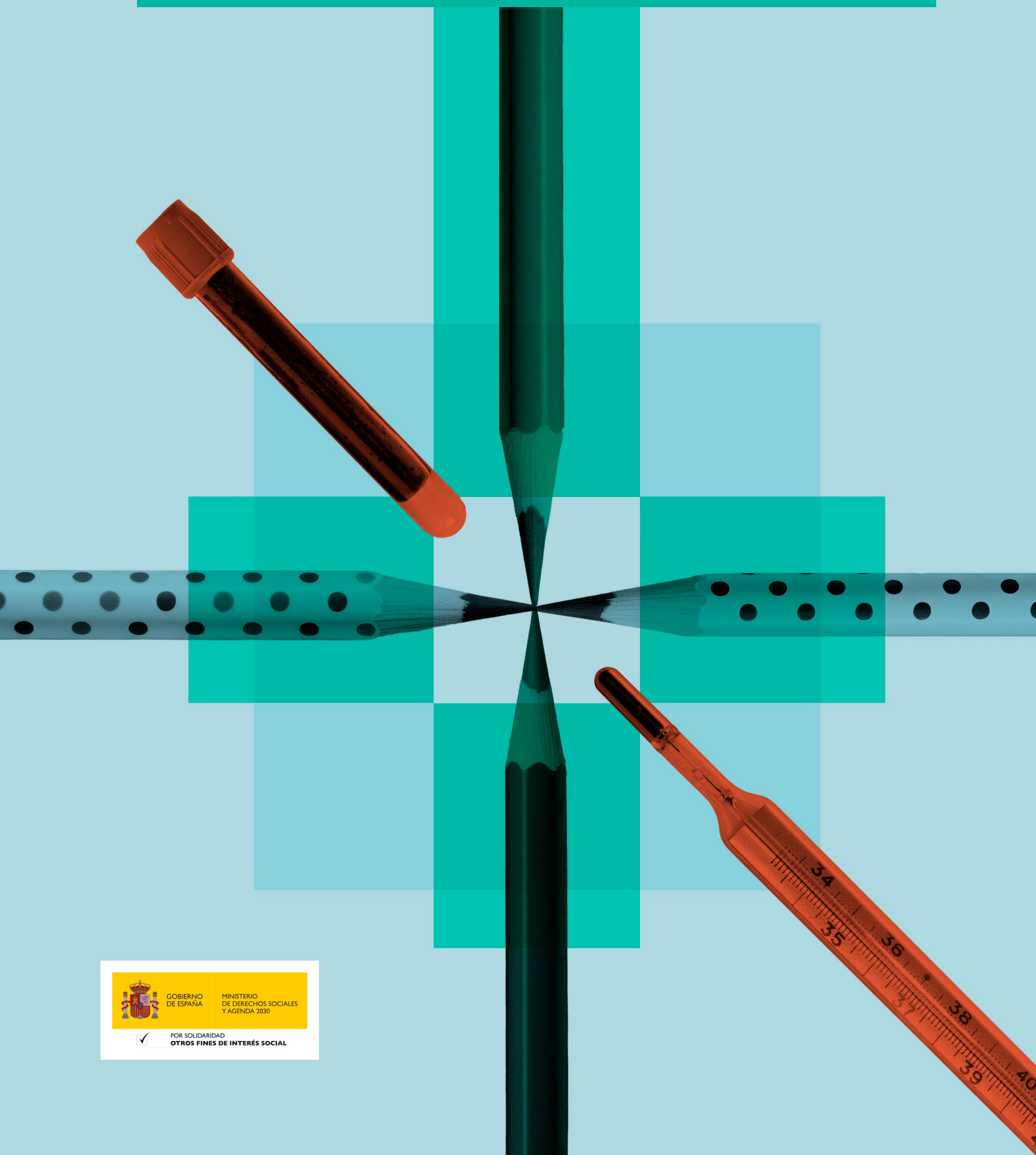




ACEPTABILIDAD EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ESPAÑOL

INFORME DE RESULTADOS PARA LA MEJORA DE LA ACEPTABILIDAD HACIA LAS PERSONAS MIGRANTES Y RACIALIZADAS



GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES Y AGENDA 2030



POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL

AUTORÍA

Médicos del Mundo España

EQUIPO TÉCNICO

Mariasole Raimondi (Redacción y Análisis) y Felicitas Ibáñez (Coordinación)

La investigación contó con la colaboración de las Sedes Autonómicas de Médicos del Mundo involucradas en el proyecto: Andalucía, Aragón, Baleares, Canarias, Castilla-La Mancha, Cataluña, Extremadura y Madrid.

