le pedías la cartilla de vacunas ... me lo enseñaba y yo le decía *"mire es que me han avisado del Colegio, que lleva dos o tres días sin ir"*, porque este sí iba al cole, tenía unos tres años. En fin, muy complicado. Pues apareció el bebé que ya lo tuvo, le puso la primera vacuna y a los tres, cuatro o cinco días, a la semana, apareció en urgencias por la tarde y el bebé iba muerto, yo me enteré al día siguiente.... Entonces pues bueno ese es uno de los casos que te quedan, que dices *"¿basta dónde podía o deberíamos haber hecho más?"*, pero esa voluntariedad que uno pone, hasta dónde llega lo institucional, hasta dónde, y tampoco puede uno inmiscuirse en... tampoco en las familias, y más cuando no te dan acceso... (Matilde, E4-G1)

La voluntariedad la contraponen a la situación de agotamiento que puede experimentar en ciertas ocasiones una parte del personal profesional de la salud, de modo que en algunos casos puede llevarles a desatender la atención a lo sociocultural:

Porque también hay médicos de familia quemados, ¿eh? Eso también hay, y los conocemos todos. Y son gente pues a lo mejor que no está ahí donde quiere estar ¿no? (Matilde, E4-G1)

En cambio, otras veces, en cambio se buscan formas para vencer el cansancio y atender en mayor medida a los aspectos socioculturales en las consultas. Así, como vemos en el siguiente comentario, la incorporación de estas habilidades en la relación socio-profesional también depende de la voluntad del personal profesional de la salud:

Lo fundamental es el tiempo. Entonces no es lo mismo cuando tú estás a primera hora, sabes que tienes toda la mañana por delante que a lo mejor te puedes citar a alguien a primera hora, le dices que coja dos citas que es lo que yo suelo hacer, con lo cual estás mejor, vas a poder escuchar mejor, que al final de la consulta [...] (Olga, M4-G3)

En relación a la relación socio-profesional que se establece entre las instituciones y las poblaciones inmigrantes, existen distintas percepciones al respecto. Por un lado, el personal profesional de la salud considera que una vez dentro del sistema biomédico no existen situaciones de discriminación sociocultural:

Vamos yo creo que una vez que están dentro del circuito a todo el mundo se le atiende perfectamente ¿eh? Esté más preparado o menos preparado, sea más adinerado o menos, esté más limpio o más sucio ... (Juan, E2-G1)

La existencia de este tipo de situaciones de discriminación sociocultural, en algunos momentos, se asocia al hecho de que las poblaciones inmigrantes estén “normalizadas”, de modo que conozcan sus derechos y deberes respecto al sistema sanitario y tenga acceso a la atención sanitaria en función de su situación jurídico-administrativa:

... todas aquellas personas que no entran dentro de una normalidad, entendiendo por normalidad sus derechos y sus obligaciones, ya para mí es anormal o es disfuncional o es... Entonces si una persona pues aunque sea inmigrante o sea de cualquier grupo de población, conoce y sabe sus derechos y sus deberes, esa persona está, y tiene su documentación, está cubierta (Matilde, E4-G1)

Por otro lado, observan que sí suceden situaciones de discriminación sociocultural que pueden repercutir en la relación socio-profesional en función del aspecto de las poblaciones inmigrantes:

... Yo no los veo mal... uh, yo los veo limpios, los veo aseados los veo bien (Cristina, E2)

... A lo mejor el tío, está trabajando con sus niños, y con su contrato y to, pero simplemente le van cara de senegalés, negro o ecuatoriana con la falda y sube pa arriba... [*se refiere que suba al despacho de la Trabajadora Social*] (Mónica, TS5-G4)

... El aspecto, como tengas aspecto de pobreza y de tal... Sí se atiende, se le hace todo lo que haya que hacerle pero la relación personal o profesional se nota distinta, se nota distinta, el aspecto hace mucho (AFIRMAN) (Raquel, TS1-G4)

Por último, a la hora de valorar las relaciones socio-profesionales que se establecen con poblaciones inmigrantes, se aprecia una disyuntiva entre primar el punto de vista de las poblaciones o el socio-profesional de la salud en los encuentros asistenciales. Así, por un lado, valoran la necesidad de que los comportamientos de las poblaciones se adapten al prisma socio-profesional en los encuentros. Pero, por otro lado, también reflexionan sobre la importancia de adaptar el prisma socio-profesional a las peculiares características socioculturales de cada situación y necesidad de salud de las poblaciones inmigrantes, aunque ello implique introducir cambios en la forma de actuar para alcanzar los objetivos asistenciales propuestos:

Recuerdo una muchacha que era una cosa muy peculiar. Era colombiana y se había casado con un marroquí y no quería vacunar al bebé y ya el bebé tenía ya para dos años, y además quería llevarlo a

su país. Digo *“aquí te estás escapando porque todos lo nenes están vacunados pero si lo llevas a Marruecos y luego lo llevas a Colombia, pues le va dar una polio como mínimo y se te va a quedar cojito el crío, o sea, que vacínalo”*. Y yo creo que iba entrando pero nos costó ir detrás. Pero bueno son casos muy concretos. Y además esta chica se había convertido al Islam y era una cosa un poco extraña, con el pañuelo, colombiana y tal, además que digo *“anda que has ido a decir buenos sitios, a la selva a Colombia y al interior de Marruecos”* (Juan, E2-G1)

Las diferentes culturas, ya no hablamos de la cultura de aquí ... es normal que una mujer musulmana me pida que si le puede atender una mujer, para ellas es que es casi necesario vital, ¿vale? Que un chico marroquí, me pida que por favor le ponga a un médico, que es palestino y que habla musulmán, pues es normal. Es que es como, yo que sé... Como que yo me fuera a vivir a Francia y resulta que hay un médico español, pues bueno, pues yo me esforzaré, pero si tengo un médico español. Es decir muchas veces, no nos ponemos en el lugar de, y también hay que entender esas diferencias culturales y para eso habría que trabajarnos más (Ángela, TS7-G4)

En definitiva, los discursos socio-profesionales sobre el encuentro asistencial con poblaciones inmigrantes dan cuenta sobre cómo se introduce la percepción de la diversidad en la consultas a través de las categorías identidad étnico-cultural y/o procedencia geográfico-nacional:

Yo creo que lo normal que te planteas es que ya tienes una diversidad en la consulta. Pero sea de la nacionalidad que sea. Porque vamos, en [nombra una zona rural], yo he tenido un cupo de trescientos y pico o así, vamos yo no sé cuantos, pero un montón de ingleses, ingleses que venían a jubilarse a allí y ahora no, ahora tengo pues muy variado ¿no? Como que te estás acostumbrando a que tengas pues de todas las nacionalidades ¿no? A una cosa que antes era una cosa rarísima ¿no? (Olga, M4-G3)

Sin embargo, en el transcurso de los últimos años de crisis económica en el sur de Europa, reconocen que se están dando el fenómeno inverso y las poblaciones inmigrantes cada vez están menos presentes en sus consultas:

Ha habido también una diáspora últimamente también desde que estamos en crisis en España, la población de fuera ha disminuido, ha disminuido, yo veo a mucha menos gente ahora que hace tres años, curiosamente. Los echo de menos, y no están en mi BDU [Base de Datos de Usuarios], porque no están, porque se han ido (Noelia, M3-G3)

4.3.4 REFLEXIONES DE APROXIMACIÓN HACIA LA DIVERSIDAD CULTURAL EN SALUD

A la hora de reflexionar sobre diversidad cultural en salud, encontramos dos posturas diferenciadas en los discursos socio-profesionales.

Por un lado, teóricamente el personal profesional de la salud observa sin discusión la necesidad de incorporar la dimensión cultural en la atención a la salud de todas las poblaciones. Si bien, los discursos socio-profesionales especialmente aluden a que es importante hacerlo en el caso de poblaciones con una identidad étnico-cultural y/o procedencia geográfica diferente y, por tanto, muy visible en relación al resto. Entre ellas se refieren a las poblaciones inmigrantes y a las poblaciones gitanas:

Yo aparte de la etnia gitana, también entiendo los distintos inmigrantes que estás viendo que su cultura es distinta, su manera de pensar, su manera de actuar, tú tienes que tenerlo en cuenta a la hora de poner tratamientos y de una serie de cosas (Gabriel, M1-G3)

... Hay que aprender, hay que conocer las diferentes culturas para poder abórdalas de diferentes maneras (Valentina, TS2-G2)

No se puede generalizar para nada... Yo tengo gente correctísima que son gitanos, incorrecta y también es verdad que mucha gente que es muy correcta y de pronto saca los pies del plato, y no te lo puede creer. Entonces, el dicho ese de *“el gitano, si no te la hace a la entrada, te la hace a la salida”* ...¡Qué razón tienen algunos!, ¿no? Pero es que cada uno es un mundo (Emilia, E1)

Por otro lado, a pesar de estar de acuerdo en la importancia de incorporar la cultura en la atención a la salud, los discursos socio-profesionales no especifican con claridad qué se entiende por cultura.

A este respecto, se distinguen al menos dos significados distintos sobre el concepto de cultura, que a veces se utilizan de forma interrelacionada entre sí. El primero de ellos, remite a que la cultura está conformada por un conjunto de creencias, costumbres y formas de vida que influye en la visión de la salud y de la enfermedad que tiene una persona y/o grupo:

El respeto a la percepción de la salud que tenga cada persona, grupo familiar o como se le quiera llamar, eso es fundamental, porque es evidente que nosotros tenemos que estar abiertos totalmente a cada cultura ... a respetar su creencia, su forma, su vida... porque eso es, eso es de cada persona... (Matilde, E4-G1)

... Ves que a lo mejor ven la salud y la enfermedad de alguna otra manera diferente en algún caso concreto (Irene, M7)

El segundo significado atribuido a la cultura se emplea para designar a un conjunto de distintas características que comparten las personas y grupos que pertenecen a un mismo lugar geográfico o nacional:

Son muy peculiares, cada país son, los chinos son, hasta había una especie de chiste que decía que no, que chinos en España no se enterraban ¿no?, como que se iban pasando los carnés ... o los pasaportes ¿no?, como que no los distinguimos bien o por lo menos al principio, había una especie de broma como que venían con los mismos pasaportes unos detrás de otros (Juan, E2-G1)

Así, la procedencia geográfico-nacional en común acarrea un conjunto de conductas previsibles en las poblaciones. Esta presunción, por tanto, conlleva que el personal profesional de salud crea que por el hecho de que las personas tengan una misma procedencia geográfico-nacional, se comportan también de modo similar en los procesos de atención a la salud y la enfermedad:

Cada persona incluso, cada persona vive la sanidad de una forma, o el estar sano, y luego las culturas lo que hemos hablado antes, los chinos tienen un perfil muy determinado, a lo mejor los árabes otros, los europeos del sur como nosotros otra y... (Juan, E2-G1)

De esta forma, proceder de un mismo lugar geográfico-nacional, y por consiguiente de una misma cultura, permite al profesional de la salud explicar ciertos comportamientos que pueden resultarle ajenos a su cotidianidad:

Por ejemplo, ha habido casos de musulmanas que han querido entrar a un quirófano y no se han querido quitar el pañuelo, el burka ese, muy acérrimas, muy con una cultura muy cerrada (Blanca, E3-G1)

Sus creencias sobre la salud son distintas, depende mucho si son de Europa, si no son de Europa. Los que son bolivianos es que creen otras cosas ¿no? Se quieren purgar, pues es que todos los años se quieren purgar o cosas así. Son cosas que a tí, pues no entiendes ¿no? Tú tampoco los entiendes a ellos (Olga, M4-G3)

Valentina (TS2-G2): Los sudamericanos hay un tema de machismo muy fuerte y el hombre es el que manda. E incluso hay violaciones, te quiero decir.

Belén (TS5-G2): Pero dentro del matrimonio no es violación y ellas lo viven así. Y tú por mucho que les quieras decir...

Valentina (TS2-G2): Pero tú no les puedes decir no te lo hago [*se refiere a tramitar una interrupción voluntaria de embarazo (IVE)*] porque es que... es por.... Yo llegue a entenderlo, ellas no mandan, es que es el hombre que se las tira directamente.

A la hora de identificar un lugar geográfico-nacional con una cultura concreta, también se incluye el considerar al sur de Europa como una cultura específica que además es conocida. Ésta, a su vez, observan que está compuesta por grupos de poblaciones autóctonas con características culturales diferentes entre sí. Entre ellos se identifican los que se corresponden con poblaciones de zonas rurales y urbanas, gitanas y payas, pies negros y hippies, entre otros grupos:

Lo mismo que también en los pueblos pues la figura del cuidador es más familiar y tal, porque sabes que la familia está ahí y sabes que siempre va a haber alguien, casi siempre, y en la ciudad va a ser muy distinto ¿no? Aunque estemos hablando de España, que en España generalmente la figura del cuidador suele ser alguien de la familia, pero... es que es la nuestra, es nuestra cultura y la entendemos y la... (Olga, M4-G3)

Nieves (TS1-G2): Yo tengo un asentamiento [*de pies negros*], pero es muy difícil de trabajar porque como ha dicho antes Belén (TS5-G2), tienen otro estilo de vida y son... aunque hay emigrantes y personas extranjeras...

Belén (TS5-G2): Los pies negros.

Nieves (TS1-G2): y son los pies negros porque es una opción de vida diferente y ellos dicen que es una filosofía diferente.

Belén (TS5-G2): Son marginales porque quieren ser marginales.

Sebastián (TS3-G2): Pero algunos con tarjeta de crédito.

Belén (TS5-G2): Muy impotente, como los hippies de las Alpujarras.

Rebeca (TS4-G2): Pero eso son...

Nieves (TS1-G2): Pero tienen problemas de salud. lo que pasa es que ellos por ejemplo, tú le dices el problema de salud que tienen y ellos se arreglarán, se curarán como con su estilo, con sus creencias.

Belén (TS5-G2): Con marihuana.

En esta línea, una parte del personal profesional de salud expresa su preocupación sobre cómo el hecho de considerar a la cultura como la suma de las características peculiares

de una procedencia geográfico-nacional concreta, puede llevarle a construir estereotipos en el encuentro asistencial. En relación a esta precaución, plantean que es necesario luchar contra los estereotipos a la hora de desempeñar su trabajo, ya que pueden comportar que realicen intervenciones erróneas. Si bien, no logran especificar con claridad cómo luchar contra estos estereotipos:

Yo ahí tengo que luchar contra algunos estereotipos que yo tengo aquí dentro (Ángela, TS7-G4: Actitud) Sí, sí, me doy cuenta que a veces me salen, es verdad, es verdad. Cuando alguna gente que te llega y, estoy pensando pa mí *“ya ha llegado el enterado de turno”* (RISAS) ...A veces, te soy sincera, me veo... Digo *“¡contra! que estoy yo ya aquí soltando prejuicios así de antemano”*. Por ejemplo, se me ocurre ¿no? Que a veces, uno le surgen cosas que tiene ahí muy dentro ¿no? Porque a lo mejor no te gusta lo que te están soltando, también puede ser (Raquel, TS1-G4)

Perciben que el choque cultural en los encuentros asistenciales puede extenderse a la relación que establecen con todas las poblaciones que constituyen el otro y la otra -lega o no sanitaria-. De esta forma, en ocasiones parecen identificar la existencia de una cultura biomédica que incide en su desempeño socio-profesional, aunque no la nombran en ningún caso. Así, el proceso de socialización y enculturación socio-profesional en la cultura biomédica de pertenencia, hace que puedan surgir conflictos de entendimiento en la relación socio-profesional que mantienen con las poblaciones, sean éstas inmigrantes o no:

Rocío, M2-G3: Yo creo que incluso un poco más, porque hay veces que yo creo que no me llegan a entender [*las poblaciones inmigrantes*], o no nos entendemos, yo con ellos tengo más dudas de que lo vayan a cumplir correctamente. Hay veces que vuelven con la misma, no se han enterado.

Olga (M4-G3): Bueno, quizás sí. ¿Pero no te pasa igual con los ancianos?

De este modo, aprecian que pueden existir distintos puntos de vista entre su percepción biomédica de un problema de salud y la percepción sociocultural de las poblaciones sobre el mismo. Estas diferentes visiones pueden ocasionar conflictos a la hora de decidir incorporar o no la dimensión cultural en la atención a la salud de las poblaciones inmigrantes.

En relación a este aspecto se observan, por tanto, dos posturas. En la primera de ellas, la concepción amplia de cultura como conjunto de creencias, costumbres o formas de vida genera que las profesiones de la salud apliquen una mirada impregnada de un cierto relativismo cultural a la hora de actuar ante las poblaciones. Es decir, comparten la idea de que el modelo de atención sanitaria se adapte a la cultura de las poblaciones inmigrantes:

Luego que pasa que van a la planta, y te guste o no te guste también tienes que respetar que se ponga su pañuelo en la habitación y demás, pues bueno, verás, pero, que habrá que bueno, que depende de dónde... (Blanca, E3-G1)

¡Por Dios! Pero tendremos que escucharlos y adaptamos a nuevas cosas y que se adapten a las consecuencias (Catalina, TS9-G4)

En la segunda de ellas, esta posición se matiza siempre y cuando la cultura de las poblaciones inmigrantes no supongan un peligro para el resto de las poblaciones o para ellas mismas:

Nosotros lo que más hacemos son pautas correctoras de vacuna pero vamos no porque estén mal vacunados. Sino porque ellos llevan otra pauta de vacunas diferente en sus países (Sofía, E5-G1)

Hay veces que es complicao también, pues porque culturalmente ellos... Hay situaciones, que no consideran que sea un problema de salud, y nosotros lo tenemos tipificado como un problema de salud pública (AFIRMAN). Entonces, entra en conflicto, eh... pues el tener el aspecto cultural, tenerlo presente ... O sea, que te quiero decir, que llega un momento en que ni cultural ni no cultural, o sea que llega un momento que... *"mira, es que esto realmente es así, ¿qué hacemos te mandamos a la Guardia Civil o...? ¿O cómo es?"*. O sea un caso de una tuberculosis activa, donde hay 8 ó 10 niños, donde además son chavales que están yendo a la escuela y demás, y que no quieren ponerse en tratamiento, y ellos pues lo ven normal..... (Graciela, TS2-G4)

En suma, como se viene poniendo de relieve en otros trabajos, los distintos puntos de vista y valoraciones que se construyen entre el personal profesional de la salud y las poblaciones se deben, principalmente, a que durante los procesos de atención a la salud y la enfermedad de las poblaciones se visualizan con claridad las diferencias socioculturales que pueden existir entre ambos grupos de actores (Gijón y Saizar, 2013). De este modo, observamos que los discursos socio-profesionales reconocen teóricamente que es necesario incorporar el reconocimiento de las dimensiones socioculturales en la atención a la salud. Sin embargo, encuentran dificultades a la hora de llevar a cabo la gestión de estas dimensiones en sus prácticas cotidianas de atención. Esto se debe en gran parte a las propias diferencias socioculturales que acercan, chocan o alejan entre sí al personal profesional de la salud y a las poblaciones.

4.3.5 NECESIDADES DE FORMACIÓN INTERCULTURAL EN SALUD

Un aspecto compartido por las profesiones de la salud que desempeñan su actividad socio-profesional en atención primaria, es su predisposición general a realizar procesos de formación continuada con el fin de actualizar sus prácticas cotidianas de atención ante las diversas y plurales situaciones y necesidades de salud de las poblaciones. Así, la dinámica que plantean los cambios socioculturales y sanitarios emergentes en relación a la salud y la enfermedad de los diversos grupos humanos, exige que se formen permanentemente no solo en aspectos clínicos. También, requiere que lo hagan en

aquellos que se relacionan con la prestación de una atención integral a un conjunto de poblaciones caracterizadas por perfiles muy diferentes:

... Los nuevos cursos que se han estado dando, el último ... sobre el modelo salutogénico lo que viene de alguna manera es a empujar a que vayas abriendo otras líneas de salud distintas, donde el protagonista sea más el ciudadano ¿no? que quizás las mismas instituciones, o sea que los recursos tienen que salir también de la propia, de la propia comunidad ¿no? (Graciela, TS2-G4)

Estos elementos, de una u otra forma, se corresponden con el propósito de promover su capacitación en las competencias necesarias (en términos de conocimientos, habilidades y actitudes) para lograr un adecuado desempeño socio-profesional adaptado a la realidad sociocultural compleja presente en los encuentros asistenciales. De este modo, el imperativo de ofrecer “recetas” o “soluciones” ante las distintas situaciones y necesidades de salud de las poblaciones en contextos de diversidad, les predispone a formarse en nuevas materias no clínicas. Entre ellas, en los últimos años, han detentado un valor sobresaliente y de moda aquellas que están relacionadas con el cambio sociocultural y la interculturalidad a partir de la llegada de nuevas poblaciones inmigrantes a los contextos biomédicos.

... Yo por ejemplo sí estuve en un curso para inmigrantes, pero por ejemplo lo daba la gente de [*nombrar una ciudad*], toda esa zona que ocupan tantos inmigrantes, tienen sus patologías propias, pues ahí por ejemplo yo creo que se necesita formación, de hecho yo la que recibí fue de eso ¿no? (SE RÍE), que luego de hecho pues tampoco es que me haya servido de mucho ¿no? (Olga, M4-G3)

De vez en cuando, cada dos o tres años, hacer un curso de actualización en conocimiento de nuestra... grupos de inmigrantes, poblaciones... trabajo cultural, sí es importante porque yo por ejemplo ya comentaba que hace tres años no he tenido oportunidad de hacer ninguno y si es bueno refrescar porque abres la mente, ves la cifras si han aumentado o disminuido... Es bueno, de vez en cuando, lo mismo que actualizamos técnicas, actualizar algunos... más que conocimientos aptitudes, recordatorio (Matilde, E4-G1)

Estas nuevas materias se traducen en la nueva valoración que adquiere la incorporación del reconocimiento y la gestión de las dimensiones socioculturales en la atención a la salud. Así, las dimensiones socioculturales se asocian en gran medida a las creencias y los comportamientos socioculturales que se atribuyen a distintos grupos humanos, – inmigrantes y autóctonos–, en relación a los procesos de atención a la salud y la enfermedad. Sin embargo, gran parte de los procesos de formación sobre estos aspectos parten del ámbito de las ciencias de la salud y podemos decir, por tanto, que llevan aparejados algunos de los sesgos biomedicocéntricos y etnocéntricos mediante los que la perspectiva biomédica plantea en general la conceptualización y el abordaje de las dimensiones socioculturales en salud. Estos sesgos frecuentemente enfatizan procesos

de construcción de diferencias entre culturas y sociedades a la hora de plantear respuestas asistenciales sobre cómo atender las dimensiones biológicas y socioculturales que definen a la salud y la enfermedad de las poblaciones, sean éstas inmigrantes o no. Asimismo, hacen que en función de ellos se valore la necesidad de recibir formación o no sobre aspectos socioculturales en salud:

Mira, yo por ejemplo, que hice unas prácticas eh... y estuve un tiempo trabajando en las urgencias externas del Hospital [*nombra una zona rural*]. Claro, la población marroquí es allí tremenda ¿no? Pero realmente tampoco yo detecte una necesidad de formación pues porque la patología que traían era prácticamente la nuestra ¿no? (Noelia, M3-G3)

Estos caminos de formación continua enlazan de alguna manera con los respectivos itinerarios académicos seguidos por cada una de las profesiones de la salud, y cómo éstos actuaron imprimiendo a cada profesión de la salud una determinada identidad socio-profesional de base. La construcción de esta identidad inicial establece en cierto modo una frontera entre los contenidos asistenciales clínicos y los socioculturales, marcando *a priori* en términos biomédicos diferencias de rol y funciones entre el personal médico y de enfermería (adscritos a las ciencias de la salud) y el personal del trabajo social sanitario (adscrito a las ciencias sociales). La percepción de estas diferencias está presente entre las propias profesiones de la salud. Así, lo podemos observar en el siguiente comentario de una trabajadora social cuando observa que aún existen reticencias entre el personal médico a la hora de incorporar la atención a las dimensiones socioculturales en salud:

... El otro día por ejemplo una compañera dio una charla sobre la entrevista ¿no? Como deberías hacerla..., bueno, si hubierais visto a los médicos, muchos muy bien, pero muchos todavía diciendo, que, "*¿que eso qué es?, de que el paciente colabore en la decisión sobre su tratamiento*". Es decir, también tenemos que ver las diferencias de personas que tenemos, de profesionales que tenemos, que no saben ponerse en el lugar de, ni en las diferentes culturas, ni en el mundo en que vivimos ahora. Ahora el paciente quiere participar mucho más en su, en su salud, en su, en decidir, en su tratamiento y eso todavía muchos médicos no lo ven (Ángela, TS7-G4)

Sin embargo, por un lado, el devenir del desempeño socio-profesional de todas ellas en el ámbito biomédico, las puede impregnar igualmente de sesgos biomedicocéntricos y etnocéntricos en los modelos de atención de cuidado y/o ayuda integral a las poblaciones. Estos sesgos se pueden unir a aquellos otros adquiridos en los procesos de formación continuada y son promovidos desde la perspectiva biomédica para tratar de evitarlos. Sin embargo, a partir de ellos pueden contribuir a reificar construcciones de diferencias entre grupos humanos sin proponérselo.

Habría que tener un tema de competencias. Quiero decir, hay que saber la importancia de cada cultura, porque tú no puedes abordar a un senegalés, a un rumano, a un rumano gitano, de un rumano normal, ni a una china (Valentina, TS2-G2)

Por otro lado, los sesgos se pueden ver matizados a raíz del desempeño socio-profesional acumulado y a través de la evidencia del contacto real con las condiciones de vida y salud de las poblaciones. Así, la complejidad de afrontar una relación socio-profesional con poblaciones muy diferentes se hace patente y les predispone a superar sesgos en pro de atender aquellos aspectos socioculturales en cierto modo más infravalorados durante la formación inicial. A este respecto, por ejemplo, en tiempos de crisis económica observan que es necesario recibir formación sobre aspectos psicosociales:

Pero llega la demanda, y lo que nos está exigiendo, a lo mejor es un tema, una cosa es lo que ellos demandan y otra cosa es la detección de necesidades que nosotros hacemos, entonces, yo lo que voy viendo es que se nos va, o nos tenemos que ir exigiendo una preparación en algunos aspectos que antes teníamos menos trabajos, como el tema de las emociones, de los problemas de salud mental, yo creo que ahí es un campo que tenemos que empezar a trabajarnos, y que cada vez hay gente con más problemas de ansiedad, con más problemas de salud mental y ahí tenemos que empezar a trabajar (Milagros, TS4-G4)

De este modo, el conocimiento de las poblaciones se hace necesario para llevar a cabo una práctica socio-profesional que exige hablar y tratar con personas muy diferentes. Ante ello reclaman formación práctica que aporte una respuesta clara de forma que sepan cómo actuar ante las diferencias de las poblaciones en los encuentros asistenciales:

Sobre todo en eso, en cultura, en creencias, o en enfermedades propias de ellos. Porque cuando, incluso el lenguaje, ¿cuando dicen esto qué quieren decir? ¿no? Cosas básicas (Olga, M4-G3)

Esto ocasiona que comúnmente el proceso de formación teórica sobre la diversidad cultural quede infravalorado o dado por supuesto. Es decir, todas las profesiones de la salud coinciden en identificar la importancia teórica de estar formadas en aspectos interculturales, pero demandan que la teoría ocupe un lugar subordinado a la práctica. Así, se da por hecho qué significa el concepto de cultura o de diversidad cultural en salud y se demanda formación sobre ejemplos de prácticas de salud culturales propias o específicas de poblaciones diferentes.

... Pues eso ... poder tener una amplitud, de forma que todas las culturas, que tengamos conocimientos al menos mínimos de lo que significa la salud en cada cultura, porque todas las culturas tienen connotaciones diferentes ¿no? No quiere decir que hagamos una sanidad a molde a la cultura pero sí que conozcamos ciertas facetas (Blanca, E3-G1)

Además, se demanda que los ejemplos sean fáciles de aplicar ante las dificultades cotidianas que encuentran a la hora de prestar atención a poblaciones diferentes. A

través de la enseñanza-aprendizaje de estas casuísticas se observa el riesgo de homogeneizar a los colectivos o comunidades de población que se tipifican como diferentes respecto a sus creencias, costumbres y formas de afrontar los procesos de atención a la salud y la enfermedad.

Todo ello, es un reflejo de la dificultad que entraña el comprender e incorporar la perspectiva de diversidad en el modelo de atención primaria. Al mismo tiempo, plantea la necesidad de llevar a cabo un proceso de reconceptualización del perfil competencial de las profesiones de la salud en el ámbito de la atención primaria.

En suma, los encuentros asistenciales se crean en un contexto común de relaciones socio-profesionales entre el personal profesional de la salud y las poblaciones. A través de ellos se pueden construir lugares de conocimiento y de intercambio compartido sobre las diferentes maneras de conceptualizar y afrontar los procesos de atención a la salud y la enfermedad de las poblaciones. En este marco, la influencia de los cambios socioculturales, políticos y económicos en estos espacios, son una oportunidad para reabrir el debate sobre la necesidad de establecer un camino de encuentro entre las ciencias de la salud y las ciencias sociales que en definitiva determinará el desempeño socio-profesional en pro de la equidad en atención primaria.

CONCLUSIONES

INTEGRALIDAD E INTERCULTURALIDAD EN ATENCIÓN

PRIMARIA ¿ESPEJISMO O REALIDAD?

La verdad es que el observatorio del personal sanitario podría compararse con un telescopio de cristales deformantes y en muchos puntos tan opacos que borraría por completo la visión
Pasqualino, 1996, *Médico y Enfermo*

Todo final es el punto de partida de un nuevo comienzo. Es por ello que el aspecto que más tiempo nos ha llevado lograr en el desarrollo de esta tesis ha sido la construcción de un supuesto fin. Una última etapa que nos abre paso a proponer las reflexiones alcanzadas en torno al análisis de los procesos de construcción de las diferencias (García-Castaño et al., 1999) desde el ámbito de la atención primaria de salud. Pero que al mismo tiempo nos permite formular nuevas preguntas sobre cómo este ámbito biomédico trata de organizar la diversidad en los encuentros asistenciales con las poblaciones –inmigrantes o no–.

Para trazarlo, nos vemos en la obligación de situarnos en los presupuestos teóricos presentados en el inicio de esta tesis. Con este propósito retomamos el momento en el que nace el pensamiento científico moderno para subrayar el paradigma racionalista, positivista y empirista del que emerge la biomedicina como modelo médico hegemónico en occidente a finales del siglo XVIII (Menéndez, 1978; Foucault, 2004). Igualmente resaltamos el surgimiento del modelo de atención primaria de salud dos siglos después, para enfatizar que se constituye como una variante crítica y una nueva forma de organizar el modelo biomédico hegemónico tradicional.

Entre las principales características innovadoras de la atención primaria, destacamos que no solo adopta la perspectiva positiva y holística que propugna la definición universal de la salud (OMS, 1946), sino que de ella emana filosóficamente como nuevo modelo médico treinta años después (OMS, 1978). La nueva aproximación conceptual de la salud plantea un cambio en el modelo de atención a la salud de las poblaciones que se torna en integral, integrado y continuado, y que comienza a ofertarse desde atención primaria como puerta de entrada del sistema biomédico occidental. Los cambios que propugna esta perspectiva posibilitan que el ámbito de la atención primaria incorpore el

reconocimiento y la gestión de la dimensión social, y no solo la biológica, en los encuentros asistenciales con las poblaciones. La puesta en práctica de un postulado universal que a primera vista puede resultar obvio, –la dimensión biológica está interrelacionada con la dimensión social y la dimensión social está mediada por la dimensión biológica en los fenómenos de la salud y la enfermedad–, no está exenta de tensiones y dificultades. Estas limitaciones se acrecientan cuando la dimensión cultural entra en escena y amplía la lógica de la observación de los variados aspectos que se relacionan con los procesos de atención a la salud y la enfermedad de todas las poblaciones y no solo en el caso de las poblaciones inmigrantes.

Recordamos estos aspectos para enfatizar el contexto epistémico y estructural que configura las bases de construcción del ámbito de la atención primaria. En ellas se sitúan los lugares y los sujetos de estudio examinados en esta tesis, mediante ellos hemos producido y analizado un conjunto de discursos de distintas profesiones de la salud – medicina y enfermería y trabajo social sanitario–. A partir de estos discursos nos hemos planteado describir y comprender qué dicen estas profesiones sobre sus percepciones y experiencias de atención a las poblaciones inmigrantes, y cómo tratan las diferencias desde atención primaria. De ello podemos concluir los siguientes aspectos:

- Las bases socioculturales y político-institucionales de la atención primaria son fundamentales para poder comprender cómo se construyen diferencias y se organiza la diversidad en los discursos socio-profesionales de atención a las poblaciones. La descripción del contexto muestra que el modelo de atención primaria prima el reconocimiento y el tratamiento de la dimensión biológica de la salud y la enfermedad de las poblaciones en su desarrollo actual. Lo hace a pesar de admitir la importancia de atender la dimensión social a través de un modelo integral e integrado de atención a la salud y a la enfermedad (pre-requisito). De esta forma, aún presenta limitaciones a la hora de proponer actuaciones organizacionales que tengan como fin gestionar esta dimensión (requisito).
- La incorporación del reconocimiento y la gestión de la dimensión social abre paso a un discurso socio-profesional distinto en los procesos de atención a la salud y la enfermedad de las poblaciones, basado fundamentalmente en los valores y principios de igualdad, universalidad, equidad y justicia social. La dimensión social a su vez da

cabida a la atención de la dimensión cultural y por tanto a la construcción de nuevos discursos socio-profesionales. Estos discursos ponen de relieve la importancia de mirar a las diferentes identidades, y no solo a los determinantes sociales, que definen e impregnan las distintas situaciones y necesidades en salud de los sujetos de atención en los encuentros asistenciales.

