
Ilustración de portada: "Señora tomando la presión en la estación Retiro", Pedro Asperué

Diseño: Gerardo Miño

Composición: Eduardo Rosende

Edición: Primera. Abril de 2013

Tirada: 400 ejemplares

ISBN: 978-84-15295-26-6

Lugar de impresión: Buenos Aires, Argentina

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

© 2013, Miño y Dávila srl / © 2013, Pedro Miño



Colección

SOCIEDAD, CULTURA Y DESARROLLO



MIÑO y DÁVILA
EDITORES

e-mail producción: produccion@minoydavila.com
e-mail administración: info@minoydavila.com
web: www.minoydavila.com



**(Sub) Culturas
profesionales**

Poder y prácticas en salud

Claudia Sandra Krmpotic

Myriam Mitjavila

María Mercedes Saizar

editoras

MIÑO y DÁVILA
♦ EDITORES ♦

ÍNDICE

PRÓLOGO , por <i>Claudia Sandra Krmpotic, Myriam Mitjavila</i> y <i>María Mercedes Saizar</i>	9
CAPÍTULO 1: Aproximaciones al concepto de diversidad cultural en salud: El caso del Trabajo Social sanitario en Argentina y en España desde una perspectiva comparada por <i>María Teresa Gijón Sánchez y María Mercedes Saizar</i>	17
CAPÍTULO 2: Notas sobre el concepto y las prácticas de género en las profesiones asistenciales por <i>Mónica De Martino</i>	43
CAPÍTULO 3: Conflicto entre pares en el escenario hospitalario. Aspectos técnicos, legales y éticos en la atención al paciente desde los Servicios Sociales por <i>Claudia Sandra Krmpotic</i>	59
CAPÍTULO 4: La medicina de familia y comunidad (MFC) como una (sub)cultura por <i>Paulo Poli Neto y Sandra Caponi</i>	91
CAPÍTULO 5: La accesibilidad y las políticas de salud por <i>Alfredo Juan Manuel Carballeda</i>	109
CAPÍTULO 6: La diferencia no es el problema: el sesgo profesional como facilitador en la constitución de equipos de salud por <i>María Eugenia Lizola, Susana Rita Rodríguez</i> y <i>Andrés Ponce de León</i>	123

CAPÍTULO 7: Las prácticas de cuidado en los servicios de salud. Ensayo hermenéutico sobre posibilidades en la superación del ideario individualista: una revisión desde el caso brasilero <i>por Lia Carla De Ieso y Pedro Renan Santos de Oliveira</i>	139
CAPÍTULO 8: Desafíos de intervención en el final de la vida: el cuidado <i>hospice</i> <i>por Natalia Luxardo y Cynthia Alvarado</i>	157
CAPÍTULO 9: Invisibilidad de los riesgos e inequidad social. Un análisis psicológico en casos de intento de suicidio (Jujuy, 2007-2008) <i>por Lorena Cecilia López Steinmetz</i>	171
CAPÍTULO 10: El lugar de la cultura en las prácticas psicológica y psiquiátrica. El diagnóstico en las residencias de salud mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires <i>por Guido Pablo Korman, Cristian Javier Garay y Martín Juan Etchevers</i>	189

Este volumen recoge las descripciones previas en torno al Estado post-social, la sociedad del riesgo, el cambio cultural y las consecuentes transformaciones en materia de servicios sociales y de salud, en el marco del proyecto multinacional “*Fortalecimiento institucional de servicios socio-sanitarios y dinámicas del Estado post-social*” (A/ 026599/09 y A/032190/10)”, formado por un consorcio entre equipos de investigadores de la Universidad de Málaga y Cádiz (España), el Instituto Universitario Nacional del Arte (Argentina) y la Universidad Federal de Santa Catarina (Brasil) y financiado por la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), dependiente del Ministerio de Asuntos Exteriores del Estado Español. Sus avances fueron expuestos en las obras ya editadas por la Editorial Miño y Dávila durante 2011, a saber, *Estado, política social y cultura. Reflexiones sobre los Servicios Sociales y de salud*, A. Idoyaga Molina (ed.); y *Transformaciones del Estado social. Perspectivas sobre la intervención social en Iberoamérica*, B. Lorente Molina (ed.).

Asimismo, convergen otras ayudas provenientes de proyectos de investigación acreditados y radicados en el Centro Argentino de Etnología Americana –unidad ejecutora asociada al CONICET– que coopera intensamente con el IUNA en materia de investigación y formación de recurso humano a nivel de posgrado, a saber: “*La complementariedad terapéutica a la luz de los cambios en la política socio-sanitaria argentina, en la segunda mitad del siglo XX*”. CAEA/CONICET. 2011-2013 (PIP-CONICET 364), Krmptic-Saizar (dirs.); “*El lugar de las medicinas alternativas y complementarias en ámbitos hospitalarios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Argentina)*”. 2012/2013 (34/0140), Saizar (dir.); y “*Los cuidados familiares como cuestión de*

agenda y objeto de políticas sociales”. UBACyT 2011-2014 (SO 758), Krmpotic (Dir).

Para la edición que estamos presentando se han convocado autores provenientes de diversas disciplinas y trayectorias tanto profesionales como académicas, oriundos de países como Argentina, Brasil, Uruguay y España, quienes han procurado tematizar cuestiones teórico-metodológicas más siempre desde el horizonte de las prácticas. Los diez capítulos que estructuran el libro ofrecen al lector no sólo una actualización de temas de alguna manera “clásicos” en la atención socio-sanitaria, sino además novedades de agenda y cuestiones emergentes en el campo de las profesiones socio-asistenciales y de cuidado. El público encontrará originalidad, búsqueda propia, datos de primera mano y trabajo de investigación en el mundo real. Y si bien las diversas contribuciones se concentran en describir y analizar las prácticas profesionales en salud y servicios sociales, en todos los casos ello no sólo involucra a las profesiones que participan de la asistencia socio-sanitaria, sino al propio paciente o usuario y el entorno familiar y social más próximo.

Grupos focales, entrevistas abiertas y observación, recuperación y problematización de eventos, programas sanitarios, experiencias y agenda de cuestiones, contrapunto teórico y de patrones argumentativos, estudios de caso, encuestas, análisis de documentos y de la casuística en un servicio de guardia, han sido los diversos modos de abordaje y técnicas elegidas por los autores para el análisis de la realidad y la elaboración de las conclusiones que pretenden compartir.

