

Artículos / Articles

Representaciones sociales sobre la salud en poblaciones no hegemónicas: una aproximación interseccional a las percepciones de las personas migrantes y gitanas en el País Vasco

Social representations of health in non-hegemonic populations: an intersectional approach to the perceptions of migrant and Roma people in the Basque Country

Yolanda González-Rábago 

Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico – OPIK. Departamento de Sociología y Trabajo Social, Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea, España.
yolanda.gonzalezr@ehu.eus

Iratxe López-López de Araya * 

Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico – OPIK. Departamento de Sociología y Trabajo Social, Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea, España.
iratxe.lopez@ehu.eus

Celia Fernández-Carro 

Departamento de Sociología III, Facultad de Ciencias Políticas y Sociología, UNED, España.
celia.fernandez@poli.uned.es

Isabel Portillo 

Servicio Vasco de Salud, Departamento de Salud, España. Instituto de Investigación Sanitaria IIS, Biobizkaia, España.
mariaisabel.portillovillares@osakidetza.eus

Recibido / Received: 26/12/2025

Aceptado / Accepted: 12/03/2025



RESUMEN

Las concepciones de la salud son representaciones sociales que se desarrollan en contextos históricos y culturales específicos y condicionan los comportamientos en salud. Estas concepciones no son socialmente homogéneas, sino que están influenciadas por diversas posiciones de privilegio y opresión. El objetivo de este estudio fue comprender las diversas representaciones sociales sobre los procesos de salud-enfermedad y sus determinantes desde un enfoque que considere la diversidad por origen migratorio y étnico, y desde una perspectiva interseccional. Se realizó un estudio cualitativo desde un enfoque socioconstructivista, mediante grupos de discusión y grupos triangulares con un total de 74 participantes, en el País Vasco (España) entre octubre de 2023 y mayo de 2024. Se observa un continuum desde concepciones multidimensionales y no binarias de la salud, y que integran el modelo de los determinantes sociales de la salud entre las personas en situaciones de poder, hasta representaciones vinculadas a la dimensión física y como ausencia de enfermedad, ligadas al modelo biomédico entre los grupos más desfavorecidos. Ello tiene implicaciones para el diseño de estrategias de promoción y prevención en salud, haciéndose imprescindible aplicar un enfoque interseccional en salud.

*Autor para correspondencia / Corresponding author: Iratxe López-López de Araya, iratxe.lopez@ehu.eus

Sugerencia de cita / Suggested citation: González-Rábago, Y., López-López de Araya, I., Fernández-Carro, C., y Portillo, I. (2025). Representaciones sociales sobre la salud en poblaciones no hegemónicas: una aproximación interseccional a las percepciones de las personas migrantes y gitanas en el País Vasco. *Revista Española de Sociología*, 34(2), a267. <https://doi.org/10.22325/fes/res.2025.267>

Palabras clave: desigualdades en salud, interseccionalidad, investigación cualitativa, raza, etnia.

ABSTRACT

Lay conceptions of health are social representations that develop within specific historical and cultural contexts and shape health behaviours. These conceptions are not socially homogeneous but are influenced by various positions of privilege and oppression. This study aimed to explore the diverse social representations of health and illness processes and their determinants, considering diversity in terms of migratory and ethnic backgrounds from an intersectional perspective. A qualitative study was conducted from a socioconstructivist approach, using discussion groups and triangular groups, with a total of 74 participants in the Basque Country (Spain) between October 2023 and May 2024. The findings reveal a continuum: on one end, multidimensional and non-binary conceptions of health that incorporate the social determinants of health model among individuals in positions of power; on the other, representations centred on the physical dimension and defined as the mere absence of disease, aligned with the biomedical model, among the most disadvantaged groups. These findings have important implications for the design of health promotion and prevention strategies, highlighting the need for an intersectional approach to health.

Keywords: health inequalities, intersectionality, qualitative research, race, ethnicity.

INTRODUCCIÓN

La salud y la enfermedad son construcciones sociales con un carácter dinámico, cultural e históricamente determinado, cuya producción y reproducción se da en contextos sociales particulares (Gómez-Arias, 2018). Los procesos de salud-enfermedad, como hechos sociales, están mediados por la idea que las personas tenemos sobre “lo sano” y “lo enfermo”, lo que condiciona a su vez cómo se consigue mantenerse sano o evitar la enfermedad. Se trata de representaciones sociales que calan en las percepciones y creencias, determinando las estrategias de autocuidado. Así, los comportamientos dirigidos a prevenir, tratar o afrontar malestares no pueden disociarse de las percepciones, ideas y creencias que los individuos tienen sobre lo que favorece o perjudica su salud.

El objetivo de este estudio es aproximarse a las representaciones sociales que intervienen en los procesos de salud-enfermedad, examinando las creencias y percepciones que la población adulta residente en el País Vasco manifiesta en torno a dos cuestiones; qué es la salud y qué la condiciona. Además, el estudio tiene en cuenta la diversidad de ejes de desigualdad que atraviesan a las personas, bajo la hipótesis que la conceptualización de la salud variará en función de la posición que cada individuo ocupe en los ejes de poder y privilegio/subordinación. Concretamente, el estudio adopta una perspectiva interseccional que analiza los cruces entre las categorías origen migratorio y étnico, género y clase social. De estos tres ejes de desigualdad, se pone especial énfasis en las representaciones sociales sobre la salud de la población racializada no hegemónica (personas migrantes y personas gitanas), dado el vacío de conocimiento existente. Mientras que el género o la clase social han sido categorías de análisis habituales en los estudios sobre las representaciones sociales de la salud, el origen migratorio, racial o étnico apenas se ha tenido en cuenta en el contexto de la Europa continental, en donde la mayoría “blanca” sigue siendo el sujeto estándar. A esto hay que añadir que, a pesar de su importancia para comprender los comportamientos relacionados con la prevención y el cuidado de la salud, existen pocas investigaciones que aborden las percepciones, actitudes o creencias sobre la salud desde la perspectiva de la

ciudadanía, habiendo más estudios centrados en analizar la opinión del personal sanitario y experto (Baverstock et al., 2018; Kostelanetz et al., 2022). Dado el progresivo aumento y fuerte arraigo tanto de la población migrante (12,4%), como de la comunidad gitana, que cuenta con una población estimada de 17.000 personas en el País Vasco (Shershneva Zastavnaia, 2024; Departamento de Igualdad, Justicia y Políticas Sociales del Gobierno Vasco, 2022), se hace necesaria una mayor comprensión de la cosmovisión que estos colectivos tienen sobre qué es la salud y qué la determina. También por la mayor vulnerabilidad en términos de salud de las poblaciones racializadas no hegemónicas, sobre todo si estas son objeto de discriminación (Rodríguez-Álvarez et al., 2017). Se ha demostrado que las personas migrantes y pertenecientes a minorías étnicas presentan peores indicadores de salud (Nielsen y Krasnik, 2010; La Parra-Casado et al., 2021), así como mayores dificultades de acceso a los servicios sanitarios (Zwi et al., 2017), y que ambas circunstancias tienen que ver, entre otras cosas, con sus creencias y percepciones sobre la salud, dada su conexión con el autocuidado, el uso de los servicios sanitarios, la adherencia a campañas de salud pública, etc. Una mirada interseccional permitirá entender con más profundidad las representaciones sociales que la población migrante y gitana tienen sobre la salud, como un primer paso para combatir las desigualdades en salud que experimentan estos colectivos.

Representaciones sociales sobre la salud y la enfermedad

Las representaciones sociales son maneras de interpretar y pensar la realidad cotidiana, a través de imágenes que condensan significados que se crean y recrean en el curso de nuestra experiencia, integrando un conocimiento que se elabora y comparte socialmente (Jodelet, 1986). Estas interpretaciones operan como un sentido común que permite a los individuos manejarse en su entorno cotidiano y evaluar la realidad en base a ciertas pautas compartidas que condicionan sus creencias y, por ende, sus comportamientos, estableciendo sistemas de pensamiento comunes acerca del entorno que les rodea (Abric, 2001). Las representaciones sociales, en definitiva, toman cuerpo y se fijan en la conciencia colectiva en forma de saberes normativos (Moscovici, 2001).

Ese componente compartido de las representaciones sociales hace que el contexto juegue un papel esencial en su configuración. Tal y como explican el modelo de Bronfenbrenner (1994) y otros desarrollos posteriores (Velez-Agosto et al., 2017), los entornos, a través de sus diferentes niveles o sistemas ecológicos, condicionan las interpretaciones que una persona tiene de sí misma, de los demás y del mundo. En buena medida, es el contexto inmediato (o microsistema) donde se adquieren las representaciones sociales a través de las interacciones directas y cercanas con familia, amistades o escuela, que a su vez interaccionan entre sí, generando una red de significados compartidos (mesosistema). Las representaciones sociales también se ven condicionadas por la influencia indirecta de los ambientes en los que no está involucrado el individuo (exosistema). El macrosistema, como contexto general de cultura compartida, es donde se transmiten los valores, creencias y normas sociales, que a su vez se ven influenciados por el cronosistema, entorno temporal e histórico que modela nuestra visión de la realidad.