- El estudio del contexto político-institucional de la atención primaria muestra el ritmo acelerado de cambios jurídico-normativos que acontecen en su organización y desarrollo. Estos cambios manifiestan un retroceso en la implementación de algunos de los principales elementos universales que lo distinguen específicamente del modelo médico de atención hegemónico tradicional. Esto ocurre principalmente con aquellos elementos que más contribuyen a incorporar la dimensión social, y más aún la cultural, en la atención a la salud. Así, se aprecia que aunque los valores, principios y estrategias de atención biopsicosocial se promueven programáticamente con el fin de lograr la salud de las poblaciones, en la puesta en práctica prevalece el fortalecimiento del modelo de atención clínica frente al modelo de atención biopsicosocial. Esto genera que la gestión de la dimensión social en la mayoría de los casos se transfiera al sistema de servicios sociales en forma de derivaciones. Es decir se reconoce la importancia de atender la dimensión social en la salud, pero su gestión institucional se traslada a otro tipo de personal profesional no sanitario y a otro sistema de protección social diferente.
- Estos límites se relacionan con el hecho de que en el origen y en el desarrollo del modelo de atención primaria existe una tensión fundamental entre dos perspectivas teóricas que opera a distintos niveles.
 - A nivel epistémico: La perspectiva biomédica acentúa que el modelo de atención primaria deba estar en consonancia con el progreso y los avances tecnológicos que depara la ciencia moderna en la atención a la salud, las enfermedades y su curación. La perspectiva sociocultural en salud subraya la importancia de que el modelo atienda el contexto social de la salud y la enfermedad de forma multidimensional y a través de una pluralidad de procesos de atención.

- A nivel político-institucional: El desarrollo jurídico-normativo otorga supremacía a la política sanitaria basada en la perspectiva biomédica tradicional. Si bien, también concede un espacio de actuación a la introducción de otras políticas sanitarias basadas en una perspectiva biomédica más social e integral. Esta confrontación ofrece la oportunidad de reflexionar sobre las bases socioculturales, científicas, políticas y mediáticas en las que se inscribe históricamente la organización de la atención primaria como modelo médico. Así, observamos que sus prácticas y resultados de actuación científico-técnica están condicionados histórica y socioculturalmente por las características hegemónicas del poder que configura su propia construcción y escenificación social. Es decir, el retroceso que experimenta en términos de distribución de recursos (financieros, humanos y de poder), justamente se relaciona con el hecho de que trata de atender a la dimensión social de la salud frente a otras formas biomédicas institucionales de organizar la política sanitaria que la evaden.
- A nivel socio-profesional: La perspectiva biomédica determina que las poblaciones sean el objeto de discurso y práctica de atención de las profesiones de la salud, de forma que se objetualiza y se cosifica al otro y a la otra. La perspectiva sociocultural condiciona que las poblaciones sean el sujeto de discurso y práctica de atención de las profesiones de la salud, de modo que posibilita que se desobjetualice y se descosifique al otro y a la otra. La tensión entre ambas posiciones es una oportunidad de reflexionar acerca de qué es el objeto y qué es el sujeto de atención en el modelo de atención primaria. También constituye una ocasión para ver cómo esta resistencia se percibe y experimenta en los encuentros asistenciales con las poblaciones cuando se trata de saber quiénes son, cómo están, dónde viven, qué hacen y cómo actúan para atender sus padecimientos en un tiempo y un espacio concreto.
- Las percepciones y experiencias de atención de las distintas profesiones de la salud se interrelacionan con la construcción de la propia identidad y desempeño socio-profesional. Esto se constata en la auto y hetero definición de sus roles y funciones cuando actúan en solitario y en equipo de manera interdisciplinar en el contexto de la cultura biomédica y de la subcultura de atención primaria. De esta forma, las distintas culturas socio-profesionales, –sanitarias y no sanitarias–, intervienen activamente en

la construcción de la organización y el desarrollo del modelo de atención primaria y en la puesta en práctica del modelo integral de atención interdisciplinar.

- Las distintas profesiones de la salud de atención primaria tienen en común la puesta en práctica de una relación de cuidado y/o ayuda a la salud de las poblaciones. Es por ello que todas tratan de reconocer e intervenir ante la dimensión social de la salud individualmente y en equipo bajo la subcultura de atención primaria. Sin embargo, en la medida en que las profesiones de la salud atienden en mayor medida esta dimensión se sitúan en una posición más subalterna en la cultura biomédica. De este modo, ocurre lo siguiente:
 - Los roles y funciones científico-técnicos asistenciales que definen a la identidad de medicina y enfermería son claros y mantienen una posición clínica preponderante en el modelo integral de atención a las poblaciones. Se observa que cuanto más se aproximan a la perspectiva biomédica más se alejan del modelo integral de atención que distingue a su identidad en la subcultura de atención primaria.
 - Los roles y funciones científico-técnicos asistenciales del trabajo social en el contexto sanitario y/o biomédico están condicionados por una fuerte indefinición a raíz de la devaluación que adquiere la atención social en el modelo integral de atención a las poblaciones. Se advierte que cuanto más se acercan hacia la perspectiva sociocultural en salud que caracteriza a la subcultura de atención primaria, paradójicamente menos poder detentan en el modelo integral de atención.
 - Este aspecto, como señala Lorente (2013) puede deberse a que las identidades socio-profesionales se reconfiguran en el momento en el que tienen la ocasión y el poder de hacerlo. Es decir, incluso en el marco de un modelo integral de atención en el que se supone que se relativizan debido a su actuación interdisciplinar, observamos que éstas se rehacen de forma que las profesiones biomédicas ocupan las posiciones de poder, saber y experiencia en un modelo de atención primaria que apuesta por la gestión clínica.
 - Las dificultades que presentan las profesiones de la salud a la hora de definir sus propios roles y funciones, se acrecientan por los límites que experimentan a la

hora de (re)conocerse entre sí ante la atención a la dimensión social. Esta dimensión se emplaza así en la frontera entre distintas profesiones y disciplinas científicas que en unas ocasiones rivalizan por ocuparse de ella y en otras por desatenderla según cada caso particular. Por otro lado, se ubica en la bisagra de dos sistemas de protección social que establecen diferentes derechos y deberes a las poblaciones que pretenden acceder a ellos.

- El debate entre lo racional y lo social, da paso a la incorporación de lo cultural en salud de distintos modos.
 - Los principios y valores sociales del modelo de atención primaria lo sitúan en una posición discordante respecto al modelo biomédico tradicional. Estos mismos principios y valores lo sitúan en un lugar idóneo para mirar y atender las dimensiones socioculturales de la salud y la enfermedad frente a otras instituciones biomédicas.
 - Estas contradicciones influyen en las relaciones que se establecen entre las distintas profesiones de la salud en atención primaria. Así, las profesiones de medicina y enfermería ocupan una posición hegemónica frente al trabajo social sanitario. Desde esta posición medicina y enfermería pueden transitar y atender la dimensión social de la salud, mientras que trabajo social sanitario queda relegado a un papel residual y subalterno en el modelo integral de atención. Esto hace que actualmente, trabajo social comience a renunciar a su papel de intervención en la atención integral individual, y trate de ocupar un mayor protagonismo en el campo de la atención integrada a través de actuaciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades a nivel grupal y comunitario.
 - En atención primaria la dimensión social se asocia estrechamente a los determinantes y/o diferencias sociales que influyen en la salud de las poblaciones, supuestamente objetivas, y que pueden dar lugar a desigualdades sociales en salud importantes, evitables e injustas. Sin embargo, a pesar de que se enfatiza la importancia de abordar la dimensión social, las distintas formas de atenderla operan de forma subalterna. Esto se debe a que los determinantes sociales son inseparables de las diferencias socioculturales en la salud, supuestamente subjetivas, y que pueden dar lugar a desigualdades socioculturales en salud. De

forma que la dimensión social está interrelacionada con la dimensión cultural y viceversa.

- De manera específica la atención a la dimensión social da paso a la incorporación de la dimensión cultural a través del impacto que genera el fenómeno de las migraciones. En el caso del sur de Europa el fenómeno de la inmigración da lugar a la construcción de nuevas percepciones y experiencias de atención ante la alteridad y la otredad en salud. Por tanto, aunque el modelo de atención primaria históricamente ya observaba la diversidad a través de la atención a las poblaciones gitanas, no se cuestiona la perspectiva de diversidad hasta que no se construyen las categorías de identidad étnico-cultural y/o procedencia geográfica en torno a la llegada de poblaciones inmigrantes. Sin embargo, es solamente a través del propósito de responder a los problemas sociales de la salud y la enfermedad de las poblaciones inmigrantes, cuando el modelo de atención primaria redirige su mirada a lo cultural debido principalmente a que la dimensión social ha abierto previamente el camino para ello..
- La identidad étnico-cultural y/o la procedencia geográfica nacional de las poblaciones inmigrantes se percibe y experimenta en términos de diferencias socioculturales muy visibles respecto a las poblaciones que se consideran autóctonas. Esto genera que el personal profesional de la salud recurra a estrategias de actuación basadas en un componente percepción subjetiva que resalta su voluntariedad o sensibilidad. A través de ella trata de atender no solo la dimensión social, sino también la cultural en los encuentros asistenciales con inmigrantes.
- La voluntariedad y la sensibilidad sociocultural (pre-requisito) no es la solución para llevar a cabo un modelo de atención integral e intercultural en salud (requisito) que incorpore la perspectiva de diversidad. Si bien, la observación de las diferencias que se asocian a la inmigración son un comienzo para atender otras dimensiones socioculturales dentro y fuera de las consultas en los centros de salud.
- La atención a la dimensión social y la dimensión cultural interviene activamente en la producción y reproducción de procesos de construcción de las diferencias en los

encuentros asistenciales con poblaciones inmigrantes. Esto se observa a través de los discursos socio-profesionales que dan cuenta del propósito de organizar la diversidad dentro y fuera de las consultas. Estos discursos responden a la propia identidad y al desempeño socio-profesional que cada profesión imprime en la relación que mantiene con las poblaciones inmigrantes. Pero también a las propias características epistémicas y estructurales del modelo de atención y que condicionan los discursos socio-profesionales.

- La consulta es el *locus* por definición donde se concentra y se concreta el proceso específico de construcción de las diferencias. No es solo una unidad de observación en el que se reconocen diferencias socioculturales en los grupos humanos, sino que es un espacio de dinamización cultural de estas diferencias. Este lugar se constituye como una trama simbólica donde se intercambian percepciones y experiencias de atención basadas en distintos poderes e intercambios de saberes entre las profesiones y las poblaciones.
 - La organización estructural de las consultas en los centros de salud, por un lado, no permite llevar a cabo la puesta en práctica de un modelo integral de atención a la salud, menos aún imposibilita que este modelo se torne en intercultural. Por otro lado, las profesiones de la salud perciben con temor el acto de otorgar un tratamiento diferente a las poblaciones en función de la observación de la diversidad que es inherente a la organización de las consultas. Lo ven como una persona en su contexto social pero no tienen las herramientas para tratarla como sujeto de atención.
 - La consulta se encuentra en medio de la tensión entre lo racional y lo social, y se constituye como el espacio donde opera y se observa esta tensión. A través de ella las profesiones de la salud tienen que ser capaces de lograr resultados en salud de las poblaciones, además de contener las demandas de forma que no lleguen al ámbito hospitalario. Pero también tienen ante sí las posibilidades de promover cambios y transformaciones sociales en la salud de las poblaciones que exigen un mayor tiempo y dedicación.
 - Es necesario continuar realizando estudios sobre la consulta entendida no solamente como una unidad de observación de las diferencias socioculturales, sino

como el *locus* donde se gestan y se construye cognitivamente la producción de diferencias a través de discursos de separación o de acercamiento acerca de los procesos de atención a la salud y la enfermedad.

- Los discursos socio-profesionales que relatan los procesos de atención a la salud y la enfermedad de las poblaciones inmigrantes no están exentos de sesgos en forma de valores, estereotipos y representaciones que se construyen sociocultural e históricamente (Berger y Luckmann, 2001). Entre ellos destaca la presencia de dos sesgos:
 - El sesgo biomedicocéntrico que opera a través de la supremacía que adquiere la atención a la dimensión biológica. Este sesgo conlleva que el modelo de atención se realice en base a protocolos estandarizados que permiten llevar a cabo un tratamiento homogéneo de atención a las dimensiones biológicas. La introducción de estos protocolos influyen en que se pueda establecer un control social sobre el racismo y la discriminación de los grupos, que son desprovistos de su identidad en el proceso asistencial.
 - El sesgo etnocéntrico que interviene mediante la subalternidad que depara la atención a las dimensiones socioculturales en salud. Este sesgo conlleva que el modelo de atención no pueda responder a un protocolo estandarizado de atención homogénea a las dimensiones socioculturales. La ausencia de un protocolo subraya la importancia de atender a las distintas necesidades y situaciones de salud específicas de cada sujeto como portador de distintas identidades en el proceso asistencial. Este sesgo ocasiona que la observación y el tratamiento de las diferencias frecuentemente se aborde de forma etnicista, etnocéntrica, descontextualizada y monocultural. Es decir, aún advirtiendo que las poblaciones inmigrantes son diferentes socioculturalmente la tendencia practicada promueve prestar una atención homogénea ante ellas, para evitar las críticas que pudieran etiquetar a las profesiones de la salud de prejuiciosas, racistas y no igualitarias en el trato otorgado a dichas diferencias.
 - La presencia de estos sesgos concurre en estos encuentros aunque se trata de un modelo médico sensible a lo social y lo cultural y, por tanto, más proclive a

mantener una relación profesional cercana y próxima al reconocimiento de la alteridad y/o la otredad de las poblaciones sean inmigrantes o no.

- Es necesario investigar en mayor medida la presencia de otros sesgos en los discursos socio-profesionales de atención a inmigrantes tales como: el dicotomismo cultural (discursos del nosotros y nosotras frente a los otros y las otras), la insensibilidad a las diferencias y las desigualdades (discurso de adaptación ante los problemas y/o desafíos en la atención) y los dobles estándares (discurso del miedo a observar las diferencias frente a la exaltación de su observación) (Eichler y Burke, 2006).

De las conclusiones de este estudio se desprende la necesidad de deconstruir en los discursos socio-profesionales la idea del individuo sin ningún tipo de identidad, reconstruyendo un diálogo interdisciplinar entre las ciencias de la salud y las ciencias sociales para reconocer y gestionar la diversidad en salud. Asimismo, es relevante incorporar la perspectiva de diversidad en salud para contribuir a reducir estos sesgos a través de la puesta en práctica de un modelo integral de atención a la salud que necesariamente se ve llamado a tornarse en intercultural.

Las posibilidades de llevar a cabo un modelo de atención integral e intercultural en salud, no solo pasan por incrementar el componente de voluntad o sensibilidad hacia lo sociocultural en las profesiones de la salud mediante procesos de formación continua o especializada. Lo fundamental es que el modelo de atención primaria apueste por cambiar su organización y funcionamiento, de forma que defina explícitamente qué entiende por dimensión social y cultural en la salud y cómo apuesta por tratar estos aspectos en los procesos de atención a la salud y la enfermedad.

Los discursos socio-profesionales constatan que es necesario reconocer las potencialidades y logros alcanzados por la perspectiva biomédica en los procesos de atención a la salud y la enfermedad de las poblaciones desde atención primaria. Así, el modelo de atención primaria ostenta un gran potencial en la reducción de las desigualdades sociales en salud y no solo las socioculturales. No debemos olvidar que se trata de la principal puerta de acceso de las poblaciones al sistema biomédico, a través de la que entran la mayor parte de los problemas de salud y donde se establece una relación entre profesionales de la salud y poblaciones difícilmente observable en otras

instituciones. Por todo ello es relevante reconocer el esfuerzo cada vez mayor que realizan las profesiones de la salud individualmente y en equipo a la hora de capacitarse, de identificar nuevas situaciones y necesidades de salud de las poblaciones atendidas, y de establecer alianzas y sinergias con otros agentes comunitarios y sectores clave con el objetivo de mejorar la salud de todas las poblaciones y de los grupos más desfavorecidos en particular. Por todo ello, constituye una contribución clave en la reducción de la brecha social en salud. Sin embargo, los discursos socio-profesionales analizados en esta tesis también nos muestran la importancia de discutir algunos de los procesos que emanan de esos avances.

Únicamente desde un paradigma del conocimiento y actuación científica no positivista, ni moderno en el sentido de no separar el mundo natural y el social (Latour, 2007: 33-36), antiesencialista y que incorpore la interiorización de la diferencia (Haraway, 1995: 30) es posible abrir el camino para construir una nueva perspectiva en salud acerca de la diversidad. Este paradigma debe dejar paso a la conceptualización y abordaje efectivo de la diversidad, la diferencia y la desigualdad sociocultural en salud desde el modelo de atención primaria. Con ello también expandirá su impacto al resto de los sistemas biomédicos y de las sociedades en los que se integra.

Creemos que la producción y el análisis de los discursos socio-profesionales pueden contribuir a generar reflexiones que confluyan en la meta de prestar una atención sanitaria integral e intercultural ante la alteridad y/o la otredad desde atención primaria. Además, un mejor conocimiento de la relación socio-profesional entre profesionales de la salud y las poblaciones inmigrantes en atención primaria, consideramos que puede facilitar la planificación de los servicios de salud y la puesta en marcha de programas y estrategias en atención primaria y salud pública, así como favorecer la convivencia entre culturas.

Todos estos aspectos nos plantean la necesidad de enfatizar la necesidad de superar la tendencia a incorporar únicamente y con dificultades la dimensión social en la salud, y la relevancia de apostar firmemente por introducir la dimensión cultural en el modelo de atención primaria. De esta forma, podrán observarse a las dimensiones socioculturales en la realidad social de las consultas, en lugar de mostrarse como un espejismo en los

encuentros asistenciales en los encuentros asistenciales con todas las poblaciones y no solo con las poblaciones inmigrantes.

ABSTRACT AND CONCLUSIONS

“Thus, all Philosophy is like a tree, of which Metaphysics is the root, Physics the trunk, and all the other sciences the branches that grow out of this trunk, which are reduced to three principal, namely, Medicine, Mechanics, and Ethics. By the science of Morals, I understand the highest and most perfect which, presupposing an entire knowledge of the other sciences, is the last degree of wisdom.”

Descartes, 1644, *Principles Of Philosophy*

“Optical instruments are subject-shifters. [...]”

I think sight can be remade for the activists and advocates engaged in fitting political filters to see the world in the hues of red, green and ultraviolet, i.e., from the perspectives of a still possible socialism, feminist and anti-racist environmentalism, and science for the people.

I take as a self evident premise that «science is culture»”

Haraway, 1999, *The Promises of Monsters*

In the first of the quotations that begin the introduction to this thesis, Descartes, precursor of modern philosophy, expresses his vision of philosophy as a science that studies wisdom through the image of a tree of knowledge and he proclaims its unity (Leal, 2007: 11-12). This analogy leads to the beginning of modern scientific thought in the 17th century, opening a new path in the search for truth and providing a mathematical, quantitative and “associocultural” approach to the study of natural phenomena.

Based on its postulates knowledge does not come from the external reality captured by our senses, but from our reason, which consists of establishing individual consciousness as criterion for accepting the truth of a judgment. In this Western, rationalist perspective, freedom and autonomy of reflection, which establish as true what we see in our individual consciousness, acquire great importance.

We turn to the time in which this scientific revolution arose in order to understand the context in which scientific medicine emerged at the end of the 18th century (Foucault, 2004). Thus, scientific medicine, also referred to as “modern medicine, bio-medicine and western, cosmopolitan or allopathic medicine” (Martínez, 2008: 7), from its birth

has been characterized by its structure of experimental rationality and its supposed axiological neutrality. From these premises, the physical signs inhabiting the “natural” world of health and illness are interpreted by human reason through an individualistic medical model that is eminently instrumental, biologicistic and essentialist. However, the sphere of health and illness is characterized by a significant “social” and “cultural” component, both in the production of scientific knowledge and in its understanding of and confrontation with subjective symptoms.

That is why the new paradigm that supported the birth of modern scientific medicine cannot, in its assumptions and actions, ignore the subjective reflexivity characterizing the sociocultural world of health and illness, despite its resistance. Moreover, this cannot be ignored because in the hegemonic context of contemporary western societies in which it is situated, “we are dealing only with mixtures of nature and culture” (Latour, 2007: 15-30).

However, bio-medicine at the time of its modern construction adopted an epistemological paradigm rooted in rationalism, positivism, empiricism and gnoseology. This was essentially done to define the “biological dimension” of health and cure illness. This has had a series of consequences in legitimating the socio-professional discourses and relational scientific-technical practice that health professions began to establish with ill populations in care encounters (also referred to as “clinics” in biomedical jargon). These care encounters take place within the sphere of healthcare systems, such that any other health system that is not biomedical is excluded from their discourses and practices.

The result is that bio-medicine does not address the diverse “sociocultural dimensions” that determine the phenomena of health and illness within the biomedical context. In addition, it does not regard the sociocultural dimensions that influence the healthcare discourses and practices that are used to conceptualize, interpret and act before health care processes –“hybrids of nature and culture” (Latour, 2007: 55-60)– within and outside of biomedical systems. However, in the biomedical field, as suggested by Haraway (1995), as in other sociocultural expert organizations that exert control over people’s lives, it is difficult to separate every day life from the world of technique (Arditi, García and Orr, 1995: 19-20).

Bio-medicine acts and intervenes, therefore, by classifying, separating and addressing diversity in care encounters with different populations, based on identifying biological and sociocultural dimensions. These dimensions, therefore, construct an artificial space, which is not only composed of biologically determined characteristics, but also of socioculturally constructed and historically varying characteristics (Berger and Luckmann, 2001) that are situated within the context of the biomedical systems in which the encounters occur.

All of this, as Haraway (1999) states in the second quote that begins this introduction, takes place in a sociocultural context from which the filter of our gaze can adopt different tonalities depending on the epistemological perspective through which we propose to recognize diversity in health and act “for the people”.

SOCIO-PROFESSIONAL DISCOURSES FROM DIVERSE BIOMEDICAL HEALTH CARE CONTEXTS

In this thesis we discuss the construction of the “socio-professional discourses” that emerge in carrying out care encounters with all populations. We focus our attention on the accounts that refer to the socio-professional relationship established with immigrant populations in processes attending to their health and illness. In these care encounters, the ethnic-cultural identity and/or geographic origin is overemphasized among the multiple options that compose the prism through which we visualize the geometry of health care. In addition, we stress the fact that these discourses are socioculturally conditioned, partial and situational narratives (Haraway, 1988 and 1995; Harding, 2003). Therefore, they are neither impartial nor ahistorical, nor are they exclusively sociocultural, professional or scientific-technical. We seek to emphasize that these discourses are marked by diverse dimensions of differing nature that intersect, converge or separate in the every day space of the biomedical care encounter in which they occur and are organized.

In addition, the socio-professional discourses regarding the care encounters we refer to are situated within the exclusive framework of biomedical health care systems. These encounters make reference to the relationship established between healthcare professionals and the populations that participate in the health care system (Girón, Bevia, Medina and Simón, 2002: 562).

In terms of diversity, health care encounters tend to exclude knowledge or experiences regarding health or illness from any other sociocultural organization of diversity or health system other than the biomedical. Thus, they constitute sociocultural spaces in which –regarding the biological and sociocultural dimensions of the processes of health care– socio-professional discourses of power, subordination and domination are produced between healthcare personnel and the populations they attend, who are integrated into the different biomedical institutions in contexts of cultural diversity. Through such institutional spaces, for example, socio-professional discourses among health-care professionals in hospitals and those working in primary care overlap. This thesis deals specifically with the context of primary care. We believe that the relationship established in primary care between health-care professionals and populations, immigrant or not, is a key element in the sociocultural construction of primary care (Pujol, Gené, Sans, Sampietro-Colom, Pasarín, Iglesias, Casajuana and Escaramis, 2006).

In the social sciences, the field of cultural diversity management refers to the broad number of social structures, belief systems, behaviors and strategies of adaptation to situations of dominance in different parts of the world (Rodríguez and Schnell, 2007). Hence, it concerns a category that structures different sociocultural realities based on the observation of similar and different sociocultural dimensions. Differences are built based upon these, and they can legitimize inequalities related to individuals' identities or typical characteristics of specific populations or groups (Gijón and Saizar, 2013: 17-18), such as ethnic group, gender and social class, which are socioculturally and historically variable.

From this framework, in this thesis we refer indistinctly to the concept of cultural diversity and/or diversity in regard to the multiple categories that are constructed biomedically to understand the different sociocultural realities that occur in relation to phenomena of health and illness in a populations, both immigrant or non-immigrant. These categories are established based on processes of construction of differences, which are based on the presence of structural biological and/or sociocultural dimensions, which are changing, complex and perceived to a greater or lesser degree to be distinguishable in health.

Thus, we focus specifically on the “processes of construction of differences” (García-Castaño et al., 1999), which can be observed in socio-professional discourses regarding ethnic-cultural identity and/or geographic origin. To observe this, we have focused on the discourses that are currently being produced and reproduced socioculturally and historically related to the perception of ethno-cultural and geographic-national differences regarding immigrant populations. In addition, we place this relationship in the context of care encounters that take place with immigrants who visit primary health care centers in southern Europe.

HEALTH PROFESSIONS AND THE OTHER

Under the umbrella term, “health professions” and/or “health professionals” we describe a group of diverse professions and scientific disciplines in the health and social sciences.

The health professions have historically and in their day to day activity worked together in carrying out their socio-professional and scientific-technical activity of assisting populations in the context of the socio-symbolic reproduction of the Western biomedical system. Specifically, in this thesis, we refer to those professionals who are situated socioculturally in the area of “primary health care”. Due to this particularity, we have chosen to use the qualifying term health professional instead of health care professional. With this term we wish to emphasize the common and different socio-professional characteristics that exist among the different professions that act and intervene in regard to the health and illness of populations in the area of primary care.

Thus, we cover the medical profession and nursing in the family and community branch of health care and/or biomedical specialization, and in social work what is referred to as health care social work. These professions, therefore, intervene from different perspectives between and across disciplines in the family and community sphere, as they seek to carry out comprehensive primary care encounters.

The names for these professions and their specializations have undergone different terminological changes throughout their socio-professional and scientific-technical history. During this trajectory each profession, separately and in its interdisciplinary and interprofesional relations, has developed a particular way of relating to ill populations as

objects of discourse and biomedical care practice. All of this, in addition to resulting in a specific socio-professional organization in a specific institutional environment, adds a distinct theoretical-practical orientation to the relationship of care and/or assistance that is provided to immigrants or non-immigrants in contexts of diversity management. Thus, we can say that there are convergences and divergences in competencies and functions among these professions, in addition to their distinct roles.

In short, these are professions with professional and disciplinary sociocultural differences in the historical construction of their individual and collective identity. From these differences particular struggles for power and socio-professional recognition in the biomedical and primary care field have emerged, with the power of the medical profession persisting (Friedson, 1978). Although the latter finds itself in decline due to the process of re-professionalization it is undergoing with the goal of adapting to the demands of the economic interests that control the health care field, as well as to the organizational imperatives resulting from technological change and the reconfiguration of the state (Irigoyen, 2011).

However, as Irigoyen has noted (1996:9), all of these professions share membership in the organization of the sociocultural biomedical sphere, which involves a process of common socialization. Thus, through this process they acquire a similar cognitive disposition that structures their perception; that is, all “are likely to rigidly adopt the dominant paradigms”. This is the nexus from which we set out to understand their socio-professional discourses on “immigration and health” from a holistic perspective.

The rigidity of the epistemological perspective that characterizes the health professions can be seen in the persistence of the biomedical approach. This is the perspective from which health professionals typically relate to populations, who are referred to as *patients* and/or *users* in biomedical jargon. In terms of diversity, these populations are reduced to the category of the “other” to be examined socio-professionally and scientifically-technically in care encounters. In other words, the diversity characterizing the complexity of care encounters in the biomedical sphere is identified with the process of the construction of identities that takes place among the health professions offering care and the alterity or otherness of the population receiving care. Through this process, the health professions reinforce the recognition of differences in the “other”, while they

observe their situations and health needs with the goal of offering them biomedical care. Thus, they establish different biological and sociocultural categories that bring them closer, clash with, or distance them from the other in care encounters.

All these conditionings place these populations in an unequal situation in terms of power, knowledge and experience. From this position, the biological dimension is the primary aspect of the scientific and rational objective of the socio-professional discourse and practice of biomedical care. Those receiving care are alienated from their condition as population-subject and from the sociocultural dimensions that characterize their experience of being ill in a specific time and place. These ignored aspects permeate them with different identities, knowledges and behavioral traits, which must be understood in order to attend to their health needs in a comprehensive and intercultural manner. In addition, this conceptualization implies that within socio-professional discourse and biomedical practice, and in aspects of the sociocultural perspective on health, “the other’ is regarding as holding culturally determined beliefs, often erroneous, while ‘we’ have obtained objective, empirical knowledge” (Good, 2003: 11).

Often, therefore, the biomedical use of the term “patient and/or user” does not recognize diversity in care encounters with populations, both immigrant and non-immigrant. As a result, only on certain occasions do sociocultural dimensions become really visible and begin to be perceived as major axes of differentiation and inequality. These are reflected in the liquid surface that influences the conceptualization and usage of the biological signs of health and disease, as if these were a sociocultural mirage. We are referring to the perception of certain markedly structural sociocultural variables and closely linked to global sociocultural changes; for example, ethnic group, gender and social class. Through these variables, biases may be projected in the form of values, stereotypes and sociocultural representations in responding to the signs and symptoms of health and illness.

Diversity in general is thus hidden behind the objective rationalism through which biomedicine attempts to truthfully observe the biological dimension of health and illness. In this way, when the sociocultural dimensions are perceived, processes of construction of difference take place through which biological and sociocultural distances are established regarding care for certain groups or communities representing the “other”.

The metaphor of the mirage used in this thesis thus leads us to the process of “culturalization of nature”, which, as Bauman (2002: 15) suggested, took place in the social thought of the second half of the 20th century. This process can be extrapolated to the biomedical area of health and illness, once the borders between nature and culture begin to separate as a consequence of the rapid rate of change in human society.

In short, the health professions uniformly designate the diversity of human groups that make up the aggregate populations who seek biomedical attention because of illness at a particular time, under the sociocultural construction of the category of "patients and/or users" (Vanselow et al., 1995). This category is used to distinguish the role of persons and groups that potentially may interact with them in the process of looking for care that takes place in care encounters. Thus, the use of this term hides the diversity of individual identities of all types that define and characterize the members of each collective, both professionals and patients, and that only in the best of cases are recognized in the form of collective identities.

As a result, in terms of diversity in health, the existence of different sociocultural dimensions could remain hidden beneath the sociocultural construction of labeling population groups or communities based on singularly differentiated biological and sociocultural categories or singular axes of supposedly homogeneous intra- or inter-cultural diversity. With these constructions, it is difficult to perceive and recognize the wealth of diversity characterizing the human species in the biomedical systems.

This applies, for example, to the collective term “immigrant populations”, which we, however, incorporate in this thesis, while recognizing that this is not a homogeneous group. We are, therefore, conscious of the risk of a reification of alterity that “limits the act of naming social realities; *a fortiori* to interpret them, *a posteriori* producing or updating pieces of social reality, even beyond the intention of the subject who is naming” (Lurbe, 2008: 79-80). Despite these dangers, we use the term to insist on the fact that its construction and widespread use in different spheres of the organization of diversity in the West, such as in the biomedical field, leads to the ethnic, sociocultural and geographical-national connotation of being the “other”. In other words, the immigrant's otherness is visibly different from the otherness that characterizes populations that are seen as "autochthonous".

In this way, although we are aware of the opacity and ambiguity involved in the use of generic terms with or without qualifiers if they are understood in a simplistic or reductionist way, our intention is to highlight the sociocultural mirage hidden behind them. Thus, we cannot speak about homogeneous “autochthonous” or “immigrant” populations, since these terms include within them multiple sociocultural dimensions and diverse collectives, which can be more or less differentiated. In addition, we want to underscore how the recognition of these dimensions can give rise to distinct processes of construction of difference in health. From these, the biomedical sphere can produce and reproduce sociocultural inequalities when conceptualizing and managing diversity in health. Thus, we emphasize that among the distinct forms of inequality that exist in health, those that are the product of sociocultural constructions may remain invisible (Berger and Luckmann, 2001).