Desde el título se pretende instalar tres conceptos-clave. Con la idea de “(sub) culturas profesionales” se ha querido tratar “las diferencias” presentes en la intervención socio-sanitaria, aunque con el prefijo entre paréntesis, es decir, procurando mantener como telón de fondo una noción de cultura como praxis.

De este modo, la “práctica profesional” en salud (otra de las nociones presentes en el título del texto) no es concebida sólo en el plano de su materialidad instrumental, sino en sus fundamentos teóricos, epistemológicos y filosóficos. Así aparecen las nociones de comunidad de sentido, comunidad de práctica, intervenciones sociales y psicológicas fundadas, basadas en evidencia, la cultura a través del prisma de los diagnósticos sociales y sanitarios, el diálogo hermenéutico, todo ello en el intento de lidiar con la diversidad en el plano más micro de

la vida social aunque sin perder de vista la red de relaciones sociales más amplia como los aspectos más generalizables de una cultura.

Asimismo, y aunque a veces no se lo mencione explícitamente, en todas las contribuciones se habla del “poder” en ejercicio, de hegemonías, de imposiciones profesionales, corporativas, políticas, burocráticas; de los efectos de encuadre que muchas veces devalúan hasta las prácticas pretendidamente anti-opresivas. También se remite a las vocaciones, al cómo congeniar intereses y necesidades del mercado, la sociedad y el Estado, frente a móviles personales, de las familias y comunidades a quienes los profesionales sirven. Es allí donde el cuidado —temática específicamente abordada en dos de los capítulos— emerge como una opción ligada a la ética de lo humano y en tensión con los requerimientos técnico-profesionales. En este sentido, dicha temática da cabal cuenta de la intromisión de una filosofía “puesta en práctica”. ¿Será posible desplazar a un segundo plano la razón y la voluntad, por esa disposición a ocuparse, preocuparse, involucrarse con el otro, en la medida que la esencia del ser humano es el cuidado, sin el cual no podría existir?

El planteo de una “sociedad del riesgo” (Beck, 1998) fue —en términos contextuales— uno de los puntos de partida del proyecto editorial; en especial la existencia de subsistemas con una creciente autonomía, colocando en foco al subsistema de la ciencia y la técnica, a partir de un desplazamiento del campo de lo específicamente político, y en ese caso, disminuyendo por lo tanto su capacidad instituyente y de dominio sobre la esfera pública. A fin de potenciar nuevas problematizaciones, nos preguntábamos: ¿en qué medida espacios considerados históricamente como “no políticos”, ahora se autonomizan y generalizan sus prácticas por fuera de la regulación política y jurídica, reforzando incluso las barreras para evitar los controles externos a dichos campos burocráticos y técnico-profesionales? Asimismo, esta autonomización de la ciencia y la técnica reforzaría —como algunos aducen— el proceso de individualización que caracterizaría la modernidad tardía, con la consolidación de tecnologías políticas caracterizadas por la constitución de nuevos campos documentales sobre los individuos y las familias que son objeto de intervenciones sociopolíticas.

Puesto en debate, dichas tecnologías se materializan en sistemas de información altamente estandarizados que individualizan, no sólo porque hacen de cada individuo un caso, sino también y principalmente,

porque transportan, a través del análisis a nivel poblacional de esas mismas informaciones, un tipo de narrativa que exalta el papel de los atributos y de la responsabilidad individual y familiar en la construcción de los itinerarios sociales, con una selección de datos que desacoplan los déficits de integración social de sus raíces estructurales. Así, algunos creen ver en la introducción de instrumentos estandarizados que emanan de modalidades de gestión como la medicina basada en evidencias o el enfoque de riesgo, el trato a los individuos como si fuesen la población, en tanto resultado de la aplicación de criterios de riesgo y de evidencias cuya validez no encuentra fundamentos más allá de explicaciones probabilísticas a nivel poblacional.

No obstante estas conceptualizaciones, las contribuciones de este libro que en su mayoría hacen foco en el escenario sudamericano, señalan tanto notas distintivas como rasgos comunes en el marco de las tendencias globales, en lo que hace tanto a las prácticas, subculturas, políticas como a la legislación sanitaria. Al respecto, podrá observarse que aquellas descripciones no hacen mella en los factores estructurales que son recuperados en sus múltiples incidencias. Carballada lo realiza a través de su revisión del concepto de accesibilidad como una vía de entrada al análisis y diseño de las políticas de salud y sus vínculos con la territorialidad, la lógica del mercado y sus efectos sobre los cuerpos; una crítica al clásico análisis de factores de riesgo en los casos de tentativa de suicidio es la que nos propone López Steinmetz a través de la introducción de elementos como la invisibilidad de los riesgos y la inequidad social; Krmpotic, colocando en evidencia la vigencia de categorías como las de dependencia y su definición en términos de clase e inserción territorial; la relación —ya harto cuestionada— entre diversidad cultural, pobreza, ignorancia y falta de cultura pero que aún subsiste en el discurso profesional como nos muestran Gijón Sánchez y Saizar; así como las críticas y nuevas búsquedas frente a la medicalización y estandarización de la atención sanitaria que desarrollan Poli Neto y Caponi, De Ieso y Santos de Oliveira a través de la experiencia de la medicina de familia y comunidad en el Brasil.

En definitiva, todos procuran evitar la crítica vana al desarrollo del conocimiento científico, en la medida que su avance ha implicado efectivamente investigación; esto es, definición y codificación de problemas, padecimientos y eventos humanos, como la construcción y difusión de bancos de datos. En todo caso, de lo que se trata es de

encontrar un punto de encuentro entre –si se quiere– dos posiciones extremas: aquellos que interpretan un uso desde el poder apenas con el fin de trazar perfiles poblacionales y seleccionar aquellos segmentos considerados en situación de riesgo o vulnerabilidad social; y los que sostienen que su progreso en la “sociedad del conocimiento” no es sólo irreversible e ineludible sino que implica beneficios y mejoras en el bienestar humano.

Por su parte, el estudio de las trayectorias, desafíos y dilemas experimentados por las profesiones del campo socio-sanitario en el mundo contemporáneo remite, entre otras cosas, a observar sus complejas y no siempre evidentes relaciones con las instituciones. Algunos autores nos invitan a pensar si, efectivamente, el influjo de las instituciones tiende a ser mayor sobre aquellas profesiones del campo socio-sanitario que, en virtud de su relativamente menor autonomía jerárquica y/o técnica, se tornan intelectual y/u operacionalmente más dependientes de los esquemas de referencia institucionales para hacer frente a la diversidad de desafíos cotidianamente asociados al ejercicio profesional. En varios de los capítulos del presente libro, los lectores encontrarán referencias detalladas acerca de los significados y alcance de la influencia de los universos biomédico y jurídico sobre la prestación de servicios socio-sanitarios y, también, sobre los discursos y las prácticas de sus agentes profesionales.