La investigación ha contado con los aportes y revisión de **Consuelo Giménez Pardo**, Vocal de Gestión del Conocimiento e Investigación.

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

Alberto Sernández



ACEPTABILIDAD EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ESPAÑOL

INFORME DE RESULTADOS PARA LA MEJORA DE LA ACEPTABILIDAD HACIA LAS PERSONAS MIGRANTES Y RACIALIZADAS



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE DERECHOS SOCIALES
Y AGENDA 2030



POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL

ÍNDICE

RESUMEN EJECUTIVO	6
INTRODUCCIÓN	9
1. ES NECESARIO APLICAR UN ENFOQUE ANTIRRACISTA EN ATENCIÓN SANITARIA	
1.1. Discriminación por racismo y otros determinantes de la salud	11
1.2. Impacto en la salud	12
1.3. Contexto español y necesidad de la investigación	14
2. METODOLOGÍA Y PERSPECTIVA DE INVESTIGACIÓN	
2.1. Fases de la investigación acción participativa	16
2.2. Perspectivas y enfoques	21
3. RESULTADOS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN. PERSPECTIVAS	23
3.1. La perspectiva de las personas migrantes y racializadas	23
3.1.1. Percepción de racismo y aceptabilidad en el sistema sanitario público	24
3.1.2. Vivencia de una experiencia de discriminación racial experimentada en la atención sanitaria e impacto psicosocial	29
3.1.3. Experiencias positivas	32
3.2. La perspectiva de los/las profesionales sanitarios/as	
3.2.1. Resultados del cuestionario: percepción de racismo y de la aceptabilidad	33
3.2.2. Resultados de los talleres vivenciales y del grupo de discusión	34

3.3. Sesión de cruce de saberes: encuentro y consensos	
3.3.1. El valor emocional del encuentro _____	38
3.3.2. Cuestiones consensuadas _____	39
4. CONCLUSIONES _____	43
AGRADECIMIENTOS _____	44
BIBLIOGRAFÍA _____	45
ANEXOS	
Anexo I. Modelo encuesta a personal sociosanitario _____	47
Anexo II. Modelo encuesta a personas migrantes y racializadas _____	53
Anexo III. Guion grupo focal personas migrantes y racializadas _____	58

RESUMEN EJECUTIVO

Médicos del Mundo (MdM) es una organización que trabaja desde hace décadas acompañando a personas migrantes y racializadas para hacer efectivo el derecho a la salud y que lleva dos años investigando de forma más específica el aspecto de la "aceptabilidad" entendida como la cuarta dimensión del derecho a la salud (CESCR, 2000: 4). Este concepto se relaciona con la adaptación de la atención sanitaria al contexto y necesidades de las personas, teniendo en cuenta la interseccionalidad de distintos factores como el contexto cultural, la edad y/o el género.

Sin embargo, desde la intervención directa con estos colectivos, se ha constatado que el Sistema Nacional de Salud (SNS) no dispone de servicios adaptados a las situaciones y necesidades de las personas migrantes y racializadas lo que hace que los servicios que se ofrecen se conviertan en espacios estigmatizantes donde se interrelaciona el racismo y la falta de adaptación cultural a sus circunstancias y necesidades específicas. A todo lo anterior, se une la presencia de estereotipos, prejuicios y/o actitudes racistas que puede tener como efecto aumentar la, ya de por sí existente, desigualdad en el acceso a la salud teniendo como consecuencia la falta de atención integral sociosanitaria para las personas migrantes y racializadas, con el grave impacto que esto puede provocar en su salud a corto, medio y largo plazo (Ramos Monserrat, M., March Cerdá, 2002)

En este contexto, se ha llevado a cabo la investigación "Acción salud: mejora de la atención a personas migrantes y racializadas en el sistema de salud desde el enfoque antirracista, un proyecto de Investigación Acción Participativa para la mejora de la atención integral sociosanitaria hacia personas migrantes y racializadas financiado por la convocatoria de subvenciones a cargo del 0,7 del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.