PRIMARY CARE AND SOCIOCULTURAL CHANGES STEMMING FROM IMMIGRATION

The term, primary health care, refers to a specific medical model that originated and has developed on a worldwide scale with similar, but not identical, institutions and organizational forms in every country in the world. It is a sociocultural construction based on the recommendations of the World Health Organization (WHO) in its “Declaration of Alma Ata” in 1978. The spread of this new model brought with it a call for a new, more just, international economic order regarding health. In theory this means addressing the sociocultural, political and economic determinants of health and illness, going beyond a mere technological orientation toward care and biological cures for disease. In this way, the primary care model is based on a conceptualization and on actions that involve a wide range of interventions in not just the biological dimension of health but also the sociocultural dimension; in other words, actions ranging from prevention, treatment and rehabilitation to incorporating broader behavioral, institutional and social changes (Legge et al., 2009). However, on the practical level the scope and implications of some of the main universal elements face limitations of different types in the recognition and management of diversity in care encounters between health professionals and populations.

In the international biomedical literature, the description of primary health care that is currently used by the “National Library of Medicine” of the United States was

developed through the work of a commission on the future of primary care proposed by the Institute of Medicine (IOM) in the United States in 1995. This conceptualization in turn is based on the definition proposed in 1978 by the same institute. It suggested a model of accessible, comprehensive, coordinated and continuous care by a diverse combination of providers responsible for health services and based on different practical adjustments that raised the need for a diverse and flexible approach (Institute of Medicine, Division of Health Manpower and Resources Development, 1978: 15-28). The new definition indicates that primary care "provides integrated, accessible health care services by clinicians who are accountable for addressing a large majority of personal health care needs, developing a sustained partnership with patients, and practicing in the context of family and community" (Vanselow et al., 1995).

In addition, it should be mentioned that some authors have noted the necessity of differentiating the term *primary health care*, which responds specifically to the conceptualization established by the WHO in 1978, and the term *primary care*, which was introduced in the "Lord Dawson Report" in 1920 to reorganize health services in England and which led to the creation of health centers (Egwu, 1984; Bhatia and Rifkin, 2010). In this study both terms are used interchangeably to refer to the theory and practice of the new medical model that was conceptualized and promoted by the WHO beginning in the second half of the 20th century. In this way, two types of actions are included that characterize the typologies referred to: a) activities for promotion and collective prevention regarding the determinants of and social inequalities in health and b) biomedical and individual care, treatment and rehabilitation.

From its inception, the primary care model has developed in a context of biomedical scientific and technological progress, which, in turn, has taken place parallel to the development of a globalized world, subject to important sociocultural, demographic, political and economic changes that it must address. This applies, for example, to the phenomenon of immigration, which has begun to awaken interest an interest in bio-medicine to deal with the sociocultural dimension of health and not only the biological. In other words, the presence of the sociocultural dimension has become more visible in the comparison between the populations considered to be autochthonous and those seen as immigrants. All of this, in general, has led to the perception that immigrant populations represent new situations and health needs that are different from those that

are already known, which can lead to processes of constructing ethnic-cultural and geographic-national differences in care encounters.

As a result, the integration in southern Europe of the flow of immigrant populations from other countries and cultures that began more than a decade ago, has introduced the perception of “old” and “new” elements into the primary care model. These elements are related not only to the incorporation of the social variable in care encounters, but also to the cultural variable, through which diversity, difference and/or sociocultural inequality in health are constituted.

From this context of sociocultural changes, the process of providing primary care to populations contains a number of positive, comprehensive, integrative and holistic characteristics that place it in an idea position for incorporating diversity management in health. From such a space, it seems possible to manage and address the sociocultural dimensions present in the processes of construction of differences in care encounters with populations, whether immigrant or not. Likewise, it is feasible to move toward building equality in health through comprehensive and intercultural care for the situations and health needs of all populations.

ORGANIZATION OF THE CHAPTERS IN THIS THESIS

This thesis aims to describe and understand processes of the construction of difference through the analysis of socio-professional discourses regarding care encounters with immigrant populations through the primary health care model in southern Europe. With this general objective, the thesis we present consists of a presentation, an introduction, four chapters on results and a section on conclusions.

In the first chapter we present the sociocultural bases on which the primary care model is constructed. Thus, we describe the political-institutional birth of the new medical model, its international development and the universal theoretical-practical elements that define and characterize it. Afterward, following different epistemological paths, we try to define the way that primary care incorporates the social and cultural dimension in its approach to responding to the health and illness of both immigrant and non-immigrant populations. In this regard, we have coined the expression "sociocultural dimensions in health" in order to reflect more closely on the way that the biomedical

sphere constructs difference in care encounters that, in turn, can produce and reproduce sociocultural inequalities in health (García-Castaño et al., 1999). As a case example, we have chosen the differential treatment and observation that is constructed around the arrival of immigrant populations seeking care in health centers. Lastly, we explain how the research questions and objectives that we seek to address in this thesis were constructed.

In the second chapter, we explain in detail the methodological process of the research we have carried out to meet our proposed objectives. Our research is based on a qualitative-ethnographic research process of thematic orientation, which we also define as multi-situated or multi-local (Marcus, 1995). We first look at how studies on health, society and culture are increasingly applying a qualitative perspective in the search for answers to their research issues. After, we explain why we have chosen phenomenology as the theoretical-methodological approach in our research strategy. We also present the development of the field work we carried out to produce socio-professional discourses from the context of primary health care in Southern Europe. We will also present the cyclical research practice conducted during our fieldwork carried out with diverse health professions - doctors, nurses and health care social workers - at different times and places. In this field work we used the following combination of research techniques: participant observation and ethnographic interviews, individual in-depth and semi-structured interviews, and semi-structured group interviews (specifically in the form of focus groups) carried out through our field work in different health centers, and b) floating observation (Pétonnet, 1982) and documental analysis through field work in other places where we find the production of academic, political and media discourses. In addition, we made use of field journals. Lastly, we look at the discourse analysis we carried out over the totality of empirical material that forms this thesis.

In the third chapter, we present the descriptive axes guiding our analysis of the socio-professional discourses produced in this thesis. Our starting point is an analysis of the political-institutional context of primary care in order to place the discourses produced on immigration and health within a context of the production of the logics of power, knowledge and experience. Thus, we look at the legal-regulatory framework that has led to the organization of the primary care model in southern Europe and Andalusia, while taking into account the perceptions and experiences of health professionals in their

development since the inception of the medical model until today. Based on these perceptions and experiences we look at how, from this sociocultural framework, perceptions and experiences in providing care to the other were produced in care encounters in biomedical contexts of diversity.

In the fourth chapter, we present the interpretive axes that guide our analysis of the socio-professional discourses produced in this thesis. To do this, we show the different perspectives from which health professionals in southern Europe build their relationships with immigrant populations in care encounters in the context of primary care. To analyze their discourses we identify which are the most relevant aspects, similar and different, that they address in primary health care for immigrant populations in different places. In this way, we observe how the phenomenon of immigration, the categories of ethnic-cultural identity and/or geographic origin related to immigration transform the socio-professional setting of the care encounter taking place in health centers in southern Europe. All of this leads us to reflect on how, from the perspective of biomedical culture and the subculture of primary care, perceptions about health care and experiences are produced in the encounters with immigrant populations, which can be permeated by biases in their construction in the form of sociocultural values, stereotypes and representations.

Finally, in the conclusions section, we present the main findings and the most important contributions of this research. All of which revolve around the need to incorporate the recognition and management of diversity in the sphere of primary health care.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu Velázquez, M^a Concepción (2009). El trabajo social sanitario en la atención primaria de salud. *ENE Revista de enfermería*, 3(2), 70-79.
- Acheson, Donald (1998). *Independent Inquiry into Inequalities in Health*. London, United Kingdom: The Station.
- Ackerknecht, Erwin H. (1971). *Medicine and Ethnology: Selected Essays*. Baltimore, United States: Johns Hopkins University Press.
- Ackerknecht, Erwin H. (1985). *Medicina y Antropología Social*. En Luis García Ballester (Ed.). Madrid, España: Akal.
- Agudelo-Suárez, Andrés Alonso, Gil-Gonzalez, Diana, Ronda-Perez, Elena, Porthé, Victoria, Paramio-Perez, Gema, García, Ana María y Gari, Aitana (2009). Discrimination, work and health in immigrant populations in Spain. *Social Science and Medicine*, 68(10), 1866-1874.
- Agudelo-Suárez, Andrés Alonso, Ronda-Pérez, Elena, Gil-González, Diana, Vives-Cases, Carmen, García, Ana María, Ruiz-Frutos, Carlos, Felt, Emily y Benavides, Fernando G. (2011). The effect of perceived discrimination on the health of immigrant workers in Spain. *BMC Public Health*, 17(11), 652.
- Albers-Heitner, Pytha C., Lagro-Janssen, Toine A., Venema, Pieter P., Berghmans, Bary L., Winkens, Ron R., de Jonge, Ank A. y Joore, Manuela M. (2010). Experiences and attitudes of nurse specialists in primary care regarding their role in care for patients with urinary incontinence. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(2), 303-310.
- Alemán Bracho, Carmen y García Serrano, Mercedes (1999). *Fundamentos de bienestar social*. Valencia, España: Tirant Lo Blanch.
- Alfaro Latorre, Mercedes (2005). El papel de la Atención Primaria en el Sistema Sanitario. *Revista de Administración Sanitaria*, 3(1), 15-27.
- Alfaro, Mercedes, Bonis, Julio, Bravo, Rafael, Fluiters, Enrique y Minué, Sergio (2012). Nuevas tecnologías en atención primaria: personas, máquinas, historias y redes. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26(1), 107-112.
- Aliende Urtasun y Azcona Mauleón, Jesús (2007). Etnicidad. En Ascensión Barañano, José Luis García, María Cátedra y Marie José Devillard (Eds.), *Diccionario de relaciones*

- interculturales. Diversidad y globalización* (pp.128-132). Madrid, España: Universidad Complutense de Madrid.
- Alonso Benito, Luis Enrique (1988). Entre el pragmatismo y el pansemiologismo. Notas sobre los usos (y abusos) del enfoque cualitativo en sociología. *Reis: Revista española de investigaciones sociológicas*, 43, 157-170.
- Alonso Sandoica, E., Miquel Gómez, Ana, Golderos Recuero, T., Fernández Bueno, J., Domínguez Domínguez, A., de Antonio García, P. y Jiménez San Emeterio, J. (1997). Estudio de grupos focales: experiencia en un centro de salud. *SEMERGEN: revista española de medicina de familia*, 4, 213-220.
- Álvarez-Dardet Díaz, Carlos y Colomer Revuelta, Carmen (2001). *Promoción de la salud y cambio social*. Barcelona, España: Masson.
- Alvira Martín, Francisco Ricardo (1983). Perspectiva cualitativa-perspectiva cuantitativa en la metodología sociológica. *Reis: Revista española de investigaciones sociológicas*, 22, 53-76.
- Amezcu Martínez, Manuel (2000). El Trabajo de Campo Etnográfico en Salud. Una aproximación a la observación participante. *Index de Enfermería*, 9(30), 30-35.
- Amezcu Martínez, Manuel (2003). La entrevista en grupo: Características, tipos y utilidades en investigación cualitativa. *Enfermería clínica*, 13(2), 112-117.
- Amezcu Martínez, Manuel y Carricondo Guirao, Antonia (2000). Investigación Cualitativa en España. Análisis de la producción bibliográfica en Salud. *Revista Index de Enfermería*, 28(29), 26-34.
- Amezcu Martínez, Manuel y Gálvez Toro, Alberto (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista española de salud pública*, 76(5), 423-436.
- Amick III, Benjamin C., Levine, Sol, Tarlov, Alvin R. y Chapman, Diana (Eds.). (1995). *Society and Health*. New York, United States: Oxford University Press.
- Annandale, Ellen (1998). *The Sociology of Health and Medicine: A critical introduction*. Cambridge, United Kingdom: Polity Press.
- Ant Ozok, A., Wu, Huijuan, Garrido, Melissa M., Pronovost, Peter J. y Gürses, Ayşe P. (2014). Usability and perceived usefulness of personal health records for preventive health care: A case study focusing on patients' and primary care providers' perspectives. *Applied Ergonomics*, 45(3), 613-628.

- Antón, Sorin Gabriel y Onofrei, Mihaela (2012). Health care performance and health financing systems in countries from Central and Eastern Europe. *Transylvanian Review of Administrative Sciences*, 35, 22-32.
- Antonin Martín, Montserrat (2010). *La mediación intercultural en el sistema de salud de Cataluña*. Tesis de Doctorado, Universidad Rovira i Virgili, Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social, Tarragona, España.
- Antonovsky, Aaron (1979). *Health, Stress and Coping: New Perspectives on Mental and Physical Well-Being*. San Francisco, United States: Jossey-Bass.
- Antonovsky, Aaron (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18.
- Aragona, Massimiliano, Rovetta, Erica, Pucci, Daniela, Spoto, Jolanda y Villa, Anna María (2012). Somatization in a primary care service for immigrants. *Ethnicity & Health*, 17(5), 477-491.
- Arango, Joaquín (1985). Las Leyes de las Migraciones de E.G. Ravenstein, cien años después. *Reis: Revista española de investigaciones sociológicas*, 32, 7-26.
- Arango, Joaquín (2007). Las migraciones internacionales en un mundo globalizado. *Vanguardia Dossier*, 22, 6-15.
- Arditi, Jorge, García Selgas, Fernando y Orr, Jackie (1995). Prólogo a la edición española. En Donna J. Haraway, *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza* (pp. 7-51). Madrid, España: Ediciones Cátedra.
- Aretio Romero, M^a Antonia y García Tartas, Ana (2008). Influencia del grupo étnico en el uso de los servicios. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 10(37), 17-29.
- Ariño, M. Dolores, Tomás, Concepción, Eguiluz, Mercedes, Samitier, M. Luisa, Oliveros, Teresa, Yago, Teresa, Palacios, Gema y Magallón, Rosa (2011). ¿Se puede evaluar la perspectiva de género en los proyectos de investigación? *Gaceta Sanitaria*, 25(2), 146-150.
- Arribas Mir, Lorenzo (2009). *La organización del centro de salud. ¿Cómo trabajar mejor?. Foro de Debate Gestión Clínica 2.0. Nuevas perspectivas para una nueva década*. Granada, España: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Artazcoz, Lucía, García-Calvente, María del Mar, Esnaola, Santiago, Borrell, Carme, Sánchez-Cruz, José Juan, Ramos, José Luis, Merino, Jordi, Daponte-Codina, Antonio, Anitua, Cecilia, Rohlfs, Izabella y Cabrera-León, Andrés (2002). Desigualdades de género en salud: la conciliación de la vida laboral y familiar. En

- Juan M. Cabasés, Joan R. Villalbí, y Carlos Aiba, *INFORME SESPAS 2002: Invertir para la salud. Prioridades en salud pública* (pp. 73-90). Granada, España: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Artazcoz, Lucía, Oliva, Juan, Escribà-Agüir, Vicenta y Zurriaga, Óscar (2010). La salud en todas las políticas, un reto para la salud pública en España. Informe SESPAS 2010. *Gaceta Sanitaria*, 24(1), 1-6.
- AETS (Asociación Española de Trabajo Social y Salud). (2012). *Conclusiones XI Congreso Estatal de la AETSYS*, Zaragoza 10, 11 y 12 de mayo de 2012. Recuperado el 15/03/2012 de:
http://www.aetabajosocialysalud.com/1/upload/conclusiones_xi_congreso_estatal_trabajo_social_y_salud_zaragoza_2012_vf.pdf
- Atienza Martín, Francisco Javier, Losada Ruiz, Carmen, Marín Andrés, Gloria, Rodríguez Fernández, Luisa María y Revuelta Pérez, Francisco (2011). Encuentros difíciles en atención primaria: una aproximación mediante grupos focales. *Análisis y modificación de conducta*, 37(155-156), 115-126.
- Atkins, Salla, Lewin, Simon, Smith, Helen, Engel, Mark, Fretheim, Atle y Volmink, Jimmy (2008). Conducting a meta-ethnography of qualitative literature: lessons learnt. *BMC Medical Research Methodology*, 16(8), 21.
- Babio, Gastón, Gijón Sánchez, María Teresa, Hernández, Silvia, Rivera, Enrique y Trigueros, Carmen (2012). *Manual de utilización de NVivo8 en el análisis cualitativo de datos textuales: material docente*. Recuperado el 20/03/2013 de <http://digibug.ugr.es/retrieve/49411>
- Baeta-Neves Alonso-Da-Costa, María Fernanda, Itsuko Ciosak, Suely, Gejo Bartolomé, Adela e Icart Isern, María Teresa (2009). La integralidad en la atención primaria de salud en los sistemas de salud brasileño y español. *Atención Primaria*, 41(7), 402-404.
- Ballesteros Pérez, Ana María, Anaya Reche, Juan Alberto, Cámara López, Miguel Ángel, López Caravaca, J, Pagan Dato, Enrique y Ghelichkhani, María (2005). El paciente inmigrante: ¿una realidad diferente? *SEMERGEN, Medicina de familia*, 31(11), 516-520.
- Barbour, Rosaline S. (1999). The case for combining qualitative and quantitative approaches in health services research. *Journal of Health Services Research & Policy*, 4(1), 39-43.

- Barrera-Algarín, Evaristo, Sarasola-Sánchez Serrano, José Luís y Malagón-Bernal, José Luís (2011). Análisis de la intervención de los trabajadores sociales en el campo de las migraciones. *Portularia: Revista de Trabajo Social*, 11(1), 25-36.
- Barry, Christine (2006.) The role of evidence in alternative medicine: Contrasting biomedical and anthropological approaches. *Social Science and Medicine*, 62, 2646–2657.
- Baum, Frances (1995). Researching public health: behind the qualitative-quantitative methodological debate. *Social Science and Medicine*, 40(4), 459-468.
- Bauman, Zygmunt (2002). *La cultura como praxis*. Barcelona, España: Paidós.
- Blázquez Rodríguez, Maribel (2008). Una etnografía en la atención sanitaria. En Oriol Romani, Cristina Larrea y José Fernández (Coords.), *Antropología de la Medicina, metodologías e interdisciplinariedad, Actas del XI Congreso de Antropología: “Retos teóricos y nuevas prácticas”* (pp. 17-30). Donosti, España: Ankulegi Antropologia Elkartea.
- Belenes, Raimon (2003). Un balance personal de 25 años de gestión sanitaria moderna en el Sistema Nacional de Salud. *Gaceta Sanitaria*, 17(2), 150–156.
- Bello Morales, Santa Ana (2013). *El contexto migratorio como determinante de la violencia de género en mujeres inmigrantes*. Tesis de Doctorado, Universidad de Alicante, Departamento de Sociología II, Alicante, España.
- Beltrán, Miguel (2007). Cinco vías de acceso a la realidad social. En Manuel García Ferrando, Jesús Ibáñez y Francisco Alvira (Comps.), *El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación* (3ª edición) (pp. 15-55). Madrid, España: Alianza Editorial.
- Benach, Joan, Borrell, Carme y Chamizo, Horacio (1998). Desigualdades sociales en mortalidad en áreas pequeñas en España. En Francisco Javier Catalá Villanueva y Esteban de Manuel Keenoy (Eds.), *Informe Sespas 1998: La salud pública y el futuro del estado del bienestar* (pp. 140-175). Granada, España: Escuela Andaluza de Salud Pública y Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS).
- Benach, Joan y Muntaner, Carles (2005). *Aprender a mirar la salud. Cómo la desigualdad social daña nuestra salud*. Barcelona, España: Ediciones de Intervención Cultural, El viejo Topo.
- Berger, Peter y Luckmann, Thomas (1966). *The Social Construction of Reality: A treatise on the sociology of knowledge*. New York, United States: Anchor Books.
- Berger, Peter y Luckmann, Thomas (2001). *La construcción social de la realidad* (17ª ed.). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

- Bernal Solano, Mariola (2010). *Cuerpo, comida y migraciones. Un análisis transcultural de los (mal) estares alimentarios*. Tesis de Doctorado, Universidad Rovira i Virgili, Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social, Tarragona, España.
- Bernalte Benazet, Álvaro (2003). *Etnografía de un Centro de Salud*. Tesis de Doctorado, Universidad de Cádiz, Departamento de Antropología y Filosofía, Cádiz, España.
- Berra, Silvina, Elorza Ricart, Josep María, Bartomeu, Noemí, Hausmann, Susanna, Serra-Sutton, Vicky y Rajmil, Luis (2004). *Necesidades en salud y utilización de los servicios sanitarios en la población inmigrante en Cataluña. Revisión exhaustiva de la literatura científica*. Barcelona, España: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, CatSalut, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya.
- Béteille, André (2013). Ourselves and others. *The Annual Review of Anthropology*, 42, 1-16.
- Bhatia, Mrigesh y Rifkin, Susan (2010). A renewed focus on primary health care: revitalize or reframe? *Globalization and Health*, 6(13), 1-5.
- Bhopal, Raj y Donalson, Liam (1998). White, European, western, Caucasian, or what? In appropriate labelling of research on race, ethnicity and health. *American Journal of Public Health*, 88(9), 1303-1307.
- Bhopal, Raj (2004). Glossary of terms relating to ethnicity and race: for reflection and debate. *Journal of Epidemiology Community Health*, 58(6), 441-445.
- Bhopal, Raj (2006). Race and ethnicity: responsible use from epidemiological and public health perspectives. *The Journal of Law, Medicine and Ethics*, 34(3), 500-507.
- Bilbao Acedos, Izaskun, March Cerdá, Joan Carles y Prieto Rodríguez, María Angeles (2002). Diez aportaciones del empleo de la metodología cualitativa en una auditoría de comunicación interna en Atención Primaria. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 483-492.
- Bird, Chloe, Conrad, Peter y Fremont, Allen (Eds.). (2010). *Handbook of Medical Sociology* (6ª Edición). Tennessee, United States: Prentice-Hall.
- Blanco-Montilla, María (2006). Estudio cualitativo sobre el síndrome del burnout en el Trabajo Social. *Acciones e investigaciones sociales*, 1(extra), 443-444.
- Boixareu, Rosa María (coord.) (2008). *De la antropología filosófica a la antropología de la salud*. Barcelona, España: Herder.
- Borkan, Jeffrey, Eaton, Charles B., Novillo-Ortiz, David, Rivero-Corte, Pablo y Jadad, Alejandro R. (2010). Renewing primary care: lessons learned from the Spanish health care system. *Health Affairs*, 29(8), 1432-1441.

- Borrell, Carme y Artazcoz, Lucía (2008). Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 465-473.
- Borrell, Carme, García-Calvente, María del Mar y Martí-Boscà, José Vicente (2004). Informe SESPAS 2004: La salud pública desde la perspectiva de género y clase social, *Gaceta Sanitaria*, 18(supl. 1), 1-258.
- Borrell, Carme, Muntaner, Carles, Sola, J., Artazcoz, Lucia, Puigpinos, R., Benach, Joan, Noh, S. (2008). Immigration and self-reported health status by social class and gender: the importance of material deprivation, work organisation and household labour. *Journal Epidemiology Community Health*, 62(5), e7.
- Borrell, Carme, Muntaner, Carles, Gil-González, Diana, Artazcoz, Lucia, Rodríguez-Sanz, Maica, Rohlf, Izabella, Pérez, Katherine, García-Calvente, Mar, Villegas, Rodrigo y Álvarez-Dardet, Carlos (2010). Perceived discrimination and health by gender, social class, and country of birth in a Southern European country. *Preventive Medicine*, 50(1-2), 86-92.
- Borrell-Carrió, Francesc (2001). Agendas para disfrutarlas. Diez minutos por paciente en agendas flexibles. *Atención primaria*, 27(5), 343-345.
- Borrell-Carrió, Francesc y Gené-Badía, Joan (2008). La Atención Primaria española en los albores del siglo XXI. *Gestión clínica y sanitaria*, 10(1), 3-7.
- Bourdieu, Pierre (1990). *The logic practice*. Stanford, United States: Stanford University Press.
- Bourdieu, Pierre y Wacquant, Loïc J. D. (1995). *Respuestas por una antropología reflexiva*. México: Grijalbo.
- Briceño-León, Roberto. (2003). Las ciencias sociales y la salud: un diverso y mutante campo teórico. *Ciênc. saúde coletiva*, 8(1), 33-45.
- Brigidi, Serena (2009). *Políticas públicas de salud mental y migración latina en barcelona y Génova*. Tesis de Doctorado, Universidad Rovira i Virgili, Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social, Tarragona, España.
- Britten, Nicky, Campbell, Rona M., Pope, Catherine, Donovan, Jenny L., Morgan, Myfanwy y Pill, Roisin M. (2002). Using meta ethnography to synthesise qualitative research: a worked example. *Journal of Health Services Research & Policy*, 7(4), 209-215.
- Buendía, C., Méndez, M. y Narbona, P. (1997). Distribución del tiempo de enfermería en equipos de atención primaria. *Rol de Enfermería*, XX(231), 53-56.

- Burgos Varo, M^a Luz, Pérez Amores, Isabel y Sánchez Navarro, Remedios (2009). Trabajo Social en el Sistema Público de Salud: Atención Primaria, Hospitalaria y Salud Mental. *Documentos de Trabajo Social (DTS)*, Edición Especial I Congreso de Trabajo Social Málaga, Tomo II, 7-28.
- Burón Pust, Andrea (2012). *Barreras de acceso de la población inmigrante a los servicios de salud en Catalunya*. Tesis de Doctorado, Universitat Autònoma de Barcelona, Departament de Pediatria, d'Obstetrícia i Ginecologia i de Medicina Preventiva, Barcelona, España.
- Buss Thofehrn, Maira, López Montesinos, María José, Porto, Adrize Rutz, Coelho Amestoy, Simone, de Oliveira Arrieira, Isabel Cristina y Mikla, Marzena (2013). Grupo focal: Una técnica de recogida de datos en investigaciones cualitativas. *Index de Enfermería*, 22(1-2), 75-78.
- Cabedo García, Vicente Ramón, Ortells i Ros, Estel, Baquero Toledo, Lidón, Bosch Girona, Nuria, Montero Royo, África, Nácher Fernández, Amalia, Sánchez-Peral, Beatriz y Tamborero Sanjuán, María Asunción (2000). Cómo son y de qué padecen los gitanos. *Atención Primaria*, 26(1), 21-25.
- Calderón Gómez, Carlos (2009). Evaluación de la calidad de la investigación cualitativa en salud: criterios, proceso y escritura. *Forum: Qualitative Social Research*, 10(2), Art. 17. Recuperado el 05/05/2012 de <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0902178>.
- Calderón-Larrañaga, Amaia, Gimeno-Feliu, Luis Andrés, Macipe-Costa, Rosa María, Poblador-Plou B, Bordonaba-Bosque D, Prados-Torres A. (2011). Primary care utilisation patterns among an urban immigrant population in the Spanish National Health System. *BMC Public Health*, 11, 432.
- Callejo, Javier (2001). *El grupo de discusión: introducción a una práctica de investigación*. Barcelona: Ariel.
- Calvete Oliva, Antonio, Campos Esteban, Pilar, Catalán Matamoros, Daniel, Fernández de la Hoz, Karoline, Herrador Ortiz, Zaida, Merino Merino, Begoña, Ramírez Fernández, Rosa, Santaolaya Cesteros, María y Hernández Aguado, Ildfonso (2010). Innovando en salud pública: monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud. Una prioridad para la Presidencia Española de la Unión Europea en 2010. *Revista Española de Salud Pública*, 84(1), 3-11.
- Cámara de cuentas de Andalucía. (2013). Análisis comparativo de dos distritos de atención primaria 2011 (OE 04/2012). Sevilla: Pleno de la Cámara de Cuentas de Andalucía celebrado el 17 de julio de 2013. Recuperado el 12/04/2014 de

http://www.redaccionmedica.com/contenido/images/informe_camara_cuentas_andalucia_ap.pdf

- Cámara Medina, Carmen, Pérez García, M^a Ángeles, Quesada Lupiáñez, Paula y Sánchez Cantalejo, Emilio (1994). Intervención con agentes de salud comunitarios en programas de inmunizaciones en la comunidad gitana. *Atención primaria*, 13(8), 415-418.
- Campbell, Rona M., Pound, Pandora W., Morgan, Myfanwy, Daker-White, Gavin, Britten, Nicky, Pill, Roisin M., Yardley, Lucy, Pope, Catherine, Donovan, Jenny L. (2011). Evaluating meta-ethnography: Systematic analysis and synthesis of qualitative research. *Health Technology Assessment*, 15(43), 1-164.
- Canguilhem, George (1978). *On the Normal and the Pathological*. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company.
- Cantarero Prieto, David (2008). Desigualdades territoriales y equidad en el sistema sanitario español, *Cuadernos económicos de ICE*, 75, 141-166.
- Cañada, José Luís (2004). Impacto de la inmigración sobre el Sistema Nacional de Salud. *Revista clínica electrónica en atención primaria*, 3, 1-8.
- Caramés, María Teresa (2004). Proceso socializador en ciencias de la salud. Caracterización y crítica del modelo hegemónico vigente. En Gerardo Fernández Juárez (coord.), *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas* (pp. 31-52). Quito, Ecuador: Ediciones Abya-Yala.
- Cáritas Española. (2013). *Empobrecimiento y desigualdad social. El aumento de la fractura social en una sociedad vulnerable que se empobrece. VIII Informe del Observatorio de la Realidad Social*. Madrid, España: Fundación FOESSA.
- Carmona, Rocío, Alcázar-Alcázar, Raimundo, Sarría-Santamera, Antonio y Regidor, Enrique (2014). Frecuentación de las consultas de medicina general y especializada por población inmigrante y autóctona: una revisión sistemática. *Revista Española de Salud Pública*, 88(1), 135-155.
- Carrasco-Garrido Pilar, Gil de Miguel A, Hernández Barrera V, Jiménez-García R. (2007). Health profiles, lifestyles and use of health resources by the immigrant population resident in Spain. *European Journal of Public Health*, 17, 503-507.
- Carrillo-González, Gloria M., Gómez-Ramírez, Olga J. y Vargas-Rose, Elizabeth (2007). La Metasíntesis: una Metodología de Investigación. *Revista española de salud pública*, 9(4), 609-617.

- Casajuana i Brunet, Josep (2001a). Diez minutos, ¡qué menos! *Atención Primaria*, 27(5), 297-298.
- Casajuana i Brunet, Josep (2001b). La consulta 10. *Jano*, LX(1.386), 18-19.
- Castelló, Adela, Río, Isabel, Martínez, Encarnación, Rebagliato, Marisa, Barona, Carmen, Llácer, Alicia y Bolumar, Francisco (2012). Differences in preterm and low birth weight deliveries between spanish and immigrant women: influence of the prenatal care received. *Annals of Epidemiology*, 22(3), 175-182.
- Castiel, Luis David y Álvarez-Dardet, Carlos (2007). La salud persecutoria. *Revista de Saúde Pública*, 41(3), 461-466.
- Castillo, Susana (2002). La salud de la población inmigrante. En Juan Garay Amores, Carmen Fernández Rodríguez y Miguel Ángel García Pérez (coords.). *La atención Primaria de Salud ante la población inmigrante* (pp. 3-28). Madrid, España: Fundación CESM.
- Cayuela-Sánchez, Salvador. (2010). *La biopolítica en la España franquista*. Tesis de Doctorado, Universidad de Murcia, Departamento de Filosofía y Lógica, Facultad de Filosofía, Murcia, España.
- Chan, Margaret (2008). Return to Alma-Ata. *The Lancet*, 372(9642), 865–866.
- Chang, Richard Y. y Niedzwiecki, Mathew E. (1999). *Las herramientas para la mejora continua de la calidad*. México: Ediciones Granica.
- Chrisman, Noel J. (1977). The health seeking process: an approach to the natural history of illness. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1(4), 351-77.
- Clarke, A. (1999). Focus group interviews in health-care research. *Professional nurse*, 14(6), 395-397.
- Cockerham, William C. (2002). *Sociología de la Medicina (8ª ed.)*. Madrid, España: Pearson Educación.
- Cohen, Deborah J. y Crabtree, Benjamin F. (2008). Evaluative criteria for qualitative research in health care: Controversies and recommendations. *Annals of Family Medicine*, 6(4), 331-339.
- Cohen-Emerique, Magalit (2011). *Pour une approche interculturelle en travail social. Théories et pratiques*. Rennes, Francia: Presses de l'EHESP.
- Colectivo IOÉ (Pereda, Carlos, Actis, Walter y de Prada, Miguel Ángel). (2008). *Inmigrantes, nuevos ciudadanos. ¿Hacia una España plural e intercultural?* Madrid, España: Confederación Española de Cajas de Ahorros (CECA).