En lo que respecta a los procesos de salud y enfermedad, las representaciones sociales construyen un marco “lógico” que guía a los comportamientos de prevención y autocuidado de las personas, el cual está imbuido de los valores predominantes en cada sociedad (Gómez-Arias, 2018). Todo marco de comprensión, también el relativo a la salud, tiene un elemento de corte ideológico que define las categorías y valores bajo la mirada de los grupos sociales hegemónicos y que se va estableciendo en diálogo con los patrones normalizadores del poder dominante (Canguilhem, 1986). En el caso de las sociedades del norte global, esos patrones normalizadores que dotan de significado a las nociones de “lo sano” y “lo enfermo”,

así como sobre las causas de la enfermedad, provienen del modelo biomédico propio de la medicina alopática u ortodoxa (Foucault, 2001; Menéndez, 2020). Así, la salud queda definida, en su formulación más básica, como la ausencia de enfermedad, esto es, partiendo de una definición de la salud en términos negativos que conlleva la necesidad de definir el propio concepto de enfermedad, mayoritariamente entendido como una desviación de la norma, en términos de Parsons (1984).

Este modelo biomédico asume la salud como la normalidad, haciendo que los individuos evalúen permanentemente el nivel de ajuste entre la situación propia y lo que el imaginario colectivo entiende como un estado de salud “normal” en términos cognitivos, anatómicos, funcionales, epidemiológicos, etc. Este enfoque normalizador funciona como un dispositivo de control social en términos funcionalistas, estableciendo cuáles son los estados de salud funcionales, es decir, permitidos y deseables, y cuáles no, así como las conductas relacionadas con la salud que favorecen o perjudican ese estado funcional (Parsons, 1984). Este discurso hegemónico sobre lo “normal” en términos sanitarios, es percibido y asumido bajo una multiplicidad de formas como autovigilancia y autocontrol, además de reproducido por instituciones sociales como la familia o la escuela.

Las representaciones sociales en salud desde una mirada interseccional

El concepto de interseccionalidad, surgido en el activismo feminista negro estadounidense (Crenshaw, 1989), introdujo la idea de que las situaciones de vulnerabilidad son el resultado de la interdependencia entre los sistemas de dominación social. La versatilidad de la propuesta hizo trascender el ámbito de los estudios feministas para convertirse en una referencia teórica y metodológica multidisciplinar, suponiendo una verdadera revolución en el estudio las desigualdades sociales. Así, se comprenden las inequidades en salud bajo los sistemas de dominación heteropatriarcal, capitalista y colonial (Fraser, 2015; Lugones, 2010) que se vinculan y refuerzan mutuamente para situar a ciertos grupos sociales en posiciones estructuralmente devaluadas desde las cuales conciben y manejan su salud. La investigación sobre las desigualdades en salud ha sido uno de los últimos campos en advertir el potencial que ofrece el marco de la interseccionalidad (Couto et al., 2019), bajo la premisa de que, si las relaciones de poder sitúan a los individuos en posiciones de dominación/subordinación dentro de la estructura social, y estas posiciones determinan sus condiciones de vida, también determinarán sus condiciones de salud. Al no experimentar la opresión de manera uniforme, las diferentes posiciones de dominación/subordinación interactúan para conformar las experiencias con respecto a la aparición de enfermedades y malestares. Además, la función crítica que conlleva implícito el uso del marco de la interseccionalidad convierte el análisis de las inequidades en salud en una cuestión política.

Las representaciones sociales sobre qué es la salud están atravesadas por múltiples ejes de desigualdad que colocan a los individuos en posiciones asimétricas de poder y privilegio (Bowleg, 2012), haciendo que categorías sociales como el género, la edad, o la clase social condicionen el imaginario sobre qué es y qué determina la salud (van Dalen et al., 1994; Furnham, 1994). Si bien no existen muchas investigaciones sobre representaciones sociales sobre la salud que partan de la interseccionalidad como marco interpretativo, los ejes de estratificación social como el género, la clase social o la edad sí aparecen en investigaciones como categorías diferenciadoras de las creencias en salud.

Así, en lo que respecta al género existen diferentes nociones, siendo los hombres quienes más asocian salud y enfermedad con aspectos físicos y funcionales (Simon et al., 2005). Además, en el caso de las mujeres, se han analizado también las representaciones en intersección con otras características como la clase social o la edad, mostrando que

aquellas de menor clase social suelen definir la salud desde parámetros unidimensionales y en términos de funcionalidad, más cercano a los hombres, a diferencia de las mujeres de mayor nivel socioeconómico (Calnan y Johnson, 1985). También se ha analizado la evolución en el tiempo de las ideas sobre la salud y sus diferencias según la situación social o de actividad laboral de las mujeres, mostrando que las concepciones de salud se han visto afectadas por perspectivas vitales más asociadas al desarrollo de una vida sociolaboral, más allá de los roles de “ama de casa” dominantes en el pasado (Conde y Gabriel, 2002). También se ha evidenciado que las concepciones de salud van cambiando a lo largo del ciclo vital (Backett y Davison, 1992), y que el nivel socioeconómico influye en la manera en que se entiende la salud, siendo más habitual que los colectivos más desfavorecidos enfatizen la ausencia de enfermedad, mientras que las personas con nivel socioeconómico más alto aludan a expresiones acerca de la vitalidad, el bienestar o la capacidad funcional como parte de la salud (Stronks et al., 2018).

En todo caso, los estudios sobre representaciones sociales de la salud no suelen presentar una mirada interseccional, ni tampoco abordar poblaciones no hegemónicas como la migrante o la gitana. Además, en nuestro contexto, la evidencia disponible remite a hace varias décadas, lo cual precisa de estudios que actualicen el conocimiento sobre las conceptualizaciones de la salud en múltiples colectivos.

Percepciones y creencias sobre la salud en la población migrante y gitana

Las evidencias acerca de las diferencias culturales en las creencias sobre la salud han solido analizar a la población en el lugar de origen, pero no de destino, existiendo pocos estudios enfocados en la población migrante, solicitantes de asilo, minorías étnicas o personas refugiadas. La mayoría se han desarrollado en el ámbito anglosajón, habitualmente centrados en una o varias nacionalidades, o grupo étnico/racial específico de especial vulnerabilidad en salud, como los hombres afroamericanos (Ravenell et al., 2006; Sanders Thompson et al., 2009) o las migrantes embarazadas con diabetes gestacional (Hjelm et al., 2018). Otras aproximaciones examinan estas creencias en personas migrantes que padecen dolencias concretas como la hipertensión, la diabetes mellitus o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), en la búsqueda de estrategias para lograr una mayor adherencia de estos colectivos a los tratamientos y medicación prescrita (Shahin et al., 2021; Hjelm et al., 2018).

La evidencia refleja que, en muchos casos, las personas migrantes sostienen que la “salud” es la ausencia de enfermedad. Por ejemplo, un estudio acerca de los migrantes procedentes de Ghana e India residentes en Reino Unido mostró la inseparable vinculación entre tener salud y no haber necesitado acudir al médico (Alidu y Grunfeld, 2017). En la misma línea, otro estudio con personas migrantes procedentes del Sudeste asiático (Nepal, India, Bután y Sri Lanka) que residían en Australia mostró que síntomas como la fiebre, tos o fatiga se entendían como indicadores de pérdida de salud (Subedi et al., 2022). De igual manera, la población migrante suele considerar que la salud tiene dos dimensiones: la salud física y la mental (Subedi et al., 2022; Jobanputra y Furnham, 2005).

Aunque los enfoques comparativos con la población mayoritaria o privilegiada blanca caucásica son escasos (Pfeffer y Moynihan, 1996), la evidencia muestra creencias compartidas, sobre todo en lo que respecta a qué condiciona la salud. Por ejemplo, los migrantes procedentes de Ghana e India residentes en Reino Unido, igual que la población blanca nativa, consideraban que la alimentación saludable y el ejercicio diario eran los determinantes clave de la salud, a la vez que se consideraban como una responsabilidad individual (Jobanputra y Furnham, 2005; Alidu y Grunfeld, 2017). Dormir bien es otro de los factores señalados por los migrantes (Subedi et al., 2022), así como la ausencia de estrés.

Comparado con el contexto anglosajón, en la Europa continental apenas existen estudios sobre las percepciones sobre la salud de las poblaciones racializadas. Esa ausencia se debe a que, en Europa, con la excepción de Reino Unido, no suelen considerarse la raza o la etnia como categorías desde un punto de vista estadístico, ni tampoco como categorías analíticas para la investigación, a pesar de su inequívoca existencia como categorías de estratificación social.

Así, en el contexto europeo continental, y especialmente en el contexto español, el acercamiento desde el ámbito de la salud a las personas racializadas se ha producido fundamentalmente a través del estudio de las desigualdades en el estado de salud entre la población autóctona y migrante (Bousmah et al., 2019), o bien entre la población gitana y no gitana (La Parra-Casado et al., 2021). Sin embargo, no se han identificado estudios acerca de las percepciones de la salud y la enfermedad, y de sus determinantes sobre estas poblaciones. Cabe destacar que una reciente revisión de artículos sobre la salud del pueblo gitano identificó 40 estudios, ninguno de ellos sobre percepciones, y muy pocos en el ámbito español (Fernández-Feito et al., 2019).

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio cualitativo desde un enfoque socioconstructivista (Berenguera et al., 2014), ya que las ideas, creencias y representaciones acerca de la salud y la prevención se entienden como construcciones sociales y, por tanto, se producen en el marco de la interacción social, compartida y dinámica, dando virtualidad a las diferentes percepciones sociales. El estudio utilizó un enfoque explicativo-interpretativo y se llevó a cabo en la Comunidad Autónoma del País Vasco (España) entre los meses de octubre de 2023 y marzo de 2024.