El presente informe es el resultado del proceso de aprendizaje colectivo que se ha llevado a cabo en distintos puntos del Estado Español (Barcelona, Madrid y Toledo) entre personas migrantes y racializadas y profesionales de la salud. El objetivo de la investigación es generar una propuesta de mejora de la atención integral sociosanitaria que se adapte a las necesidades de las personas migrantes y racializadas, así como a la realidad del sistema público de salud.

El primer epígrafe aborda la cuestión de la presencia de actitudes racistas y/o discriminatorias en la atención sanitaria prestada a personas migrantes y racializadas. En especial, se hace hincapié en los determinantes sociales de la salud, que se definen como las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen y son factores importantes que influyen en el riesgo y la susceptibilidad a las enfermedades en los sistemas de atención sanitaria y de salud pública. Los determinantes sociales de la salud ponen en evidencia como la salud es un fenómeno integral atravesado por los ejes de desigualdad y condicionado por factores sociales, económicos, culturales y medioambientales que subyacen en la mayor parte de las

inequidades en salud. El acceso limitado a la atención sanitaria y un sistema plagado de prácticas discriminatorias dificultan que las personas migrantes y racializadas obtengan accesibilidad a la atención médica y a la garantía de un trato igualitario una vez que ingresan al sistema de atención sanitaria (Bolton et al., 2004).

El segundo epígrafe está dedicado a la metodología y los enfoques que han guiado la investigación, profundizando en el proceso de Investigación Acción Participativa (IAP) por su acercamiento crítico a la realidad desde la reflexión vivencial sobre las opresiones, la participación activa de los grupos implicados y su orientación transformadora. Para ello, se han llevado a cabo diferentes espacios de reflexión y aprendizaje conjunto entre personas migrantes y racializadas y las/os profesionales de salud.

En el tercer epígrafe se comparten los resultados del trabajo de investigación desde las perspectivas de las personas migrantes y racializadas y de las/os profesionales sanitarios/as que han participado en la IAP. Se ha profundizado también sobre las cuestiones transversales que han surgido con especial fuerza a lo largo de la IAP: la cuestión de género, la salud mental y la necesidad de abordar un enfoque interseccional; y se mencionará también el momento de encuentro final entre todas las personas participantes que ha tenido un valor transformador en sí (cruce de saberes).

Desde el punto de vista de los contenidos consensuados hubo un acuerdo unánime en los principales nudos identificados para la mejora de la aceptabilidad en la atención sanitaria a personas migrantes y racializadas, entre los cuales destacan sobre todo: la necesidad de formación a profesionales para mejorar la empatía y habilidades personales/sociales en la atención a pacientes, así como la mejora de sus conocimientos en los procesos migratorios y la perspectiva antirracista interseccional, con enfoque de género y derechos humanos en el sistema de salud público (de la misma forma en que sería deseable que se sensibilizaran todos los ámbitos sociales y colectivos).

Por último, los resultados de la investigación acción participativa del presente estudio representan un intento de implementar un modelo de cambio naturaleza inductiva (desde lo micro hasta lo macro) que permita generar un movimiento integral que involucre también a los colectivos directamente afectados por las malas prácticas sanitarias en el trato o la interacción con el paciente y que proporcione un espacio de convivencia con los/as profesionales de servicios de salud en la búsqueda y promoción comunitaria de buenas prácticas para el futuro.