- Colectivo IOÉ. (2010) ¿Para qué sirve el grupo de discusión? Una revisión crítica del uso de técnicas grupales en los estudios sobre migraciones. *EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, 19, 73-99.
- Coll, Elisabeth, Torre-Cisneros, Julián, Calvo, Rubén, Garrido, Gregorio, Matesanz, Rafael (2013). Incidence of tuberculosis in deceased-organ donors and transmission risk to recipients in Spain. *Transplantation*, 96(2), 205-210.
- Colom Masfret, Dolors (2008). *El Trabajo Social Sanitario. Atención primaria y atención especializada. Teoría y práctica*. Madrid, España: Siglo XXI.
- Colom Masfret, Dolors (2010). El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario, *Revista de servicios sociales Zerbitzuan*, 47, 119.
- Colom Masfret, Dolors (2011). *El trabajo social sanitario. Los procedimientos, los protocolos y los procesos*. Barcelona, España: Editorial UOC.
- Colom Masfret, Dolors (2012). *El diagnóstico social sanitario*. Barcelona: Editorial UOC.
- Colorado-Yohar, Sandra, Tormo, María José, Salmerón, Diego, Dios, Sonia, Ballesta, Mónica y Navarro, Carmen (2012). Violence reported by the immigrant population is high as compared with the native population in southeast Spain. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(16), 3322-3340.
- Comaroff, John (1978). Medicine and culture: some anthropological perspectives. *Social Science and Medicine*, 12B, 247-254.
- Comelles, Josep María (1981). La necesidad del otro. Sobre las relaciones entre Antropología y Psiquiatría. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 8, 149-173
- Comelles, Josep María (comp.) (1984). *Antropología i Salut*. Barcelona, España: Fundació Caixa de Pensions.
- Comelles, Josep María (1993). La utopía de la atención integral en salud. Autoatención, práctica médica y asistencia primaria. *Revisiones en Salud Pública*, 3, 169-192.
- Comelles, Josep María (1994). Atención primaria de salud: el difícil maridaje entre atención integral y atención institucional. *Jano*, XLVI(1073), 79-84.
- Comelles, Josep María (1996). Fe, carisma y milagros. El poder de curar y la sacralización de la práctica médica contemporánea. En José Antonio González Alcantud y Salvador Rodríguez Becerra (eds.), *Creer y curar: La medicina popular* (pp. 301-336). Granada, España: Biblioteca de Etnología-Diputación Provincial de Granada.

- Comelles, Josep María (2000). De la ayuda mutua y de la asistencia como categorías antropológicas. Una revisión conceptual. *Trabajo Social y Salud*, 35, 151-172.
- Comelles, Josep María (2007). Cultura, sociedad y psiquiatras en España. *FRENIA*, VII, 7-24.
- Comelles, Josep María y Martínez, Ángel (1993). *Enfermedad, Cultura y Sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la Antropología Social y la Medicina*. Madrid, España: Eudema.
- Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España (2009). *Análisis de situación para la elaboración de una Propuesta de Políticas e Intervenciones para reducir las Desigualdades Sociales en España*. Madrid, España: Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior, Ministerio de Sanidad y Política Social de España.
- Comisión para reducir las Desigualdades en Salud en España (2010). *Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*. Madrid, España: Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior, Ministerio de Sanidad y Política Social de España.
- Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España (2012). Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gaceta Sanitaria*, 26(2), 182-189.
- Conde Gutiérrez del Alamo, Fernando (2009). *Análisis sociológico del sistema de discursos*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), Colección “cuadernos metodológicos” núm. 43.
- Conde Poyales, Fernando (1990). Un ensayo de articulación de las perspectivas cuantitativa y cualitativa en la investigación social. *Reis: Revista española de investigaciones sociológicas*, 51, 91-120.
- Consejería de Salud. (2012). *Estudio 2011-2039 de las necesidades de profesionales sanitarios en Andalucía*. Sevilla, España: Consejería de Salud, Junta de Andalucía.
- Constitución Española (1978). (publicada en el BOE nº 311 de 29 de diciembre de 1978).
- Cook, Kay E. (2005). Using critical ethnography to explore issues in health promotion. *Qualitative Health Research*, 15(1), 129-138.
- Cordero del Castillo, Prisciliano (2009). El Estado de Bienestar Español en el contexto europeo, *Humanismo y Trabajo Social*, 8, 131-154.
- Corin, Ellen (1995). The Cultural Frame: Context and Meaning in the Construction of Health. En Benjamín C. Amick III, Sol Levine, Alvin R. Tarlov y Diana Chapman

- (eds.), *Society and Health* (pp. 272-304). New York, United States: Oxford University Press.
- Coscollar, Carlos (2001). «Diez minutos, ¡qué menos!»: un paradigma de por qué estamos donde estamos. *Atención Primaria*, 28(5), 357-358.
- Costa-Font, Joan y Gil, Joan (2008). *Exploring the pathways of inequality in health, access and financing in decentralised Spain*. London, United Kingdom: The London School of Economics and Political Science.
- Council of the European Union (2010). *Council conclusions on equity and health in all policies: solidarity in health*. 3019th Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs (EPSCO), Council meeting, Brussels: EPSCO, 8 June 2010. Recuperado el 04/12/2013 de http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_Data/docs/pressdata/en/lisa/114994.pdf.
- Creighton, Mathew J., Goldman, Noreen, Pebley, Anne R. y Chung, Chang Y. (2012). Durational and generational differences in Mexican immigrant obesity: is acculturation the explanation? *Social Science and Medicine*, 75(2), 300-410.
- Csordas, Thomas J. (1988). The conceptual Status of Hegemony and Critique in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 2(4), 416-421.
- Curso MIR. (2013). *Movimientos migratorios de médicos hacia España y desde España*. Recuperado el 13/05/2014 de <http://www.curso-mir.com>.
- Dahlgren, Göran y Whitehead, Margaret (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm: Institute for Futures Studies.
- Danet, Alina, Escudero Carretero, María José, Prieto Rodríguez, María Ángeles y March Cerdá, Joan Carles (2012). Comunicación paciente-médico y toma de decisiones en salud en Andalucía: Expectativas de pacientes crónicos del Sistema Sanitario Público Andaluz. *Revista de Comunicación y Salud: RCyS*, 2(2), 63-77.
- Daponte, Antonio, Bernal, Mariola, Bolívar, Julia, Mateo, Inmaculada, Salmi, Louis-Rachid, Barsanti, Sara, Berghmans, Luc, Piznal, Ewelina, Bourgueil, Yann, Marquez, Soledad, González, Ingrid, Carriazo, Ana, Maros-Szabo, Zsuzsanna y Ménival, Solange. (2014). Criteria for implementing interventions to reduce health inequalities in primary care settings in European regions. *The European Journal of Public Health*, 26, 1-11.

- Daponte-Codina, Antonio, Bolívar-Muñoz, Julia y García-Calvente, M^a Mar (eds). (2008). *Las desigualdades sociales en salud*. Granada, España: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Davies, Anita A., Basten, Anna y Frattini, Chiara (2009). *Migration: A Social Determinant of the Health of Migrants*. Background paper developed within the framework of the IOM Project “Assisting Migrants and Communities (AMAC): Analysis of Social Determinants of Health and Health Inequalities”, co-funded by the European Commission DG Health and Consumers’ Health Programme, the Office of the Portuguese High Commissioner for Health and IOM. Recuperado el 10/11/2013 de <http://www.migrant-health-europe.org/>
- Dávila Quintana, Carmen Delia y González López-Valcárcel, Beatriz (2009). Crisis económica y salud. *Gaceta Sanitaria*, 23(4), 261-265.
- De Andrea, Nidia Georgina (2010). Perspectivas cualitativa y cuantitativa en investigación. ¿Inconmensurables? *Fundamentos en Humanidades*, I(21), 53-66.
- De Dios del Valle, Ricardo y Franco-Vidal, Amalia (2007). Prevalencia de burnout entre los profesionales de Atención Primaria, factores asociados y relación con la incapacidad temporal y la calidad de la prescripción. *SEMERGEN, Medicina de Familia*, 33(2), 58-64.
- De la Cuesta-Benjumea, Carmen (comp.). (1999). *Salud y Enfermedad. Lecturas básicas en sociología de la medicina*. Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia.
- De la Revilla, Luis (2001). En el veinte aniversario de la creación del centro de salud de Cartuja, mirando hacia el futuro. *Medicina de Familia*, 2(3), 203-204.
- De la Revilla, Luis (2006). *El genograma: mucho más que un dibujo*. Madrid, España: Ars Médica.
- De la Revilla, Luis, de los Ríos Álvarez, Ana María y Luna del Castillo, Juan de Dios (2007). Factores que intervienen en la producción de los problemas psicosociales. *Atención Primaria*, 39(6), 305-311.
- De Miguel, Jesús M. (1978). *Sociología de la Medicina: una introducción crítica*. Barcelona, España: Vicens-Vives.
- De Miguel, Jesús M. (1979). *La Sociedad Enferma*. Madrid, España: Akal.
- De Miguel, Jesús M. (1980). Introducción al campo de la antropología médica. En Michael Kenny y Jesús M. De Miguel (Eds.), *La antropología médica en España* (pp. 11-40). Barcelona: Anagrama.

- De Oliveira, Dora Lucia (2011). The use of focus groups to investigate sensitive topics: an example taken from research on adolescent girls' perceptions about sexual risks. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), 3093-3102.
- De Pablo González, Rafael (2005). El compromiso de Buitrago. Recuperado el 15/10/2013 de <http://www.observatoriosanitario.org>.
- Dean, Hazel D., Williams, Kim M. y Fento, Kevin A. (2013). From Theory to Action: Applying Social Determinants of Health to Public Health Practice. *Public Health Reports*, 128(supl. 3), 1-4.
- Delgado-Sánchez, Ana, López-Fernández, Luis Andrés, Luna del Castillo, Juan de Dios (2001). Ser médico o médica marca diferencias en la práctica asistencial. *Atención Primaria*, 28(4), 219-226.
- Delgado-Sánchez, Ana, López-Fernández, Luis Andrés, Luna del Castillo, Juan de Dios, Saletti-Cuesta, Lorena, Gil-Garrido, Natalia y Puga-González, Almudena (2010). Expectativas de los pacientes sobre la toma de decisiones ante diferentes problemas de salud. *Gaceta sanitaria*, 24(1), 66-71.
- Delgado-Sánchez, Ana, Saletti-Cuesta, Lorena, López-Fernández, Luis Andrés, Luna del Castillo, Juan de Dios y Mateo-Rodríguez, Inmaculada (2011). Gender and the professional career of primary care physicians in Andalusia (Spain). *BMC Health Services Research*, 11(1), 51.
- Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria, Facultad de Medicina, Universidad de la República (Uruguay). (2012) *¿Cuál es la diferencia?* Recuperado el 13/02/2013 de <http://www.youtube.com/watch?v=WUnGHQNpxQY>.
- Descartes, René (1995[1644]). *Los Principios de la Filosofía*, (Traducción Guillermo Quintas). Madrid: Alianza Editorial.
- Devillard, Marie José (1990). La construcción de la salud y de la enfermedad. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 51, 79-89.
- Díaz de Rada, Ángel. (2010). *Cultura, antropología y otras tonterías*. Madrid: Trotta.
- Díaz Olalla, José Manuel (2005). ¿Podrá la población inmigrante superar el impacto de nuestro nivel de salud? *Atención Primaria*, 36(1), 38-39.
- Díaz-Llanes, Guillermo Díaz (2005). Los grupos focales. Su utilidad para el médico de familia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 21(3-4). Recuperado el 25/06/2013 de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000300021

- Distrito Sanitario Granada-Metropolitano. (2013). Distrito Sanitario Granada-Metropolitano. Recuperado el 04/05/2014 de <http://www.dsgranada-metropolitano.org/html/Distrito%20Sanitario%20Granada-Metropolitano.html>
- Dobzhansky, Theodosius (1978). *Diversidad genética e igualdad humana*. Barcelona, España: Labor.
- Dongre, Amol R., Deshmukh, Pradeep R., Kalaiselvan, Ganapathy y Upadhyaya, Sanjeev (2009). Application of qualitative methods in health research: An overview. *Journal of Health and Allied Sciences*, 8(4), 3. Recuperado el 15/03/2013 de <http://www.ojhas.org/issue32/2009-4-3.htm>
- Dubos, René (1975[1956]). *El espejismo de la salud*. México: Fondo de cultura económica.
- Duque-Paramó, María Claudia (2007). Cultura y Salud. Elementos para el estudio de la diversidad y las inequidades. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 9(2), 127-142.
- Durán, Antonio (2011). Health system decentralization in Spain: a complex balance. *Euro Observer, The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies*, 13(1), 7-9.
- Durán, Antonio, Lara, Juan L. y van Waveren, Michelle (2006). Spain: health system review. *Health Systems in Transition*, 8(4), 1–208.
- Durkheim, Émile (1897). (2008). *El suicidio*. Madrid, España: Akal.
- Duro Martínez, Juan Carlos (2002). El discurso de los profesionales de atención primaria de la comunidad de madrid sobre el trabajo con grupos: sentido, finalidades y ámbitos de intervención. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 545-559.
- Egwu, Igbo N. (1984). Update: Primary care is not the same as primary health care, or is it?. *Family & Community Health*, 7(3), 83-88.
- Eichler, Margrit y Burke, Mary Anne. (2006). The Bias Free Framework. A New Analytical Tool for Global Health Research. *Canadian Journal of Public Health*, 97(1), 63-68.
- Eisenberg, Leon y Kleinman, Arthur (eds.). (1981). *The Relevance of social science for medicine*. London, United Kingdom: D. Reidel Publishing Company.
- Eklöf, Niina, Hupli, Maija y Leino-Kilpi, Helena (2014). Nurses' perceptions of working with immigrant patients and interpreters in Finland. *Public Health Nursing* (en prensa).

- Equipo CESCA (Correlación entre las Entradas y las Salidas en la Consulta Ambulatoria). (2013). Equipo CESCA. Recuperado el 07/10/2013 de <http://equipocesca.org>.
- Elola-Somoza, Javier (2008). La coordinación de las políticas de recursos humanos en el SNS: La coordinación de las políticas de recursos humanos en los sistemas descentralizados de la Unión Europea. *Revista de Administración Sanitaria*, 6(3), 447-464.
- Engel, George L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Engel, George L. (1978). The biopsychosocial model and the education of health professionals. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 310(21), 169-87.
- Eráns Richarte, Óscar (2011). *Evolución del Programa de Salud Bucodental Infantil en la Comunidad Autónoma de Murcia tras 8 años desde su implantación*. Tesis de Doctorado, Universidad de Murcia, Departamento de Dermatología, Estomatología, Radiología y Medicina Física, Murcia, España.
- Errasti-Ibarrondo, Begoña, Arantzamendi-Solabarrieta, María y Canga-Armayor, Navidad (2012). La imagen social de la enfermería: una profesión a conocer. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 35(2), 269-283.
- Escamilla Fresnadillo, José Antonio, Castañer Niño, Olga, Benito López, Sandra, Ruiz Gil, Eulalia, Burrull Gimeno, Montse y Sáenz Moya, Nerea (2008). Motivos de incumplimiento terapéutico en pacientes mayores polimedicados, un estudio mediante grupos focales. *Atención primaria*, 40(2), 81-85.
- Escobar, Jazmine y Bonilla-Jiménez, Francy Ivonne (2009). Grupos focales: una guía conceptual y metodológica. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 9(1), 51-67.
- Escolar-Pujolar, Antonio, Martínez-Ruiz, M^a Dolores y Daponte-Codina, Antonio, (eds.). (2008). *Primer Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía*. Andalucía. Cádiz, España: Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Andalucía.
- Esping-Andersen, Gosta (1990). *Los tres mundos del Estado del Bienestar*. Valencia, España: Edicions Alfons el Magnánim.
- Esteban Galarza, Mari Luz (comp.). (2007). *Introducción a la antropología de la salud. Aplicaciones teóricas y prácticas*. Bilbao, España: OSALDE-OP.
- Esteban Galarza, Mari Luz, Comelles, Josep M. y Díez Mintegui, Carmen (eds.). (2010). *Antropología, género, salud y atención*. Barcelona, España: Edicions Bellterra.

- Esteva, M., Cabrera, S., Remartinez, D., Díaz, A y March, S. (2006). Percepción de las dificultades en la atención sanitaria al inmigrante económico en medicina de familia. *Atención Primaria*, 37, 154–159.
- Esteva, M., Larraz, C. y Jiménez, F. (2006). La salud mental en los médicos de familia: efectos de la satisfacción y el estrés en el trabajo. *Revista Clínica Española*, 206(2), 77-83.
- Eustaquio Raga, M^a Vicenta (2006). *Estudio epidemiológico de salud oral en adultos. Comunidad Valenciana, 2006*. Tesis de Doctorado, Universidad de Valencia, Departamento de Estomatología, Valencia, España.
- Evans-Pritchard, Edward Evan. (1937). *Witchcraft, Oracles and Magic among the Azande*. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press.
- Fábrega, Horacio (1974). *Disease and Social Behavior: an interdisciplinary perspective*. Cambridge, United States: The Massachusetts Institute of Technology Press.
- (FADSP). Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (2013). *¿Qué es la FADSP?* Recuperado el 19/06/2013 de <http://www.fadsp.org/>
- Fagundes de Souza, Elizabeth Cristina, Alves de Vilar, Rosana Lúcia, de Sá Pinto Dantas Rocha, Nadja, da Costa Uchoa, Alice y de Medeiros Rocha, Paulo (2008). Acceso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(supl.1), 100-110.
- Faris, Robert E. L., and Dunham, H. Warren. (1939). *Mental Disorders in Urban Areas. An Ecological Study of Schizophrenia and other Psychoses*. Chicago, United States: The University of Chicago Press.
- Fassin (1999). L'anthropologie entre engagement et distanciation. Essai de sociologie des recherches en sciences sociales sur le sida en Afrique. En Charles Becker; Jean-Pierre Dozon; Christine Obbo y Moriba Touré (Eds.), *Vivre et penser le sida en Afrique. Experiencing and understanding AIDS in Africa* (pp. 41-66). Paris, Francia: Codesria, Karthala & IRD.
- Fernández dede Sanmamed Santos, M^a José (2011). Recensión bibliográfica. Antropología, género, salud y atención. *Gaceta Sanitaria*, 25(3), 259.
- Fernández-Crehuet Navajas, Rafael, Gómez Aracena, Jorge y Gómez Gracia, Enrique (2001). Niveles de atención sanitaria: atención primaria de salud. Centros de salud. En Gonzalo Piédrola Gil, *Medicina Preventiva y Salud Pública*, (10^a edic.) (pp. 1127-1135). Barcelona, España: Masson.

- Fernández-Juárez, Gerardo (Coord.). (2004). *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Quito, Ecuador: Ediciones Abya-Yala.
- Fernández-Juárez, Gerardo (Coord). (2006). *Salud e Interculturalidad en América Latina, Antropología de la Salud y Crítica Intercultural*. Quito, Ecuador: Ediciones Abya-Yala.
- Fernández-Juárez, Gerardo, González González, Irene y García Ortiz, Puerto (Coords.). (2008). *La diversidad frente al espejo. Salud, interculturalidad y contexto migratorio*. Quito: Ediciones Abya-Yala.
- Fernández Lao, Isabel y Silvano Arranz, Agustina (2010). *Perfil, valores y creencias de inmigrantes cuidadores de personas dependientes en domicilio*. Biblioteca Lascasas, 6(2). Recuperado el 12/10/2013 de: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0525.ph>
- Fernández Sánchez, Asunción (2007). Experiencia con la población gitana desde el ámbito de la salud en coordinación con los servicios sociales. *Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar*, 7(2), 21-29.
- Ferrer, Francisca (2003). El estado de salud del pueblo gitano en España: Una revisión de la bibliografía. *Gaceta Sanitaria*, 17(supl. 3), 2-8.
- Ferrer Arnedo, Carmen (2009). La Enfermería comunitaria en un modelo de gestión clínica en Atención Primaria. *Revista de Administración Sanitaria*, 7(2), 261-274.
- Finfgeld, Deborah L. (2003). Metasynthesis: The state of the art - So far. *Qualitative Health Research*, 13(7), 893-904.
- Font Corominas, Ariadna (2012). *Riscos psicosocials i la salut mental en treballadors immigrants a Espanya*. Tesis de Doctorado, Universitat Pompeu Fabra, Departament de Ciències Experimentals i de la Salut, Barcelona, España.
- Foucault, Michel (1992). *La microfísica del poder* (3º edic). Madrid: La Piqueta.
- Foucault, Michel (2004). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI Editores Argentina.
- Freeman, Howard E., Levine, Sol y Reeder, Leo G. (1963). *Handbook of Medical Sociology*. New York, United States: Prentice-Hall.
- Freidin, Ralph Baumann (1980). Primary care multidimensional model: a framework for formulating health problems in a primary care setting. *General Hospital Psychiatry*, 2(1), 10-19.
- Freidson, Eliot (1978). *La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Barcelona, España: Ediciones península.

- Frenk, Julio, González-Block, Miguel A., Alvarez-Manilla, José Manuel (1990). First contact, simplified technology, or risk anticipation? Defining primary health care. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 65(11), 676-681.
- Fuente, Asur y Herrero, Juan (2012). Social integration of Latin-American immigrants in Spain: the influence of the community context. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(3), 1201-1209.
- Fuertes, C., Trujillo, E., Pinillos, M.A., Balanzó, X., Miró Ò. y Burillo-Putze, G. (2010). La atención a la diversidad en urgencias. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33(Supl. 1), 149-161.
- Fuertes Goñi, María Carmen y Martín Laso, María Ángeles (2006). El inmigrante en la consulta de atención primaria. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29(Supl. 1), 9-25.
- Fuertes Goñi, María Carmen, Elizalde Soto, Lázaro, de Andrés Meneses, M. Reyes, García Castellano, Pilar, Urmeneta Aguilar, Santiago, Uribe Oyarbide, José María y Bustince Beorlegui, Presentación (2010). Atención al paciente inmigrante: realidad y percepción de los profesionales de 6 zonas de Atención Primaria de Navarra. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 33(2), 179-190.
- FUNDESFAM (Fundación para el estudio de la atención a la familia). (2013). ¿Qué es FUNDESFAM? Recuperado el 06/03/2013 de <http://www.fundesfam.org/inicio/001.htm>
- Gallart Fernandez-Puebla, Albert (2007). *Sobrecarga del cuidador inmigrante no profesional formal en Barcelona*. Tesis de Doctorado, Universidad Internacional de Catalunya, Departamento de Enfermería, Barcelona, España.
- Gálvez-Vargas, Ramón y Guillén-Solvas, José F. (1988). Conceptos y usos de la epidemiología. En Gonzalo Piédrola Gil, *Medicina Preventiva y Salud Pública* (8ª edic.) (pp. 82-87). Barcelona, España: Masson.
- Garay Amores, Juan, Fernández, Rodríguez, Carmen, y García Pérez, Miguel Ángel (Coords.). (2002). *La atención Primaria de Salud ante la población inmigrante*. Madrid, España: Fundación CESM.
- García, Ana María, López Jacob, María José, Agudelo-Suárez, Andrés Alonso, Ruiz-Frutos, Carlos, Ahonen, Emily Q. y Porthé, Victoria, por el proyecto ITSAL. (2009). Condiciones de trabajo y salud en inmigrantes (Proyecto ITSAL): entrevistas a informantes clave. *Gaceta Sanitaria*, 23(2), 91-98.

- García-Armesto, Sandra, Abadía-Taira, M^a Begoña, Durán, Antonio, Hernández-Quevedo, Cristina y Bernal-Delgado, Enrique (2011). España: Análisis del sistema sanitario 2010. *Sistemas sanitarios en transición, Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud*, 12(4), 1–269.
- García Borrego, Iñaki (2001). Acerca de la práctica y la teoría de la investigación sobre migraciones. *Empiria, Revista de Metodología en Ciencias Sociales*, 4, 145-162.
- García Borrego, Iñaki (2005). La construcción social de la inmigración: el papel de la universidad. En Manuel Hernández Pedreño y Andrés Pedreño Cánovas (Coords.), *La condición inmigrante: exploraciones e investigaciones desde la Región de Murcia* (pp. 19-32). Murcia, España: Universidad de Murcia.
- García-Calvente, María del Mar y Mateo Rodríguez, Inmaculada (2000). El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. *Atención Primaria*, 25(3), 181-186.
- García-Calvente, María del Mar, del Río Lozano, María, Castaño López, Esther, Mateo Rodríguez, Inmaculada, Maroto Navarro, Gracia y Hidalgo Ruzzante, Natalia (2010). Análisis de género de las percepciones y actitudes de los y las profesionales de atención primaria ante el cuidado informal. *Gaceta Sanitaria*, 24(4), 293-302.
- García-Calvente, María del Mar, Jiménez Rodrigo, María Luisa y Martínez Morante, Emilia (2010). *Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud*. Granada, España: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- García-Campayo, Javier, González Broto, C., Buil, B., García Luengo, M.L., Caballero Martínez, Luís y Collazo, Francisco (2006). Actitudes de los médicos españoles hacia los pacientes inmigrantes. Una encuesta de opinión. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34(6), 371–376.
- García-Campayo, Javier y Alda, Marta (2007) Conducta de enfermedad y características culturales de la etnia gitana en España. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(1), 59-66.
- García-Carmona, Marina (2011). El fenómeno de la inmigración en Andalucía y Granada. Cifras y reflejo en la educación. En Francisco Javier García Castaño y Nina Kressova (coord.), *Actas del I Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía* (pp. 1659-1674). Granada, España: Instituto de Migraciones.
- García-Castaño, F. Javier, Granados Martínez, Antolín y Pulido Moyano, Rafael A. (1999). Reflexiones en diversos ámbitos de construcción de la diferencia. En F. Javier

- García-Castaño y Antolín Granados Martínez (Eds.), *Lecturas para educación intercultural* (pp. 15-46). Madrid, España: Trotta.
- García-Castaño, F. Javier y Barragán Ruíz-Matas, Cristina (2000). Sociedad multicultural e interculturalismo versus inmigración. *Documentación Social. Revista de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada*, 121, 209-232.
- García-Castaño, F. Javier, Olmos-Alcaraz, Antonia, Contini, Pieragenla y Rubio-Gómez, María (2011). Sobre multiculturalismos, críticas y superaciones conceptuales en la gestión de la diversidad cultural. En Estrella Gualda Caballero (ed.), *Inmigración, ciudadanía y gestión de la diversidad* (pp. 31-65). Sevilla, España: Universidad Internacional de Andalucía.
- García-Castaño, F. Javier y Rubio-Gómez, María (2011). ¿Misma cultura, misma religión, misma lengua...? y también fracasan. El llamado “alumnado latinoamericano” en la escuela. En Domingo Barbolla Camarero (ed.), *Migraciones latinoamericanas en la nueva civilización. Conformando identidad* (pp. 279-316). Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- García-García, José Luis (1994a). Asistencia primaria y centro de salud. *Jano Humanidades Médicas* 11-17, 46(1073), 67.
- García-García, José Luis (1994b). Asistencia primaria y centros de salud (y II). *Jano Humanidades Médicas* 18-24, 46(1074), 59.
- García-García, José Luis (1998a). Enfermedad y Cultura. *Trabajo social y salud*, 29, 15-25.
- García-García, José Luis (1998b). *Sobre el significado y las consecuencias de la diversidad cultural*. Texto presentado en el “Curso Políticas Sociales, Intervención Social e Inmigración desarrollado en la Universidad Internacional de Andalucía” del 31 de Agosto al 4 de Septiembre de 1998.
- García-García, José Luis (2000). Informar y narrar: el análisis de los discursos en las investigaciones de campo. *Revista de Antropología Social*, 9, 75-104.
- García-García, José Luis (2007). Cultura. En Ascensión Barañano, José Luis García, María Cátedra y Marie Jose Devillard (eds.), *Diccionario de relaciones interculturales. Diversidad y globalización* (pp. 47-52). Madrid, España: Universidad Complutense de Madrid.
- García García, Juan (2009). *Perfil epidemiológico de las gestantes inmigrantes y autóctonas. Hospital General Universitario de Albacete, 2009*. Tesis de Doctorado, Universidad de

- Alicante, Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia, Alicante, España.
- García-Romera, Inmaculada, Danet, Alina y March Cerdá, Joan Carles (2010). El clima emocional en los equipos de atención primaria. Una aproximación cualitativa. *Revista de calidad asistencial*, 25(4), 200-206.
- Gastaldo, Denise, Mercado-Martinez, Francisco J., Ramasco-Gutierrez, Milagros, Lizardi-Gomez, Alejandra y Gil-Nebot, María Ángeles (2002). Qualitative Health Research in Ibero-America: The Current State of the Science. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(2), 90-108.
- Gavira Sánchez, Luis y Carmona López, Guadalupe (coords.). (2012). *Resultados y calidad del sistema sanitario público de Andalucía*. Granada, España: Escuela Andaluza de Salud Pública y Servicio Andaluz de Salud.
- Geertz, Clifford (1997). *El antropólogo como autor*. Barcelona, España: Paidós.
- Gérvas, Juan (2008). Enfermedad: ciencia y ficción. *Actualización en medicina de familia (AMF)*, 4(1), 2-3.
- Gérvas, Juan, Palomo-Cobos, Luis, Pastor-Sánchez, Raimundo, Pérez-Fernández, Mercedes y Rubio, Carlos (2001). Problemas acuciantes en atención primaria. *Atención Primaria*, 28(7), 472-477.
- Gérvas, Juan, Pérez-Fernández, Mercedes, Palomo-Cobos, Luis y Pastor-Sánchez, Raimundo (2005). *Veinte años de reforma de la Atención Primaria en España. Valoración para un aprendizaje por acierto/error* Madrid: Ministerio Sanidad y Consumo. Recuperado el 03/05/2013 de <http://www.fb4d.com/pdf/20years.pdf>
- Gérvas, Juan, Segura Benedicto, Andreu y Seminario Innovación en Atención Primaria. (2007). Cooperación entre salud pública y atención clínica en un contexto de cambio de la utilización del sistema sanitario, *Atención Primaria*, 39, 319-22.
- Gibb, Anita (1997). Focus group. *Social Research UPDATE*, 19, 1-5.
- Giddens, Anthony (2004). *Sociología* (4º edición). Madrid: Alianza Editorial.
- Gijón Sánchez, María Teresa, Galicia García, María Dolores y García Martín, Miguel (2002). Estudio demográfico de la población extranjera en Granada, *III Congreso sobre la Inmigración en España*, Granada, 6 - 9 de noviembre.
- Gijón Sánchez, María Teresa (2003). Una Aproximación al Proceso de Salud-Enfermedad-Atención de la Población Inmigrante Extranjera usuaria de los servicios

de Atención Primaria de Salud en Granada. Tesina de Doctorado, Universidad de Granada, Departamento de Antropología, Granada, España.

Gijón Sánchez, María Teresa, García Castaño, F. Javier, Bolívar Muñoz, Julia y Sánchez Hitos, María Teresa (2004). El estudio comparativo de la presencia de población extranjera en Granada: 1996-2003, *VII Congreso de la Asociación de Demografía Histórica*, Granada, 1 – 3 de abril.

Gijón Sánchez, María Teresa, Jiménez Rodrigo, María Luisa y Martínez Morante, Emilia (2006a). La visión de la otredad en torno a población inmigrante extranjera desde la atención primaria de salud, *III Congreso Andaluz de Sociología*, Granada, 17 – 18 de noviembre.

Gijón Sánchez, María Teresa, Jiménez Rodrigo, María Luisa y Martínez Morante, Emilia. (2006b). Más allá de la diferencia, tras el color de la diversidad. La “inmigración” en la literatura biomédica en España. En Gerardo Fernández-Juárez (Coord.), *Salud e Interculturalidad en América Latina, Antropología de la Salud y Crítica Intercultural* (pp. 115 – 132). Quito, Ecuador: Ediciones Abya Yala.

Gijón Sánchez, María Teresa, Jiménez Rodrigo, María Luisa y Martínez Morante, Emilia (2008). Repertorio bibliográfico sobre salud e inmigración en España. La producción escrita sobre “inmigración” y salud en la literatura biomédica y social en España. En Gerardo Fernández-Juárez, Irene González González y García Ortiz (Coords.), *La diversidad frente al espejo. Salud, interculturalidad y contexto migratorio* (pp. 255-267). Quito, Ecuador: Ediciones Abya Yala.

Gijón Sánchez, María Teresa, Pinzón Pulido, Sandra, Kolehmainen Aitken, Riitta Liisa, Weekers Jacoba Emilia María, López Acuña Daniel E., Petrova-Benedict Roumyana y Peiro, M^a José (2009). *Developing a Public Health Workforce to Address Migrant Health Needs in Europe*. Background paper developed within the framework of the IOM Project “Assisting Migrants and Communities (AMAC): Analysis of Social Determinants of Health and Health Inequalities”, co-funded by the European Commission DG Health and Consumers’ Health Programme, the Office of the Portuguese High Commissioner for Health and IOM, OMS y Escuela Andaluza de Salud Pública. Recuperado el 06/05/2014 de <http://www.migrant-health-europe.org/>.