Para lograr los objetivos de estudio se utilizaron técnicas de producción de datos de carácter conversacional, en concreto grupos de discusión (GD) y grupos triangulares (GT). En el caso de las personas racializadas, se eligió realizar GT ya que, como explica Fernando Conde, en ellos los discursos se constituyen en un espacio “transicional”, entre el “yo” y el “los otros”, en una situación de producción discursiva más abierta y pre-representativa (Conde 1993, citado por Conde, 2008) y mediante “experiencias referidas” más cercanas al individuo que las que emergen en los GD, se favorece la descodificación de las estructuras simbólicas de comportamiento más allá de las discursos socialmente dominantes en ciertos grupos (Conde, 2008). Los GT compuestos por un número reducido de participantes (normalmente 3-4 personas) permiten crear un entorno más cercano y un mayor grado de confianza entre participantes y con la moderadora, activándose los discursos en mayor medida a través del componente vivencial que en el caso de los GD, siendo además más adecuados cuando las personas participantes pueden formar parte de un grupo natural o casi-natural, cuestión a considerar por el modo de contactación que se estableció en el caso de la población racializada (Ruiz, 2012).

Se realizó un muestreo intencional de conveniencia dirigido a la población adulta de 40 a 69 años¹. Para la selección de las personas participantes se definieron diversos perfiles en función de las variables de sexo (hombre; mujer), nivel educativo (sin estudios; primarios; secundarios; universitarios) y origen migratorio y étnico (autóctono/blanco; migrante; gitana), con el propósito de conseguir la máxima heterogeneidad estructural de los grupos

¹ La edad no ha sido uno de los ejes utilizados para el análisis interseccional, ya que la población seleccionada se limitó a la franja entre 40 y 69 años debido a que los datos que se analizan en este artículo proceden de un proyecto de investigación más amplio y que se dirigió a la población diana del programa cribado de cáncer colorrectal (50-69 años), así como a la cohorte que se encuentra próxima a entrar en dicho programa (40-49 años). El proyecto tenía por objetivo conocer las representaciones sociales de la salud de este grupo de edad y con especial interés en las poblaciones no hegemónicas ya mencionadas, de cara a identificar barreras para el acceso al cribado de cáncer en estas poblaciones.

de cara a recoger el máximo número de posiciones discursivas con respecto al objeto de estudio. Esas variables fueron elegidas como *proxy* de los principales ejes de estratificación social en el estudio de las desigualdades sociales en salud, esto es, el género, la clase social y la raza/etnia (Tabla 1).

En total se realizaron 8 grupos de discusión y 6 grupos triangulares, con un total de 74 participantes. Los 6 grupos triangulares (n=21) se realizaron con población migrante de diversos orígenes (Latinoamérica, Magreb y África Subsahariana) y con población gitana no migrante. En este sentido, se define a la población racializada como aquella que se encuentra en situaciones de subordinación derivadas de procesos de racialización, entendidos estos como sistemas de dominación y estratificación de las sociedades modernas que crean y reproducen jerarquías raciales y, consecuentemente, desigualdades sociales, también en el ámbito de la salud y la atención sanitaria (González-Rábago et al., 2024). Asimismo, aludiéremos a población no hegemónica desde este punto de vista, en oposición a la población mayoritaria blanca en el contexto geográfico del estudio. Es importante mencionar que este artículo toma como referencia principal el análisis de los datos producidos a partir de los grupos triangulares, esto es, aquellos con población racializada, aunque utiliza también el resto de los datos cualitativos a partir de los grupos de discusión realizados con la población no racializada como elemento de comparación básico para la emergencia de diferencias y particularidades acerca de las representaciones sociales en torno a la salud.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra

Nº	Sexo	Nivel educativo	Origen migratorio y étnico
GD1	Hombres	Primarios/secundarios	Autóctono/blanco
GD2	Mujeres	Primarios/secundarios	Autóctona/blanca
GD3	Mujeres	Universitarios	Autóctona/blanca
GD4	Mujeres	Universitarios	Autóctona/blanca
GD5	Hombres	Primarios/secundarios/universitarios	Autóctono/blanco
GD6	Mujeres	Primarios/secundarios	Autóctona/blanca
GD7	Mujeres	Primarios/secundarios/universitarios	Autóctona/blanca
GD8	Hombres	Universitarios	Autóctono/blanco
GT1	Mujeres	Sin estudios/secundarios	Gitana
	Mujeres	Primarios	Migrante, Ucrania
GT2	Mujeres	Secundarios	Migrante, Cuba
	Mujeres	Secundarios	Migrante, Colombia
GT3	Hombres	Sin estudios/secundarios	Gitana
GT4	Mujeres	Sin estudios	Gitana
	Hombres	Secundarios	Migrante, Marruecos
GT5	Hombres	Secundarios	Migrante, Ghana
	Hombres	Secundarios	Migrante, Camerún
GT6	Hombres	Secundarios	Migrante, Mauritania-Senegal
	Hombres	Primarios	Migrante, Benín

El proceso de selección de participantes se llevó a cabo mediante diferentes estrategias. Para la población no racializada se combinó la difusión a través de cartelera y redes sociales, con contactos provistos por una empresa de reclutamiento de participantes para estudios

cualitativos, además de técnicas de bola de nieve. En el caso de la población racializada, además se contó con la colaboración de organizaciones y asociaciones, tanto de personas migrantes como gitanas. Este proceso tuvo una duración total de tres meses. Todos los grupos se realizaron de manera presencial en espacios públicos como centros cívicos, asociaciones y universidades, exceptuando los grupos de discusión (GD5-GD7-GD8), que se desarrollaron en modalidad online a través de la plataforma Microsoft Teams. Esta decisión respondió a la dispersión geográfica de los/las participantes y resultó adecuada, ya que no se registraron inconvenientes de dinamización o conexión. La duración de los grupos de discusión y de los grupos triangulares osciló entre un mínimo de 1 hora y un máximo de 1 hora y 26 minutos.

Para la recogida de datos se utilizó un guion semiestructurado que abordó las siguientes dimensiones: conceptualización sobre la salud y lo sano, determinantes de la salud y desigualdades en salud, hábitos de vida, factores de riesgo y programas preventivos. El guion fue adaptado a cada técnica y al perfil de las personas participantes. Todas las personas fueron informadas del propósito de la investigación, del uso anonimizado de sus datos y de la confidencialidad de la información, y firmaron el consentimiento para su participación y la grabación de los grupos. Todas las sesiones fueron audiograbadas y posteriormente transcritas. Se realizó un análisis temático reflexivo (Braun et al., 2019) bajo un paradigma hermenéutico-interpretativo y desde una perspectiva interseccional (Crenshaw, 1991), permitiendo estudiar las propias interacciones y conflictos entre los grupos sociales poniendo énfasis en el contexto y las relaciones de poder presentes en los discursos. Durante la realización de los GD y GT se fueron identificando algunos temas o ideas preliminares que se compartían o se producían diferencialmente entre grupos. Después, se codificaron de forma abierta las transcripciones, se agruparon los códigos iniciales en categorías y subcategorías temáticas en base a la interpretación de las investigadoras y de acuerdo a los objetivos, revisando y definiendo dichos temas por pares, en una búsqueda y atribución reiterativa de significados dados por las y los participantes. El análisis se realizó con el apoyo del software Atlas.ti 25. Durante el proceso de análisis y como estrategias de mejora de la validez, los resultados se triangularon entre las personas investigadoras del equipo de investigación y se consensuaron los temas identificados, así como se realizó una devolución de los resultados a las personas participantes. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Universidad del País Vasco (Referencia: M10_2023_349).

RESULTADOS

Se han identificado varios elementos que dan forma a las concepciones sobre los procesos de salud-enfermedad que, a su vez, se sustentizan en posiciones discursivas híbridas atravesadas por múltiples ejes de desigualdad (de género, raza/etnia o nivel educativo). Por un lado, el primer elemento sería el ensamblaje de las dimensiones física, mental y social de la salud y su interconexión para la definición de lo sano y lo enfermo. Por otro lado, un segundo elemento trataría sobre la conjunción salud-enfermedad como concepto binario y la jerarquización de los problemas de salud. Y, por último, como tercer elemento, encontramos la diversidad en la identificación de los determinantes que influyen en los procesos de salud-enfermedad. Por tanto, a continuación, se presentan dichos elementos en la configuración de las diversas representaciones sociales de la salud.

Las dimensiones de la salud: ¿cómo se ensambla lo físico, lo mental y lo social?

Para la gran mayoría de las personas participantes la salud es la conjunción de los estados físico y mental, entendiéndolos como dos elementos que no solo coexisten, sino que se interconectan y son mutuamente dependientes. No se comprende un buen estado de salud sin considerar ambas dimensiones, la física, vinculada a lo corporal, y la mental, asociada con lo emocional, entendiendo que una influye en la otra.

“Sí, sí, depende de muchas cosas. Mentalmente, físicamente, todo depende. O sea, salud es una palabra muy amplia.” (GT5, hombre migrante, estudios secundarios)

“Pero es verdad que, si no tienes la mente sana y lejos de preocupaciones, pues al final tu cuerpo de por sí recibe esas señales y tú puedes enfermarte quieras o no.” (GT2, mujer migrante, estudios secundarios)

“¿Es que van de la mano una de la otra? Si no tienes de una de las dos, la otra está coja”. (GD3, mujer blanca, estudios universitarios)

Esta definición bidimensional de la salud se extiende hasta el ámbito social-relacional en el caso de las personas migrantes, igual que para aquellas autóctonas de mayor nivel educativo. Éstas apuntan a una concepción de la salud más holística e integral, en el que las relaciones interpersonales toman especial relevancia como fuente de bienestar y salud. Esta visión implica que para “tener salud” es necesario establecer una red de apoyo, social y familiar, que proporcione recursos emocionales y prácticos que ayuden a enfrentar situaciones difíciles y mantener una vida sana. En el caso de las personas migrantes, además, esta identificación de la dimensión relacional de la salud se aprecia especialmente tras las experiencias de duelo migratorio.