Asimismo se trata de un intento también de implementar de políticas sociales públicas en el ámbito municipal y autonómico, así como las administraciones estatales en relación con los derechos vulnerados), puesto que se requiere de voluntad política para intervenir en el cambio estructural que se necesita impulsar desde los servicios sanitarios para proporcionar un sistema de atención integral a las a las personas mi-

grantes y racializadas. Asimismo, las recomendaciones también hacen hincapié en las necesidades recogidas por las/os profesionales de servicios sanitarios, que ven su labor cotidiana atravesada por graves problemas estructurales relacionados con la escasez de fondos, que varía entre las comunidades autónomas, así como la escasez de recursos humanos disponibles frente a una elevada demanda de atención.



INTRODUCCIÓN

Médicos del Mundo lleva tres décadas acompañando a personas migrantes y racializadas para hacer efectivo el derecho a la salud. Se trata de un derecho que se ve seriamente mermado, especialmente para los grupos de población más vulnerabilizados por los ejes de desigualdad de clase social, raza, género o edad (las personas migrantes y racializadas muchas veces reúnen varios de estos ejes). Asimismo, desde la intervención directa con estos colectivos, se ha constatado que el Sistema Nacional de Salud (SNS) no dispone de servicios adaptados a las situaciones y necesidades de las personas migrantes y racializadas lo que hace que éstos se conviertan en espacios estigmatizantes donde se interrelaciona el racismo y la falta de adaptación cultural a sus circunstancias y necesidades específicas. A todo lo anterior, se une la presencia de estereotipos, prejuicios y/o actitudes racistas que puede tener como efecto aumentar la, ya de por sí existente, desigualdad en el acceso a la salud teniendo como consecuencia la falta de atención integral sociosanitaria para las personas migrantes y racializadas, con el grave impacto que esto puede provocar en su salud a corto, medio y largo plazo (Ramos Monserrat, M., March Cerdá, 2002)

La presente investigación, nace del interés por analizar el aspecto de la aceptabilidad del SNS en la atención hacia las personas migrantes y racializadas. Este proyecto de investigación se desarrolla en continuidad con los proyectos de los años 2022 y 2023 cuyos resultados se han publicado en los siguientes informes: “Acción salud: guía para personal sanitario. Mejora de la aceptabilidad en la atención a mujeres migrantes, supervivientes de MGF o en situación de prostitución”, “La aceptabilidad en los servicios sociales. guía de recomendaciones para la mejora de la atención integral a mujeres migrantes en situación de prostitución” y “Acción salud: mejora a la atención a violencias de género en el Sistema Nacional de Salud”. La metodología empleada en todos los proyectos es la Investigación-Acción Participativa (IAP) entendida esta como un acercamiento crítico a la realidad basada en un análisis crítico con la participación activa de los grupos implicados y orientada a estimular la práctica transformadora y el cambio social (Hegoa, 2000).

En el contexto de este informe, el centro de la investigación, es el análisis y la generación de propuestas de actuación para mejorar la aceptabilidad del sistema de salud, una de las cuatro dimensiones interconectadas del derecho a la salud que define Naciones Unidas (junto con la disponibilidad, la accesibilidad, la calidad). La aceptabilidad señala que todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser respetuosos de la ética médica, culturalmente apropiados y sensibles a las cuestiones de género y del ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate (CESCR, 2000: 4). Desde el punto de vista de la aceptabilidad, el objetivo del conocimiento generado mediante este informe apunta a fomentar una atención sanitaria adaptada a las circunstancias personales, sociales, culturales e idiomáticas que viven las personas migrantes y racializadas.

Las personas migrantes y racializadas que se atienden en el marco de los proyectos de acción social en España sufren con mucha frecuencia la superposición de un conjunto de elementos estigmatizantes que están en el origen de múltiples formas de discriminación: género, clase social, condición de migrante (en relación con la falta de integración, duelo migratorio o falta de red de apoyo), barreras idiomáticas y/o culturales y precariedad vital. Para visibilizar esta situación, la perspectiva interseccional ha sido un eje analítico transversal a todas las fases de esta investigación. De hecho, la confluencia de los ejes discriminatorios son muchas veces el determinante en el alejamiento de colectivos especialmente vulnerables de los servicios sanitarios. Por esto, a través de este informe, se profundiza en el análisis de esta realidad, con el fin de proponer a partir del mismo, recomendaciones que puedan ser de utilidad para contrarrestar y revertir el proceso de superposición de las discriminaciones vividas por parte de las personas migrantes y racializados en la atención médica.