Partiendo de contextos locales de práctica, los autores produjeron materiales que reunieron tanto información empírica como reflexiones teórico-metodológicas para una comprensión de los fenómenos asociados a las culturas o identidades profesionales; a los conflictos entre pares y sus formas de resolución; referidos a los sesgos e inclinaciones profesionales que pueden obstaculizar pero también facilitar el trabajo en equipo; a la gestión y relaciones de poder en los servicios de salud; al hospital en tanto comunidad lingüística; a la noción de paciente activo; a la alianza entre actores e instituciones para el cuidado: familia, escuela, trabajo, comunidad; a las creencias en la cura como, por el contrario, el agotamiento y desmoralización frente al pronóstico y la intervención biomédica y de otras profesiones. En definitiva todos han contribuido a generar un debate que permita abordar la siguiente pregunta: ¿en qué consiste el poder profesional y sus efectos –a veces y paradójicamente– incapacitantes, tomando en cuenta la perspectiva de los derechos?

Desde aquel provocador mensaje de Illich (1976) acerca de la nueva epidemia que llamó “iatrogénesis” en *Medical Nemesis*, la idea del médico u otro profesional convertido en agente patógeno, o al menos con capacidad de hacer daño o empeorar la vida de sus asistidos (aun bajo las mejores intenciones y de manera involuntaria), sobrevuela varias de las contribuciones que pueden leerse en este texto. Desde una mirada crítica, se problematizan diversos aspectos de la praxis de psicólogos, trabajadores sociales, médicos, equipos de salud, en lo concerniente tanto a las rispideces intra-equipos, como a las tensiones entre profesionales, los contextos institucionales y las políticas socio-sanitarias.

Claro que ahora no sólo se trata de una responsabilidad profesional. Entran en juego obligaciones éticas y legales, que atraviesan las demandas de consumidores y ciudadanos con “derechos”, lo que se traduce en una serie de efectos que son abordados por Gijón Sánchez y Saizar, Luxardo y Alvarado, De Ieso y Santos de Oliveira y Carballeda, procurando tender puentes entre las formas de subjetividad, una humanización de las prácticas profesionales y el derecho a la salud.

Es recurrente la apelación a intervenciones fundadas. Lo ético-legal no exige que debamos mejorar las evidencias e inferencias desde las cuales sostener las acciones profesionales. De Martino coloca en la agenda la cuestión del género y el modo en que su conceptualización e ideologización atraviesa los diagnósticos e intervenciones sociales; Krmpotic retoma la importancia de la dimensión científico-técnica en el quehacer del Trabajo Social hasta como imperativo de derechos humanos; al igual que Korman, Garay y Etchevers cuando describen empíricamente en el campo de la salud mental la utilización del DSM-IV y en particular la operacionalización del síndrome dependiente de la cultura que se define en dicho manual, procurando comprender el lugar de la cultura en las intervenciones científicas. Mención especial merece el capítulo de Lizola, Rodríguez y Ponce de León cuando analizan la formación disciplinaria y su legitimación social como categoría organizacional como base para la interdisciplina. Retomando un tema clásico de la atención primaria de la salud, reflexionan a partir de dos experiencias programáticas particulares acerca de las tensiones entre la existencia de aquellas jurisdicciones protegidas y el objetivo de conformar equipos de salud interdisciplinarios como rasgo presente durante la última mitad del siglo XX en la gestión de la salud pública, así como

sobre los límites y posibilidades de una definición conjunta del objeto de intervención en la conjunción de referencias teóricas, epistemológicas, ideológicas y metodológicas. Discuten lo interdisciplinario con un sentido innovador, en la medida que los integrantes del equipo se permiten jugar con ciertos sesgos u oblicuidades que los distancian de lo predeterminado, de lo normalizado disciplinariamente; esto es, la indisciplina como condición para pensar la interdisciplina.

Un párrafo aparte ocupa la cultura como dadora de sentido, proveedora de marcos de referencia, de maneras de entender y experimentar el mundo, así como la reflexión sobre su incidencia en el desarrollo de las acciones propias del ámbito socio-sanitario. En varios de los capítulos, aunque no siempre abordada directamente, la pertenencia cultural de los pacientes/usuarios pero también de los profesionales, pone de manifiesto la razón última de muchos desencuentros e incomprensiones mutuas, de las dificultades en el abordaje profesional y las tensiones al interior de un mismo campo profesional. En este sentido, es recurrente la mención a la necesidad de generar estrategias por parte de los profesionales de la salud que contemplen la particularidad de los pacientes/usuarios, como contracara de aquellos (supuestos) procesos de individualización asociados a la modernidad tardía que antes mencionábamos. Tales estrategias son abordadas especialmente por Luxardo y Alvarado al describir con detalle el cuidado *hospice* como desafío a la intervención en el final de la vida, por Poli Neto y Caponi cuando analizan concienzudamente la dinámica de una subcultura como la experimentada por los médicos de familia y comunidad en el contexto más amplio de la cultura médica, como también por De Ieso y Santos de Oliveira y Korman, Garay y Etchevers, al poner de relieve la importancia de la consideración de la trayectoria individual, la pertenencia a una comunidad con sus propias redes de cuidado y de una cultura que da sentido a las experiencias de cada uno de esos sujetos. En cuánto y de qué manera impacta esta situación es materia de análisis de los capítulos de Gijón Sánchez y Saizar, De Martino y Korman, Garay y Etchevers, al analizar la distinción entre conocimiento teórico y puesta en acción de abordajes profesionales, mostrando que el proceso de aceptación del Otro cultural tiene una serie de implicancias para el propio profesional que no siempre pueden ser resueltas por la simple aceptación o negación de las diferencias. La diversidad cultural, asociada a la coexistencia de variadas culturas reunidas en un mismo territorio como resultado de

los procesos migratorios actuales o pasados, aparece en casi todos los escenarios analizados por los autores.