“Para mí, salud es sentirte bien en todos los planos, tanto la parte más física como la parte mental, y cuidando tanto lo más físico, del compendio que pueda suponer esto, como las partes más inmateriales, como son las relaciones sociales.” (GD8, hombre blanco, estudios universitarios)

“Yo creo que la pareja que formo, estoy muy feliz y esto también me ha aportado mucho. [...] Antes de venir mi familia, de venir mi esposa, estaba en una depresión muy enorme. Yo creo que entre los factores que pueden aportar algo a la salud de una persona, está tener una buena pareja, una pareja con la que se comprenden, o sea, una pareja feliz.” (GT6, hombre migrante, estudios secundarios)

“También súmale a eso si tienes algún duelo o alguna situación... bueno, tienes que trabajártelo mucho. Se vive mucha experiencia, pero mucha experiencia en la vida, [...] todo eso deteriora también la mente y la salud y si no estás acompañada ni escuchada. [...] Y lo que en realidad te ayuda a mejorar la salud pueden ser las relaciones, mezclarte entre distinta gente.” (GT2, mujer migrante, estudios secundarios)

En el otro extremo discursivo, esto es, en una visión unidimensional de la salud, encontramos a los hombres de la comunidad gitana. En su discurso no se mencionan ni los aspectos emocionales ni de salud mental, ni tampoco se hace alusión a la dimensión socio-relacional de la salud, refiriéndose únicamente a lo físico-corporal y, en consecuencia, sólo a aquellos aspectos que determinan ésta, esto es, a los hábitos de vida.

“El tabaco, pues también la bebida influye mucho...El mal comer, la bebida, la mala vida” (GT3, hombre gitano, sin estudios)

La salud-enfermedad como concepto binario y su jerarquización

Por otra parte, las concepciones sobre la salud y la enfermedad se siguen encontrando muy imbuidas por una perspectiva binarista, en donde la salud se define en oposición a la enfermedad o como la ausencia de enfermedad, especialmente entre algunos hombres migrantes y mujeres gitanas. Esta concepción como la ausencia de enfermedad refleja un todavía arraigado enfoque biomédico, que, mediante el etiquetaje de síntomas y signos durante el proceso diagnóstico típico del modelo médico hegemónico, establece fronteras de lo sano y lo enfermo, de lo normal y lo patológico.

“[Moderadora: ¿Qué significa para vosotros la salud?] Enfermedad. Claro, como lo contrario, sí, como lo contrario.” (GT6, hombre migrante, estudios primarios)

“[La salud es] pues que no haya enfermedades” (GT4, mujer gitana, sin estudios)

“Y para nosotros eso es estar enfermo, no, no consideramos que estemos enfermos hasta que no te dicen que tienes algo, le ponen el nombre.” (GT1, mujer gitana, estudios secundarios)

Son las mujeres gitanas que han participado las que fundamentalmente entienden algunos malestares, que consideran menores, como subordinados a las enfermedades graves, estableciéndose una jerarquización de las patologías y una distancia mayor entre estar sano/a y estar enfermo/a, en donde la enfermedad comienza cuando se inicia el proceso de etiquetaje y tratamiento médico.

“[Estar sano puede ser tener] dolores de muelas, anginas, catarros, cosas llevaderas que dices, bueno... Pero ya cuando hay una enfermedad fuerte. Que vives con el corazón un poquito pendiente diciendo, ¿qué puede pasar?” (GT4, mujer gitana, sin estudios)

“Yo digo: “está sana” porque no tiene ninguna enfermedad que necesite un tratamiento serio.” (GT1, mujer gitana, sin estudios)

Todos los grupos sociales manifiestan la centralidad de “tener salud” en su vida, aunque las razones que aluden parecen ser diferentes. En el caso de las personas migrantes y gitanas, la salud es vital como posibilitadora, por un lado, del trabajo productivo que permite la subsistencia económica y, por otro, del trabajo reproductivo, es decir, la capacidad para continuar con las tareas domésticas y el cuidado de los demás. Mientras, la población hegemónica blanca, tanto hombres como mujeres y de diferentes niveles educativos, parecen tener una visión más hedonista de la salud, vinculando ésta con la capacidad para disfrutar de la vida y con las aspiraciones personales.

“Pero sé que la salud es lo principal, ¿no? Para estar ahí con la familia y para estar en ese sentido con ellos, trabajar, sacar adelante a la familia, que es lo más importante. La salud ya te digo que es lo primero para estar en casa ahí y salir un poquito a flote, claro, si no tienes salud...” (GT3, hombre gitano, sin estudios)

“Lo más importante de la vida. Lo más importante, tener salud, porque si yo no tuviera salud, ¿qué sería de mis nietos y de mi hijo?” (GT1, mujer gitana, sin estudios)

“Bueno, pues yo pienso que la salud es lo que nos permite llevar una vida cómoda y nos permite en el día a día... sin salud no puedes igual realizar actividades que te gusta hacer del día a día.” (GD5, hombre blanco, estudios secundarios)

“La salud te da la posibilidad de vivir y hacer tus proyectos y todo lo que quieras ¿no?” (GD3, mujer blanca, estudios universitarios)

¿Qué determina nuestra salud?: desde la inevitabilidad de la enfermedad a la salud condicionada por factores socioestructurales

Se identificaron importantes diferencias entre grupos sociales acerca tanto de los determinantes de la salud, como de los factores causales de las enfermedades. En primer lugar, emergió un discurso muy dominante entre aquellas personas que adoptaban una mirada más biomédica de la salud, en los términos antes explicados, por el cual la aparición de la enfermedad es azarosa, “es lo que te toca”. Este azar aparece vinculado a, en ocasiones, factores genéticos o hereditarios, mientras, en otras ocasiones, se conecta con la “mala suerte”. Desde este punto de vista, se considera que, aunque se lleve un estilo de vida saludable y “se cuide la salud”, la enfermedad aparece vinculada a la noción de inevitabilidad. Esta posición se refleja especialmente en el discurso del grupo de hombres blancos de estudios bajos, así como del de hombres gitanos.

“Pero siempre hay patologías [...] que a veces que también vienen por cuestiones genéticas y esas son muy difíciles atacar contra ellas. Por ejemplo, [enfermedad genética] que es hereditaria es debido a la alteración genética y claro... (GD5, hombre blanco, estudios primarios)

“Este gitano de [nombre de un lugar] a los 60 años en paz descanse, en 3 meses se marchó. ‘Tengo cáncer’, lo llevaron al hospital le vieron, ‘no hay nada que hacer’ [...] No fumaba, ni bebía ni nada, solamente hacía su vida normal con su mujer y pasear.” (GT3, hombre gitano, sin estudios)

Tanto entre las personas participantes de la comunidad gitana y como de la migrante, especialmente de religión musulmana, las concepciones sobre la inevitabilidad de la enfermedad se vinculan a elementos de tipo cultural y religioso que, a su vez, suponen diferencias en las formas de afrontamiento de las enfermedades. La fe resulta fundamental para enfrentar los desafíos de la vida, incluida la enfermedad, proporcionando esperanza en tiempos difíciles. Siendo una parte de la práctica religiosa la asistencia a cultos o mezquitas, estos lugares son también espacios donde se encuentra apoyo social y comunitario.

“Los cristianos ¿no? Los que conocemos a Dios nos refugiamos en Dios. Que es el único que te puede dar la paz que te pueda llevar a descansar. [...] ¿Por qué? Porque confías en Dios, en que Dios te va a sacar de ahí, en que Dios te fortalece, te fortalece la mente el Señor. Te fortalecerte la mente y el corazón, y ya se llevan las cosas de otra manera.” (GT4, mujer gitana, sin estudios)

“Con lo cual me pidieron un buen momento que estaba en la iglesia evangélica, yo creo que Dios me preparó para ese año y para cuando me salió un bulto aquí [señala la nuca] ir al médico y me dijo: ‘tienes un cáncer de 5 años de vida’, con lo cual dije, ‘bueno, pues necesito 10, a ver cómo lo apañamos’. Y si me preguntas cuál fue el año mejor de mi vida, fue ese. Para mí el mejor año de mi vida fue cuando tuve un cáncer y estuve tomando quimio. Porque me pilló en un momento que estaba en la iglesia, estaba con Dios, estaba metido por dentro, estaba disfrutando.” (GT3, hombre gitano, estudios secundarios)

“Sí, por mi caso la fe es muy importante y en mi caso porque yo siempre me refiero a este señor Alá para pedirle cosas que resulta que lo tengo, sí. Parece, raro, pero claro, es así.” (GT6, hombre migrante, estudios primarios)

Las representaciones sobre la inevitabilidad de los procesos de salud-enfermedad, vinculadas tanto a la fe religiosa o espiritual, como atribuidas a la suerte, aparecen relacionadas con una forma menos activa de atender la propia salud, incluyendo tanto el desarrollo de un estilo de vida saludable como en términos de realización de prácticas preventivas en salud. Así, de forma especialmente explícita, los hombres de bajo nivel educativo, tanto migrantes, gitanos como blancos, así como las mujeres gitanas, aluden a una escasa preocupación cotidiana por cuidar la salud, o no al menos hasta el momento en que se presenta algún tipo de sintomatología que indique que ésta comienza a “fallar”.

“No le damos importancia hasta que nos pase algo. O sea, que la salud no le damos tanta importancia hasta que realmente tengamos algún problema, es cuando nos damos cuenta de que sí, que es muy importante cuidarla. (GT5, hombre migrante, estudios secundarios)

“Yo lo del médico tiene que ser cuestión de vida o muerte para que vaya. [...] tengo que estar muy mal para ir al médico.” (GD1, hombre blanco, estudios primarios)

“Yo empecé a cuidarme cuando he caído mala porque antes me daba todo igual la verdad. Tras caer mala, pues ha sido cuidándote un poco.” (GT1, mujer gitana, sin estudios)

A su vez, esta pasividad ante el cuidado de la salud se relaciona con un mayor distanciamiento de los servicios de salud y con una menor disposición a solicitar asistencia de los hombres y de las mujeres gitanas, a diferencia de las mujeres tanto migrantes como autóctonas, que integran de manera más generalizada el cuidado cotidiano de la salud, tanto para ellas mismas como para poder seguir ejerciendo el rol de cuidadoras.