Gijón Sánchez, María Teresa, Pinzón Pulido, Sandra, Kolehmainen Aitken, Riitta Liisa, Weekers Jacoba Emilia María, López Acuña Daniel E., Petrova-Benedict, Roumyana

- y Peiro, M^a José (2010). Better Health For All In Europe: Developing A Migrant Sensitive Health Workforce. *EuroHealth*, 16(1), 17-19.
- Gijón Sánchez, María Teresa (2010). La comparación demográfica en estudios sobre inmigrantes, salud y diversidad cultural. En Josep María Comelles, Xavier Allué, Mariola Bernal, José Fernández-Rufete y Laura Mascarella (Comps.), *Migraciones y Salud* (pp. 90-106). Tarragona, España: Publicaciones de la Universidad Rovira i Virgili.
- Gijón Sánchez, María Teresa (2011). Discursos en torno a la constitución de la diversidad desde la atención a la salud en España. En Belén Lorente (Ed.), *Transformaciones del Estado Social. Perspectivas sobre la Intervención social en Iberoamérica* (pp. 255-274). Buenos Aires, Argentina: Miño y Dávila.
- Gijón Sánchez, María Teresa, Domínguez de la Rosa, Laura y Conejo Trujillo, Rafael (2012). Desafíos y retos en la formación del trabajo social hacia el *prácticum* de Grado. *Portularia: Revista de Trabajo Social*, XII (Extra), 149-158.
- Gijón Sánchez, María Teresa y Jiménez Rodrigo, María Luisa (2012). Identidad Sexual. En Tomás Fernández García, Octavio Vázquez y Rafael de Lorenzo (Eds.), *Diccionario de Trabajo Social* (pp. 272-273). Madrid, España: Alianza Editorial.
- Gijón Sánchez, María Teresa y Saizar, María Mercedes (2013). Aproximaciones al concepto de diversidad cultural en salud: El caso del trabajo social sanitario en Argentina y en España desde una perspectiva comparada. En Claudia Sandra Krmpotic, Myriam Mitjavila y María Mercedes Saizar (Eds.), *(Sub)Culturas Profesionales, Poder y prácticas en salud* (pp. 17-42). Buenos Aires, Argentina: Miño y Dávila.
- Gil-González, Diana, Vives-Cases, Carmen y Álvarez-Dardet, Carlos (2007). ¿Es el racismo relevante para la salud pública española?. *Gaceta Sanitaria*, 21(5), 431-432.
- Gil-González, Diana, Vives-Cases, Carmen, Borrell, Carme, Agudelo-Suárez, Andrés A. y Álvarez-Dardet, Carlos (2013). Social determinants of self-perceived discrimination in Spain. *Public Health*, 127(3), 223-230.
- Gillam, Stephen (2008). Is the declaration of Alma Ata still relevant to primary health care? *British Medical Journal*, 8(336-7643), 536-538.
- Gimeno-Feliu, Luis Andrés, Macipe-Costa, Rosa María, Dolsac, Ignacio, Magallón-Botaya, Rosa, Luzón, Lourdes, Prados-Torres, Alexandra y García-Campayo, Javier (2011). Frecuentación de la población inmigrante versus autóctona en atención primaria: ¿quién consume más servicios? *Atención Primaria*, 43(10), 544-550.

- Girela Molina, Braulio (2012). Sanidad. En José Luis Monereo Pérez, Francisco Javier García Castaño, José Antonio Fernández Avilés (Dir.) y Luis Ángel Triguero Martínez (Coord.), *La inmigración en Andalucía: instituciones, aspectos jurídicos-sociales y culturales* (pp. 381-401). Granada, España: Editorial Comares.
- Girón, Manuel, Bevia, Begoña, Medina, Elisa y Simón Talero, Manuel (2002). Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: un estudio con grupos focales. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 561-575.
- Gracia, Enrique y Herrero, Juan (2006). La comunidad como fuente de apoyo social: evaluación e implicaciones en los ámbitos individual y comunitario. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(2), 327-342.
- Goffman, Erving (1961). *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York, United States: Anchor Books.
- Goldberg, Alejandro (2004). *Ser inmigrante no es una enfermedad. Inmigración, condiciones de vida y de trabajo. El proceso de salud/enfermedad/atención de los inmigrantes senegaleses en Barcelona*. Tesis de Doctorado, Universidad Rovira i Virgili, Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social, Tarragona, España.
- Good, Charles. (1987). *Ethnomedical Systems in Africa*. New York: The Guilford Press.
- Good, Byron. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona, España: Ediciones Bellaterra.
- González-López, José Rafael, Rodríguez-Gázquez, María de los Ángeles y Lomas-Campos, María de las Mercedes (2012). Prevalence of alcohol, tobacco and street drugs consumption in adult Latin American immigrants. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(3), 528-535.
- González-Pérez, Rocío, Gijón-Sánchez, M^a Teresa, Escudero-Carretero, M^a José, Prieto-Rodríguez, M^a Ángeles, March-Cerdá, Joan Carles y Ruiz-Azarosa, Ainhoa (2008). Perspectivas de la ciudadanía sobre necesidades y expectativas de información sanitaria. *Revista de Calidad Asistencial*, 23(1), 101-108.
- González-Roa, Gabriel (2010). Ideas Innovadoras, Genograma Diraya. Recuperado el 28/03/2013 de <http://www.saludinnova.com/ideas/contest/genograma-diraya/>
- González-Pérez, Vicente. (1996). La inmigración africana hacia España: el acceso a través de la frontera sur. *Investigaciones Geográficas*, 15, 5-28.

- Gonzálvez Torralbo, Herminia (2010). *Migración colombiana, género y parentesco: la organización social de los cuidados*. Tesis de Doctorado, Universidad de Granada. Departamento de Antropología Social, Granada, España.
- Goss, Gay L. (1998). Focus group interviews: a methodology for socially sensitive research. *Clinical Excellence for Nurse Practitioners*, 2(1), 30-34.
- Greenwood, Jennifer y Parsons, Myra. (2000). A guide to the use of focus groups in health care research: Part 2. *Contemporary Nurse*, 9(2), 181-91.
- Grupo de consenso de atención primaria. (2001). *Recomendaciones para la atención al paciente inmigrante en la consulta de Atención Primaria*. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) y Confederación Estatal de Sindicatos Médicos. Recuperado el 09/04/2013 de <http://www.semfyec.es>.
- Guasch, Óscar (2002). *Observación participante* (2ª edic.). Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), Colección cuadernos metodológicos núm. 20.
- Guerra de Hoyos, Juan Antonio y de Anca Contreras, Isidoro A. (2007). Motivos que condicionan el uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes hiperfrecuentadores: estudio con grupos focales. *Atención primaria*, 39(7), 349-354.
- Guillén-Fonseca, Martha (2011). Habilidades de comunicación en la relación médico-enfermera en la Atención Primaria de Salud. *Revista Cubana de Enfermería*, 27(3), 220-227.
- Gustafsson, Markus, Kristensson, Jimmie, Holst, Göran, Willman, Ania y Bohman, Doris (2013). Case managers for older persons with multi-morbidity and their everyday work -- a focused ethnography. *BMC Health Services Research*, 27, 13(1), 496.
- Gutiérrez Zornoza, Myriam y Vázquez Cañete, Ana Isabel (2008). Una visión antropológica del trabajo social en salud. *Boletín informativo trabajo social*, núm. 13. Recuperado el 19/02/2013 en: <http://www.uclm.es/bits/sumario/71.asp>
- Hahn, Robert A. (1995). *Sickness and Healing. An Anthropological Perspective*. Cambridge: Yale University Press.
- Halcomb, Elizabeth J., Gholizadeh, Leila, DiGiacomo, Michelle, Phillips, Jane y Davidson, Patricia M. (2007). Literature review: considerations in undertaking focus group research with culturally and linguistically diverse groups. *Journal of Clinical Nursing*, 16(6), 1000-1011.

- Hammersley, Martyn y Atkinson, Paul (2005). *Etnografía. Métodos de Investigación* (2ª edic.). Barcelona, España: Paidós.
- Haraway, Donna J. (1988). Situated knowledges. The science question in feminism and the privilege of partial perspective. *Feminist Studies*, 14(3), 575-599.
- Haraway, Donna J. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid, España: Ediciones Cátedra.
- Haraway, Donna J. (1999). Las promesas de los monstruos: una política regeneradora para otros inapropiados/bles. *Política y Sociedad*, 30, 121-163.
- Harding, Sandra (2003). Representing reality: the critical realism project. *Feminist Economics*, 9(1), 151-159.
- Haro, Jesús A. (2000). Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. En Enrique Perdiguero y Josep M.Comelles, (Coords.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina* (pp. 101-161). Barcelona, España: Edicions Bellaterra.
- Haro, Jesús A. (2010). Epidemiología convencional, epidemiología sociocultural y salud colectiva. Requerimientos para un diálogo entre disciplinas. Ponencia presentada en el I Congreso Internacional de Transdisciplinaredad, UABC, Mexicali, 16 de marzo
- Havelka, Mladen, Lucanin, Jasminka Despot y Lucanin, Damir (2009). Biopsychosocial model: the integrated approach to health and disease. *Collegium Antropologicum*, 33(1), 303-310.
- Helman, Cecil G. (2000). *Culture, Health and Illness*. (4ª edición). London, United Kingdom: Hodder Arnold.
- Henderson, Lawrence J. (1935). Physician and patient as a social system. *New England Journal of Medicine*, 212,18, 819-823.
- Hernán García, J.M. (2002). Los pacientes y la calidad de los servicios de atención primaria de salud. Opinión de los profesionales de los centros de salud de la Bahía de Cádiz y La Janda. *Atención primaria*, 30(7), 425-434.
- Hernández-Aguado, Ildefonso, Santaolaya-Cesteros, María y Campos-Esteban, Pilar (2012). Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26, 1, 6-13.
- Hernández-Plaza, Sonia, Pozo-Muñoz, Carmen y Alonso-Morillejo, Enrique (2004). The role of informal social support in needs assessment: Proposal and application of a

- model to assess immigrants' needs in the south of Spain. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 14, 4, 284-298.
- Hernández-Plaza, Sonia, Alonso-Morillejo, Enrique y Pozo-Muñoz, Carmen (2006). Social support interventions in migrant populations. *British Journal of Social Work*, 36, 7, 1151-1169.
- Hernández-Quevedo, Cristina y Jiménez-Rubio, Dolores (2009). A comparison of the health status and health care utilization patterns between foreigners and the national population in Spain: new evidence from the Spanish National Health Survey. *Social Science and Medicine*, 69(3), 370–378.
- Hernansanz Iglesias, Francisco, Clavería Fontán, Ana, Gérvas Camacho, Juan, Márquez Calderón, María Soledad y Álvarez-Dardet, Carlos. (2012). El futuro del Sistema Nacional de Salud y su piedra angular, la atención primaria. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26(1), 3-5.
- Herzog, Benno (2009). *Exclusión discursiva-el imaginario social sobre inmigración y drogas*. Tesis de Doctorado, Universidad de Valencia, Departamento de Sociología y Antropología Social, Valencia, España.
- Herrero, Juan, Gracia, Enrique, Fuente, Asur y Lila, Marisol (2012). Desorden social, integración social y bienestar subjetivo en inmigrantes latinoamericanos en España. *Anales de Psicología*, 28(2), 505-514.
- Hill Collins, Patricia (1998). It's All in the Family: Intersections of Gender, Race, and Nation. *Hypatia*, 13(3), 62-82.
- Holgado Ramos, Daniel (2010). *Preparación comunitaria y contexto de intervención social en salud. El trabajo social de atención primaria en Andalucía*. Tesis de Doctorado. Sevilla: Departamento de Psicología Social, Universidad de Sevilla.
- Howell, WH. (1992). The content of one doctor's practice. Relevance of the biopsychosocial model. *North Carolina Medical Journal*, 53(8), 404-409.
- Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L., Van der Horst, H., Jadad, A.R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K, Loureiro, M.I., Van der Meer, J.W.M., Schnabel, P., Smith, R., Van Weel, C. y Smid, H. (2011). How should we define health? *British Medical Journal*, 26, 343(4163), 235-237.
- Ibáñez, Jesús (Ed.). (1990). Introducción. Nuevos avances en la investigación social. La investigación social de segundo orden. *Anthropos Suplementos*, 22, 3-22.

- Ibáñez, Jesús (2007). “Perspectivas de la investigación social: El Diseño en las tres perspectivas”. En Manuel García Ferrando, Jesús Ibáñez y Francisco Alvira (Comp.), *El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación* (pp. 51-85) (3ª edición). Madrid, España: Alianza Editorial.
- Idoyaga-Molina, Anatilde (2002). *Culturas, Enfermedades y Medicinas. Reflexiones sobre la atención de la salud en contextos interculturales de Argentina*. Buenos Aires, Argentina: Instituto Universitario Nacional del Arte (IUNA).
- Idoyaga Molina, Anatilde (ed.). (2007). *Los Caminos Terapéuticos y Los Rostros de la Diversidad*. Tomo I y Tomo II. Buenos Aires, Argentina: Instituto Universitario Nacional del Arte (IUNA).
- Infesta Domínguez, Graciela, Vicente, Adriana y Cohen, Iara. (2012). Reflexiones en torno al trabajo con grupos de discusión en ciencias sociales. *Intersticios: Revista sociológica de pensamiento crítico*, 6(1), 233-244.
- Ingleby, David (2009). *European Research on Migration and Health*. Background paper developed within the framework of the IOM Project “Assisting Migrants and Communities (AMAC): Analysis of Social Determinants of Health and Health Inequalities”, co-funded by the European Commission DG Health and Consumers’ Health Programme, the Office of the Portuguese High Commissioner for Health and IOM. Recuperado el 03/04/2014 de <http://www.migrant-health-europe.org/>
- Institute of Medicine, Division of Health Manpower and Resources Development. (1978). *A Manpower Policy for Primary Health Care: Report of a Study*. Washington: National Academy of Sciences.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2012a). Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2012. Recuperado el 01/04/2013 de: <http://www.ine.es>.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2012b). Indicadores Demográficos Básicos. Recuperado el 01/04/2013 de: <http://www.ine.es>.
- Instituto Nacional de la Salud (INSALUD). (2002). *Atención Primaria en el INSALUD: diecisiete años de experiencia*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto Nacional de la Salud, Subdirección General de Atención Primaria.
- Irigoyen, Juan (1994). La participación comunitaria en Atención Primaria. *Jano Humanidades Médicas*, 46(1074), 61-64.
- Irigoyen, Juan (1996). *La crisis del sistema sanitario en España: Una interpretación sociológica*. Granada: Biblioteca de Ciencias Políticas y Sociología, Universidad de Granada.

- Irigoyen, Juan (2011). La reestructuración de la profesión médica. *Política y Sociedad*, 48(2), 277-293.
- Irigoyen, Juan (2013). Los visitantes. Recuperado el 07/02/2014 de http://www.juanirigoyen.es/2013/12/los-visitantes_1632.html
- Irwin, Alec y Scali, Elena (2005). *Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: Aprender de las experiencias anteriores, Documento de información preparado para la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*, Ginebra: OMS y Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.
- Recuperado el 30/06/2013 de:
http://www.who.int/social_determinants/resources/action_sp.pdf.
- Ituarte Tellaeche, Amaya (2009). *Sentido del trabajo social en salud*. XI Congreso Estatal de Trabajo Social. Trabajo Social: Sentido y Sentidos. Zaragoza, 6-9 de mayo, 1-19.
- Izquierdo Escribano, Antonio (coord.). (2008). *El modelo de inmigración y los riesgos de exclusión*. Madrid, España: Fundación Foessa.
- Jansà, Josep M. (1998). Inmigración extranjera en el estado español. Consideraciones desde la salud pública. *Revista Española de Salud Pública*, 72(3), 165-168.
- Jansà, Josep M. (2006). Inmigración y envejecimiento, nuevos retos en Salud Pública. *Gaceta Sanitaria*, 20(1), 10-14.
- Jansà, Josep M. y García de Olalla, Patricia. (2004). Salud e inmigración: nuevas realidad y nuevos retos. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl.), 207-213.
- Jansà, Josep M. y Villalbí, Joan R. (1995). La salud de los inmigrantes y la atención primaria. *Atención Primaria*, 5, 320-326.
- Jiménez-De Gracia, Laura, Ruiz-Moral, Roger, Gavilán-Moral, Enrique, Hueso-Montoro, Cesar, Cano-Caballero Gálvez, Dolores y Alba-Dios, M. Antonia (2012). Opiniones de los médicos de familia acerca de la implicación de los pacientes en la toma de decisiones: un estudio con grupos focales. *Atención Primaria*, 44(7), 379-384.
- Jiménez de Parga y Cabrera, Manuel. (2004). El derecho constitucional a la protección de la salud. En Defensor del Paciente de la Comunidad de Madrid. *La salud como valor constitucional y sus garantías. Desarrollo y evolución del art. 43 de la Constitución Española*. Madrid, España: Defensor del Paciente de la Comunidad de Madrid y Universidad Rey Juan Carlos.

- Jiménez-Puente, Alberto, Benítez-Parejo, Nicolás, Del Diego-Salas, Jorge, Rivas-Ruiz, Francisco y Maañón-Di Leo, Claudio (2012). Ethnic differences in the use of intrapartum epidural analgesia. *BMC Health Services Research*, 20(12), 207.
- Jiménez Rodrigo, María Luisa, Martínez Morante, Emilia, García-Calvente, M^a Mar y Álvarez-Dardet, Carlos (2008). Through gender parity in scientific publications. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 6(62), 474-475.
- Jiménez Rodrigo, María Luisa, Gijón Sánchez, María Teresa y Martínez Morante, Emilia (2009). El análisis de la literatura biomédica en España en clave de diversidad cultural y de género. *Empiria, Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, 17, 41-61.
- Jiménez Rodrigo, María Luisa y Guzmán Ordaz, Raquel (2013). Sociología de la construcción de los conceptos académicos: el caso de la “diversidad” en educación. *Sociología Histórica*, 2, 321-353.
- Jeremic, Veljko, Bulajic, M., Martic, Milan, Markovic, Aleksandar, Savic, Gordana, Jeremic, Danka y Radojicic, Zoran (2012). An evaluation of European countries' health systems through distance based analysis. *Hippokratia*, 16(2), 170-174.
- Jordan, Joanne, Lynch, Una, Moutray, Marianne, O'Hagan, Marie-Therese, Orr, Jean, Peake, Sandra y Power, John (2007). Using Focus Groups to Research Sensitive Issues: Insights from Group Interviews on Nursing in the Northern Ireland “Troubles”. *International Journal of Qualitative Methods*, 6(4), 1-19.
- Jorge-Rodríguez, F., Blanco-Ramos, M.A., Issa-Pérez, S., Romero-García, L. y Gayoso-Diz, P. (2005). Relación de la calidad de vida profesional y el burnout en médicos de atención primaria. *Atención primaria*, 36(8), 442-447.
- Juárez, Fernando (2011). El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychological Research*, 4(1), 70-79.
- Juliano, Dolores (2000). Mujeres estructuralmente viajeras: estereotipos y estrategias (Entrevista). *Papers: revista de sociología*, 60, 381-389.
- Kaplan, Adriana (1998). *De Senegambia a Catalunya. Procesos de aculturación e integración social*. Barcelona, España: Fundación La Caixa.
- Kaplan, Judith B y Bennett, Trude (2003). Use of the race and ethnicity in biomedical publication. *JAMA*, 289(20), 2709-2716.
- Kawabata, Hidenobu, Konishi, Keiji, Murakami, Manabu, Kisa, Kengo y Maezawa Masaji (2009). Factors affecting the physician-patient relationship regarding patient

- participation in medical encounters in primary care. *The Hokkaido Journal of Medical Science*, 84(3), 171-175.
- Kenny, Michael y De Miguel, Jesús (eds.). (1980). *La antropología médica en España*. Barcelona, España: Anagrama.
- Kent, Bridie C. y Fineout-Overholt, Ellen (2008). Using meta-synthesis to facilitate evidence-based practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 5(3), 160-162.
- King, Gary y Willians, David R. (1995). Race and Health: A Multidimensional Approach to African-American Health. En Benjamin C. Amick III, Sol Levine, Alvin R. Tarlov y Diana Chapman (eds), *Society and Health* (pp. 93-130). New York: Oxford University Press.
- Kitzinger, Jenny (1995). Qualitative Research: Introducing focus groups. *British Medical Journal*, 311, 299-302.
- Kleinman, Arthur (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture: An exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, Arthur (1995). *Writing at the margin: discourse between anthropology and medicine*. Berkeley: University of California, cop.
- Kleinman, Arthur (2006). Why Does Culture Matter in Health Care and What Can We Do About It? Recuperado el 09/04/2013 de:
<http://www.docstoc.com/docs/94703082/Why-Does-Culture-Matter-in-Health-Care-and-What-Can-We-Do-About-Itppt>
- Korhonen, Anne, Hakulinen-Viitanen, Tuovi, Jylhä, Virpi, Holopainen, Arja (2013). Meta-synthesis and evidence-based health care - a method for systematic review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(4), 1027–1034.
- Knipper, Michael y Salaverry, Oswaldo (2010). M. Kuczynski-Godard (1890-1967): fotografías médico-antropológicas de la Amazonía y de los Andes peruanos, 1938-1948. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 27(1), 146-150.
- Knudsen, Susanne V. (2006). Intersectionality - A Theoretical Inspiration in the Analysis of Minority Cultures and Identities in Textbooks. En Eric Bruillard, Bente Aamotsbakken, Susanne V. Knudsen y Mike Horsley (eds.), *Caught in the Web or lost in the Textbook* (pp. 61-76). Paris: IUFM de Caen.
- Krieger, Nancy (2001). A glossary for social epidemiology. *Journal of Epidemiology Community Health*, 55, 693-700.

- Krieger, Nancy (2002). Glosario de epidemiología social. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5), 480-490.
- Krieger, Nancy (2005). Stormy Weather: Race, Gene Expression, and the Science of Health Disparities. *American Journal of Public Health*, 95(12), 2155-2160.
- Kuczynsk-Godard, Máxime (1942). *San Pablo. Actualidad y porvenir. Un informe sobre la reorganización de la Colonia con apuntes sobre la sociología médica de la lepra en el oriente amazónico*. Lima: Imprenta Lux.
- La Parra, Daniel, Gil-González, Diana y Jiménez, Antonio (2013). Los procesos de exclusión social y la salud del pueblo gitano en España. *Gaceta Sanitaria*, 27, 385-386.
- Lahib Dabaj, Abdessamad (2008). *Salud e inmigración: el caso de los marroquíes en el Poniente Almeriense (El Ejido)*. Tesis de Doctorado, Universidad de Granada. Departamento de Estudios Semíticos, Granada, España.
- Laín Entralgo, Pedro (1998). *Historia universal de la medicina*. Barcelona, España: Masson.
- Lalonde, Marc (1974). "A new perspective on the health of Canadians. A working document", [en línea], Ottawa: Government of Canada. Recuperado el 07/03/2012 de http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf
- Lambert, Helen y Mckevitt, Christopher (2002). Anthropology in health research: from qualitative methods to multidisciplinary. *British Medical Journal*, 325, 210-213.
- Lasanta Sáez, María José y Martínez Díaz, A. (2007). Instrumentos para el conocimiento de la familia: el genograma. *JANO*, 1.657, 31-33.
- La Parra Casado, Daniel (2009). *Hacia la equidad en salud: disminuir las desigualdades en una generación en la comunidad gitana. Estudio comparativo de las encuestas nacionales de salud a población gitana y población general de España, 2006*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad y Política Social de España y Fundación Secretariado Gitano.
- Laplantine, Francois (1999). *Antropología de la enfermedad*. Estudio etnológico de los sistemas de representaciones etiológicas y terapéuticas en la sociedad occidental contemporánea. Buenos Aires, Argentina: Ediciones del Sol.
- Latour, Bruno (2007). *Nunca fuimos modernos. Ensayo de antropología simétrica*. (1ª edic.). Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI Editores.
- Leal Granobles, Yuliana (2007). *Descartes: la libertad de pensamiento en la moral cartesiana*. Universidad del Valle. Tesis de Grado. Colombia, Cali: Departamento de Filosofía, Universidad del Valle.

- Lear, Julia y Mossialos, Elias (2008). EU law and health policy in Europe. *Euro Observer, The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies*, 10(3), 1-3.
- Lee, Catherine (2009). "Race" and "ethnicity" in biomedical research: How do scientists construct and explain differences in health? *Social Science & Medicine*, 68, 6, 1183-1190.
- Legge, David G, DeCeukelaire, Wim, Baum, Fran E., McCoy, David y Sanders, David (2009). Alma-Ata addresses cultural, economic, and political issues too. *Lancet*, Vol. 373, 297-298.
- Legido-Quigley, Helena, McKee, Martin, Nolte, Ellen y Glinos, Irene A. (2008). *Assuring the quality of health care in the European Union. A case for action*. Observatory Studies Series, 12, European Observatory on Health Systems and Policies and WHO.
- Leighton, Alexander H. (1959). *My name is legion: foundations for a theory of man in relation to cultura*. New York, United States: Basic Books.
- Leininger, Madeleine (1978). *Transcultural Nursing: Concepts, Theories and Practices*. New York, United States: John Wiley & Sons.
- Leininger, Madeleine (1988). Leininger's Theory of Nursing: Cultural Care Diversity and Universality. *Nursing Science Quarterly*, 1(4), 152-160.
- Lévi-Strauss, Claude (1949). (1992). *Antropología estructural*. Barcelona, España: Paidós.
- Lévi-Strauss, Claude y Éribon, Didier (1990). *Lévi-Strauss, Claude (1900-2003). De cerca y de lejos*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Lewontin, Richard Charles, Rose, Steven y Kamin, León J. (1987). *No está en los genes. Racismo, genética e ideología*. Barcelona, España: Editorial Crítica.
- Linton, Ralph (1976). *Cultura y personalidad*. Madrid, España: Fondo de cultura económica de España.
- López-Aranguren Eduardo (2007). El análisis de contenido tradicional. En Manuel García Ferrando, Jesús Ibáñez y Francisco Alvira (comps.), *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación* (pp. 555-574). 3ª edic. Madrid: Alianza Editorial.
- López I Casanovas, Guillén (2004). La gestión sanitaria: orientaciones a futuro para el cambio organizativo, de control y la financiación. *Cuadernos Económicos del ICE*, 67, 49-62.
- López-Lázaro Luis (2008). Inmigración, estado de salud y uso de servicios de atención primaria. *Atención Primaria*, 40(5), 232-233.

- Lorente Molina, Belén (1999). La diversidad cultural y la práctica profesional de trabajo social. Inmigración y relaciones interétnicas en espacios multiculturales. En Belén Lorente y Carlos Zambrano (eds.), *Estudios introductorios en relaciones interétnicas* (pp-233-252). Bogotá, Colombia: Corporación Colombiana de Investigaciones Humanísticas.
- Lorente Molina, Belén (2004). Género, Ciencia y Trabajo. Las profesiones feminizadas y las prácticas de cuidado y ayuda social. *Scripta Ethnologica*, XXVI, 39-53.
- Lorente Molina, Belén (2013). Fundamentos para una teoría de la práctica ética en trabajo social: cuidado, justicia y división sexual de la acción social. En Luis Miguel Rondón García y Marisa Taboada González (Coords.), *Voces para la ética del Trabajo social en tiempos trémulos* (pp. 29-46). Madrid, España: Paraninfo.
- Lorente Molina, Belén, Sevilla Brenes, Laura y Camacho Constanzo, Ana (2011). Estado de Bienestar, tensiones culturales y engranajes de género. Aportes para una reflexión sobre los servicios sociales en España. En Belén Lorente (ed.), *Transformaciones del Estado Social. Perspectivas sobre la Intervención social en Iberoamérica* (pp. 27-52). Buenos Aires, Argentina: Miño y Dávila.
- Lorenzo-Casares Ascanio, Antonio y Otero Puime, Ángel (2007). Publicaciones sobre evaluación de la atención primaria en España tras veinte años de reforma (1984-2004): Análisis temático y bibliométrico. *Revista Española de Salud Pública*, 81(2), 131-145.
- Lurbe i Puerto, Katia (2006). *La enajenación de l@s otr@s. Estudio sociológico sobre el tratamiento de la alteridad en la atención a la salud mental en Barcelona y Paris*. Tesis de Doctorado, Universidad Autónoma de Barcelona, Departamento de Sociología, Barcelona, España.
- Lurbe i Puerto, Katia (2008). Sobre la reapropiación de la «metáfora étnica» para alterar las minorías transnacionales. En Enrique Santamaría (ed.), *Retos epistemológicos de las migraciones transnacionales* (pp.79-108). Barcelona, España: Anthropos.
- Luxardo, Natalia (2011).La protección de personas que participan en investigaciones en salud. Trabajo Social y ética en Argentina. En Belén Lorente Molina (Ed.), *Transformaciones del Estado Social. Perspectivas sobre la Intervención social en Iberoamérica* (pp. 255-274). Buenos Aires, Argentina: Miño y Dávila.
- Macinko, James, Montenegro, Hernán, Nebot Adell, Carme, Etienne, Carissa y Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la

- Salud. (2007). La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 21(2/3), 73-84.
- Mackenbach, Johan P. y McKee, Martin (2013). A comparative analysis of health policy performance in 43 European countries. *European Journal of Public Health*, 23(2), 195–344.
- Maderuelo-Fernández, José Ángel, Hernández-García, Ignacio, González-Hierro, Miguel y Velázquez-San Francisco, Isabel (2009). Necesidades de información de los usuarios de Atención Primaria desde la perspectiva de los profesionales sanitarios. Un estudio Delphi. *Gaceta sanitaria*, 23(5), 365-372.
- Mahler, Halfdan (2008). La atención primaria de salud cierra un ciclo completo. Entrevista con el Dr Halfdan Mahler. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 86(10), 37-816.
- Malinowski, Bronisław (1973). *Los argonautas del Pacífico Occidental*. Barcelona, España: Península.
- Malmusi, Davide y Jansà, Josep María (2007). Recomendaciones para la investigación e información en salud sobre definiciones y variables para el estudio de la población inmigrante de origen extranjero. *Revista Española de Salud Pública*, 81(4), 399-409.
- Malmusi, Davide, Borrell, Carme y Benach Joan (2010). Migration-related health inequalities: showing the complex interactions between gender, social class and place of origin. *Social Science and Medicine*, 71, 1610-1619.
- Mahrous, MS. (2013). Key role players in health care quality: who are they and what do they think? An experience from Saudi Arabia. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 19(9), 788-93.
- Mahtani Chugani, Vinita, Axpe Caballero, María Ángeles, Serrano Aguilar, Pedro, González Castro, Inmaculada y Fernández Vega, Enrique (2006). *Metodología para incorporar los estudios cualitativos en la evaluación de tecnologías sanitarias. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: SESCS N° 2006/01*. Madrid, España: Plan Nacional para el Sistema Nacional de Salud (SNS) del Ministerio de Sanidad y Consumo de España y Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud.
- Manias, Elizabeth y Street, Annette (2001). Rethinking ethnography: reconstructing nursing relationships. *Journal of Advanced Nursing*, 33(2), 234-242.
- Manz, Joachim (2005). Healthcare systems in the European Union - an evaluation. *Nuclear medicine review*, 8(1), 48-49.

- March, Sebastià, Jordán Martín, Matilde, Montaner Gomis, Isabel, Benedé Azagra, Carmen Belén, Elizalde Soto, Lázaro, Ramos, María (2014). ¿Qué hacemos en el barrio? Descripción de las actividades comunitarias de promoción de la salud en atención primaria: Proyecto frac. *Gaceta Sanitaria*, En prensa.
- March Cerdà, Joan Carles, Prieto Rodríguez, M^a Ángeles, Hernán García, Mariano y Solas Gaspar, Olga (1999). Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. *Gaceta Sanitaria*, 13(4), 312-319.
- Marcus, George (1995). Ethnography in/of the world system: the emergence of multisited ethnography. *Annual Review of Anthropology*, 24, 95-117.
- Marmot, Michael (2006). Introduction. En Michael Marmot y Richard G. Wilkinson (eds.), *Social Determinants of Health*, (2^a Edition). New York, United States: Oxford, University Press.
- Marset-Campos, Pedro, Sáez-Gómez, José Miguel y Martínez-Navarro, Fernando (1995). La Salud Pública durante el franquismo. *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinam Scientiarumque. Historiam Illustrandam*, 15, 211-250.
- Marshall, Martin, Leatherman, Sheila, Mattke, Soeren y los miembros del panel Promoción de Salud, Prevención y Atención Primaria de la OCDE. (2004). *Selecting Indicators for the Quality of Health Promotion, Prevention and Primary Care at the Health Systems Level in OECD Countries*. OCDE, Health Technical Papers, 16.
- Martín, Anne. (2006). La realidad de la interpretación y la traducción en los servicios públicos de Andalucía. Granada, España: Grupo GRETI, Universidad de Granada.
- Martin, J. (1978). Alma Ata: the consecration of the primary health care approach: what follow-up can we expect? *International Journal of Health Education*, 21, 3, 214, 146-148.
- Martín-Martín, José Jesús, del Puerto-López del Amo González, María (2011). La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud en España. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2773-2782.
- Martin-Moreno, José M., Alonso, Paloma, Clavería, Ana, Gorgojo, Lydia y Peiró, Salvador (2009). Looking to Europe. Spain: A decentralised health system in constant flux. *British Medical Journal* 338(7699), 863-866.
- Martín Agudo, Mónica, Sierra Quesada, José M., Jiménez Martín, Juan M. y Escudero Espinosa, Cecilia (2007). Expectativas y necesidades detectadas en profesionales de

- organizaciones provinciales que trabajan en acción intersectorial en salud. *Revista Española de Salud Pública*, 81(1), 43-52.
- Martínez-Campillo García, Francisco, Maura da Fonseca, Alesandrina, Santiago Oliva, Josefa, Verdú Pérez M., Serramia del Prisco Asunción, Ibáñez Molina M., Martínez Miralles P., Rigo Medrano, María Vicenta (2003). Estudio de la cobertura vacunal e intervención con agentes de salud comunitarios en población infantil marginal gitana de Alicante. *Atención primaria*, 31(4), 234-238.
- Martínez-García, Encarnación, Olvera-Porcel, María del Carmen, de Dios Luna-Del Castillo, Juan, Jiménez-Mejías, Eladio, Amezcua-Prieto, Carmen y Bueno-Cavanillas, Aurora (2012). Inadequate prenatal care and maternal country of birth: a retrospective study of southeast Spain. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 165(2), 199-204.
- Martínez Hernández, Ángel (1999). *¿Has visto cómo llora un cerezo?* Barcelona: Publicacions de la Universitat de Barcelona.
- Martínez Hernández, Ángel (2007). Cultura, enfermedad y conocimiento médico. La antropología médica frente al determinismo biológico. En Mari Luz Esteban-Galarza (comp.), *Introducción a la antropología de la salud. Aplicaciones teóricas y prácticas* (pp. 11-43). Bilbao, España: OSALDE-OP.
- Martínez Hernández, Ángel (2008). *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona, España: Anthropos.
- Martínez Hernández, Ángel, Comelles, Josep María y Miranda Aranda, Miguel (comps.). (1998). Antropología de la Medicina. Una década de Jano (1985-1995) (I). *Trabajo Social y Salud*, 29.
- Martínez Hernández, Ángel, Masana, Lina y DiGiacomo, Susan M. (eds.). (2013). *Evidencias y narrativas en la atención sanitaria. Una perspectiva antropológica*. Tarragona, España y Porto Alegre, Brasil: Ed. Publicaciones de la Universidad Rovira i Virgili y Associação Brasileira da Rede Unida.
- Martínez-Hernández, Ángel, Orobitg, Gemma y Comelles, Josep María (2000). Antropología y Psiquiatría. Una genealogía sobre la cultura, el saber y la alteridad. En Emilio González y Josep María Comelles (Comps.), *Psiquiatría Transcultural* (pp. 117-246). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN).