El primer epígrafe aborda la cuestión de la presencia de actitudes racistas y/o discriminatorias en la atención sanitaria prestada a personas migrantes y racializadas. El segundo epígrafe está dedicado a la metodología y los enfoques que han guiado la investigación, profundizando en el proceso de IAP que se ha llevado a cabo en distintos puntos del Estado español entre personas migrantes y racializadas y las/os profesionales sanitarias/os. En el tercer epígrafe se comparten los resultados del trabajo de investigación desde las perspectivas de las personas migrantes y racializadas y de las/los profesionales sanitarios/as que han participado en la IAP. Se profundizará también sobre las cuestiones transversales que han surgido con especial fuerza a lo largo de la IAP: la desigualdad, la cuestión de género, la salud mental y la necesidad de abordar un enfoque interseccional; se mencionará también el momento de encuentro final entre todas las personas participantes que ha tenido un valor transformador en sí (cruce de saberes).

Resulta importante señalar que el nivel del alcance del estudio no cuenta con un tamaño muestral significativo y que, por las propias características de la investigación, la selección de personas participantes estuvo dirigida a los perfiles de personas migrantes y racializadas que han acudido a las oficinas de MdM en las localidades seleccionadas, así como a las/los profesionales de salud de los mismos territorios. Por lo cual, esta investigación no tiene pretensión de universalidad y no aspira a proporcionar datos objetivos y científicamente cuantificables. La metodología de investigación que se ha utilizado, si bien también recurre a datos cuantitativos en la fase de diagnóstico inicial, se focaliza sobre todo en la parte cualitativa mediante la generación de grupos de discusión, así como la observación de los talleres vivenciales y las recomendaciones recopiladas de forma participativa en la sesión de cruce de saberes. La IAP pone en el centro la participación de las personas involucradas en la cuestión que se quiere analizar desde sus diferentes perspectivas, centrándose en el cambio social producido en grupos a muy pequeña escala y focalizándose en la relevancia del encuentro entre distintas subjetividades ya que han podido compartir experiencias y sentimientos en un contexto de encuentro colectivo dirigido a abordar determinadas vivencias.

1. ES NECESARIO APLICAR UN ENFOQUE ANTIRRACISTA EN ATENCIÓN SANITARIA

1.1. DISCRIMINACIÓN POR RACISMO, XENOFOBIA Y OTROS DETERMINANTES DE LA SALUD

Acorde a los principios constitutivos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud se concibe no solamente como ausencia de enfermedad sino más bien como un estado de bienestar integral: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Constitución de la OMS, 1946). En el mismo texto se menciona además el aspecto de la salud como derecho afirmando que: “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”.

Sin embargo, los principios no parecen reflejar la realidad. Los determinantes sociales de salud (DSS en adelante) son una prueba de ello, puesto que ponen en evidencia como la salud es un fenómeno integral atravesado por los ejes de desigualdad y condicionada por factores sociales, económicos, culturales y medioambientales (determinantes sociales) que subyacen en la mayor parte de las inequidades en salud. Los DSS se definen como las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y son factores importantes que influyen en el riesgo y la susceptibilidad a las enfermedades en los sistemas de atención clínica y de salud pública. El hecho de ser una persona migrante y/o racializada resulta ser un determinante social que puede “vulnerabilizar” las condiciones de salud de estas personas (Selvarajah S et al, 2019).