“Que somos dejadas. Igual no vamos al médico, por lo que dice ella, ‘tengo mucho dolor de cabeza, pues a ver si se me quita’, me tomo algo y me tiro una hora. Igual cuando ya veo que no, digo ‘ay, no se me quita con nada, voy a ir’. Ahí somos más dejadas.” (GT4, mujer gitana, sin estudios)

“A ver, nosotras nos cuidamos para estar bien, para estar bien nosotras, pero a la vez ahí te queda el poso de por si me necesitan.” (GD3, mujer blanca, estudios universitarios)

Con relación a los determinantes sociales de la salud, se percibe una clara identificación desde todas las posiciones discursivas de algunos condicionantes socioestructurales, en especial los relativos al entorno residencial, las condiciones laborales o la estabilidad económica, pero es la población racializada, tanto migrante como gitana, y también las personas no racializadas de menor nivel educativo las que subrayan el desigual efecto en salud de estos determinantes materiales según tu posición en la jerarquía social. De hecho, en estos grupos se destacó el papel del trabajo remunerado y las condiciones precarias como gran fuente de malestar. Así, junto al impacto que el desempleo puede tener en la salud dada la falta de recursos económicos que se deriva, las personas participantes de clases sociales más desfavorecidas son muy conscientes del impacto en salud de trabajos con jornadas laborales prolongadas, que pueden generar agotamiento y desgaste tanto físico como emocional, y de cómo el estrés derivado del trabajo tiene un efecto en la salud.

“[La salud] depende del trabajo que tengas, [...] de la situación que tengas, tanto laboral, económica.” (GD7, mujer blanca, estudios secundarios)

“Como tú lo has dicho es lógico, si uno no tiene recursos o no trabaja pues claro, es un poco difícil [...] No trabajas, no tienes dinero.” (GT5, hombre migrante, estudios secundarios)

“Yo creo que también, digo yo, también mucho estrés, creo yo, también es del tipo de responsabilidad que tengas en tu trabajo. No es lo mismo estrés un obrero, por

ejemplo, no sé si en tu caso, un camarero, que un jefe de una gran empresa, que me refiero también que el tipo de responsabilidad que ocupes.” (GD1, hombre blanco, estudios secundarios)

Otro determinante de la salud claramente identificado, pero esta vez únicamente y de forma muy notoria sólo en el caso del discurso de las mujeres, es la dificultad de conciliar la vida laboral y familiar y su impacto en salud. Así, de una manera muy transversal en el discurso de mujeres de diferentes orígenes y niveles educativos, se percibe el papel determinante que tienen sobre la salud las expectativas sociales y de género, en donde las mujeres hacen frente a una mayor presión para equilibrar las demandas del trabajo remunerado con las responsabilidades del cuidado de las hijas e hijos, la atención a otros familiares y las tareas domésticas. De hecho, reconocen que esta situación puede generar estrés, agotamiento y limitación de tiempo para adoptar hábitos de vida saludables, afectando al bienestar físico y emocional de las mujeres.

“Yo creo que un montón, sobre todo cuando tienes críos el tema de la conciliación te agobia, te estresa, te quita la vida y te quita todo. Una pasada.” (GD2, mujer blanca, primarios)

“Has pasado a otra edad y ahora sigues cuidando, pero cuidas doblemente lo que tú dices, sigues teniendo hijos, tienes nietos y a la vez tienes padres, tíos, suegros, que tienes que atender.” (GT1, mujer gitana, estudios secundarios)

“Porque esto es así, trabaja, trabaja, trabaja. No podíamos tener hijos, adoptamos una criatura, lleva la criatura 3 meses en casa, me quedo embarazada. [...] Sigue trabajando, mi madre con un cáncer, mi padre con tres ictus, mi suegro con Alzheimer, mi suegra, que ya no sé ni de qué se murió la buena señora. O sea. Yo no he tenido tiempo hasta cuando mis hijos han sido más mayores y yo he seguido trabajando toda mi vida.” (GD3, mujer blanca, estudios universitarios)

Asimismo, las mujeres se enfrentan a los ideales de la “madre perfecta” o “superwoman”, tratando de equilibrar múltiples roles como madre, esposa, profesional exitosa y buena amiga, lo que les genera una presión adicional que impacta negativamente en su bienestar emocional. Es importante resaltar que, mientras que las mujeres blancas y las migrantes cuestionan estos roles de género impuestos, entre las mujeres gitanas el rol de cuidadora no es tan cuestionado y, en cierta medida, es valorado en tanto que lo asocian al autocuidado y al bienestar. Es la manera en la que se ejerce dicho rol, de forma exclusiva entre las mujeres gitanas, frente a la simultaneidad con el trabajo remunerado y con unas altas expectativas sociales también en la esfera del ocio y la participación social, en donde puede radicar la diferencia en el efecto sobre la salud que diferencia a ambos perfiles de mujeres.

“¿He podido con todo, sabes? He podido con todo, una superwoman, hasta que me doy cuenta, ¡pero qué puta trampa es ésta! Somos unas pringadas, digo ‘yo no quiero ser superwoman, ya está. Se acabó’. ¿Entonces, qué hay que dejar de lado que coma ensalada al niño? Pues el niño no come ensalada.” (GD4, mujer blanca, estudios universitarios)

“A veces ir contra reloj y en contra es complicado también, pero los hombres sacan más tiempo para todo. [...] Vamos eso y luego bueno, que yo creo que como mujeres nos toca, no sé, como ser una supermujer, por así decirlo, en todos los sentidos, ¿no? A lo que a ellos le quitan importancia, nosotros se la damos demasiado también.” (GT2, mujer migrante, estudios secundarios)

“Ella atiende a sus hijos [sus nietos] y se los lleva a la escuela, atiende al chico. Bueno, ella está de maravilla.” (GT1, mujer gitana, sin estudios)

Otro de los determinantes intermedios mencionados es el de la vivienda, aunque aparece mucho más predominantemente en el discurso de la población migrante y gitana. La vivienda se considera un elemento fundamental que no solo refleja calidad de vida, sino también la identidad cultural y social de sus integrantes. En su discurso, los hombres migrantes y gitanos señalan las dificultades relacionadas con la falta de vivienda o la inestabilidad residencial, y las consiguientes repercusiones en la salud física y mental. Entre los hombres gitanos se enfatiza la importancia de la calidad y las características intrínsecas de la vivienda. Aun existiendo mejoras respecto al pasado, persisten desafíos asociados a las barreras económicas que enfrentan estas comunidades, las cuales son más significativas que las que experimenta la población mayoritaria. En este contexto, la vivienda no solo representa un espacio físico, sino que se convierte en determinante crucial para la estabilidad y el bienestar en sus vidas.

“También depende... si no tienes vivienda, no tienes esta preocupación de mirar tu salud, solamente quieres... Generalmente también hablamos un poco en general como migrantes ¿no? La preocupación principal es tener un techo y papeles [...] ni siquiera comer, y la preocupación de salud viene después, pero el techo es muy importante.” (GT5, hombre migrante, estudios secundarios)

“Ahora ya no se pasa tanto frío, tenemos calefacción en casa gracias a dios”. (GT3, hombre gitano, estudios secundarios)

Otro de los elementos claramente identificados por el conjunto de las personas participantes es la influencia de los hábitos de vida en la salud. En este sentido, los discursos resaltan el papel de la alimentación, reconociendo su importancia en todos los grupos sociales, aunque se aprecia una diferencia fundamental en el planteamiento de hombres y mujeres, y según origen migratorio y étnico. En el caso de las mujeres, se establece la relación entre la alimentación y la salud desde una visión culpabilizadora. Por un lado, las mujeres no racializadas aluden a la responsabilidad asumida de proveer una alimentación saludable a su familia, mientras en las mujeres gitanas se produce una consciencia sobre los malos hábitos en este ámbito, asociado al consumo excesivo de ciertos alimentos, como las carnes y el café, así como el uso frecuente de azúcar y sal, se presenta como una arraigada tradición cultural, y que a la vez, se ponen de manifiesto las dificultades económicas para el desarrollo de una dieta saludable.

“Y miro mucho lo de la nutrición y compensar y dar hidratos y leo mucho, a veces creo que leo demasiado. Porque luego entro en conflicto conmigo misma, a veces uf le he dado hidratos para cenar, ¡mierda!” (GD4, mujer blanca, estudios universitarios)

“En ese sentido, la verdad es que puedo decirle que me engaño a ratos, sí, porque las harinas, ay, yo no quiero comer pan, pero me como el pan...” (GT2, mujer migrante, estudios secundarios)

“Yo no tengo que tomar la sal por la tensión [...] Y por el corazón. No vamos a mentir, no hago caso.” (GT1, mujer gitana, sin estudios)

“Comida sana, porque tú pones comida sana y lo primero que te sale son los pescaditos, cosas vete a comprar pescado si vas a comprar luego llevas dos noches sin cenar porque no te ha llegado, para otras cosas.” (GT4, mujer gitana, sin estudios)

Entre la población migrante, se observa un cierto proceso de aculturación en los hábitos relacionados con la alimentación. En el caso de los hombres migrantes, procedentes de diferentes países africanos, se pone en valor que en sus lugares de origen la alimentación era más saludable y natural, mientras perciben como una amenaza a su salud el acceso a alimentos ultraprocesados en el entorno alimentario actual. Por su parte, las mujeres latinoamericanas perciben cambios en sus hábitos alimenticios desde la migración, a partir de una mayor información sobre alimentación saludable, señalando que el excesivo consumo de azúcares en sus países de origen, que se ha visto reducido optando por hábitos alimenticios más saludables.