- Matía-Cubillo, Ángel Carlos, Cordero-Guevara, José, Mediavilla-Bravo, José Javier y Pereda-Riguera, María José (2006). Prevalencia de *burnout* y variables asociadas en los médicos de atención primaria de Burgos. *Atención Primaria*, 38(1), 58–60.
- Matía-Cubillo, Ángel Carlos, Cordero-Guevara, José Cordero, Mediavilla-Bravo, José Javier, Pereda-Riguera, María José, González-Castro, María Luisa y González-Sanz, Ana (2012). Evolución del *burnout* y variables asociadas en los médicos de atención primaria. *Atención Primaria*, 44(9), 532–539.
- McIntire, Charles (1894). The Importance of the Study of Medical Sociology. *Bulletin of the American Academy of Medicine*, 1, 425-434.
- Mendiguren de la Vega, Berta (2006). *Inmigración, medicalización y cambio social entre los Soninke: El caso de Dramané (Malí, África)*. Tesis de Doctorado, Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social, Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, España.
- Menéndez, Eduardo L. (1978). El modelo médico y la salud de los trabajadores. En Basaglia Franco (comp.), *La salud de los trabajadores. Aportes para una política de la salud* (pp. 11-53). México: Editorial Nueva Imagen.
- Menéndez, Eduardo L. (1984). El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. *Arxiu d'etnografia de Catalunya: revista d' antropologia social*, 3, 83-119.
- Menéndez, Eduardo L. (1990a). *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México: Editorial Alianza.
- Menéndez, Eduardo L. (1990b). Autoatención y automedicación, un sistema de transacciones sociales permanentes. En Menéndez Eduardo L., *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. México: Ediciones de la casa chata, CIESAS, 179.
- Menéndez, Eduardo L. (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7), 71-83.
- Menéndez, Eduardo L. (1998). Modelo Médico Hegemónico: reproducción técnica y cultural. *Natura Medicatrix*, 51, 17-22.
- Menéndez, Eduardo L. (2002). *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Bellaterra, España: Barcelona.
- Menéndez, Eduardo L. (2003). Modelo de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia y Saúde Colectiva*, 8(1), 185-207.

- Menéndez, Eduardo L. (2005a). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*, 1(1), 9-32.
- Menéndez, Eduardo L. (2005b). Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*, 14, 33-69.
- Meñaca, Arantzazu (2007). *Antropología, Salud y Migraciones. Procesos de autocuidado en familias migrantes ecuatorianas*. Tesis de Doctorado, Universidad Rovira i Virgili, Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social, Tarragona, España.
- Merton, Robert K. (1987). The focused interview and focus groups: continuities and discontinuities. *Public Opinion Quarterly*, 51, 550-556.
- Merton, Robert K. y Kendall, Patricia L. (1946). The focused interview. *American Journal of Sociology*, 51, 541-557.
- Mínguez Arias, Jorge (2011). *La Cultura Enfermera: Análisis antropológico de la enfermería de equipo de atención primaria (ATS/DUE, EAP)*. Tesis de Doctorado, Universidad de Alicante, Departamento de Enfermería, Alicante, España.
- Ministerio de Sanidad y Consumo de España y Fundación Secretariado Gitano. (2005). *Salud y comunidad gitana. Análisis de propuestas para la actuación*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad y Consumo de España.
- Ministerio de Sanidad y Consumo de España. (2007). *Marco estratégico para la mejora de la atención primaria en España: 2007-2012: Proyecto AP-21. Estrategias para la mejora de la Atención Primaria. Análisis de situación de la Atención Primaria*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ministerio de Sanidad y Política Social de España. (2009). *Primera evaluación del marco estratégico para la mejora de la atención primaria en España: 2007-2012 (Proyecto AP-21)*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España. (2012a). *Segunda evaluación del marco estratégico para la mejora de la atención primaria en España: 2007-2012 (Proyecto AP-21)*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España (2012b). *Guía metodológica para integrar la equidad en las estrategias, programas y actividades de salud*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

- Ministerio de Sanidad y Política Social de España e Instituto de Información Sanitaria. (2010). *Sistema Nacional de Salud de España 2010*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad y Política Social. Recuperado el 12/19/2013 de:
<http://www.msps.es/organizacion/sns/librosSNS.htm>.
- Ministerio de Sanidad y Política Social de España, Instituto de Información Sanitaria y Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). (2010). *Cartera de servicios de atención primaria. Desarrollo, organización, usos y contenido. Sistema Nacional de Salud*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad y Política Social, Sistema de Información de Atención Primaria. Recuperado el 14/18/2013 de:
http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Cartera_de_Servicios_de_Atencion Primaria_2010.pdf.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España. (2011). *Instrumento para la valoración de la competencia intercultural en la atención en salud mental. Hacia la equidad en salud*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España, Servicio de Salud de Castilla La Mancha y Fundación Pluralismo y Convivencia. (2011). *Guía de gestión de la diversidad religiosa en los centros hospitalarios*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y Observatorio del Pluralismo Religioso en España.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013). *Equidad en Salud y Desigualdades Sociales en Salud*. Recuperado el 13/10/2013 de <http://www.msssi.gob.es>
- Mira Solves, José Joaquín, Lorenzo, S., Pérez Jover, Virtudes, Aranaz Andrés, Jesús María y Vitaller Burillo, Julián (2004). La investigación cualitativa: una alternativa también válida. *Atención primaria*, 34(4), 161-165.
- Monge, S, Alejos, B, Dronda, F, Del Romero, J, Iribarren, JA, Pulido, F, Rubio, R, Miró, JM, Gutierrez, F y Del Amo, J; CoRIS. (2013). Inequalities in HIV disease management and progression in migrants from Latin America and sub-Saharan Africa living in Spain. *HIV Medicine*, 14(5), 273-283.
- Monge-Maillo, Begoña, Jiménez, B. Carolina, Pérez-Molina, José A., Norman, Francesca, Navarro, Miriam, Pérez-Ayala, Ana, Herrero, Juan M., Zamarrón, Pilar y López-Vélez, Rogelio (2009). Imported Infectious Diseases in Mobile Populations, Spain. *Emerging Infectious Diseases*, 15(11), 1745–1752.

- Morata García de la Puerta, Belén, Gijón Sánchez, M^a Teresa y De Matos Silveira Santos, Rosana (2010). O estudo da gestão pública no sistema de proteção social na Espanha. *Libertas*, 10(2), 31 – 50.
- Moreno, Luis (2000). *Ciudadanos precarios. La última red de protección social*. Barcelona, España: Ariel.
- Moreno, Luis (2001). La “vía media” española del modelo de bienestar mediterráneo, *Papers*, 63/64, 67-82.
- Moreno, Luis (2010). *Reformas de las Políticas de bienestar: Contexto y nuevos Riesgos sociales*, [en línea], Instituto de Políticas y Bienes Públicos (IPP), CCHS-CSIC, Documento de trabajo, Núm. 19. Recuperado el 15/01/2013 de <http://hdl.handle.net/10261/28912>.
- Moreno-Altamirano, Laura (2007). Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. *Salud Pública de México*, 49(1), 63-70.
- Moreno Fuentes, Francisco Javier y Bruquetas Callejo, María (2011). *Inmigración y Estado de Bienestar en España*. Colección de Estudios Sociales núm. 31. Barcelona, España: Obra Social La Caixa.
- Moreno-Jiménez, Bernardo, Gálvez-Herrer, Macarena, Garrosa-Hernández, Eva y Mingote-Adán, José Carlos (2006). Nuevos planteamientos en la evaluación del burnout. La evaluación específica del desgaste profesional médico. *Atención Primaria*, 38(10), 544-559.
- Morgan, David L. (1997). *Focus groups as qualitative research* (2^a edic.). Thousand Oaks, United States: Sage.
- Morgan, David L. (1998). Practical strategies for combining qualitative and quantitative methods: applications to health research. *Qualitative Health Research*, 8(3), 362-376.
- Morse, Janice M. (2012). *Qualitative Health Research: Creating a New Discipline*. Walnut Creek, United States: Left Coast Press.
- Munuera Gómez, Pilar y Munuera Hernández, M^a Antonia (2007). Mediación intercultural en el ámbito sanitario. *Trabajo Social Hoy*, 119-141.
- Muñoz, Miguel Ángel, Pastor, Esther, Pujol, Joan, Del Val, José Luis, Cordoní, Silvia y Hermosilla, Eduardo (2012). Primary health care utilization by immigrants as compared to the native population: a multilevel analysis of a large clinical database in Catalonia. *European Journal of General Practice*, 18(2), 100-106.

- Muriel Fernández, Rafael; García Galán, Rafael; Lasheras Amat, Pilar. (2007). Mediación Intercultural. En Rafael García Galán. *Manual de atención sanitaria a inmigrantes: guía para profesionales de la salud* (p. 383-388). Sevilla, España: Consejería de Salud.
- Navarro López, Vicente (1990). Race or class versus race and class: mortality differentials in the United States. *The Lancet*, 336(8725), 1238–1240.
- Navarro López, Vicente (2004a). *The political and social contexts of health*. Amityville: Baywood Publishing.
- Navarro López, Vicente (2004b). El Estado del Bienestar en España. En Vicente Navarro López (Coord.), *El Estado del Bienestar en España* (pp. 1-18). Madrid, España: Ed. Tecnos.
- Navarro López, Vicente y Benach de Rovira, Juan (1996). Desigualdades sociales de salud en España: Informe de la Comisión Científica de estudios de las desigualdades sociales de Salud en España. *Revista Española de Salud Pública*, 70(5 y 6), 505-636.
- Navarro Rodríguez, Susana R., Ocaña Ocaña, María del Carmen y Larrubia Vargas, Remedios (2012). Inmigración y dinámicas demográficas andaluzas a comienzos del siglo XXI: una perspectiva territorial. *Estudios geográficos*, 73(272), 125-162.
- Nayeri, Kamran (1995). The Cuban health care system and the factors currently undermining it. *Journal of Community Health*, 20(4), 321-334.
- Nazroo, James Y. y Willians, David R. (2006). The social determination of ethnic/racial inequalities in health. En Michael Marmot y Richard G. Wilkinson (Eds.), *Social Determinants of Health* (2ª Edition) (pp. 238–266). New York, United States: Oxford, University Press.
- Nervi, Laura L. (2008). Alma Ata y la Renovación de la Atención Primaria de la Salud. *Encuentro Regional “Retos para la Revitalización de la APS en las Américas”*, 22 y 25 de septiembre de 2008 en La Palma, El Salvador. Recuperado el 30/04/2013 de <http://www.phmovement.org/en/node/964>.
- Nebot Adell, Carme, Baqués Cavallé, Teresa, Valverde Caballero, I., Crespo García, A. y Canela-Soler, Jaume (2005). La opinión de los usuarios como oportunidad de mejora en atención primaria. *Atención primaria*, 35(6), 290-294.
- Newell, Kenneth W. (1975). *Health by the people*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

- Ní-Raghallaigh, Muireann, Allen, Mary, Cunniffe Rosemary y Quin Suzanne S. (2013). Experiences of social workers in primary care in Ireland. *Social Work Health Care*, 52(10), 930-46.
- Nordenfelt, Lennart (2007). The concepts of health and illness revisited. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 10, 5-10.
- Novoa Juarado, Abel Jaime (2007). *Pensamiento crítico y creencias epistemológicas en los médicos de un área de salud de la región de Murcia*. Tesis de Doctorado, Universidad de Murcia, Departamento de Ciencias Sociosanitarias, Murcia, España.
- Ojeda-Feo, J. Jonay, Freire-Campo, José Manuel y Gervas Camacho, Juan (2006). La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: ¿reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional?. *Revista de Administración Sanitaria*, 4(2), 357-82.
- Oladele, Dunsu, Richter, Solina, Clark, Alexander y Laing, Lory (2012). Critical ethnography: A useful methodology in conducting health research in different resource settings. *Qualitative Report*, 17(39), 1-21.
- Oliva, Juan y Pérez, Gloria (2009). Inmigración y salud. *Gaceta Sanitaria*, 23(1), 1-3.
- Melgar-Quiñonez, Hugo, Kaiser, Lucía L., Martin, Anna C., Metz, Dianne y Olivares (2003). Inseguridad alimentaria en latinos de California: observaciones de grupos focales. *Salud pública de México*, 45(3), 198-205.
- Oliver, Adam James (2007). Inconsistent objectives - Reflections on some selective health care policy developments in Europe. *Health Economics, Policy and Law*, 2(1), 93-106.
- OIM (Organización Internacional para las Migraciones). (2006). *Glosario sobre Migración, Derecho Internacional sobre Migración*, 7. Ginebra, Suiza: OIM.
- OMC (Organización Médica Colegial de España). (2003). *Criterios básicos para el ejercicio médico en Atención Primaria*. Madrid, España: Organización Médica Colegial de España.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (1978). *Atención primaria de salud*. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Patrocinada conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Serie "Salud para todos", núm. 1.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (1987). *Los objetivos de Salud para Todos*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad y Consumo.

- OMS (Organización Mundial de la Salud). (2004). *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Nota de la Secretaría*. Consejo ejecutivo EB115/35 de la OMS, 115ª reunión, 25 de noviembre de 2004.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (2008). *Informe sobre la salud en el mundo: la atención primaria de salud. Más necesaria que nunca*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (2010a). *Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas: hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (2010b). *Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) y Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) y Ministerio de Sanidad y Consumo de España. (2006). *Reunión Técnica sobre Estrategias Futuras en Atención Primaria de Salud en España, en el marco de conmemoración del XXV aniversario de Alma-Ata. La Atención Primaria como eje conductor del Sistema Nacional de Salud*, [en línea], Madrid: Biblioteca Lascasas; 2. Recuperado el 01/05/2012 de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0083.php>
- ONU (Organización Naciones Unidas). (1945). *Carta de las Naciones Unidas* (firmada el 26 de junio de 1945 en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Organización Internacional en San Francisco y entrando en vigor el 24 de octubre del mismo año). San Francisco, Estados Unidos: Organización Naciones Unidas.
- ONU (Organización Naciones Unidas). (2000). *Declaración del Milenio* (resolución aprobada el 13 de septiembre de 2000 por la Asamblea General, sin remisión previa a una Comisión Principal (A/55/L.2)). Nueva York, Estados Unidos: Organización Naciones Unidas.
- Onwuegbuzie, Anthony J., Dickinson, Wendy B., Leech, Nancy L. y Zoran, Annmarie G. (2011). Un marco cualitativo para la recolección y análisis de datos en la investigación basada en grupos focales. *Paradigmas*, 3(1), 127-157.

- OPS (Organización Panamericana de la Salud) y OMS (Organización Mundial de la Salud). (2007). *Redes integradas de servicios de salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas*. Serie: La renovación de la atención primaria de salud en las Américas, núm. 4. Washington, Estados Unidos: OPS y OMS.
- Ortega Córdoba, Salud y Izquierdo Díaz, Teodoro. (2007). Aspectos normativos de la atención sanitaria a inmigrantes. En Rafael García Galán. *Manual de atención sanitaria a inmigrantes: guía para profesionales de la salud* (p. 43-51). Sevilla, España: Consejería de Salud.
- Ortiz, Elizabeth (2012). *La fenomenología*. Argentina: El Cid Editor.
- Ortiz Gómez, Teresa, Birriel Salcedo, Johanna y Ortega-del Olmo, Rosa. (2004). Género, profesiones sanitarias y salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl. 1), 189-194.
- Ortún, Vicente (1995). La atención primaria, clave de la eficiencia del sistema sanitario, *Jano*, 49(1148), 1587-1602.
- Ortún, Vicente y Gervas, Juan (1996). Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria, *Medicina Clínica (Barcelona)*, 106(3), 97-102.
- Ortún, Vicente y Gervas, Juan (2000). Potenciar la atención primaria. En Carlos Álvarez-Dardet y Salvador Peiró (ed.), *La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo. Informe SESPAS 2000* (p. 363). Granada, España: Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP).
- Otero García, Laura (2011). *Aproximación a las representaciones sociales sobre la salud de la población inmigrante en el discurso periodístico en prensa escrita española (2000-2006)*. Madrid, España: Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Ciencia e Innovación de España.
- Oviedo, Manuel, Muñoz, María Pilar, Carmona, Gloria, Borrás, Eva, Batalla, Joan, Soldevila, Nuria y Domínguez, Ángela (2012). The impact of immigration and vaccination in reducing the incidence of hepatitis B in Catalonia (Spain). *BMC Public Health*, 12(1), 614.
- Pablo-González, Rafael (2005). La Atención Primaria de Salud como eje del sistema público sanitario. *SEMERGEN*, 31(5), 214-222.
- PAHO (Pan American Health Organization). (1988). *National Health and Social Development in Costa Rica: A Case Study of Intersectoral Action*. Washington, United States: Pan American Health Organization.

- Palacio Lapuente, Fernando, Marquet Palomer, Roser, Oliver Esteve, A., Castro Guardiola, P., Bel Reverter, M. y Piñol Moreso, Josep Lluís (2003a). Las expectativas de los pacientes: ¿qué aspectos valoran en un centro de salud?, Un estudio cualicuantitativo. *Atención primaria*, 31(5), 307-314.
- Palacio Lapuente, Fernando, Marquet Palomer, Roser, Oliver Esteve, A., Castro Guardiola, P., Bel Reverter, M. y Piñol Moreso, Josep Lluís (2003b). Las expectativas de los profesionales: ¿qué aspectos valoran en un centro de salud? Un estudio cualicuantitativo. *Atención primaria*, 32(3), 135-141.
- Palomo-Cobo, Luis (2002). La investigación y la evolución reciente de la atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 16, 2182-187.
- Pammolli, Fabio, Riccaboni, Massimo y Magazzini, Laura (2012). The sustainability of European health care systems: beyond income and aging, *The European Journal of Health Economics*, 13(5), 623-634.
- Pardo Moreno, Gema, Engel Gómez, JL y Agudo Polo, S. (2006). Percepción de la salud en población inmigrante procedente de África subsahariana I. *SEMERGEN, Medicina de Familia*, 32(10), 484-489.
- Parra Osés, Ángel, Fernández Baraibar, J., García López, V., Ayestarán, JR y Extramiana, E. (2006). Mercado de trabajo, salud laboral e inmigración. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29(1), 77-95.
- Parrilla Ruiz, Francisco Manuel (2006). *El perfil del paciente inmigrante atendido en la unidad de urgencias del Hospital de Poniente*. Tesis Doctoral, Universidad de Granada, Departamento de Medicina, Granada, España.
- Parsons, Myra y Greenwood, Jennifer (2000). A guide to the use of focus groups in health care research: Part 1. *Contemporary Nurse*, 9(2), 169-80.
- Parsons, Talcott (1951). *The social system*. Glencoe: The free press.
- Pasqualino, Antonio (1996). Médico y Enfermo: Relación entre sanador y paciente dentro de los diversos saberes medicinales presentes en nuestra sociedad. En José Antonio González Alcantud y Salvador Rodríguez Becerra (eds.), *Creer y curar: La medicina popular* (pp. 161-179). Granada, España: Biblioteca de Etnología-Diputación Provincial de Granada.
- Patton, Michael (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. Beverly Hills, United States: Sage.

- Paúcar Espinoza, Silvia (2009). *Extranjería e Inmigración: el derecho a la educación y a la protección de la salud*. Tesis de Doctorado, Universidad de Salamanca, Departamento de Derecho Público, Salamanca, España.
- Paz Zulueta, María (2013). *Factores asociados al cumplimiento del protocolo de embarazo en inmigrantes africanas y su repercusión en la morbilidad neonatal en Cantabria*. Tesis de Doctorado, Universidad de Cantabria. Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas, Santander, España.
- Peiro Perez, Rosana, Colomer Revuelta, Concha y Puig Barbera, Joan (1999). La opinión de las mujeres sobre su salud: un estudio cualitativo. *Atención primaria*, 24(1), 12-18.
- Perdiguero, Enrique (2006). Una reflexión sobre el pluralismo médico. En Gerardo Fernández Juárez (coord.), *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural* (pp. 33-49). Quito, Ecuador: Ediciones Abya-Yala.
- Perdiguero, Enrique y Comelles, Josep M. (coords.). (2000). *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona, España: Edicions Bellaterra.
- Pereda, Carlos, Prada, Miguel Ángel, Actis, Walter y Ortí, Mario (Colectivo IOÉ). (2010). *Discursos de la población migrante en torno a su instalación en España. Exploración cualitativa*. Madrid, España: Centro de Investigaciones Sociológicas, Opiniones y Actitudes, núm 64.
- Pérez, Gloria, Cirera, Eva, Rodríguez-Sanz, Maica y Borrell, Carme (2005). *Desigualdades de mortalidad en las comunidades autónomas entre 1981 y 2002*. Madrid, España: Observatorio de salud de la mujer y Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, Secretaría General de Sanidad, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Pérez García, M^a Ángeles, Cámara Medina, Carmen y Quesada Lupiáñez, Paula (1995). *Salud materno-infantil: intervención sobre vacunaciones con agentes comunitarios en población marginal gitana*. Granada, España: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Pérez-Giménez, Roser (2000). Políticas sanitarias y desigualdades en España. En José Adelantado Gimeno (coord.), *Cambios en el Estado de Bienestar. Políticas sociales y desigualdades en España* (pp. 251-284). Barcelona, España: Icaria y Universitat Autònoma de Barcelona.
- Pérez Hernández, Rosa M., López Alonso, Sergio R., Lacida Baro, Manuela y Rodríguez Gómez, Susana (2005). La Enfermera Comunitaria de Enlace en el Servicio Andaluz de Salud. *Enfermería Comunitaria*, 1(1), 43-48.

- Pérez Moreno, Salvador, Calderón Vázquez, Francisco José, Plaza Angulo, Juan José y Angulo Guerrero, María José (2011). Crisis económica e inmigración: análisis de los efectos sobre el mercado de trabajo en andalucía desde una perspectiva de género. En Francisco Javier García Castaño y Nina Kressova (coord.), *Actas del I Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía* (pp. 1271-1285). Granada, España: Instituto de Migraciones.
- Pérez Pérez, M^a Luisa (2000). El papel y los rendimientos de los trabajadores sociales en la política de atención primaria de salud en Andalucía. *Mágina: Revista Universitaria*, 8, 193-209.
- Pérez Ramírez, Francisca (2012). *Las mujeres inmigrantes y su respuesta psicológica en el puerperio inmediato. Diferencias obstétricas y sociodemográficas*. Tesis de Doctorado, Universidad de Granada. Departamento de Enfermería, Granada, España.
- Pericas-Beltran, Jordi, González-Torrente, Susana, De Pedro-Gómez, Joan, Morales-Asencio, José M. y Bennasar-Veny, Miquel (2014). Perception of Spanish primary healthcare nurses about evidence-based clinical practice: A qualitative study. *International Nursing Review*, 61(19), 90-98.
- Pertíñez Mena, Judit y Clusa Gironella, Thais (2008). Inmigración y Atención sanitaria. *Humanitas, Humanidades Médicas*, 34, 1-16.
- Pertíñez Mena, Judit (2010). La enfermedad de la doctora Pertíñez. En Josep María Comelles, Xavier Allúe, Mariola Bernal, José Fernández-Rufete y Laura Mascarella (Comps.), *Migraciones y Salud* (pp. 8-15). Tarragona, España: Ed. Publicaciones de la Universidad Rovira i Virgili.
- Pétonnet, Colette (1982). L'Observation Flotante: L'exemple d'un cimetière parisien, *L'Homme*, 22(4), 37-47.
- Piédrola-Gil, Gonzalo (2001). *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Barcelona, España: Masson.
- Pigg, Stacy Leigh (2013). On sitting and doing: Ethnography as action in global health. *Social Science and Medicine*, 99, 127-134.
- Plan Integral para la Inmigración en Andalucía 2001-2004 (2001). Sevilla, España: Consejería de Gobernación, Junta de Andalucía.
- Plan Integral para la Inmigración en Andalucía 2006-2009 (2006). Sevilla, España: Consejería de Gobernación, Junta de Andalucía.

- Plan Andaluz de Salud 2003-2008. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Recuperado el 01/05/2012 de www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud
- Polit, Denise. y Hungler, Bernadette (2000). *Investigación científica en Ciencias de la salud*. México: McGraw- Hill Interamericana.
- Pope, Catherine y Mays, Nicholas (1995). Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *British Medical Journal*, 1(311), 42-45.
- Pope, Catherine y Mays, Nicholas (1996). *Cualitative Research in Health Care* (2ª Ed.). London, United Kingdom: BMJ Books.
- Pope, Catherine Mays y Nick Popay, Jennie (2007). *Synthesising Qualitative and Quantitative Health Research: A Guide to Methods*. Buckingham, United Kingdom: Open University.
- Porthé, Victoria (2009). *La precariedad laboral en inmigrantes en España y su relación con la salud: una aproximación cualitativa*. Tesis de Doctorado, Universidad Pompeu Fabra, Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud, Barcelona, España.
- Porthé, Victoria, Ahonen, Emily, Vázquez M. Luisa, Pope, Catherine, Agudelo-Suárez, Andrés Alonso, García, Ana María, Amable, Marcelo, Benavides, Fernando G. y Benach, Joan, ITSAL Project (2010). Extending a model of precarious employment: A qualitative study of immigrant workers in Spain. *American Journal of Industrial Medicine*, 53(4), 417-424.
- Poses, Roy M. e Isen, Alice M. (1998). Qualitative Research in Medicine and Health Care. Questions and Controversy. *Journal of General Internal Medicine*, 13(1), 32-38.
- Prada Belver, Fabriciana Ada (2010). *Estado de salud en los adolescentes del centro de primera acogida de protección de la comunidad de Madrid (2003-2007)*. Tesis de Doctorado, Universidad de Córdoba, Departamento de Didáctica de las Ciencias Sociales y Experimentales, Córdoba, España.
- Prat, Joan, Pujadas, Joan J. y Comelles, Josep María (1980). Sobre el contexto social del enfermar. En Michael Kenny y Jesús De Miguel (Comp.), *La Antropología Médica en España* (pp. 43-68). Barcelona, España: Anagrama.
- Prieto Rodríguez, María Ángeles y March Cerdá, Joan Carles (2002). Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales. *Atención Primaria*, 29(6), 366-373.
- Pujadas i Muñoz, Joan J. (2010). La etnografía como mirada a la diversidad social y cultural. En Joan J. Pujadas i Muñoz (Coord.), Dolors Comas d' Argemir y Jordi Roca i Girona, *Etnografía* (pp. 15-68). Barcelona, España: Editorial UOC.

- Pujol Ribera, Enriqueta, Gené Badia, Joan, Sans Corrales, Mireia, Sampietro-Colom, Laura, Pasarín, María Isabel, Iglesias Pérez, Begoña, Casajuana Brunet, Josep y Escaramis Babiano, Georgia (2006). El producto de la atención primaria definido por profesionales y usuarios. *Gaceta sanitaria*, 20(3), 209-219.
- Pumares Fernández, Pablo (2012). Evolución del fenómeno migratorio en Andalucía: aspectos demográficos. En José Luis Monereo Pérez, F. Javier García-Castaño y José Antonio Fernández Avilés (Dir.) y Luis Ángel Triguero Martínez (Coord.), *La inmigración en Andalucía: instituciones, aspectos jurídicos-sociales y culturales* (pp. 3-24). Granada, España: Editorial Comares.
- Pumares Fernández, Pablo y Iborra Rubio, Juan Francisco (2008). Población extranjera y política de inmigración en Andalucía. *Política y sociedad*, 45(1), 41-60.
- Quinlan, Elizabeth (2009). The 'actualities' of knowledge work: An institutional ethnography of multi-disciplinary primary health care teams. *Sociology of Health and Illness*, 31(5), 625-641.
- Race, Ethnicity, and Genetics Working Group. (2005). The Use of Racial, Ethnic, and Ancestral Categories in Human Genetics Research. *The American Journal of Human Genetics*, 77(4), 519-532.
- Ramírez-Goicoechea, Eugenia (2007). *Etnicidad, identidad y migraciones. Teorías, conceptos y experiencias*. Madrid, España: Editorial Centro de Estudios Ramón Areces.
- Ramos, María, García, R, Prieto, María Ángeles y March, Joan Carles (2001). Problemas y propuestas de mejora en la atención sanitaria a los inmigrantes económicos. *Gaceta Sanitaria*, 15, 320-326.
- Ramos, José M, Tello, Antonio, Torrús, D, Amador, Concepción, Arjona, Francisco J., Caro, Elena, Cuadrado, José María, Gallegos, Ingrid, Jover, Francisco, Martínez-Peinado, Carmen, Pérez-Chacón, Fabiola, Ponce, Yamileth y Gutiérrez, Felix (2012). Multicenter epidemiological and clinical study on imported Chagas diseases in Alicante, Spain. *Pathogens and global health*, 106(6), 340-345.
- Red Andaluza de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social. (2010). Inclusión y coordinación en zonas con necesidades de transformación social andaluzas. Granada, Cartuja-Almanjáyar, Sevilla: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía Recuperado el 19/03/2013 de:
http://www.eapn-andalucia.org/descargas/24_investigacion_zonas_ii.pdf

- Regato Pajares, Pilar, Domínguez Bidagor, Julia y Sancho Castiello, Maite (2009). Coordinación sociosanitaria y abordaje comunitario en Atención Primaria. En Vicente Navarro López y Amando Martín Zurro (coords), Violán Fors, Concepción, *Proyecto de investigación: La Atención Primaria de Salud en España y sus Comunidades Autónomas* (pp. 149-168). Barcelona, España: semFYC ediciones.
- Repullo, José R. (2011). Garantizar la calidad del Sistema Nacional de Salud en tiempos de crisis: sólo si nos comprometemos todos. *Revista de Calidad Asistencial*, 26(1), 1-4.
- Repullo, José R. y Freire, José M. (2008). Gobernabilidad del Sistema Nacional de Salud: mejorando el balance entre los beneficios y los costes de la descentralización. Informe SESPAS 2008. *Gaceta Sanitaria*, 22(1), 118-125.
- Resende-Carvalho, Sérgio (2008). Promoción de la Salud, "empowerment" y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria. *Salud colectiva*, 4(3), 335-347.
- Rey del Castillo, Javier (1998). Descentralización de los servicios sanitarios. Aspectos generales y análisis del caso español. Granada, España: Escuela Andaluza de Salud Pública, Serie monografías núm. 23.
- Riba Cebrián, Jordi, Ramentol Teys, Alejandra y Porta Rey, Isabel (2010). Trabajo social y atención primaria orientada a la comunidad: investigación con técnica de grupo focal en el centro de atención primaria Can Vidalet. *Trabajo social y salud*, 66, 167-181.
- Ribas Mateos, Natalia (2004). *Una Invitación a la Sociología de Las Migraciones*. Barcelona, España: Edicions Bellaterra.
- Rice, Pranee Liamputtong y Ezzy, Douglas (1999). *Qualitative Research Methods. A Health Focus*. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press.
- Richmond, Mary Ellen (1917). *Social Diagnosis*. New York, United States: Russell Sage Foundation.
- Richmond, Mary Ellen (1922). *Social Case Work*. New York: Russell Sage Foundation.
- Richmond, Mary Ellen (1995). *El Caso Social Individual. El Diagnóstico Social. (Textos seleccionados)*. Madrid, España: Talasa.
- Rico, Ana, Ramos, Xavier y Borrell, Carme (2002). Distribución de la renta, pobreza y esperanza de vida en España. En Juan M. Cabasés, Joan R. Villalbí, y Carlos Aiba, *INFORME SESPAS 2002: Invertir para la salud. Prioridades en salud pública* (pp. 67-72). Granada, España: Escuela Andaluza de Salud Pública.