Para finalizar, de qué manera y hasta qué punto las profesiones del campo socio-sanitario conseguirán elaborar respuestas críticas, eficaces y acordes a las necesidades y prácticas culturales de las comunidades y sujetos destinatarios, a los dilemas éticos, teórico-metodológicos y requerimientos legales que emanan de las nuevas modalidades de gestión pública de lo social, permanece como un tipo de interrogante que exige esfuerzos en diversos niveles de análisis y de perspectivas disciplinarias. Algunas claves que apuntan en esa dirección son proporcionadas por los autores que contribuyeron a la edición de este libro.

*Claudia Sandra Krmpotic, Myriam Mijavila
y María Mercedes Saizar*

CAPÍTULO 1

Aproximaciones al concepto de diversidad cultural en salud: El caso del Trabajo Social sanitario en Argentina y en España desde una perspectiva comparada

*María Teresa Gijón Sánchez*¹

FACULTAD DE ESTUDIOS SOCIALES Y DEL TRABAJO,
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA (ESPAÑA)

*María Mercedes Saizar*²

CAEA - CONICET - IUNA
(ARGENTINA)

Introducción³

Hoy en día, vivimos en un mundo global sujeto a importantes cambios sociales y culturales. Algunos de estos cambios internacionalmente hacen referencia a las transformaciones en las tecnologías de la información, los progresos científicos en todos los campos y en el campo biomédico en particular, los desastres naturales, las crisis económicas, los problemas de déficit financiero de los sistemas de protección social públicos, así como al auge en los conflictos, las tensiones y las divisiones sociales existentes. Otras tendencias globales tienen que ver con cambios demográficos poblacionales, tales como la baja fecundidad, el aumento del envejecimiento y el fenómeno de las migraciones internacionales, así como con la intensificación de movimientos sociales de reconocimiento de identidades y derechos sociales, políticos y económicos, entre otros aspectos. Estas transformaciones

1 Lic. en Sociología. Diplomada en Trabajo Social.

2 Dra. en Cultura y Sociedad.

3 Expresamos nuestro agradecimiento sincero a todas las trabajadoras sociales anónimas que desinteresadamente accedieron a participar en esta investigación y compartieron sus experiencias y visiones socio-profesionales en grupo, sin cuya colaboración y apoyo esta investigación nunca hubiese sido posible.

dan lugar al surgimiento de controvertidos fenómenos sociales y culturales emergentes que son objeto de debate social, económico y político. También, al nacimiento de diferentes identidades y comportamientos socioculturales como seres humanos individuales y sociales, que en conjunto sustentan la gran variedad y la singularidad particular que caracteriza a la diversidad cultural que distingue a las poblaciones y a unas sociedades de otras.

El ámbito 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, alude a una categoría que estructura diferentes realidades sociales en función de características culturales similares y diferentes. Sobre estos criterios culturales se construyen diferencias y pueden legitimarse desigualdades acerca de las identidades de las personas o las características típicas de las poblaciones, que son social e históricamente variables. Esto significa que dependen del contexto social y del momento desde los que se realizan las clasificaciones. Así sucede, por ejemplo, con el uso de los conceptos de identificación étnica o de género en distintos contextos y momentos históricos.

En este marco, en los últimos años, de manera concreta se observa que los debates y aportes sobre la diversidad cultural también tienen un importante impacto en el ámbito de la salud. Así se viene reflejando, por ejemplo, en el interés internacional que despiertan las diversas características culturales de las personas que migran por distintos motivos y que hacen uso de los servicios sanitarios en las sociedades de acogida. A este respecto, algunos estudios ponen de relieve cómo las explicaciones de la biomedicina acerca de los resultados de salud en poblaciones inmigrantes aluden en exceso a la cultura mediante el concepto de aculturación, ensombreciendo el impacto que los factores estructurales pueden tener sobre las desigualdades en salud de estas poblaciones (Viruell-Fuentes, Miranda y Abdulrahim, 2012).

En este sentido, los distintos aspectos presentes en las relaciones que se establecen entre personal profesional sanitario⁴ y las poblaciones que

4 Por personal profesional sanitario entendemos el conjunto de disciplinas científicas y profesiones médicas y sociales, que históricamente desarrollan su ejercicio laboral en el marco del sistema sanitario biomédico, es decir en el establecimiento de servicios sanitarios públicos o privados en Argentina y en

migran⁵, están siendo objeto de análisis por parte de distintas disciplinas sociales y sanitarias. Por ejemplo, desde el campo de la antropología, son numerosos los trabajos que abordan los conflictos emergentes en esta relación (Van Dijk, 1998, Laplantine, 1999; Idoyaga Molina *et al.*, 2003; Mignone, 2001; Comelles *et al.*, 2010; Gijón, 2011; entre otros estudios). Así, por un lado, algunos autores y autoras manifiestan las diferencias existentes en los modos de comprender la enfermedad, la salud y la terapia entre profesionales y personas usuarias, así como la lejanía cultural que estas diferencias de atribución y sentido crean entre ambos en el momento del encuentro en las instituciones y servicios socio-sanitarios (Gailly, 2009; Saizar, 2007). Por otro lado, observan la dificultad que el personal profesional sanitario tiene para reconocerse como sujeto perteneciente a una cultura occidental, que a su vez está enculturado en el saber biomédico (Good, 1998). Este último aspecto reviste una singular importancia, ya que la perspectiva a la que el perso-

España. Esta definición, por tanto, se realiza desde la sociología de las profesiones y no desde el aspecto jurídico que distingue entre profesiones “sanitarias” y “no sanitarias”. En este sentido, en el caso de Argentina no existe una ley que unifique la regulación del ejercicio de las profesiones sanitarias. El ejercicio de las profesiones sanitarias en Argentina se enmarca en tres leyes diferentes: la Ley 23.377, sancionada en 1987, que regula el ejercicio de la profesión del Servicio Social o Trabajo Social y no distingue en su letra los distintos y posibles campos de inserción laboral; la Ley que regula el ejercicio de la Medicina, Odontología y actividades auxiliares de las mismas N° 17.132, sancionada en el año 1967; y la Ley de Ejercicio Profesional de la Psicología N° 23.277, sancionada en 1985. Por su parte, en España la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS), establece cuáles son las *profesiones sanitarias tituladas* respecto al ejercicio, formación y desarrollo profesional, que desempeñan actividades de atención a la salud de las poblaciones en los centros y servicios de salud públicos y privados, dejando fuera de este ámbito al Trabajo Social Sanitario, a pesar de que como señala Colom (2008) en España “*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).