Si bien el concepto de raza no tiene ningún fundamento biológico, sí lo tiene a nivel social y cultural, funcionando como una categoría que articula un conjunto de ideas, discursos y prácticas de discriminación, explotación y violencia. El racismo no consiste solo en actitudes individuales, sino que representa un eje alrededor del cual se organiza el sistema dominante, que tiene sus raíces en la lógica colonial. Los movimientos decoloniales han desarrollado un cuerpo teórico que sitúa el racismo como una dimensión estructural de la modernidad (Amzian y Garcés, 2017), estrictamente vinculada al proyecto “civilizatorio” de la experiencia colonial. El carácter colonial del poder, no se reduce a la dominación económica, política y militar de una parte del mundo por parte de Europa, sino que abarca también la esfera epistémica, desvalorizando los modelos de producción de conocimiento “otros” e invisibilizando las experiencias de resistencia de los grupos subalternizados. Es lo que el sociólogo peruano Aníbal Quijano resume en la triada de colonialidad del ser, del poder y del saber (Quijano, 1991). Desde la mirada decolonial, se cuestiona también la unidimensionalidad de las categorías de opresión: la raza interseccional con el género, la clase y el heterosexismo, y todas ellas se inscriben en la lógica de los valores, conoci-

mientos y formas de comportamiento impuestos por la modernidad colonial. Desde ahí, se articula una crítica a los movimientos emancipatorios hegemónicos que, en tanto que centrados en un sujeto blanco, reproducen las ideas de bienestar de la modernidad (Barroso, 2014).

De todo lo anterior se deduce que los servicios públicos de salud forman parte de este sistema, pudiendo reproducir modelos de intervención con actitudes racistas. El personal de salud, como parte de una sociedad en la que persisten desigualdades estructurales basadas en prejuicios y estereotipos, deben contar con herramientas para identificar las actitudes racistas en su formación universitaria para poder actuar frente a ellas. Al igual que el patriarcado hace que tengamos interiorizado comportamientos o creencias machistas, el racismo hace que repliquemos comportamientos que refuerzan desigualdades sociales basadas en la raza o la etnia (Pascale, 2019).

Para garantizar el derecho efectivo a la salud de todas las personas es necesario contribuir, por tanto, al cambio de aquellas estructuras sociales que provocan injusticia y generan desigualdad.

1.2. IMPACTO EN LA SALUD

El acceso limitado a la atención médica y un sistema plagado de prácticas discriminatorias dificultan que las personas migrantes y racializadas obtengan accesibilidad a la atención sanitaria y a la garantía de un trato igualitario una vez que ingresan al sistema de atención sanitaria (Bolton et al., 2004).

Un reciente estudio llevado a cabo por The Lancet (2022), trata un compendio de cuatro artículos que confirman cómo el racismo, la xenofobia, la discriminación y las estructuras que los sustentan afectan negativamente en la salud. Las reflexiones que aporta este documento son muy contundentes, puesto que demuestran que el racismo, la xenofobia y la discriminación son determinantes fundamentales de la salud a nivel mundial.

Existen numerosos artículos de diferentes lugares que avalan esta teoría. Los trabajos realizados en Australia por Truong et al. (2022) revelan que pacientes procedentes de minorías raciales o étnicas experimentan racismo y discriminación racial en el sistema de salud, soportando un trato injusto e inferior que afecta negativamente la salud y el bienestar físico y mental y, en algunos casos, puede provocar una muerte prematura y evitable.

El racismo dentro del sistema de salud también actúa como un impedimento para el acceso a la atención sanitaria porque las personas pueden optar por evitar los entornos de atención médica por temor a exponerse repetidamente al racismo. De hecho, Reid et al. (2019) estudiaron en Nueva Zelanda la salud de las personas maoríes, los pueblos indígenas de Aotearoa, que, como la de casi todos los pueblos indígenas del mundo, se caracteriza por desigualdades sistemáticas en los resultados de salud, exposición diferencial a los determinantes de la salud, acceso desigual a los sistemas sociales y de salud y a través de ellos, marginación desproporcionada y representación inadecuada en el personal sanitario.