- Rico, Ana y Sabés, Ramón (2001). *Sistemas sanitarios en transición 2000: España*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Rico-Becerra, Juan Ignacio (2007). *La atención primaria de salud y su impronta en el proceso de salud/ enfermedad/ atención de los inmigrantes ecuatorianos residentes en el municipio de Lorca*. Tesis de Doctorado, Universidad Católica San Antonio, Departamento de Ciencias Sociales, Jurídicas y de la Empresa, Murcia, España.
- Ritzer, George. (1996). *Teoría Sociológica Contemporánea*. Madrid, España: Mc Graw-Hill.
- Rivera García, Enrique y Trigueros Cervantes, Carmen (2013). *El NVivo, qué es y para qué nos puede ser de utilidad*.
- Recuperado el 16/05/2014 de <http://digibug.ugr.es/handle/10481/23580#.U3iNFyifdbI>
- Rivero-Fabuel, M. Begoña (1993). *El conflicto de rol médico-enfermera en los centros de salud*. Tesis de Doctorado, Universidad de Granada, Granada, España.
- Rivers, William H. R. (1924). *Medicine, Magic, and Religion*. New York, United States: Harcourt Brace.
- Rizo López, Ana Esmeralda y Blanco Miguel, Pilar (2003). Análisis de la situación sanitaria y hábitat de los gitanos onubenses. *Alternativas: cuadernos de trabajo social*, 11, 167-194.
- Roca i Girona, Jordi (2007). Migrantes por amor. La búsqueda y formación de parejas transnacionales, *AIBR, Revista de Antropología Iberoamericana*, 2(3), 430-458.
- Roca i Girona, Jordi (2010). Las etnografías de orientación temática. En Joan J. Pujadas i Muñoz (coord.), Comas d' Argemir, Dolors y Roca i Girona, Jordi, *Etnografía*, (pp. 255-270). Barcelona, España: Editorial UOC.
- Roca Saumell, Carme (2003). *Malalties infeccioses importades per immigrants: Experiència, anàlisi i conclusions d'una situació a Catalunya*. Tesis de Doctorado, Universitat de Barcelona, Departament de Medicina, Barcelona, España.
- Rodríguez, Nadia y Schnell, Bettina (2007). *Diccionario de las Migraciones. Del concepto a la palabra*. Madrid, España: Publicaciones Adeire.
- Rodríguez Álvarez, Elena, Lanborena Elordui, Nerea, Errami, Mohamed, Rodríguez Rodríguez, Alba, Pereda Riguera, Celina, Vallejo de la Hoz, Gorka y Moreno Marquez, Gorka (2009). Relación del estatus migratorio y del apoyo social con la calidad de vida de los marroquíes en el País Vasco. *Gaceta Sanitaria*, 23(supl. 1), 29-37.

- Rodríguez Álvarez, Elena, González-Rábago, Yolanda, Bacigalupe, Amaia, Martín, Unai y Lanborena Elordui, Nerea (2014). Inmigración y salud: desigualdades entre la población autóctona e inmigrante en el País Vasco. *Gaceta Sanitaria*, En prensa.
- Rodríguez-Cabrero, Gregorio (2004). *El Estado del Bienestar en España: debates, desarrollo y retos*. Madrid, España: Ed. Fundamentos.
- Rodríguez-Ocaña, Esteban (1999). La construcción de la salud infantil. Ciencia, medicina y educación en la transición sanitaria en España. *Historia contemporánea*, 18, 19-52.
- Rodríguez-Sanz, Maica, Carrillo-Santistevé, Paloma y Borrell, Carme (2006). *Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las comunidades autónomas, 1993-2003*. Madrid, España: Observatorio de salud de la mujer y Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, Secretaría General de Sanidad, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Roemer, MI. (1986). Priority for primary health care: its development and problems. *Health Policy and Planning*, 1(1), 58-66.
- Romani, Oriol y Miranda, Miguel (comps.). (1998). Antropología de la Medicina. Una década de Jano (1985-1995) (II). *Trabajo Social y Salud*, 31.
- Romo Avilés, Nuria (2001). Género y etnografía entre personas usuarias de drogas: el caso del “éxtasis” en la “cultura del baile. *Trabajo Social y Salud*, 29, 321-332.
- Romo Avilés, Nuria (2009). Debates en torno a la metodología feminista y su aplicación a la investigación en salud. En María Eugenia Fernández Fraile, Nuria Romo Avilés, Nélica Bonaccorsi y Cecilia Lagunas (comp.), *Los estudios de las mujeres en España y Argentina: propuesta para el debate* (pp. 37-57). Buenos Aires, Argentina: Prometeo.
- Ronda-Pérez, Elena, Benavides, Fernando G., Levecque, Katia, Love, John G., Felt, Emily y Van Rossem, Ronan (2012). Differences in working conditions and employment arrangements among migrant and non-migrant workers in Europe. *Ethnicity & Health*, 17(6), 563-577.
- Roos, Noralou P., Brownell, Marni y Menec, Verena (2006). Universal Medical Care and Health Inequalities: Right Objectives, Insufficient Tools. En Jody Heymann, Clyde Hertzman, Morris L. Barer y Robert G. Evans (eds.), *Healthier Societies. From Analysis to Action* (pp. 107-131). New York, United States: Oxford University Press.
- Rubio Liniers, María Cruz (2004). *El análisis documental: indización y resumen en bases de datos especializadas*. E-prints en Library and Information Science, 1-13. Recuperado el

10/07/2012

de:

http://eprints.rclis.org/6015/1/An%C3%A1lisis_documental_indizaci%C3%B3n_y_resumen.pdf

- Ruiz-Olabuénaga, José Ignacio (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao, España: Universidad de Deusto.
- Ruff, Coralease C., Alexander, Ivy M. y McKie, Charmaine (2005). The use of focus group methodology in health disparities research. *Nursing Outlook*, 53(3), 134-140.
- Saizar, María Mercedes (2006). Reflexiones en torno de la complementariedad terapéutica entre usuarios del yoga en el área metropolitana de Buenos Aires (Argentina). *Mitológicas*, XXI, 23-46.
- Saizar, María Mercedes (2011). Escenas de la vida hospitalaria. Relaciones de cercanía y tensión entre biomédicos y usuarios del sistema de salud público de la Argentina. En Anitilde Idoyaga Molina (Ed.), *Estado, política social y cultura: Reflexiones sobre los Servicios Sociales y de Salud* (pp. 67-87). Buenos Aires, Argentina: Miño y Dávila.
- Saletti-Cuesta, Lorena (2013). *Análisis Feminista de los discursos sobre el desarrollo profesional de médicas y médicos de familia en Andalucía a comienzos del siglo XXI*. Tesis de Doctorado, Universidad de Granada, Departamento de Anatomía Patológica e Historia de la Ciencia, Granada, España.
- Salinero-Fort, Miguel Ángel, Jiménez-García, Rodrigo, del Otero-Sanz, Laura, de Burgos-Lunar, Carmen, Chico-Moraleja, Rosa M., Martín-Madrado, Carmen, Gómez-Campelo, Paloma. (2012). Self-reported health status in primary health care: the influence of immigration and other associated factors. *PLoS One*, 7(6).
- Salvador, Fernando, Molina, Israel, Sulleiro, Elena, Burgos, Joaquín, Curran, Adrián, Van den Eynde, Eva, Villar del Saz, Sara, Navarro, Jordi, Crespo, Manuel, Ocaña, Inma, Ribera, Esteve, Falcó, Vicenç y Pahissa, Albert (2013). Tropical diseases screening in immigrant patients with human immunodeficiency virus infection in Spain. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 88(6), 1196-1202.
- Sánchez-Bayle, Marciano (ed.). (1996). *El sistema sanitario en España. Evolución, situación actual, problemas y perspectivas*. Madrid, España: Los Libros de la Catarata.
- Sánchez López, María Carmen, Madrigal de Torres, Manuel, Sánchez Sánchez, Juan Antonio, Menárguez Puche, Juan Francisco y Aguinaga Ontoso, Enrique (2010). ¿Qué pensamos los médicos de familia sobre la medicina basada en la evidencia? Un estudio con grupos focales. *Atención Primaria*, 42(10), 507-513.

- Sánchez-Robles, Mariano (2006). Rincones, esquinas y vericuetos del Trabajo Social Sanitario en Atención primaria en Andalucía. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, 38, 71-89.
- Sánchez-Robles, Mariano (2011). Trabajo Social Sanitario y Enfermería Gestora de casos: Crónica de un conflicto anunciado. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, 49, 189-203.
- Sancho Viudes, Salvadora, Vidal Thomàs, Clara, Cañellas Pons, Rosa, Caldés Pinilla, María José, Corcoll Reixach, Josep y Ramos Montserrat, María (2002). Análisis de situación y propuestas de mejora en enfermería de atención primaria de Mallorca: Un estudio con grupos focales. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 531-543.
- Sanchón Macías, Maria Visitación (2012). *Influencia del status social subjetivo en la salud de las mujeres inmigrantes latinoamericanas residentes en la Comunidad de Canabria*. Tesis de Doctorado, Universitat de les Illes Balears, Departament d'Infermeria i Fisioteràpia, Palma de Mallorca, España.
- Sanjuán Domingo, Raquel, Villaverde Royo, María Victoria, Elías Villanueva, María del Pilar, Rodríguez Sanz, María Luisa, Yagüe Sebastián, María del Mar y Blasco Valle, Mariano (2012). Métodos anticonceptivos utilizados por población inmigrante y condicionantes que influyen en su elección en un área sanitaria de Zaragoza. *SEMERGEN, Medicina de Familia*, 38(6), 348-353.
- Santagata, Mónica y Terrasa, Sergio (2002). Nota de interés: Asistencia médica basada en la diversidad cultural. *EVIDENCIA en Atención Primaria*, 5(3), 79-81.
- Santamaría, Enrique. (2002). *La incógnita del extraño*. Barcelona, España: Anthropos.
- Sanz Barbero, Belén y Blasco Hernández, Teresa (2007). Características sociodemográficas de la población inmigrante diagnosticada de tuberculosis en la Comunidad de Madrid. *Gaceta Sanitaria*, 21(2), 142-146.
- Sanz Barbero, Belén, Regidor, Enrique, Galindo, Silvia, Pascual, Cruz, Lostao, Lourdes, Díaz, José Manuel y Sánchez, Elisabeth (2011). Pattern of health services use by immigrants from different regions of the world residing in Spain. *International Journal of Public Health*, 56, 567-576.
- Sanz Peláez, Óscar (2007). *Enfermedades infecciosas e inmigración irregular en Gran Canaria: un estudio retrospectivo*. Tesis de Doctorado, Universidad de las Palmas de Gran Canaria, Departamento de Ciencias Clínicas, las Palmas de Gran Canaria, España.

- SAS (Servicio Andaluz de Salud). (2003). *Mapa de Atención Primaria de salud de Andalucía*. Sevilla, España: Servicio Andaluz de Salud.
- SAS (Servicio Andaluz de Salud). (2005). *Oferta de Servicios de Atención Primaria 2005*. Sevilla, España: Servicio Andaluz de Salud.
- SAS (Servicio Andaluz de Salud). (2007). *Oferta de Servicios de Atención Primaria 2007*. Sevilla, España: Servicio Andaluz de Salud.
- SAS (Servicio Andaluz de Salud). (2008). *Cartera de Servicios de Atención Primaria*. Sevilla, España: Servicio Andaluz de Salud.
- SAS (Servicio Andaluz de Salud). (2011). *Servicio Andaluz de Salud 2010. Información Básica*. Sevilla, España: Servicio Andaluz de Salud.
- SAS (Servicio Andaluz de Salud). (2012). *Servicio Andaluz de Salud 2011. Información Básica*. Sevilla, España: Servicio Andaluz de Salud.
- SAS (Servicio Andaluz de Salud). (2013). *Libre elección de médico de familia y pediatra*. Sevilla, España: Servicio Andaluz de Salud.
- SAS (Servicio Andaluz de Salud). (2013). *Encuestas de satisfacción*. Recuperado el 12/03/2014 de: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/indicadores/introduccion.asp>
- SAS (Servicio Andaluz de Salud) e IESA-CSIC (Instituto de Estudios Sociales Avanzados del Consejo Superior de Investigaciones Científicas). (2012). *Encuesta de satisfacción a usuarios del servicio de atención primaria del SAS 2012-2013*. Sevilla, España: SAS e IESA-CSIC.
- Schutz, Alfred (1971). The stranger: an essay in social psychology. En Alfred Schutz, *Collected Papers II. Studies in Social Theory*, (3ª ed.) (pp. 91-105). The Hague: Martinus Nijhoff.
- Schutz, Alfred (1974). *El problema de la realidad social*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Scotch, Norman A. (1963). Medical Anthropology. *Biennial Review of Anthropology*, 3, 30-68.
- Segovia Pérez, Carlos y González María, Esther. (2003) La cartera de servicios en Atención Primaria: una revisión de la literatura. *Atención Primaria*, 1(4), 601-618.

- semFYC (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria), SEMERGEN (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria) y SEMG (Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia). (2012). Prólogo. *Gaceta Sanitaria*, 26, Supl., 1.
- SemFYC (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria). (2013). La medicina de familia.
- Recuperado el 16/01/2014 de: http://www.semfyces.es/informativo/la_especialidad/Sen, Gita, George, Asha y Östlin, Piroška (2005). *Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas*. Organización Panamericana de la Salud y Harvard Center for Population and Development Studies.
- Senior, Peter A. y Bhopal, Raj (1994). Ethnicity as a variable in epidemiological research. *British Medical Journal*, 309(6950), 327-330.
- Seppelli, Tullio (2000). De qué hablamos cuando hablamos de factores culturales en salud. A modo de presentación. En Enrique Perdiguero y Josep María Comelles (Eds.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina* (pp.33-44). Barcelona, España: Edicions Bellaterra.
- Serra-Sutton, Vicky, Hausmann, Susanna, Bartomeu, Noemí, Berra, Silvina, Elorza Ricart, Josep María y Rajmil, Luis (2004). *Experiencias de investigación y políticas de salud relacionadas con inmigración en otros países europeos. El caso de los Países Bajos, el Reino Unido y Suiza*. Barcelona, España: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.
- Serrano Falcón, Carolina y Mañero Rodríguez, Carlos (2011). El fenómeno de la inmigración sanitaria en Andalucía: el modelo granadino. En Francisco Javier García Castaño y Nina Kressova (coord.), *Actas del I Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía*. Granada, España: Instituto de Migraciones, 1467-1478.
- Shaw, Mary, Dorling, Danny y Davey Smith, George (2006). Poverty, social exclusion, and minorities. En Michael Marmot y Richard G. Wilkinson (eds.), *Social Determinants of Health*, (2ª Edition) (pp. 196-223). New York, United States: Oxford, University Press.
- Sigerist, Henry Ernest (1941). *Medicine and human welfare*. New Haven, United States: Yale University Press.
- Simó Miñana, Juan (2005). Empowerment profesional en la atención primaria médica española. *Atención Primaria*, 35(1), 37-42.

- Simó, Juan y Gérvas, Juan (2012). Gasto sanitario en atención primaria en España: insuficiente para ofrecer servicios atractivos para pacientes y profesionales. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26, 36–40.
- Sinding, Christina (2010). Using Institutional Ethnography to Understand the Production of Health Care Disparities. *Qualitative Health Research*, 20, 12, 1656-1663.
- Sistema General de Información Sanitaria e Innovación, Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. (2012). *Organización General de la Atención Primaria en las Comunidades Autónomas. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP)*. Recuperado el 11/017/2012 de:
<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm>
- Sistema General de Información Sanitaria e Innovación, Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. (2013). *Ordenación Sanitaria del Territorio en las Comunidades Autónomas. Mapa de referencia para el Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) Año 2012*. Recuperado el 29/04/2013 de:
<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm>
- Sofaer, Shoshanna (1999). Qualitative methods: what are they and why use them? *Health Service Research*, 34(5), 1101-1118.
- Solar, Orielle e Irwin, Alec (2007). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health*, Vancouver: OMS y Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Recuperado el 31/01/2012 de:
http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf
- Solé i Auró, Aïda (2009). *The impact of immigration on health, longevity and dependency of the elderly in the Spanish and European population*. Tesis de Doctorado, Universitat de Barcelona, Departament d'Econometria, Estadística i Economia Espanyola, Barcelona, España.
- Solé, Meritxell, Diaz-Serrano, Luis y Rodríguez Marisol (2013). Disparities in work, risk and health between immigrants and native-born Spaniards. *Social Science and Medicine*, 76(1), 179-187.

- Soler-González, Jorge (2008). *Inmigración: estado de salud, incapacidades laborales, farmacia y utilización de los servicios sanitarios*. Madrid, España: Consejo Económico y Social.
- Soler-González, Jorge, Serna Arnáiz, Catalina, Rué Monné, Montserrat, Bosch Gaya, Anna, Ruiz Magaz, María Cristina y Gervilla Caño, Javier (2008). Utilización de recursos de atención primaria por parte de inmigrantes y autóctonos que han contactado con los servicios asistenciales de la ciudad de Lleida. *Atención Primaria*, 40(5), 225-233.
- Solozábal Echevarría, Juan José (1992). Sobre el Estado Autonómico Español. *Revista de Estudios Políticos*, 21(78), 105-130.
- Sontag, Susan (1996). *La Enfermedad como Metáfora*. Madrid, España: Taurus.
- Sorkin, Dara H., Quyen, Ngo-Metzger y De Alba, Israel (2010). Racial/Ethnic Discrimination in Health Care: Impact on Perceived Quality of Care. *Journal of General Internal Medicine*, 25(5), 390-396.
- Soto-Cámara, Raúl y Santamaría-Cuesta, M. Inmaculada. (2005). Prevalencia del *burnout* en la enfermería de atención primaria. *Enfermería Clínica*, 15(3), 123-130.
- Spradley, James P. (1979). *The Ethnographic Interview*. Nueva York, United States: Holt, Rinehart & Winston.
- Starfield, Barbara (2001). *Atención primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Barcelona: Masson.
- Starfield, Barbara (2008). The future of primary care: Refocusing the System. *The New England Journal of Medicine*, 359(20), 2087-2091.
- Starfield, Barbara (2012). Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS Report 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26, 20–26.
- Stern, Bernard Joseph (1927). *Social Factors in Medical Progress*. New York, United States: Columbia University Press.
- Stolcke, Verena (2000). ¿Es el sexo para el género lo que la raza para la etnicidad... y la naturaleza para la sociedad? *Política y cultura*, 14, 25-60.
- Suurmond, Jeanine, Uiters, Ellen, de Bruijne, Martine C, Stronks, Karien y Essink-Bot Marie-Louise (2011). Negative health care experiences of immigrant patients: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 14(11), 10.
- Tajfel, Henri (1978). *Grupos humanos y categorías sociales: estudios de psicología social*. Barcelona, España: Herder.

- Taloyan, Marina, Al-Windi, Ahmad, Johansson, Leena Maria y Saleh-Stattin, Nuha (2011). Kurdish men's experiences of migration-related mental health issues. *Primary Health Care Research & Development*, 12(4), 335-347.
- Tamarit i Corella, Ferran (2008). *Detecció de conductes de risc i problemes de salut dels adolescents i joves des de la consulta d'Atenció Primària*. Tesis de Doctorado, Universitat Autònoma de Barcelona, Departament de Medicina, Barcelona, España.
- Taylor, Steven J. y Bodgan, Robert (1998). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Barcelona, España: Paidós.
- Terris, Milton (1975). Approaches to an Epidemiology of Health. *The American Journal of Public Health*, 65(10), 1037-1045.j
- Thomson, Di (2011). Ethnography: A suitable approach for providing an inside perspective on the everyday lives of health professionals. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 18(1), 10-17.
- Tomasik, Tomasz (2012). We don't know if health system changes in eastern Europe have improved quality. *British Medical Journal*, 344.
- Torán-Monserrat, Pere, Cebrià-Andreu, Jordi, Arnau-Figueras, Josep, Segura-Bernal, Jordi, Ibars-Verdaguer, Anna, Massons-Cirera, Josep, Barreiro-Montaña, M^a Carmen, Santamaria-Bayes, Sandra, Limón-Ramírez, Esther, Montero-Alia, Juan José, Pérez-Testor, Carles, Pera-Blanco, Guillen, Muñoz-Ortiz, Laura, Palma-Sevillano, Carolina, Segarra-Gutiérrez, Gerard y Corbella-Santomà, Sergi (2013). Level of distress, somatisation and beliefs on health-disease in newly arrived immigrant patients attended in primary care centres in Catalonia and definition of professional competences for their most effective management: PROMISE Project. *BMC Family Practice*, 4, 14-54.
- Touraine, Alain (1995). ¿Qué es una sociedad multicultural? Falsos y verdaderos problemas. *Claves de la razón práctica*, 56, 14-25.
- Turabián Fernández, José Luis, Pérez Franco, Benjamín, Díaz, L, Colino, R y Menéndez Cabeza, MV. (1994). Desde la cartera de servicios a la promoción de la salud. *Centro de Salud*, 2, 535-539.
- Turabián Fernández, José Luis y Pérez Franco, Benjamín (1995). La Cartera de Servicios en Atención Primaria. *MEDIFAM, Revista de Medicina Familiar y Comunitaria*, 5, 285.
- Turabián Fernández, José Luis y Pérez Franco, Benjamín (1998). Los problemas y las soluciones de los médicos de familia en su trabajo: Un estudio de grupos focales con

- tutores de medicina de familia y comunitaria. *MEDIFAM, Revista de Medicina Familiar y Comunitaria*, 8(6), 369-375.
- Turabián Fernández, José Luis y Pérez Franco, Benjamín (2006). El entramado específico de la clínica en medicina de familia: implicaciones para la práctica y la formación. *Atención Primaria*, 38(6), 349-352.
- Turner, Víctor (1990 [1976]). *La selva de los símbolos: aspectos del ritual ndembu*. (Traducción Ramón Valdés). Madrid, España: Siglo XXI de España.
- Turner, Bryan S (2004). *The New Medical Sociology. Social Forms of Health and Illness*. New York, United States: Norton.
- Tuset Garijo, María Gemma, Roca Biosca, Alba, Alamillo Pérez-Grueso, Pilar y Martorell Poveda, María Antonia (2012). La salud y las creencias del pueblo gitano en Europa: revisión bibliográfica. *Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades*, 34, 71-80.
- Tylor, Edward Burnett (1971). *Cultura primitiva*. Madrid, España: Ayuso.
- Ulin Priscilla R., Robinson Elizabeth T y Tolley, Elizabeth E. (2006). *Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos*. Washington, United States: Organización Panamericana de salud. Publicación Científica y Técnica, núm. 614.
- Uribe Oyarbide, José María (1992). *El médico de familia y comunidad en los centros de salud: estudio antropológico de un modelo de medicina primaria*. Tesis de Doctorado, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
- Uribe Oyarbide, José María (1994). Atención primaria y centro de salud: la construcción social de la salud. *Jano*, XLVI(1073), 69-74.
- Uribe Oyarbide, José María (1996). *Educación y cuidar. El diálogo cultural en atención primaria*. Madrid, España: Ministerio de Cultura.
- Uribe Oyarbide, José María (2007). Antropología Social y Atención Primaria de Salud: Un encuentro ineludible. En Mari Luz Esteban Galarza (Comp.), *Introducción a la antropología de la salud. Aplicaciones teóricas y prácticas* (pp. 45-67). Bilbao, España: OSALDE-OP.
- Valderasa, José M., Mendivila, Joan, Parada, Antoni, Losada-Yáñez, Marina y Alonso, Jordi (2006). Construcción de un filtro geográfico para la identificación en PubMed de estudios realizados en España. *Revista Española de Cardiología*, 59(12), 1244-1251.
- Valdés, María (2007). Racismo y neorracismo. En Ascensión Barañano, José Luis García, María Cátedra y Marie Jose Devillard (eds.), *Diccionario de relaciones*

- interculturales. Diversidad y globalización* (pp. 307-311). Madrid, España: Universidad Complutense de Madrid.
- Valerio Sallent, Lluís (2013). *Les malalties importades i la població immigrant Descripció i anàlisi de la situació a la zona Metropolitana nord de Barcelona (2002-2011)*. Tesis de Doctorado, Universitat Autònoma de Barcelona, Departament de Medicina, Barcelona, España.
- Valero-Juan, Luis Félix (2012). Inmigración y estilos de vida saludables en España. *Atención Primaria*, 44(8), 505-506.
- Vall-llosera Casanovas, Laura (2010). *La Utilització dels serveis d'atenció primària a la Regió Sanitària Girona i els seus condicionants demogràfics, econòmics i socials*. Tesis de Doctorado, Universitat de Girona, Departament d'Economi, Gerona, España.
- Valles Martínez, Miguel S. (2009). *Entrevistas cualitativas (2ª reimp.)*. Madrid: Cuadernos metodológicos del CIS (Centro de Investigaciones Sociológicas), núm. 32.
- Valles Martínez, Miguel S y Baer, Alejandro. (2005). Investigación social cualitativa en España: presente, pasado y futuro. Un retrato. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum Qualitative Social Research*, 6(3), Art. 18, 1-27. Recuperado el 30/05/2012 de <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0503183>
- Van der Geest, Sjaak y Finkler, Kaja (2004). Hospital ethnography: introduction. *Social Science and Medicine*, 59(10), 1995–2001.
- Van Dijk, Teun A. (1980). *Texto y contexto, semántica y pragmática del discurso*. Madrid, España: Cátedra.
- Van Dijk, Teun A. (2003). La multidisciplinariedad del análisis crítico del discurso: un alegato en favor de la diversidad. En Ruth Wodak y Michael Meyer (Eds.), *Métodos de análisis crítico del discurso* (pp. 143-177). Barcelona, España: Gedisa.
- Van Dijk, Teun A. (2009). *Discurso y poder*. Barcelona, España: Gedisa.
- Vandale Toney, Susan, Rodríguez Domínguez José, Laguna García José y López Cervantes Malaquías (1984). Hacia una definición operativa del proceso salud-enfermedad. *Educación Médica Salud*, 18(2), 150-163.
- Vanselow, Neal A., Donaldson, Molla S. y Yordy, Karl D. (1995). A New Definition of Primary Care. *JAMA*, 273(3), 192.
- Varcoe, Colleen, Rodney, Patricia y McCormick, Janice (2003). Health care relationships in context: An analysis of three ethnographies. *Qualitative Health Research*, 13(7), 957-973.

- Vázquez Aguado, Octavio (2005). El Espacio Europeo de Educación Superior y el Trabajo Social en España. *Portularia: Revista de Trabajo Social*, 5(1), 239-255.
- Vázquez Aguado, Octavio y González Vélez, Mercedes (1996). Trabajo social e inmigrantes: las intervenciones del trabajo social. *Alternativas: cuadernos de trabajo social*, 4, 111-119.
- Vázquez Cañete, Ana Isabel, Gutiérrez Zornoza, Myriam, Gómez Ciriano, Emilio y Maldonado Lozano, Manuel Jesús (2011). Cómo abordar la Atención Sociosanitaria a la Población Inmigrante. *Bits: Boletín informativo trabajo social*, 15. Recuperado el 03/03/2013 de <https://www.uclm.es/bits/sumario/88.asp>.
- Vázquez Navarrete, M. Luisa, Terraza-Núñez, Rebeca, Vargas Lorenzo, Ingrid y Lizana Alcazo, Tona (2009). Necesidades de los profesionales de salud en la atención a la población inmigrante. *Gaceta Sanitaria*, 23(5), 396-402.
- Vázquez Navarrete, M. Luisa (coord.), Ferreira de Silva, M. Rejane, Mogollón Pérez, Amparo Susana, Fernández de Sanmamed Santos, M. José, Delgado Gallego, M. Eugenia y Vargas Lorenzo, Ingrid (2006). *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud*. Cursos GRAAL 5. Barcelona, España: Servei de Publicacions, Universitat Autònoma de Barcelona, Colecció Materials 168.
- Vázquez Vela, Victoria (2005). *Atención farmacéutica a los inmigrantes del Campo de Gibraltar*. Tesis de Doctorado, Universidad de Granada, Departamento de Bioquímica y Biología Molecular, Granada, España.
- Vázquez-Villegas, José (2002). Asistencia al inmigrante desde el equipo de atención primaria aspectos organizativos, formativos y de planificación. *Jano*, 8, 54-60.
- Vázquez-Villegas, José (2006). Inmigración y salud: ¿un nuevo modelo de atención primaria para un nuevo modelo de sociedad? *Atención Primaria*, 37(5), 249-250.
- Velasco, Honorio y Díaz de Rada, Ángel (1999). *La lógica de la investigación etnográfica. Un modelo de trabajo para etnógrafos de la escuela* (2ª edic.). Madrid, España: Editorial Trotta.
- Venediktov, Dmitry (1998). Alma-Ata and after. *World Health Forum*, 19(1), 79-86.
- Vera Méndez, Francisco Jesús. (2008). *Características clínicas y epidemiológicas diferenciales de las poblaciones inmigrante y autóctona con infección por el VIH en el área sanitaria de Cartagena. Periodo 1998-2008*. Tesis de Doctorado, Universidad de Murcia, Departamento de Medicina Interna, Murcia, España.
- Viñas Maestre, M. (2000). Opiniones y expectativas de los profesionales de atención primaria sobre el trabajo en equipo. *Atención primaria*, 26(5), 309-313.

- Virchow, Rudolf (1907). Über das Bedürfnis und die Richtigkeit einer Medizin vom mechanischen Standpunkt. *Virchows Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medizin*, 188(1), 1-21.
- Viruell-Fuentes, Edna A., Miranda, Patricia Y. y Abdulrahim, Sawsan (2012). More than culture: Structural racism, intersectionality theory, and immigrant health. *Social Science and Medicine*, 75(12), 2099-2106.
- Vives-Cases, Carmen, Gil-González, Diana, Ruiz-Pérez, Isabel, Escribà-Agüir, Vicenta, Plazaola-Castaño, Juncal, Montero-Piñar, María Isabel y Torrubiano-Domínguez, Jordi (2010). Identifying sociodemographic differences in Intimate Partner Violence among immigrant and native women in Spain: a cross-sectional study. *Preventive Medicine*, 51(1), 85-87.
- Vrangbaek, Karsten, Robertson, Ruth H, Winblad, Ulrika, Van De Bovenkamp, Hester M. y Dixon, Anna L. (2012). Choice policies in Northern European health systems, *Health Economics, Policy and Law*, 7(1), 47-71.
- Walt, Gill y Vaughan, Patrick. (1982). Primary health care: what does it mean? *Tropical Doctor*, 12(3), 99-100.
- Wayessa, Gutu Olana (2013). Combining qualitative and quantitative methods in social sciences: A theoretical review of possibilities and challenges. *International Journal of Interdisciplinary Social and Community Studies*, 7(2), 131-141.
- Weber, Max (1964). *Economía y Sociedad. Esbozo de Sociología Comprensiva*. México: Fondo de Cultura Económica (FCE).
- Weiss, Robert J. (1980). The biopsychosocial model and primary care. *Psychosomatic Medicine*, 42(Supl. 1), 123-30.
- Wilce, James M. (2009). Medical Discourse. *Annual Review of Anthropology*, 38, 199-215.
- Wiltshier, Fiona (2011). Researching With NVivo. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum Qualitative Social Research*, 12(1), Art. 23, 1-32. Recuperado el 18/05/2013 de <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs1101234>.
- Whitehead, Margaret (1987). *The Health Divide*. London, United Kingdom: Pelican Books.
- Whitehead, Margaret (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, 22(3), 429-455.
- Whitehead, Margaret y Dahlgren, Göran (2006). *Concepts and principles for tackling social inequities in health. Levelling up Part 1*, Denmark: World Health Organization, Regional

- Office for Europe: Studies on social and economic determinants of population health núm. 2. Recuperado el 04/06/2012 de:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf
- WHO (World Health Organization). (1946). *Constitution of the World Health Organization*. The Constitution was adopted by the International Health Conference held in New York from 19 June to 22 July 1946, signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States and entered into force on 7 April 1948, Nueva York. Recuperado el 10/03/2012 de http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf.
- WHO (World Health Organization). (2009). *Health in times of global economic crisis: implications for the WHO European Region*, Oslo. Recuperado el 23/04/2012 de http://test.cp.euro.who.int/document/hsm/oslo_report.pdf.
- Wood, Marjorie L. (1992). Focus Group Interview in Family Practice Research: Implementing a qualitative research method. *Canadian Family Physician*, 38, 2821-2827.
- Wranik, Dominika W. (2012). Healthcare policy tools as determinants of health-system efficiency: Evidence from the OECD. *Health Economics, Policy and Law*, 7(2), 197-226.
- Wylie, Charles M. (1970). The Definition and Measurement of Health and Disease. *Public Health Reports*, 85(2), 100-104.
- Yebra Sanz, Gonzalo (2012). *Impacto de la inmigración en la epidemia del VIH en Madrid perspectivas epidemiológica, clínica y molecular*. Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid, Departamento de Biología Molecular, Madrid, España.
- Young, Allan (1976) Some implications of Medical Beliefs and Practices for Social Anthropology. *American Anthropologist*, 78, 5-24
- Ysàs Solares, Pere. (2002). El estado de las autonomías: orígenes y configuración. En Carlos Navajas Zubeldía (Coord.), *Actas del III Simposio de Historia Actual* (Vol. 1, pp. 101-126). Logroño, 26-28 de octubre de 2000.
- Zarza, María J. y Sobrino Prados, María Isabel (2007). Estrés de adaptación sociocultural en inmigrantes latinoamericanos residentes en Estados Unidos vs. España: Una revisión bibliográfica. *Anales de Psicología*, 23(1), 72- 84.
- Zempléni, Andras (1985). La maladie et ses causes: introduction. *L'Ethnographie*, 8(96-97), 13-44.