- 5 En este texto usamos el término “poblaciones migrantes” de manera crítica. En efecto una persona migrante en sentido demográfico es aquella que ha realizado un movimiento poblacional hacia el territorio de otro Estado o dentro del mismo. Sin embargo, en sentido social este término suele aplicarse erróneamente de manera homogénea para referirse a la diversidad de personas y grupos, que por voluntad propia deciden migrar a otros países por diferentes razones económicas, sociales o políticas. De esta forma, utilizaremos el concepto “poblaciones migrantes” en plural y en un sentido sociológico crítico para describir y visibilizar las distintas realidades sociales y culturales construidas en torno al mismo.

nal profesional sanitario en general se adhiere en su mayoría –personal médico, psicólogo, de enfermería y del trabajo social sanitario– se encuentra fuertemente asociada a un criterio biologicista (Laplantine, 1999: 59). Por el contrario, para las personas enfermas y sus familias las dolencias suelen implicar, además de manifestaciones corporales, aspectos sociales, culturales, mítico-religiosos y económicos (Idoyaga Molina, 2007). Todo ello hace de la experiencia de la enfermedad un fenómeno que supera ampliamente los aspectos biológicos⁶.

La perspectiva de comprensión de los procesos de atención a la salud y la enfermedad que prioriza la mirada biológica ha predominado en el campo de la medicina durante las últimas décadas, impactando incluso en los procesos de formación del conjunto del personal profesional sanitario que trabaja en el ámbito de la salud (Gijón *et al.*, 2010). Al respecto, desde el campo de la sociología y la antropología médica, distintos trabajos se han centrado en mostrar las implicaciones e impacto que el denominado proceso de medicalización de la vida cotidiana ha tenido en la manera de concebir no sólo la enfermedad, sino fundamentalmente los criterios de lo que significa “estar sano o sana” en las sociedades occidentales⁷.

En el contexto de la relación profesional de la salud/poblaciones usuarias, sobre el ámbito de la psicoterapia en contextos de interculturalidad, Gailly (2009) distingue reacciones que se polarizan en un arco que transcurre desde el rechazo a la negación de las diferencias culturales. En este encuentro una de las formas más recurrentes de expresar el rechazo a las diferencias consiste en el uso de pares de antónimos que

6 La Organización Mundial de la Salud propuso en 1946 definir la salud como “*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*”, concepto que si bien es aceptado por los y las profesionales del campo biomédico, se ve acotado en la realidad a la consideración de los aspectos biológicos por sobre cualquier otro factor, debido a que durante su formación médica reciben mayores competencias para abordar estos aspectos que aquellos relacionados con el lado humano de la enfermedad y el cuidado de las personas pacientes (Engel, 1978).

7 La noción de medicalización se refiere al fenómeno de la creciente utilización de estándares propios de la biomedicina en distintos ámbitos de la vida cotidiana. Es decir, se trataría de un proceso por el que eventos y características de la vida cotidiana se convierten en problemas médicos y cómo tales aspectos se transforman en objeto de estudio y de atención para el personal médico y el resto de personal profesional sanitario. Para ampliar este tópico recomendamos leer Armus (2005), Camargo (2010) Krmpotic (2007), Gonzalez de Fauve (2001), entre otros y otras autores que han abordado este fenómeno.

distinguen, en el discurso profesional, la modernidad de la tradición, la racionalidad científica de la irracionalidad religiosa y el saber biomédico del conocimiento etnomédico. En el otro extremo de este discurso, la negación de las diferencias culturales representa una postura frente al otro o la otra que al tiempo que minimiza la amenaza de la pérdida de identidad del profesional, niega la singularidad cultural de la población usuaria, suprimiendo las diferencias que podrían enriquecer la relación. En el mismo sentido, Gailly llama la atención acerca de la construcción de una imagen reduccionista de la otredad cultural en la instancia misma de atención de la salud, en la que las situaciones de malestar y las prácticas tradicionales que desarrolla la población usuaria para recuperar su salud son atribuidas –desde los criterios diagnósticos de los y las profesionales– a la pertenencia a una cultura “tradicional”, sinónimo en este contexto de pobreza y bajos niveles de educación formal.

La literatura biomédica en los últimos años, también, pone de relieve que la discriminación percibida por las poblaciones en relación con distintas categorías sociales y culturales, es un importante factor de desigualdad en salud en el contexto de los servicios sanitarios. Así, algunas investigaciones advierten que las poblaciones inmigrantes por motivos de trabajo podrían ser más vulnerables a percibir ciertos tipos de discriminación que inciden en la salud como, por ejemplo, las relacionadas con la condición de inmigrante, la apariencia física y el lugar de trabajo (Agudelo-Suárez *et al.*, 2011). Por otro lado, otros trabajos observan que las personas usuarias de distintas procedencias étnicas y geográficas pueden experimentar y percibir en distintos grados discriminaciones raciales o étnicas respecto a la calidad de la atención sanitaria que reciben (Sorkin *et al.*, 2010). Además, otros estudios realizados con la finalidad de mejorar el proceso de atención, enfatizan la importancia de conocer la percepción de experiencias negativas en este proceso por parte de las poblaciones inmigrantes y subrayan que es necesario capacitar al personal profesional de salud para mejorar el intercambio de información con poblaciones inmigrantes, de forma que permita averiguar cuáles son sus necesidades y expectativas sobre la enfermedad y el tratamiento adecuado (Suurmond *et al.*, 2011).

La perspectiva de la diversidad cultural plantea así un cuestionamiento en torno a la definición de la categoría “nosotros/as” en relación con la de “otros/as” (Todorov, 1991), con quienes se interactúa en distintos

campos. Entre ellos, el de la atención sanitaria es, sin duda, un ámbito privilegiado de trabajo que requiere de estudios e investigaciones. En este sentido, en el marco del proyecto transnacional *“Fortalecimiento institucional de los servicios sociales ante los efectos sociales, en la salud e interculturales en el contexto del Estado post-social y las manifestaciones y de la cuestión social. Un estudio comparado (A/032190/10)”*, financiado por la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), nos propusimos analizar las diferentes perspectivas construidas desde el trabajo social sanitario sobre el concepto de diversidad cultural en Argentina y en España. Para ello realizamos distintas actividades tendentes a obtener información acerca de la actual situación de los servicios sociales y sanitarios públicos en estos países. Concretamente, nos interesaba particularmente rescatar la experiencia de trabajo de profesionales que, a ambos lados del Atlántico, se enfrentan cotidianamente al desafío que representa el trabajo social sanitario con poblaciones migrantes como campo de expresión y reflexión sobre la diversidad cultural en el ámbito de los servicios sanitarios públicos.

Metodología.