“Entonces la vida en África y la vida aquí es distinta, sobre todo el tema de la comida, que se come en África la mayor parte de la comida, por ejemplo, en los pueblos pequeños y todo y eso sí se come, lo natural [...]. Pero aquí comer de cualquier cosa, por ejemplo, yo, las chuches, porque yo digo que son plásticos [...] y encima los dulces, los bollos, las cosas así, eso también” (GT6, hombre migrante, estudios secundarios)

“Yo el azúcar, sí, aquí la verdad es que aquí en España yo dejé el azúcar blanco, no lo puedo ni porque me lo regalen, digo todo lo que es el café, los zumos, el té todo lo tomo sin azúcar, sin nada de edulcorantes ni de nada. Sí, yo en mi país, los zumos, todos los cafés, azúcar, yo el café no me lo tomaba amargo ni porque me lo dijeran nada, en cambio ahora aquí. Porque allí el azúcar es para todo. Todo es con azúcar.” (GT2, mujer migrante, estudios secundarios)

En cuanto a otros hábitos de vida como el consumo de tabaco, alcohol o drogas, los hombres tienden a destacar estos factores de riesgo con mayor frecuencia que las mujeres, aunque también existen diferencias entre los hombres no racializados y los migrantes en las razones que explican esta adopción de comportamientos de riesgos. Los hombres migrantes enfatizan las condiciones de vida o situaciones de vulnerabilidad, lo que puede impulsar recurrir al consumo de alcohol o drogas como una forma de hacer frente a estas adversidades. Por su parte, los hombres no racializados, perciben que la adopción de estos comportamientos depende más de una elección individual.

“Es que es difícil no sé, gente sin techo, como he dicho yo, pues, psicológicamente y físicamente es difícil que puedan tener una base mínima de salud porque en principio no tenemos para dormir. Pues es muy difícil que uno puede, de hecho, muchas veces esa gente, empiezan a drogarse a beber, para quitar sus penas, entre comillas,

¿me entiendes? A ver si yo no tengo nada, a mí me da igual todo, ¿me entiendes? ¿Entonces? Pues me drogo, bebo y que venga lo que sea.” (GT5, hombre migrante, estudios secundarios)

“Veo gente que no se está cuidando nada porque tiene malos hábitos, consumos de alcohol. Yo creo que ya son adicciones ya directamente y luego consumo de drogas. Eso es lo que no hemos mencionado hasta ahora, que eso está ahí” (GD5, hombre blanco, estudios universitarios)

Finalmente, se aprecian diferencias en la concepción del apoyo social como uno de los determinantes de la salud. En los discursos de las personas migrantes, se aprecia el apoyo de la comunidad y de la familia como elemento facilitador para el cuidado de la salud. Los hombres migrantes, pertenecientes a comunidades africanas, muestran que en su entorno de origen el bienestar colectivo prevalece sobre los intereses individuales, marcando así un aspecto central en su vida. El afrontamiento de enfermedades, preocupaciones o problemas se aborda de manera más comunitaria y colaborativa, percibiéndose que, en lugar de enfrentar los desafíos vitales de forma aislada, se recurre al apoyo de la comunidad para encontrar soluciones y ofrecer cuidados, brindando así un sentido de pertenencia. Sin embargo, el vivir en contextos culturales diferentes en muchas ocasiones dificulta el poder seguir reproduciendo esta idea del cuidado de comunidad en su día a día.

“La solidaridad depende también, nosotros, yo te hablo de nuestro caso, por ejemplo, culturalmente y bueno, a nivel también religioso [...] Los africanos somos más solidarios, mucho más. Eso es la realidad, pero ahora, al venir aquí y llevar muchos años, esta solidaridad es condicionada. ¿Por qué? Por no meterme en problemas.” (GT5, hombre migrante, estudios secundarios)

“La diferencia en cuidarse, para mí es el entorno. ¿Y cómo vives entonces? Llegamos aquí y vemos cómo vivimos en la comunidad, todos lo sabemos. Es que yo tengo a un vecino que no conozco, que llevo en un edificio 10 años, eso en África no pasa.” (GT5, hombre migrante, estudios secundarios)

DISCUSIÓN

Los resultados muestran que, lejos de ser un concepto multidimensional y no binarista, la salud se define en base a representaciones sociales imbuidas del modelo biomédico hegemónico (Menéndez, 2020), que han arraigado especialmente en los grupos más desfavorecidos social y económicamente. Las posiciones discursivas identificadas sobre qué es la salud podrían representarse en una suerte de continuum; desde un concepto unidimensional de salud que solo considera la dimensión física y la define como la ausencia de enfermedad, prevalente entre los hombres gitanos, hasta posiciones más holísticas que incorporan el componente social-relacional desde un enfoque más vinculado a la noción de bienestar, preeminente entre las personas con estudios secundarios o superiores, con independencia de su origen o etnia. En medio tenemos concepciones bidimensionales que contemplan la dimensión física y mental de la salud.

Asimismo, este continuum puede relacionarse con las explicaciones sobre los determinantes de la salud. En un primer nivel, se han observado posiciones que consideran la inevitabilidad de la enfermedad en términos de “tener suerte”, predominantes entre los y las participantes de la comunidad gitana, así como en los hombres blancos de bajo nivel educativo. En un segundo escalón, han emergido discursos que identifican la relevancia de los hábitos de vida y de algunos determinantes intermedios como el empleo y la vivienda, en especial entre los participantes migrantes hombres. Y, por último, en un tercer nivel, se evidencia la existencia de discursos sobre la determinación de la salud desde posiciones críticas con el sistema heteropatriarcal y capitalista, que incorporan la importancia del trabajo reproductivo y de cuidados o la pobreza como determinantes clave de la salud, fundamentalmente en el caso de las participantes mujeres, tanto blancas como migrantes, sin grandes diferencias por nivel educativo en ellas.

A pesar de la escasez de estudios en nuestro contexto que, desde una mirada que contemple el origen migratorio y étnico de la población, analicen las representaciones sociales de la salud, los resultados de este estudio son congruentes con los encontrados en otros estudios sobre representaciones sociales de la salud tanto desde una perspectiva de género (Peersman et al., 2012; Calnan y Johnson, 1985; Conde y Gabriel, 2002; Torres et al., 2010), como de clase social (Stronks et al., 2018; Martín y Moreno, 2005), percibiéndose cómo las desiguales posiciones de poder contribuyen a explicar las conceptualizaciones sobre la salud y sus determinantes. En este sentido, el análisis muestra cómo los participantes hombres, tanto blancos de menor nivel educativo, como aquellos de origen migrante y de la comunidad gitana, conciben la salud fundamentalmente desde su dimensión física y vinculada a la ausencia de enfermedad, lo cual coincide con otros estudios previos (Torres et al., 2010). Estas representaciones no son tan claras entre los hombres blancos de mayor nivel educativo, que parecen haber incorporado la dimensión de la salud mental y el reconocimiento del impacto del cuidado en la salud. En el caso de los hombres racializados de nuestro estudio, además, destaca la relevancia que se da al apoyo social y la solidaridad en la comunidad, así como a los lazos familiares, lo cual parece ser similar con concepciones comunes en las comunidades negras en Estados Unidos (Ravenell et al., 2006).

Por su parte, en línea con otros estudios (Conde y Gabriel, 2002; Torres et al., 2010), las mujeres otorgan a las relaciones interpersonales un papel clave como determinante de salud, indicando una mayor interiorización de la dimensión social-relacional y vinculada a la idea de bienestar, lo cual emerge en el discurso tanto de las migrantes como de las mujeres blancas. Sin embargo, entre las mujeres gitanas que han participado en el estudio la visión de la salud se restringe a la bidimensionalidad (física-mental), similar a la visión de los hombres blancos de mayor nivel educativo, siendo también imbuidas del modelo médico hegemónico, que prioriza la salud física, pero también contempla la salud mental. Además, los resultados muestran que esta visión se relaciona con una mayor pasividad en el autocuidado, a diferencia de los grupos con visiones más holísticas, lo cual conlleva un distanciamiento respecto al sistema sanitario hasta que no se produce la enfermedad, no considerando las funciones de prevención y promoción de la salud.

Por otro lado, en el discurso de las mujeres emerge la centralidad del cuidado, por un lado, como un elemento para comprender sus comportamientos de salud, y por otro, entendiéndolo como un factor de riesgo para su salud. Aunque esta visión es compartida por todas las mujeres participantes, se percibe un cuestionamiento del rol de cuidadoras y “superwoman” por parte de aquellas tanto migrantes como blancas, que no aparece entre los discursos de las mujeres gitanas recogidos. Esta diferencia puede explicarse por la construcción social de la feminidad en la comunidad gitana (Herrero-Arias et al., 2023) en torno a su papel en el hogar y las responsabilidades de cuidado, que desde posiciones feministas romanís lejos de ser entendido como una opresión cultural, se enmarca como elemento empoderador para enfrentar las opresiones estructurales que éstas viven (Bițu y Vincze, 2012).