REFERENCIAS LEGISLATIVAS

- Ley Orgánica de 27 de febrero de 1908, de creación del Instituto Nacional de Previsión, Ministerio de Gobierno (publicada en Gaceta de 29 de febrero de 1908).
- Ley de 14 de diciembre de 1942, sobre Seguro Obligatorio de Enfermedad (publicada en el BOE nº 361 de 29 de diciembre de 1942).
- Ley de 25 de noviembre de 1944, de Bases de Sanidad nacional (publicada en el BOE nº 331 de 26 de noviembre de 1944).
- Ley 193/1963, de 28 de diciembre, sobre Bases de la Seguridad Social (publicada en el BOE nº 312 de 30 de diciembre de 1963).
- Ley 24/1972, de 21 de junio, de financiación y perfeccionamiento de la acción protectora del Régimen General de la Seguridad Social (publicada en el BOE nº 149 de 22 de junio de 1972).
- Ley Orgánica 6/1981, de 30 de diciembre, Estatuto de Autonomía para Andalucía (publicada en el BOE nº 9 de 11 de enero de 1982).
- Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases del Régimen Local (publicada en el BOE nº 80 de 3 de abril de 1985).
- Ley Orgánica 7/1985, de 1 de julio, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España (publicada en el BOE nº 158 de 3 de julio de 1985).
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (publicada en el BOE nº 102 de 29 de abril de 1986).
- Ley 8/1986, de 6 de mayo, de creación del Servicio Andaluz de Salud (publicada en el BOJA nº 41 de 10 mayo de 1986 y en el BOE nº 124 de 24 mayo de 1986).
- Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento (publicada en el BOE nº 306 de 22 de diciembre de 1990).
- Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía (publicada en el BOJA nº 74 de 4 de julio de 1998 y en el BOE nº 185 de 4 de agosto de 1998).
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (publicada en el BOE nº 298 de 14 de diciembre de 1999).
- Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social (publicada en el BOE nº 10 de 12 de enero de 2000).
- Ley Orgánica 8/2000, 22 diciembre, sobre reforma de la Ley Orgánica 4/2000 de 11 de enero sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social (publicada en el BOE nº 307 de 23 de diciembre de 2000).

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (publicada en el BOJA nº 274 de 15 de noviembre de 2002).
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (publicada en el BOE nº 128 de 29 de mayo de 2003).
- Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros (publicada en el BOE nº 234 de 30 de septiembre de 2003).
- Ley Orgánica 14/2003, de 20 de noviembre, de reforma de la Ley Orgánica 4/2000 de 11 de enero sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, modificada por la Ley Orgánica 8/2000 de 22 de diciembre, de la Ley 7/1985 de 2 de abril Reguladora de las Bases del Régimen Local, de la Ley 30/1992 de 26 de noviembre de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, y de la Ley 3/1991 de 10 de enero de Competencia Desleal (publicada en el BOE nº 279 de 21 de noviembre de 2003).
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (publicada en el BOE nº 280 de 22 de noviembre de 2003).
- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud (publicada en el BOE nº 301 de 17 de diciembre de 2003).
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (publicada en el BOE nº 299 de 15 de diciembre de 2006).
- Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de Reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía (publicada en el BOE nº 68 de 20 de marzo de 2007).
- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad efectiva de mujeres y hombres (publicada en el BOE nº 71 de 23 de marzo de 2007).
- Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica (publicada en el BOE nº 59, de 4 de julio de 2007).
- Ley Orgánica 2/2009, de 11 de diciembre, de reforma de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social (publicada en el BOE nº 299 de 12 de diciembre de 2009).
- Ley Orgánica 10/2011, de 27 de julio, de modificación de los artículos 31 bis y 59 bis de la L.O. 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social (publicado en BOE nº 180, de 28 julio de 2011).
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública (publicada en el BOE nº 240 de 5 de octubre de 2011).
- Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía (publicada en el BOJA nº 255 de 31 de diciembre de 2011 y en el BOE nº 17 de 20 de enero de 2012).

Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local (publicada en el BOE nº 312 de 30 de diciembre de 2013).

OTROS INSTRUMENTOS JURÍDICOS DEL ÁMBITO SANITARIO

REALES DECRETO-LEY

Real Decreto-Ley 36/1978, de 16 de noviembre, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo (publicado en el BOE nº 276 de 18 de noviembre de 1978).

Real Decreto-Ley 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (publicado en el BOE nº 154 de 29 de junio de 1994).

Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones (publicado en el BOE nº 98 de 24 de abril de 2012).

REALES DECRETOS

Real Decreto 1558/1977, de 4 de julio, por el que se reestructuran determinados órganos de la Administración Central del Estado (publicado en el BOE nº 159 de 5 de julio de 1977).

Real Decreto 2015/1978, de 15 de julio, por el que se regula la obtención de títulos de especialidades médicas (publicado en el BOE nº 206 de 29 de agosto de 1978).

Real Decreto 3303/1978, de 29 de diciembre, de regulación de la Medicina de Familia y Comunitaria como especialidad de la profesión médica (publicado en el BOE nº 29 de 2 de febrero de 1979).

Real Decreto 1118/1981, de 24 de abril, sobre traspaso de competencias, funciones y servicios de la Junta de Andalucía en materia de sanidad (Publicado en el BOE nº 142 de 15 de junio de 1981 y en el BOJA nº 16 de 15 de agosto de 1981).

Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud (publicado en el BOE nº 27 de 1 de febrero de 1984).

Real Decreto 400/1984 de 22 de febrero, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Andalucía de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud (publicado en el BOE nº 51 de 29 de febrero de 1984).

Real Decreto 1713/1985, de 1 de agosto, sobre traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma de Andalucía en materia de sanidad (AISNA) (publicado en el BOE nº 229 de 24 de septiembre de 1985 y en el BOJA nº 94 de 04 de octubre de 1985).

- Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, sobre obtención del título de Enfermero Especialista (publicado en el BOE nº 183 de 1 de agosto de 1987).
- Real Decreto 2208/1994, de 16 de noviembre, por el que se regula los medicamentos homeopáticos de uso humano de fabricación industrial (publicado en el BOE nº 284 de 28 de noviembre de 1994).
- Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud (publicado en el BOE nº 35 de 10 de febrero de 1995).
- Real Decreto 840/2002, de 2 de agosto, por el que se modifica y desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo (publicado en BOE nº 185 de 3 de agosto de 2002).
- Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios (publicado en el BOE nº 254 de 23 de octubre de 2003).
- Real Decreto 1784/2004, de 30 de julio, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Andalucía de las funciones y servicios de la Seguridad Social en materia de asistencia sanitaria encomendada al Instituto Social de la Marina (publicado en el BOJA nº 178 de 10 de septiembre de 2004).
- Real Decreto 450/2005 de 22 de abril sobre especialidades de enfermería (publicado en el BOE nº 108 de 6 de mayo de 2005).
- Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización (publicado en el BOE nº 222 de 16 de septiembre de 2006).
- Real Decreto 1345/2007, de 11 de octubre, por el que se regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente (publicado en el BOE nº 267 de 7 de noviembre de 2007).
- Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal (publicado en el BOE nº 17 de 19 de enero de 2008).
- Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud (publicado en el BOE nº 186 de 4 de agosto de 2012).
- Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, por el que se establecen los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud y se modifica el R.D. 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a

fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud (publicado en BOE nº 179, de 27 de julio).

DECRETOS

Decreto 2766/1967, de 16 de noviembre, por el que se dictan normas sobre prestaciones de asistencia sanitaria y ordenación de los servicios médicos en el Régimen General de la Seguridad Social (publicado en el BOE nº 284 de 28 de noviembre de 1967).

Decreto 147/1984, de 22 de mayo, por la que se establecen normas sobre creación de zonas de salud (publicado en el BOJA nº 71 de 27 de julio de 1984).

Decreto 195/1985, de 28 de agosto, sobre Ordenación de los Servicios de Atención Primaria en Andalucía (publicado en el BOJA nº 89 de 14 de septiembre de 1985).

Decreto 96/1994, de 3 de mayo, por el que crea el Área de Gestión Sanitaria de Osuna (publicado en el BOJA nº 83 de 7 de junio de 1994).

Decreto 67/1996, de 13 de febrero, por el que se crea el Área Sanitaria Poniente de Almería (publicado en el BOJA nº 37 de 23 de marzo de 1996).

Decreto 68/1996, de 13 de febrero, por el que se crea el Área Sanitaria Norte de Córdoba (publicado en el BOJA nº 37 de 23 de marzo de 1996).

Decreto 60/1999, de 9 de marzo, por el que se regula la libre elección de médico general y pediatra en la Comunidad Autónoma de Andalucía (publicado en el BOJA nº 43 de 13 de abril de 1999).

Decreto 259/2001, de 27 de noviembre, por el que se determinan las competencias y estructura de las Delegaciones Provinciales, se delimitan las Áreas de Salud y se establecen las normas reguladoras de los Consejos de Salud de Área (publicado en el BOJA nº 148, de 27 de diciembre de 2001).

Decreto 260/2001, de 27 de noviembre, por el que se adaptan las retribuciones de determinado personal de Atención Primaria a la tarjeta sanitaria individual y a la libre elección de médico (publicado en el BOJA nº 141 de 7 de diciembre de 2001).

Decreto 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas (publicado en el BOJA nº 52 de 4 de mayo de 2002).

Decreto 18/2003, de 4 de febrero, de ampliación de las medidas de apoyo a las familias andaluzas (publicado en el BOJA nº 26 de 7 de febrero de 2003).

Decreto 7/2004, de 20 de enero, de ampliación de las medidas de apoyo a las familias andaluzas (publicado en el BOJA nº 15 de 23 de enero de 2004).

Decreto 529/2004, de 16 de noviembre por el que se regulan las Comisiones Consultivas de las Áreas de Gestión Sanitaria (publicado en el BOJA nº 236 de 2 de diciembre de 2004).

Decreto 66/2005, de 8 de marzo, de ampliación y adaptación de medidas de apoyo a las familias andaluzas (publicado en el BOJA nº 51 de 14 de marzo de 2005).

Decreto 48/2006, de 1 de marzo, de ampliación y adaptación de medidas de apoyo a las familias andaluzas (publicado en el BOJA nº 42 de 3 de marzo de 2006).

Decreto 100/2007, de 10 de abril, por el que se modifica el Decreto 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas (publicado en el BOJA nº 78 de 20 de abril de 2007).

Decreto 197/2007, de 3 de julio, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud (publicado en el BOJA nº 140 de 17 de julio de 2007).

Decreto 64/2008, de 26 de febrero, por el que se modifica el Decreto 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas (publicado en el BOJA nº 43 de 3 de marzo de 2008).

Decreto 59/2009, de de 10 de marzo, por el que se modifica el Decreto 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas, y el Decreto 18/2003, de 4 de febrero, de ampliación de las medidas de apoyo a las familias andaluzas (publicado en el BOJA nº 50 de 13 de marzo de 2009).

Decreto 171/2009, de 19 de mayo, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud (publicado en el BOJA nº 95 de 20 de mayo de 2009).

Decreto-ley 7/2013, de 30 de abril, de medidas extraordinarias y urgentes para la lucha contra la exclusión social en Andalucía (publicado en el BOJA nº 85 de 3 de mayo de 2013).

OTRAS DISPOSICIONES

Orden de 7 de julio de 1972, por la que se aprueba el Reglamento General para el Régimen, Gobierno y Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social (publicada en el BOE nº 172 de 19 de julio de 1972).

Orden de 2 de septiembre de 1985, por la que se aprueba el Reglamento General de Organización y Funcionamiento de los Centros de Atención Primaria de Salud (publicada en el BOJA nº 90 de 19 de septiembre de 1985).

Orden de 13 de noviembre de 1986, por la que se regulan los órganos de dirección y gestión de los Distritos de Atención Primaria de Salud (publicada en el BOJA nº 106 de 25 de noviembre de 1986).

Circular 1/87, de 9 de Enero de 1987, sobre Organización y funcionamiento de los trabajadores sociales en los centros de atención primaria de salud de la Consejería de Salud.

- Orden de 7 de enero de 1988, por la que se aprueba el Mapa de Atención Primaria de Salud en Andalucía (publicada en el BOJA nº 6 de 26 de enero de 1988).
- Comisión de Expertos encargada del Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud (Abril Martorell). (1991). *Informe y recomendaciones de la Comisión para la Revisión del Sistema Nacional de Salud ("Informe Abril")*. Cortes Generales, Diario de sesiones del Congreso de los Diputados, Comisiones del 25 de septiembre de 1991, núm. 306.
- Orden de 4 de febrero de 1991, por la que se modifica el Mapa de Atención Primaria de Salud de Andalucía (publicada en el BOJA nº 11 de 12 de febrero de 1991).
- Orden de 8 de junio de 1999, por la que se modifica el Mapa de Atención Primaria de Salud de Andalucía (publicada en el BOJA nº 71 de 22 de junio de 1999).
- Orden de 9 de junio de 1999, por la que se regula el procedimiento de libre elección y se establecen las normas de asignación de médico general y pediatra en la comunidad autónoma de Andalucía (publicada en el BOJA nº 69 de 17 de junio de 1999).
- Orden de 27 de febrero de 2002, por la que se establece la efectividad del carácter individual de la libre elección de médico y su gestión por la base de datos de usuarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía (publicada en el BOJA nº 28 de 7 de marzo de 2002).
- Orden de 7 de junio de 2002, por la que se actualiza el Mapa de Atención Primaria de Salud de Andalucía (publicada en el BOJA nº 70 de 15 de junio de 2002).
- Orden de 2 de diciembre de 2002, por la que se constituye el Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar (publicada en el BOJA nº 149 de 19 de diciembre de 2002).
- Orden de 9 de marzo de 2004, por la que se publica un texto integrado de los Decretos 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas, 18/2003, de 4 de febrero, y 7/2004, de 20 de enero, ambos de ampliación de las medidas de apoyo a las familias andaluzas (publicada en el BOJA nº 56 de 22 de marzo de 2004).
- Orden SCO/1198/2005, de 3 de marzo de 2006, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (publicado en el BOE nº 105 de 3 de Mayo de 2005).
- Orden de 1 de febrero de 2006, de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social (publicada en el BOJA nº 31 de 15 de febrero de 2006).
- Orden SCO/3148/2006, de 20 de septiembre de 2006, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas (publicado en el BOE nº 246 de 14 de octubre de 2006).
- Orden de 5 de octubre de 2006, por la que se constituyen las Áreas de Gestión Sanitaria: Norte de Málaga, Serranía de Málaga, Norte de Almería y Sur de Granada (publicada en el BOJA nº 202 de 18 de octubre de 2006).

Resolución de 11 de diciembre de 2006, de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, por la que se aprueba la Carta de Servicios del Servicio Andaluz de Salud (publicada en el BOJA nº 246 de 22 de diciembre de 2006).

Resolución de 23 de noviembre de 2007, de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, por la que se modifican los nombramientos de cargos directivos en el ámbito de la Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud (publicada en el BOJA nº 240 de 7 de diciembre de 2012).

Orden de 20 de Noviembre de 2009, por la que se constituyen las Áreas de Gestión Sanitaria: Este de Málaga – Axarquía y Norte de Huelva (publicada en el BOJA nº 247 de 21 de diciembre de 2009).

Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio de 2010, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria (publicado en el BOE nº 157 de 29 de junio de 2010).

Orden de 13 de febrero de 2013, por la que se constituyen las áreas de gestión sanitaria Norte de Cádiz, Sur de Córdoba, Nordeste de Granada, Norte de Jaén y Sur de Sevilla (publicada en el BOJA nº 36 de 20 de febrero de 2013).

NOTICIAS DE PRENSA

ABC

Benítez, Mercedes. (29 de junio de 2004). Cada médico del SAS cuadruplica en verano el cupo de pacientes que aconseja la OMS. ABC, Andalucía (edición digital).

M.B. (13 de octubre de 2004). Algunos médicos atienden a cien pacientes en una sola mañana. ABC, Andalucía (edición digital).

Europa Press (15 de enero de 2013). Los médicos andaluces dedican solo 8 minutos en atender a cada paciente. ABC, Andalucía (edición digital).

EL MUNDO

Agencias. (21 de abril de 2005). Histórico texto médico para revolucionar la atención primaria. Un total de 15 sociedades científicas reclaman, en el Compromiso de Buitrago, organizar las consultas según las necesidades de los enfermos. El Mundo (edición digital).

Elmundo.es. (27 de octubre de 2005). Un programa informático permitirá conocer las cartillas de vacunación de los inmigrantes. El Mundo, Valencia (edición digital).

Agencias. (10 de noviembre de 2006). Huelga de médicos de atención primaria. El Mundo, Madrid (edición digital).

Agencias. (10 de noviembre de 2006). Los convocantes cifran en un 70% el apoyo a la huelga de médicos de familia. El Mundo, Madrid (edición digital).

Agencias. (10 de noviembre de 2006). 10 minutos con el médico. El Mundo, Madrid (edición digital).

EFE. (10 de abril de 2007). Huelga de médicos de familia en 12 comunidades autónomas. El Mundo, Madrid (edición digital).

EFE. (10 de abril de 2007). Guerra de cifras en la huelga de médicos de Atención Primaria. El Mundo, Madrid (edición digital).

Europa Press. (11 de abril de 2007) La huelga de Atención Primaria alcanza un seguimiento medio del 70%. El Mundo, Madrid / Oviedo (edición digital).

Europa Press. (10 de mayo de 2007). La Plataforma 10 Minutos cifra en un 70% el seguimiento de la huelga de médicos. El Mundo, Madrid (edición digital).

EFE. (24 de octubre de 2007). Se pone en marcha la traducción simultánea en Atención Primaria. El Mundo, Palma (edición digital).

Vergaz Calderón, M. Ángel. (11 de agosto de 2008). Fichas para facilitar la comunicación con el ginecólogo en árabe, búlgaro, chino y rumano. El Mundo, Castilla y León (edición digital).

Moreno, Silvia. (21 de febrero de 2012). Los médicos de atención primaria atienden cada día unos 50 pacientes de media. El Mundo, Sevilla (edición digital).

- Moreno, Silvia. (4 de junio de 2012). Sindicatos alertan del desmantelamiento de la sanidad y la educación públicas. El Mundo, Sevilla (edición digital).
- Europa Press. (13 de julio de 2012.). Médicos andaluces denuncian haber perdido ya un 27% del sueldo bruto. El Mundo, Sevilla (edición digital).
- Jiménez, Rosa. (23 de octubre de 2012). 20.000 médicos andaluces, llamados a un paro de 24 horas contra los recortes. El Mundo, Córdoba (edición digital).
- Tardón, Laura. (3 de diciembre de 2013). Sanidad regula los productos homeopáticos en España. El Mundo, Madrid (edición digital).

EL PAÍS

- Mayordomo, Joaquín. (15 de julio de 2003). Enfermeras de enlace. Andalucía y Canarias crean un servicio de enfermería dedicado a coordinar la atención en el domicilio. El País, Andalucía (edición digital).
- Europa Press. (10 de junio de 2004). Los centros de salud paran diez minutos para exigir mejoras en la atención al paciente. El País, Madrid (edición digital).
- Valverde, Fernando. (25 de septiembre de 2006 El mes de la espiritualidad. El País, Andalucía (edición digital).
- Europa Press y Servimedia. (10 de noviembre de 2006). Los convocantes cifran en el 70% el éxito de la huelga de los médicos de atención primaria. El País, Madrid / Pamplona (edición digital).
- EP. (10 de abril de 2007). Satisfacción entre los convocantes de la huelga de Atención Primaria por la alta participación. El País, Madrid (edición digital).
- Sauquillo, María R. (12 de junio de 2010). Objetivo: medicina personalizada. El País, (edición impresa).
- Sevillano, Elena G. (7 de junio de 2010). No quiero ser médico de familia. El País, (edición impresa).
- Sahuquillo, María R. y Sevillano, Elena G. (6 de agosto de 2012). El éxodo de médicas y enfermeras se duplica por los recortes sanitarios. El País, Madrid (edición digital).
- Sahuquillo, María R. (10 de agosto de 2012). Sanidad avisa a los médicos objetores de que no pueden atender a sin papeles. El País, Madrid (edición digital).
- Cordero, Daniel; Planelles, Manuel y Rivas, Javier. (16 de agosto de 2012). Cinco autonomías se rebelan y darán atención universal a inmigrantes. El País, Madrid (edición digital).
- De Benito Emilio. (30 de agosto de 2012). Los médicos de familia proponen un paquete básico de atención a sin papeles. El País, Madrid (edición digital).
- Anónimo. (13 de noviembre de 2012). Andalucía defiende que la sanidad privada tiene más coste y peor resultado. El País, Andalucía (edición digital).

- Reyes Rincón. (6 de abril de 2013). La reordenación del SAS. El nuevo mapa sanitario tendrá menos fronteras. El País, Madrid (edición digital).
- Sevillano, Elena G. (1 de junio de 2013). Entre la precariedad y la emigración. El País, Madrid (edición digital).
- De la Puente Cobacho, Alicia. (6 de agosto de 2013). Cada paciente espera entre 16 y 22 minutos para ser atendido en su centro. El País, Andalucía (edición digital).
- Donaire, Ginés. (2 de septiembre de 2013). Un joven de Jaén denuncia por homofobia a una médica. El País, Andalucía (edición digital).
- Albert., Manuel J. (20 de octubre de 2013). Un manual médico en el teléfono móvil. El País, Andalucía (edición digital).
- Precedo, José. (29 de noviembre de 2013). Médico de familia al aparato. El País, Galicia (edición digital).
- Sahuquillo, María R. (3 de diciembre de 2013). Sanidad dará el permiso definitivo a miles de productos homeopáticos. El País, Madrid (edición digital).
- Sahuquillo, María R. (3 de diciembre de 2013). “Los homeopáticos son medicamentos como todos los demás”. El País, Madrid (edición digital).
- Sevillano, Elena G. (9 de diciembre de 2013). Si no es eficaz, no es medicamento. El País, Madrid (edición digital).
- Vidales, Raquel. (13 de diciembre de 2013). La familia cambia, la política no. El País (edición digital).
- Sevillano, Elena G. (16 de diciembre de 2013). La Organización Médica Colegial se posiciona contra la homeopatía. El País, Madrid (edición digital).
- Boix Palop, Andrés. (31 de diciembre 2013). Tres notas explicativas sobre el sentido y orientación de la Ley 27/2013 de racionalización y sostenibilidad de la Administración local. El País (edición digital).

PRENSA BIOMÉDICA ESPECIALIZADA Y LOCAL

- Anónimo. (1 de junio de 2007). Al menos diez minutos por paciente (Una asignatura pendiente en Andalucía). Ideal, Almería (edición digital).
- Anónimo. (13 de septiembre de 2007). Casi 1.200 pacientes inmigrantes ‘sin papeles’ reciben la tarjeta sanitaria en 8 meses. La opinión de Granada.
- Anónimo. (18 de febrero de 2007). La cifra de recién nacidos de padres foráneos se dispara en solo 5 años. La opinión de Granada.
- Anónimo. (28 de abril de 2012). Pediatras de Granada atienden el doble de pacientes de lo que recomienda la norma. Ideal, Granada (edición digital).

- Anónimo. (3 de febrero de 2007). El médico podrá pasar consulta hasta en nueve idiomas. Ideal, Granada.
- Anónimo. (30 de octubre de 2006). Cada vez más extranjeros se instalan en Granada para operarse gratis. Ideal, Granada.
- Anónimo. (9 de febrero de 2007). El SAS elimina la denominación de “raza” para los marroquíes de los formularios. Ideal, Granada.
- Cristóbal, Carlos. (11 de diciembre de 2012). España vive una ‘desbandada’ de médicos extranjeros. Redacción Médica, Madrid (edición digital).
- Europa Press. (16 de diciembre de 2013). La revista 'The Lancet' alerta de la "erosión" provocada por la reforma sanitaria de Mato. Infosalus.com
- Fernández, David. (9 de diciembre de 2013). Psiquiatra Ortiz Lobo: “La salud mental sigue siendo la oveja negra de la sanidad”. Efe Salud (edición digital).
- J. R. V. (26 de noviembre de 2008). La mayoría de los médicos de la capital están saturados de pacientes en sus consultas. Ideal, Granada (edición digital).
- Lopera, Rocío. (7 de octubre de 2007). Un traductor en el quirófano. Ideal, Granada.
- Parra, Andrea G. (4 de septiembre de 2007). Un estudio de la UGR destaca que los jóvenes inmigrantes comen mejor que los de aquí. Ideal, Granada.
- Vallejo, S. (19 de octubre de 2012). Salud reforma el mapa sanitario y unifica gerencias para ahorrar. Granada Hoy.
- Vallejo, S. (3 de julio de 2007). Un móvil con traductor facilitará la atención al paciente extranjero. Granada Hoy.

ANEXOS

ANEXO 1. GUIÓN DE ENTREVISTA INDIVIDUAL SEMIESTRUCTURADA EN PROFUNDIDAD

1. Cabeza del protocolo de la entrevista

Nombre del contacto para realizar la entrevista:

Nombre de la persona entrevistada:

Centro de Salud:

Zona donde está ubicado el Centro de Salud:

Puesto:

Fecha de la entrevista:

Hora de comienzo:

Duración aproximada de la entrevista:

Lugar de realización de la entrevista:

Contextualización: descripción del lugar, cómo se ha preparado la entrevista, las condiciones, la accesibilidad de contacto, etc.

Comentarios: problemas y dificultades encontradas, anécdotas, referencias... del transcurso de la entrevista importantes a la hora de analizar el contenido de la entrevista.

Observación del encuentro asistencial: características de la relación profesional–poblaciones, interacción verbal y no verbal, creencias y comportamientos de salud expresados, dificultades y obstáculos en la relación profesional–poblaciones, demanda expresada, factores de riesgo identificados, diagnóstico y tratamiento prescrito, etc.

2. Datos personales y profesionales

Sexo:

Edad:

Estado civil:

Localidad y provincia de nacimiento:

Lugar de residencia habitual:

Profesión/formación:

Vida laboral: Años de actividad profesional en éste u otro establecimiento sanitario. Años de actividad profesional en este Centro de Salud.

Horario de trabajo:

Carga de trabajo (nº de pacientes adscritos a su cupo):

3. Cuerpo del protocolo

3.1. El Centro de Salud

Diagnóstico de Salud e indicadores empleados para sistematizar y evaluar la atención sanitaria prestada en el Centro de Salud (sistemas de clasificación utilizados, memorias anuales, registros, etc.)

Calidad de la atención sanitaria prestada [estructura del CS]: *recursos humanos* (profesionales que trabajan en el Centro de Salud, composición del Equipo Básico de Atención Primaria, relación entre profesionales, etc.), *recursos físicos* (ubicación del despacho, espacio, iluminación, equipos técnicos y sanitarios disponibles, suministros, infraestructura, etc.), *recursos financieros* (gasto sanitario por paciente, nº de recetas prescritas

por médico, gasto destinado a los programas de salud, etc.), *déficit* de recursos. *Organización* (distribución de pacientes/horarios, responsabilidades/funciones, relación entre profesionales, etc.).

3.2. Población Usuaría del Centro de Salud

Número de población paciente y/o usuaria del CS, número adscrito a su cupo y número de pacientes que acude a la consulta habitualmente.

Proceso Asistencial: características sociodemográficas de las poblaciones atendidas. Motivos de consulta y/o demandas de salud. Principales factores de riesgo. Patologías más frecuentes. Diagnósticos, tratamientos prescritos y seguimiento. Medidas preventivas.

Cómo son definidas por la población usuaria las demandas en términos sanitarios y cómo son vistas por el profesional.

3.3. Opinión, información y formación del profesional en materia de inmigración

Qué entiende por población inmigrante. Qué opina sobre el fenómeno de la inmigración en España y en concreto sobre la llegada de inmigrantes a Andalucía.

Nº de población inmigrante adscrita al CS. Quiénes y por qué usan en mayor medida el CS (quiénes son, de dónde proceden, cuántos son, cuánto tiempo llevan residiendo en el municipio...). Cómo ha evolucionado esta realidad en los últimos años.

Cuáles son las necesidades específicas de las poblaciones inmigrantes en términos sanitarios y sociales. Cuáles son los recursos más adecuados para atenderlas. Capacitación profesional para atender a población inmigrante. Nivel de formación en materia de inmigración: cursos recibidos...

3.4. Población inmigrante usuaria del Centro de Salud

Número de pacientes inmigrantes adscritos a su cupo y número de inmigrantes atendidos de manera habitual en su consulta.

Proceso Asistencial: características sociodemográficas de las poblaciones inmigrantes atendidas en el CS. Motivos de consulta y/o demandas de salud. Principales factores de riesgo. Patologías más frecuentes. Diagnósticos, tratamientos prescritos y seguimiento. Medidas preventivas.

Cómo son definidas por la población inmigrante las demandas en términos sanitarios y sociales, y cómo son vistas por el personal profesional de la salud.

Factores de riesgo específicos en población inmigrante. Patologías más frecuentes. Creencias de salud expresadas por la población inmigrante. Cómo es percibido el estado de salud por la población inmigrante y cómo es valorado por el profesional. Cuáles son los principales déficit del sistema sanitario en cuanto a la atención prestada a poblaciones inmigradas.

Atención sanitaria prestada. Percepción sobre la relación que se establece en la práctica asistencial entre el personal profesional de la salud y las poblaciones inmigrantes (opiniones y descripciones al respecto). Características de la atención sanitaria prestada a poblaciones inmigrante..

3.5. Otros comentarios

ANEXO 2. GUIÓN DE ENTREVISTA GRUPAL SEMIESTRUCTURADA EN SU VARIEDAD DE GRUPO FOCAL

1. Cabeza del protocolo de la entrevista

Nombre del contacto para realizar la entrevista:

Nombre de la persona entrevistada:

Centro de Salud:

Zona donde está ubicado el Centro de Salud:

Puesto:

Fecha de la entrevista:

Hora de comienzo:

Duración aproximada de la entrevista:

Lugar de realización de la entrevista:

Contextualización: descripción del lugar, cómo se ha preparado la entrevista, las condiciones, la accesibilidad de contacto, etc.

Comentarios: problemas y dificultades encontradas, anécdotas, referencias... del transcurso de la entrevista importantes a la hora de analizar el contenido de la entrevista.

Observación del encuentro asistencial: características de la relación profesional–poblaciones, interacción verbal y no verbal, creencias y comportamientos de salud expresados, dificultades y obstáculos en la relación profesional–poblaciones, demanda expresada, factores de riesgo identificados, diagnóstico y tratamiento prescrito, etc.

2. Datos personales y profesionales

Sexo:

Edad:

Estado civil:

Profesión/formación:

Vida laboral: Años de actividad profesional en éste u otro establecimiento sanitario. Años de actividad profesional en atención primaria.

3. Cuerpo del protocolo

1. ¿Cuáles son vuestras funciones en el ámbito de la atención primaria de salud? Cambios en las funciones a lo largo del tiempo. Relaciones entre profesionales. Experiencias
2. ¿Cómo son las poblaciones que acuden a las consultas? ¿Cuáles son sus demandas? Cambios en la población usuaria a lo largo del tiempo. El caso de la población inmigrantes Experiencias de atención sanitaria.
3. ¿Cómo es la relación que se establece con las poblaciones inmigrantes en los encuentros asistenciales? Experiencias.
4. ¿Qué aspectos se relacionan con la dimensión social de la salud en los encuentros asistenciales con poblaciones inmigrantes? ¿Y con la cultural? Motivos y usos de la consulta, estrategias de actuación, experiencias de atención a lo social y cultural.
5. ¿Qué necesidades de formación tenéis para atender la dimensión sociocultural en las consultas a poblaciones inmigrantes? ¿Qué tipo formación consideraríais necesario tener para atender estos aspectos?
6. Algún comentario más que os gustaría añadir.