La configuración de los relatos a través de la composición de grupos focales

Para aproximarnos a la comprensión de los discursos y prácticas de profesionales del trabajo social sanitario de Argentina y España, realizamos dos *focus group* en diferentes realidades sanitarias y geográficas. El propósito consistía en analizar las diferentes percepciones existentes en torno al concepto de diversidad cultural, que está presente en la relación profesional con las poblaciones atendidas en los servicios sanitarios públicos desde una perspectiva comparada transnacional.

La selección de dieciséis Trabajadoras Sociales Sanitarias se realizó mediante un muestreo intencional. Como criterio de segmentación en ambos grupos se consideró la profesión de trabajo social sanitario y el desempeño profesional en servicios sanitarios públicos⁸. Como criterios

8 El sistema público de salud argentino es universal y gratuito en todos los niveles de atención desde los tempranos años del siglo XX. Si bien se prioriza para la atención que la población usuaria pertenezca a la región o localidad donde se asienta la institución sanitaria, no es de ningún modo un requisito excluyente. De

de heterogeneidad muestral los criterios observados en ambos casos fueron diferentes, con el propósito de contemplar una representación amplia de los diferentes perfiles de profesionales del trabajo social sanitario que nos podemos encontrar en ambos contextos sanitarios y geográficos. De esta manera, en el primer grupo focal realizado en Argentina, se tuvo en cuenta que las participantes pertenecieran a distintos ámbitos de lo público y que desarrollaran sus tareas en distintos centros que se especializan en los niveles de atención I, II y III del campo sanitario. Las edades de las participantes variaron de 24 a 56 años y los cargos en sus instituciones de pertenencia variaron entre profesionales recientemente recibidas y desarrollando tareas de residencia hospitalaria, personal de planta permanente y directoras de área o de servicio. Las actividades se desarrollaron en un Colegio Profesional de Trabajo Social que agrupa a personal del trabajo social en la ciudad de Morón, uno de los distritos metropolitanos más impor-

hecho, durante los últimos años se ha comprobado la existencia de un fenómeno de migración temporal de ciudadanos de países limítrofes, que se establecen temporalmente en la ciudad capital para concretar tratamientos específicos y/o intervenciones quirúrgicas. El sistema sanitario español se instaura como conjunto coordinado de servicios de salud públicos provistos por cada una de las comunidades autónomas que conforman el Estado Español. Este sistema integra todas las funciones y prestaciones sanitarias en todos los niveles de atención para garantizar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud de todas las poblaciones que residen en España sin excepciones. Sin embargo, en el momento actual de crisis económica actual y tras la reforma sanitaria del Gobierno de España emprendida con la entrada en vigor del *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*, la atención sanitaria a poblaciones migrantes está siendo objeto de polémica ya que supone la exclusión de numerosas personas del derecho a recibir atención sanitaria, así como el repago de medicamentos y de ciertas prestaciones sanitarias. En este sentido, el decreto por un lado pretende acabar con el turismo sanitario en el caso del uso de servicios por ciudadanía extranjera europea que tiene cubierta su asistencia en sus países de origen y, por otro lado, a partir del 1º de septiembre de 2012 deja fuera de la red pública de asistencia sanitaria a unas 150.000 personas inmigrantes en situación jurídico-administrativa irregular. De esta forma, la atención a esta población inmigrante pasa a depender en buena medida de la postura adoptada por las comunidades autónomas de residencia y su intención o no de continuar ofreciendo una atención universal a las poblaciones migrantes en sus respectivos territorios. Este es el caso actual de las comunidades autónomas de Andalucía, Asturias, País Vasco, Canarias y Cataluña, que aglutinan a más de la mitad de los “*sin papeles*” en España y que de momento declaran garantizar el servicio universal de sus prestaciones (*El País*, 16 de agosto de 2012, “*Cinco autonomías se rebelan y darán atención universal a inmigrantes*”).

tantes en cuanto a cantidad de personal profesional matriculado de la provincia de Buenos Aires, en Argentina. El encuentro tuvo lugar con ocho trabajadoras sociales a mediados de noviembre del año 2011. El segundo grupo se realizó en España y en él se seleccionaron participantes con una amplia experiencia profesional sanitaria, que se sitúa en el intervalo de 21 a 27 años de ejercicio profesional en diferentes centros de atención primaria de salud. Las edades de las participantes oscilan en el grupo etéreo de 48 a 56 años. Sus actividades cotidianas consisten en atender a poblaciones usuarias diversas de los servicios sanitarios públicos en consulta, en domicilio y a través de actuaciones comunitarias de atención social y sanitaria con las poblaciones. Este grupo focal tuvo lugar a finales de enero de 2012, a través de un encuentro organizado en un centro de salud con ocho trabajadoras sociales que trabajan en centros de atención primaria de salud de un mismo Distrito Sanitario de la provincia de Málaga, situada en la comunidad autónoma de Andalucía, al sur de España.

En el transcurrir de los encuentros, se dialogó acerca de los distintos disparadores que fueron propuestos por la coordinación. Con posterioridad, transcribimos textualmente el material recogido en los encuentros⁹, herramienta que nos permitió identificar algunos ejes que hacen al interés de este capítulo y que se relatan a continuación.

Resultados

Con el fin de esclarecer la exposición del análisis, hemos agrupado los aspectos que emergieron en el debate en torno a dos ejes: la relación profesional que establecen con la población usuaria en el desarrollo del trabajo cotidiano; y las perspectivas que giran en torno a la construcción de la diversidad cultural, como categoría de aproximación emergente que atraviesa el discurso acerca de la relación que establecen con la población usuaria.

9 Los materiales transcritos no han sido utilizados en este capítulo por estrictas razones de espacio. Las elaboraciones y conclusiones de este trabajo, sin embargo, encuentran su sustento en ellos y en ocasiones se incorporan en cursiva palabras textuales para resaltar los relatos de las entrevistadas y facilitar la comprensión del objeto de estudio.

La relación con la población usuaria

En la relación que las trabajadoras sociales establecen con la población usuaria, en ambos grupos se observan dificultades y potencialidades en el ejercicio de sus prácticas profesionales.