Con relación a los hábitos de vida, se destaca la importancia dada a la alimentación saludable tanto entre los hombres como entre las mujeres participantes (Torres et al., 2010), aunque en el caso de ellas aparece bajo una visión culpabilizadora, como se refleja también en otros estudios (Martín y Moreno, 2005). Asimismo, otras investigaciones también evidencian (Benazizi et al., 2019) que, en el caso de las personas migrantes, se producen cambios en las concepciones alrededor de “lo saludable” y que producen efectos en las conductas de alimentación, lo cual indica cierto proceso de aculturación (Satia-About, 2003). En el caso de las personas gitanas en nuestro estudio, sin embargo, la continuidad de las tradiciones culturales tiene gran peso en las decisiones sobre la alimentación, como también se ha mostrado con anterioridad (Olišarová et al., 2018; Sanz, 2021). Así, el sistema heteropatriarcal sigue reproduciendo unos roles de género que, por un lado, mantienen la centralidad del hombre proveedor a través del empleo remunerado y de masculinidad fuerte (Connell y Messerschmidt, 2005), y les expone en mayor medida a riesgos para la salud vinculados al empleo, así como al consumo de alcohol, tabaco o drogas (Hawkes y Buse, 2013). Mientras, estos mismos roles de género, siguen atribuyendo a las mujeres la esfera doméstica y el rol de cuidadora, por lo que éstas se ven impactadas por la sobrecarga de tareas productivas y reproductivas (Artazcoz, 2004). Así, las diferentes concepciones sobre la salud de las poblaciones racializadas y no racializadas no pueden entenderse sin comprender que estas representaciones están también atravesadas por las experiencias de género.

Este estudio presenta algunas limitaciones relacionadas con su carácter exploratorio, especialmente en relación con los perfiles de personas migrantes participantes en el mismo, ya que no se incluyeron personas de origen chino, así como tampoco mujeres musulmanas, que podrían haber enriquecido los resultados. Asimismo, las personas migrantes tenían una situación de residencia estable y prolongada en el País Vasco, por lo que se no recogen las concepciones de personas en situaciones de mayor vulnerabilidad o recién llegadas. Otra limitación son los rangos de edad de las personas participantes en el estudio, que se derivan de la población objeto de estudio del proyecto de investigación bajo el que se enmarcan estos resultados, tal y como se ha explicado en el apartado metodológico. La participación de población joven (menor de 40 años) y mayor (mayor de 69 años) podría haber dado lugar a comprender las diferencias generacionales en las representaciones de la salud en poblaciones no hegemónicas. Por último, un aspecto a considerar para la interpretación de los resultados del estudio está relacionado con la propia posición de las personas investigadoras, que, desde una mirada etnocéntrica, dada su identificación como mujeres, blancas y de alto nivel educativo, puede haber condicionado los resultados, tanto en el propio diseño del estudio, la selección de la muestra, en la producción de los datos y en el análisis de estos. Ello ha podido restringir una comprensión integral de las representaciones sociales de la población no hegemónica sobre los procesos de salud-enfermedad y los determinantes de la salud.

Si bien el estudio de las desigualdades en salud entre poblaciones de diverso origen racial y étnico se ha venido desarrollando profusamente en el contexto español (Malmusi y Ortiz-Barreda, 2014), la gran mayoría de los estudios han abordado este eje desde la identificación de la población migrante en comparación con la población autóctona, dada la dificultad para realizar estudios que directamente aborden la raza/etnia como categorías de análisis. Son destacables también los estudios sobre las desigualdades en salud que afectan a la población gitana, aunque en gran medida realizados desde una perspectiva cuantitativa (La Parra-Casado et al., 2020), siendo más limitados los estudios de tipo cualitativo que hayan abordado las percepciones, creencias y experiencias en el ámbito de la salud de esta comunidad (Sanz, 2021; Rodríguez-Álvarez et al., 2014). De hecho, en nuestro contexto no conocemos estudios que analicen las representaciones sociales de la salud desde una perspectiva interseccional de origen migratorio o etnia, género y nivel socioeconómico.

Por lo tanto, este estudio contribuye a explorar las diferentes concepciones que las diversas poblaciones tienen acerca de su salud, de manera que ayude a comprender cómo las representaciones sociales influyen en sus decisiones y comportamientos en el ámbito de la prevención en salud. Así, un enfoque interseccional (Bauer, 2014) que incorpore no solo los ejes género y nivel socioeconómico, mucho más presentes en las investigaciones en Europa, sino también los de origen migratorio, raza y etnia, permitirá mejorar el diseño de programas de promoción de salud y prevención, identificar y abordar posibles sesgos, y fomentar así sistemas de salud más equitativos. En general, se ha comprobado que las concepciones sobre la salud de los diferentes grupos sociales presentan matices de gran relevancia para comprender sus percepciones acerca de los riesgos en salud y, por ende, sus comportamientos en términos de promoción y prevención en salud.

DECLARACIÓN DE USO DE IA

Las autoras declaran que no se ha utilizado inteligencia artificial en ninguna etapa durante el proceso de elaboración de este trabajo.

FINANCIACIÓN

La presente investigación ha sido financiada por la Unión Europea - Next Generation EU, aplicación presupuestaria 26.50.31RB.451 del presupuesto de gastos del Ministerio de Sanidad de 2023 y forma parte del proyecto titulado: “Mejora de la participación y disminución de las desigualdades en el cribado de cáncer colorrectal en el País Vasco”.

AGRADECIMIENTOS

A las personas participantes por su tiempo y contribución, que fue fundamental para el desarrollo del estudio. Asimismo, quisiéramos agradecer a Unai Martín su colaboración en el inicio del diseño del estudio, así como a Biltzen, Servicio Vasco de Integración y Convivencia Intercultural, que ayudó en la selección y contactación de personas participantes en el estudio.

REFERENCIAS

- Abric, J. C. (2001). Las representaciones sociales: Aspectos teóricos. En *Prácticas sociales y representaciones*. Ediciones Coyoacán.
- Alidu, L., y Grunfeld, E. A. (2017). Gender differences in beliefs about health: A comparative qualitative study with Ghanaian and Indian migrants living in the United Kingdom. *BMC Psychology*, 5(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s40359-017-0178-z>
- Artazcoz, L., Artieda, L., Borrell, C., Cortès, I., Benach, J., y García, V. (2004). Combining job and family demands and being healthy: What are the differences between men and women? *European Journal of Public Health*, 14(1), 43-48. <https://doi.org/10.1093/eurpub/14.1.43>
- Backett, K., y Davison, C. (1992). Rational or reasonable? Perceptions of health at different stages of life. *Health Education Journal*, 51(2), 55-59. <https://doi.org/10.1177/001789699205100202>

- Bauer, G. R. (2014) Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: Challenges and the potential to advance health equity. *Social Science Medicine*, 110, 10-17. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.022>
- Baverstock, K. A., Gargya, D. M., Jackson, M., y Stupans, I. (2018). Identifying Future Health Professionals' Understanding of the Determinants of Health. *Journal of Nursing Education*, 57(12), 756-759. <https://doi.org/10.3928/01484834-20181119-10>
- Benazizi, I., Blasco-Blasco, M., Sanz-Valero, J., Koselka, E., Martínez-Martínez, J. M., y Ronda-Pérez, E. (2019). ¿Cómo es la alimentación de la población inmigrante residente en España? Resultados a partir de una revisión sistemática. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 42(1), 55-68. <https://doi.org/10.23938/assn.0389>
- Berenguera, A., Fernández de Sanmamed, M., Pons, M., Pujol, E., Rodríguez, D., y Saura, S. (2014). *Escuchar, observar y comprender: Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa*. Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol).
- Bițu, N., y Vincze, E. (2012). Personal encounters and parallel paths toward Romani feminism. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 38(1), 44-46. <https://doi.org/10.1086/665947>
- Bousmah, M.-Q., Combes, J.-B. S., y Abu-Zaineh, M. (2019). Health differentials between citizens and immigrants in Europe: A heterogeneous convergence. *Health Policy*, 123(2), 235-243. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.12.005>
- Bowleg, L. (2012). The problem with the phrase women and minorities: Intersectionality—an important theoretical framework for public health. *American Journal of Public Health*, 102(7), 1267-1273. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300750>
- Braun, V., Clarke, V., Hayfield, N., y Terry, G. (2019). Thematic analysis. En P. Liamputtong (Ed.), *Handbook of research methods in health social sciences*. Springer Singapore. <https://doi.org/10.1007/978-981-10-2779-6>
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. *International encyclopedia of education*, 3(2), 37-43.
- Calnan, M., y Johnson, B. (1985). Health, health risks and inequalities: An exploratory study of women's perceptions. *Sociology of Health & Illness*, 7(1), 55-75. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep10831360>
- Canguilhem, G. (1986). *Lo normal y lo patológico*. Siglo XXI Editores.
- Conde, F. (2008). Los grupos triangulares como espacios transicionales para la producción discursiva: Un estudio sobre la vivienda en Huelva. En A. J. Gordo López & A. Serrano Pascual (Eds.), *Estrategias y prácticas cualitativas de investigación social*. Pearson Educación.
- Conde, F., y Gabriel, C. (2002). La evolución de las representaciones sociales sobre la salud de las mujeres madrileñas, 1993-2000. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 493-507.
- Connell, R. W., y Messerschmidt, J. W. (2005). Hegemonic masculinity: Rethinking the concept. *Gender & Society*, 19(6), 829-859.
- Couto, M. T., De Oliveira, E., Separavich, M. A. A., y Luiz, O. D. C. (2019). La perspectiva feminista de la interseccionalidad en el campo de la salud pública: Revisión narrativa de las producciones teórico-metodológicas. *Salud Colectiva*, 15, e1994. <https://doi.org/10.18294/sc.2019.1994>