Por un lado, respecto a las dificultades expresadas, el grupo de Argentina señala la necesidad de llevar a cabo una práctica continua de educación sanitaria con la población usuaria, en virtud de la ausencia de conductas saludables y de nociones de prevención, cuidado y atención de la salud y enfermedad que perciben entre la misma. Este tipo de tareas les insumen una gran cantidad de horas de atención que deben restarle a otras actividades propias del rol profesional. En este sentido, retomamos las consideraciones de Gailly (2009) en tanto en el relato de las entrevistadas se perfila —en algunos casos— una atribución que asocia los saberes propios de la población usuaria que proviene de otros contextos culturales, sociales y económicos con ausencia de conocimiento “legítimo” sobre el cuerpo y su funcionamiento, legitimidad que provendría del saber biomédico hegemónico.

Por otro lado, como aspectos positivos refieren la realización de ciertas actividades que se escapan del rol profesional tradicional. En este sentido, el relato de las entrevistadas permite advertir que la formación profesional, proveniente de las ciencias sociales y humanas, sumadas a la adherencia a un modelo de comprensión de la salud y enfermedad en términos biomédicos, las ubica como “*traductoras*” que están habilitadas para interceder entre “otros” y “otras” profesionales de la salud y la población usuaria. Esta habilidad adquirida les permite ejercer un rol facilitador de vinculación de la población usuaria con otras áreas de la propia institución y externas, llevar adelante estrategias de gestión de los temores, argumentación de los casos sociales para que la necesidad particular se adecue a las leyes vigentes, asesoramiento en derechos, acompañamiento de procesos, entre otras. La relación que establecen con la población usuaria se posicionan así como bisagra entre los organismos, las políticas y la población usuaria.

En el caso de las trabajadoras sociales sanitarias del grupo de España, consideran que los límites y las facilidades que detectan en la relación con la población usuaria dependen de las intervenciones que se lleven a cabo en cada contexto sanitario y momento temporal. Es decir, opinan que en general 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 cartera de servicios que se ofrezcan en los centros de salud en cada momento y de la problemática social presente en la zona donde se ubiquen estos centros. 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. Es decir, las poblaciones son más percibidas o pasan “desapercibidas” en función de las intervenciones que realicen como, por ejemplo, les ocurre en el momento actual con el incremento de actividades de educación sanitaria dirigidas a mujeres y la visibilización de la problemática sociosanitaria relacionada con ellas.

Entre otros aspectos que dificultan la relación con la población usuaria, las trabajadoras sociales sanitarias en España mencionan las expectativas que crea el personal sanitario en la población a raíz de que “no hacen una valoración desde lo social” y confunde el rol de la profesión de trabajo social. Por ejemplo, narran que en ocasiones el personal médico confunde los motivos o demandas que la población puede plantear en una consulta de trabajo social sanitario. Así, indican que, en ocasiones, incluso llegan a prescribirle la atención social concreta que deben recibir por parte de la trabajadora social como, por ejemplo, “le prescribo una limpieza” o “que me ha dicho el médico que me busque usted la dirección de Alcohólicos Anónimos”. En este sentido, expresan que existen numerosas necesidades sobre las que es posible realizar una intervención desde el trabajo social sanitario, pero que la gran dificultad consiste en saberlas leer de forma adecuada.

Por último, como aspectos positivos señalan que les resulta “fácil” trabajar con la población usuaria y que la relación con esta población está favorecida por la “empatía” que perciben tener hacia la población y por la valoración que la población usuaria siente hacia las profesionales del trabajo social. Es decir, la población usuaria forma parte de sus “apoyos” percibidos en el quehacer cotidiano. En este sentido, perciben más dificultades o “conflictos” en la relación socio-profesional interdisciplinar que establecen con el resto de profesiones sanitarias, que con la población usuaria con la que desarrollan diferentes actividades

profesionales individuales, grupales y comunitarias desde el ámbito de la atención primaria.

La diversidad cultural desde el Trabajo Social Sanitario

Hasta aquí hemos analizado algunos de los aspectos que surgen en el discurso de las entrevistadas sobre su relación cotidiana con las poblaciones usuarias en las consultas de trabajo social sanitario. Estos discursos sintetizan parte de la vivencia cotidiana de su profesión, así como expresan una mirada reflexiva sobre este quehacer y el de las instituciones en las que éste se inscribe. Así, durante el desarrollo de ambos *focus group* como eje transversal al relato notamos que las diferencias entre profesionales y población usuaria se atribuyen esencialmente al hecho de que en el proceso de atención sanitaria se visualizan diferencias culturales. Esta situación no es para nada azarosa ni debería llamar la atención, en tanto que como se ha mostrado desde la antropología médica el ámbito del cuidado de la salud es un espacio privilegiado donde las creencias, prácticas y saberes propios de los individuos y los valores y pautas de las instituciones se ponen en juego constantemente, dando lugar a inevitables malentendidos entre el personal profesional sanitario y la población usuaria (Winkelman, 2009: 2). De este modo, al igual que sucede con las emociones de los individuos (Illouz, 2010) las conductas de cuidado de la salud se presenta como un ámbito en el cual las pautas culturales –aunque a veces invisibilizadas– impactarían con mayor fuerza que en otras áreas de la vida. Asimismo, además, en la currícula de formación profesional de las trabajadoras sociales de ambos países, se contempla que el aprendizaje de la existencia de la diversidad cultural es un hecho social, que forma parte de los contenidos generales de seminarios y materias del ámbito de la antropología, la sociología u otras disciplinas.

En este contexto, aunque las entrevistadas pudieron reconocer la existencia de la constitución de la diversidad cultural en términos teóricos –existe un hecho social que es la diversidad de culturas– en algunos casos no parecían aplicarlo en la mayoría de los casos concretos que relataban y en los cuales surgía con claridad la existencia de tales diferencias. Así, por ejemplo, en Argentina una trabajadora social sanitaria diferenciaba la noción de diversidad cultural como un atributo aplicable a las poblaciones migrantes de países lejanos pero no a los provenientes de países limítrofes, a quienes se les atri-

buyen “*costumbres regionales*” diversas, no asignables a la adherencia a sistemas de creencia o culturales diferentes. Así, ciertas conductas asociadas a la educación de los niños y niñas, el consumo o el rechazo de ciertos alimentos, la atribución de roles de cuidado de los hijos e hijas, la manutención económica del hogar, entre otras, son atribuidas a diferencias regionales poco importantes en la práctica y reflexionadas como diversidad cultural en casos hipotéticos.

De este modo, es interesante destacar que en el grupo de Argentina aparece una brecha entre la concepción abstracta de la idea de diversidad cultural y su puesta en acción –mediante las formas que adopta la intervención social del reconocimiento de tal diferencia. Es así que las entrevistadas pudieron reflexionar sobre la importancia de considerar el impacto de la cultura en los motivos y razones que fundan el accionar y el proceso de tomar decisiones en la población usuaria. En este sentido, algunas profesionales remarcaron que tal reconocimiento permite distinguir la necesidad real de la persona usuaria de la idea de necesidad que la profesional pueda tener.

En Argentina, la distancia que se experimenta a nivel del discurso y de las prácticas propias de la población usuaria aparece repetidamente asignada a la existencia de “*diferencias regionales*”, “*costumbres*”, “*tradiciones*”; incluso es ligada a estrategias de evitación puestas en juego por la población usuaria, así como a la pertenencia de aquella a determinados sectores de bajos recursos y poca educación formal. Las diferencias en el modo de educar a los niños y niñas, por ejemplo, son atribuidas a “*otras costumbres*”, “*tradiciones distintas*”, “*producto de la vida en el campo*”. La expectativa de las profesionales es que, mediando un tiempo y a través del impacto positivo de la intervención, estas “*costumbres de gente de campo*” puedan transformarse, deviniendo en un modo de ser compatible con las pautas culturales de la sociedad de acogida. La expresión “*lo que les falta es educación*” pareciera constituirse en una clave que presupone el desconocimiento de la diversidad cultural y la expectativa de cambio de un saber/hacer erróneo a un saber/hacer legítimo.

Por su parte, en el grupo de España la dimensión cultural en salud de forma general se identifica con la constitución del concepto teórico de diversidad cultural. Es decir, las profesionales determinan que de todas las diferentes maneras en que es posible conceptualizar el término cultura, tanto si se entiende en el sentido de “*distintos tipos de etnias*” o “*distintos países*” de procedencia de la población, como si se define

como “*bagaje educacional*”, este concepto siempre tiene una relación directa en el nivel de salud de las poblaciones y con la generación de desigualdades sociales en salud innecesarias, evitables e injustas. Asimismo, destacan que la dimensión cultural actúa de forma transversal en la relación que establecen con cualquier tipo de población usuaria—sea o no migrante—. En este sentido, relatan numerosos ejemplos que muestran cómo la diversidad cultural está presente en sus consultas y cómo las diferencias culturales determinan las distintas estrategias de intervención sanitaria o “*maneras de trabajar*” que ponen en marcha con los diversos grupos sociales o “*colectivos*” presentes en sus centros de salud.

En primer lugar, por ejemplo, en unos casos identifican la dimensión cultural con diferentes “*estilos de vida*”, formas de “*vivir la vida y de cuidarse*”, “*hábitos de conducta*” y patrones de “*uso*” de servicios sanitarios que están presentes en cualquier tipo de población. Entre estos aspectos, citan como ejemplo la diferencia cultural en el menor uso de servicios preventivos y en el mayor uso de servicios de urgencias, por parte de población “*gitana*” y por la población con un bajo “*nivel de instrucción*”. Igualmente, también, señalan otras diferencias culturales que tienen que ver con la diversidad de género y de edad de las poblaciones.

Como cambio cultural en el primer caso, apuntan el que viene dado en el rol de la mujer como responsable de la salud familiar ante el uso de los servicios sanitarios. Así, en el momento actual observan que cada miembro de la familia es responsable de su propia salud, aunque sea la mujer quien en mayor medida asume el rol de “*cuidadora*” y acude a las consultas médicas, lo que la continua situando en una posición de mayor vulnerabilidad. Respecto a la segunda cuestión, por ejemplo, mencionan la necesidad de tener en cuenta la perspectiva del mundo de la población mayor a la hora de llevar a cabo actividades en grupo y relacionarse con esta población.

De este modo, plantean que los aspectos culturales están presentes en determinadas creencias o actitudes de la población mayor que pueden ser perjudiciales para su salud. Un ejemplo es el rechazo que una persona mayor puede mostrar ante el ingreso en una residencia, por valorarlo como un hecho negativo aunque su familia no pueda atenderle correctamente y se encuentre viviendo en una situación de riesgo para su salud. Por último, otro aspecto cultural nombrado en este bloque relatos hace referencia a la zona donde está ubicado el centro de salud.

Es decir, en función de la zona plantean que la población usuaria tiene unas determinadas características sociodemográficas, un nivel cultural, etc., es decir, en definitiva, un conjunto de particularidades que la distinguen de las poblaciones de otras zonas.

En segundo lugar, en otros casos interrelacionan la diversidad cultural más estrechamente con la presencia de diferencias de “*etnia*” y de procedencia de “*distintos países*” en las poblaciones usuarias. Así, mencionan que siempre han trabajado teniendo en cuenta este tipo de aspectos culturales “*porque van totalmente ligados con la salud*”, pero que han vivido distintos momentos en su abordaje. Es decir, señalan que mientras que en un primer momento centraron su atención en este tipo de diferencias culturales respecto a la población de “*etnia gitana*”, posteriormente y a raíz del “*boom de la inmigración*” el núcleo se focaliza en la población migrante. En el primer caso, refieren que durante los primeros años de su inserción laboral a los centros de salud, el interés se puso en el desarrollo de estrategias de riesgo en zonas con presencia de población “*digamos de raza gitana*”, es decir “*era como que no había otro sitio donde trabajar*”. Posteriormente, estiman que la llegada de población migrante ha supuesto dos tipos de cambio: a) a nivel individual ha implicado trabajar con población inmigrante “*con unas características determinadas*” y b) a nivel poblacional ha transformado las zonas de transformación social existentes que siempre se han identificado “*con una cultura determinada*”, en las que ahora la “*cultura gitana*” ha pasado a constituirse como una “*minoría*”, así como también ha dado lugar al surgimiento de “*zonas nuevas*”.

Además, por un lado, respecto a la llegada de población inmigrante al sistema sanitario, opinan que éste como institución ha sido “*muy solidario*”, “*ha abierto las puertas*” y “*ha acogido*” correctamente a la población migrante. Como ejemplos de ello citan: la regulación del derecho a la cobertura sanitaria de la población migrante, “*incluso sin estar regulares aquí*”; la puesta en marcha de un servicio de teletraducción simultánea, que está disponible para todos los centros públicos en cuarenta y seis idiomas durante las veinticuatro horas del día para población usuaria de otros países; la traducción en seis idiomas de la carta de derechos y deberes de la ciudadanía en los servicios sanitarios públicos; la elaboración de folletos de información sanitaria destinados a población migrante; y la realización de protocolos o manuales de atención sanitaria a población migrante dirigidos al personal profesional de la salud del Sistema Sanitario Público Andaluz. En resumen expresan