- Crenshaw, K. W. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139-167.
- Crenshaw, K. W. (1991). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241-1299.
- Departamento de Igualdad, Justicia y Políticas Sociales del Gobierno Vasco. (2022). *Estrategia Vasca con el Pueblo Gitano: 2022-2026*. https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/pueblo_gitano/es_7946/adjuntos/estrategia-gitana-Cast-web.pdf
- Fernández-Feito, A., Pesquera-Cabezas, R., González-Cobo, C., y Prieto-Salceda, M. D. (2019). What do we know about the health of Spanish Roma people and what has been done to improve it? A scoping review. *Ethnicity & Health*, 24(2), 224-243. <https://doi.org/10.1080/13557858.2017.1315373>
- Foucault, M. (2001). *El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica* (1953) (20a ed.). Siglo XXI Editores.
- Fraser, N. (2015). *Fortunas del feminismo: Del capitalismo gestionado por el Estado a la crisis neoliberal* (C. Piña Aldao, Trad.). Traficantes de sueños.
- Furnham, A. (1994). Explaining health and illness: Lay perceptions on current and future health, the causes of illness, and the nature of recovery. *Social Science & Medicine*, 39(5), 715-725. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90026-4](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90026-4)
- Gómez-Arias, R. D. (2018). ¿Qué se ha entendido por salud y enfermedad? *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 36(Supl 1), 64-102.
- González-Rábago, Y., La Parra-Casado, D., Jacques-Aviñó, C., Bee Nchama, M., y Manzano Lorenzo, J. (2024). Raza, salud y sistema sanitario: La necesidad de abordar el racismo institucional en España. *Gaceta Sanitaria*, 38, 102425. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102425>
- Hawkes, S., y Buse, K. (2013). Gender and global health: Evidence, policy, and inconvenient truths. *The Lancet*, 381(9879), 1783-1787. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60253-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60253-6)
- Herrero-Arias, R., Parra-Casado, D. L., Ferrández-Ferrer, A., Sanchís-Ramón, M. J., y Ortiz-Barreda, G. (2023). Experiences and constructions of womanhood and motherhood among Spanish Roma women. *European Journal of Women's Studies*, 30(2), 164-180. <https://doi.org/10.1177/13505068211039950>
- Hjelm, K., Bard, K., y Apelqvist, J. (2018). A qualitative study of developing beliefs about health, illness and healthcare in migrant African women with gestational diabetes living in Sweden. *BMC Women's Health*, 18(34), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0518-z>
- Jobanputra, R., y Furnham, A. F. (2005). British Gujarati Indian Immigrants' and British Caucasians' Beliefs about Health and Illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 51(4), 350-364. <https://doi.org/10.1177/0020764005060851>
- Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En S. Moscovici (Ed.), *Psicología social II: Pensamiento y vida social*. (469-494) Paidós.
- Kostelanetz, S., Pettapiece-Phillips, M., Weems, J., Spalding, T., Roumie, C., Wilkins, C. H., y Kripalani, S. (2022). Health Care Professionals' Perspectives on Universal Screening of Social Determinants of Health: A Mixed-Methods Study. *Population Health Management*, 25(3), 367-374. <https://doi.org/10.1089/pop.2021.0176>

- La Parra-Casado, D., Arza-Porras, J., y Estévez, J. F. (2020). Health indicators of the National Roma Integration Strategy in Spain in the years 2006 and 2014. *European Journal of Public Health*, 30(5), 906-910. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa063>
- La Parra-Casado, D., Solheim, E. F., y Estévez, J. F. (2021). Health inequalities between Roma and non-Roma populations in Europe: A study of 118,834 individuals combining the UNDP Roma and the EU-SILC surveys. *Scandinavian Journal of Public Health*, 51(3), 347-354. <https://doi.org/10.1177/14034948211056210>
- Lugones, M. (2010). Toward a Decolonial Feminism. *Hypatia*, 25(4), 742-759. <https://doi.org/10.1111/j.1527-2001.2010.01137.x>
- Malmusi, D., y Ortiz-Barreda, G. (2014). Desigualdades sociales en salud en poblaciones inmigradas en España: Revisión de la literatura. *Revista Española de Salud Pública*, 88, 687-701. <https://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272014000600003>
- Martín Criado, E., y Moreno Pestaña, J. L. (Eds.). (2005). *Conflictos sobre lo sano: Un estudio sociológico de la alimentación en las clases populares en Andalucía*. Junta de Andalucía, Dirección General de Salud Pública y Participación.
- Menéndez, E. L. (2020). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud colectiva*, 16, e2615. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>
- Moscovici, S. (2001). *Social representations: Essays in social psychology*. New York University Press.
- Nielsen, S. S., y Krasnik, A. (2010). Poorer self-perceived health among migrants and ethnic minorities versus the majority population in Europe: A systematic review. *International Journal of Public Health*, 55(5), 357-371. <https://doi.org/10.1007/s00038-010-0145-4>
- Olišarová, V., Tóthová, V., Bártlová, S., Dolák, F., Kajanová, A., Nováková, D., Prokešová, R., y Šedová, L. (2018). Cultural features influencing eating, overweight, and obesity in the Roma people of South Bohemia. *Nutrients*, 10(7), 838-848. <https://doi.org/10.3390/nu10070838>
- Parsons, T. (1984). *El sistema social* [1951]. Alianza Universidad.
- Peersman, W., Cambier, D., De Maeseneer, J., y Willems, S. (2012). Gender, educational and age differences in meanings that underlie global self-rated health. *International Journal of Public Health*, 57(3), 513-523. <https://doi.org/10.1007/s00038-011-0320-2>
- Pfeffer, N., y Moynihan, C. (1996). Ethnicity and health beliefs with respect to cancer: A critical review of methodology. *British Journal of Cancer. Supplement*, 29, 66-72.
- Ravenell, J. E., Johnson Jr, W. E., y Whitaker, E. E. (2006). African-American men's perceptions of health: A focus group study. *Journal of the National Medical Association*, 98(4), 544-550.
- Rodríguez-Álvarez, E., González-Rábago, Y., Bacigalupe, A., Martín, U., y Lanborena Elordui, N. (2014). Inmigración y salud: Desigualdades entre la población autóctona e inmigrante en el País Vasco. *Gaceta Sanitaria*, 28(4), 274-280. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.01.008>
- Rodríguez-Álvarez, E., González-Rábago, Y., Borrell, L. N., y Lanborena, N. (2017). Perceived discrimination and self-rated health in the immigrant population of the Basque Country, Spain. *Gaceta Sanitaria*, 31(5), 390-395. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.12.014>

- Ruiz Ruiz, J. (2012). El grupo triangular: Reflexiones metodológicas en torno a dos experiencias de investigación. *Empiria: Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, (24), 141-162. <https://doi.org/10.5944/empiria.24.2012.846>
- Sanders Thompson, V., Talley, M., Caito, N., y Kreuter, M. (2009). African American men's perceptions of factors influencing health-information seeking. *American Journal of Men's Health*, 3(1), 6-15. <https://doi.org/10.1177/1557988307304630>
- Satia-About, J. (2003). Dietary acculturation: Definition, process, assessment, and implications. *International Journal of Human Ecology*, 4(1), 71-86.
- Sanz Remacha, M. (2021). *Promoción de la actividad física y los hábitos saludables en familias de poblaciones desfavorecidas* [Tesis doctoral, Universidad de Zaragoza]. Universidad de Zaragoza.
- Shahin, W., Stupans, I., y Kennedy, G. (2021). Health beliefs and chronic illnesses of refugees: A systematic review. *Ethnicity & Health*, 26(5), 756-768. <https://doi.org/10.1080/13557858.2018.1557118>
- Shershneva Zastavnaia, J. (Ed.) (2024). *Dos décadas de reflexión sobre migración y asilo en Euskadi*. Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco.
- Simon, J. G., De Boer, J. B., Joung, I. M. A., Bosma, H., y Mackenbach, J. P. (2005). How is your health in general? A qualitative study on self-assessed health. *European Journal of Public Health*, 15(2), 200-208. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cki102>
- Stronks, K., Hoeymans, N., Haverkamp, B., den Hertog, F. R. J., van Bon-Martens, M. J. H., Galenkamp, H., Verweij, M., y van Oers, H. A. M. (2018). Do conceptualisations of health differ across social strata? A concept mapping study among lay people. *BMJ Open*, 8(4), e020210. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020210>
- Subedi, R., Kaphle, S., Adhikari, M., Dhakal, Y., Khadka, M., Duwadi, S., Tamang, S., y Shakya, S. (2022). First call, home: Perception and practice around health among South Asian migrants in Melbourne, Australia. *Australian Journal of Primary Health*, 28(1), 40-48. <https://doi.org/10.1071/PY21036>
- Torres López, T. M., Munguía Cortés, J. A., Pozos Radillo, B. E., y Aguilera Velasco, M. de los Á. (2010). Representaciones sociales sobre la salud y la enfermedad de la población adulta de Guadalajara, México. *Atención Primaria*, 42(3), 154-161. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2009.07.002>
- van Dalen, H., Williams, A., y Gudex, C. (1994). Lay people's evaluations of health: Are there variations between different subgroups? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 48(3), 248-253. <https://doi.org/10.1136/jech.48.3.248>
- Vélez-Agosto, N. M., Soto-Crespo, J. G., Vizcarrondo-Opppenheimer, M., Vega-Molina, S., y García Coll, C. (2017). Bronfenbrenner's bioecological theory revision: Moving culture from the macro into the micro. *Perspectives on psychological science*, 12(5), 900-910. <https://doi.org/10.1177/1745691617704397>
- Zwi, K. J., Woodland, L., Kalowski, J., y Parmeter, J. (2017). The impact of health perceptions and beliefs on access to care for migrants and refugees. *Journal of Cultural Diversity*, 24(3), 63-72.