Nguyen et al (2020) trabajaron, a través de una revisión narrativa de la literatura, sobre las barreras contemporáneas para tener accesibilidad a la atención médica que enfrentan los pueblos indígenas de Canadá y los enfoques adoptados para mitigar estas preocupaciones. Identificaron tres tipos de barreras de acceso a la atención sanitaria que se alinearon en tres categorías:

1. Barreras proximales: incluyen la geografía, el nivel educativo y los prejuicios negativos entre los profesionales de la salud, lo que resulta en una falta de atención inmediata o una atención inadecuada en las comunidades indígenas;
2. Barreras intermedias: comprenden desigualdades en el empleo y los ingresos y sistemas de educación sanitaria y que no son accesibles para los pueblos indígenas;
3. Barreras distales: incluyen el colonialismo, el racismo y la exclusión social, lo que resulta en una participación limitada de los pueblos indígenas en la formulación de políticas y la planificación para abordar las necesidades de atención sanitaria de la comunidad.

Mención especial requiere el enfoque de género. Al respecto, resulta de especial relevancia mencionar el posicionamiento de la Sociedad Española de Epidemiología "Posicionamiento. La discriminación racial en el Sistema Nacional de Salud", en unos de los apartados indica: "(...) sería necesario deshomogeneizar la categoría de migrantes o colectivos racializados para considerar la gran diversidad que sustentan los sujetos, sea por trayectoria migratoria, situación administrativa, religión, clase social o género, por nombrar algunos elementos, aplicando de manera efectiva el enfoque interseccional. Por último, realizar investigación en salud y proponer acciones que disminuyan la desigualdad debería comenzar por apostar por procesos más participativos en ciencia y generar espacios para reflexionar sobre los constructos que se utilizan a la hora de realizar un diseño de estudio o programa de salud" (Sociedad Española de Epidemiología, 2024: 3)

Crear-Perry et al. (2021) también analizan los determinantes estructurales y causas fundamentales que identifican el racismo como una causa de inequidades en los resultados de salud materna, ya que muchas de las estructuras y políticas sociales y de la salud en los Estados Unidos nacieron del racismo, el clasismo y la opresión de género, incluido un mayor riesgo de mortalidad materna entre las mujeres negras. De hecho, las mujeres negras tienen entre tres y cuatro veces más probabilidades de morir por complicaciones relacionadas con el embarazo en comparación con las mujeres blancas no hispanas (Tosin et al., 2022). Las barreras estructurales y las diferentes formas de marginación siguen limitando el acceso de las mujeres negras a servicios sanitarios de calidad. Los temas emergentes incluyen atención institucionalizada (enfoque biomédico racialmente insensible, raza y clase), trato injusto basado en el seguro médico y raza como concepto social - preocupaciones de dolor descartadas porque eres una mujer negra fuerte .

Por último, resulta de gran utilidad la reflexión sobre las repercusiones en la salud de personas migrantes y racializadas en España que se han elaborado en la "Formación y sensibilización para identificar conductas racistas y xenófobas en el ámbito socio-sanitario" elaborada por MdM:

El análisis detallado de cada una de las situaciones de discriminación vividas en los centros médicos permite obtener una mirada más precisa de las circunstancias percibidas por los distintos grupos analizados. Cabe mencionar que las consecuencias psicológicas varían según el sexo. Las mujeres muestran una mayor prevalencia que los hombres en efectos psicológicos derivados del trato discriminatorio (47% frente al 39% de hombres), aislamiento de la sociedad y espacios públicos (19% frente al 15% de hombres), y el deseo de abandonar el país (13% frente al 10% de hombres). El tipo de consecuencias que afecta más a los hombres se relaciona con el hecho de acudir en menor medida a servicios públicos como centros sanitarios (12% frente al 9% de mujeres), y el sentir un rechazo mayor hacia la sociedad mayoritaria y desconfianza (35% frente al 25% de mujeres). Desde la mirada experta se menciona que las consecuencias pueden ser variadas, afectando no solo las oportunidades en ámbitos laborales y en las trayectorias de vida, sino en la salud mental de las personas. Además, se reconoce que se trata de una cuestión subjetiva individual, y que a su vez depende del tipo de trato discriminatorio sufrido. Es de común consenso por parte de la población experta, que muchas de las actitudes discriminatorias son de compleja detección, y que muchas veces existe un proceso de normalización de dichas experiencias. (MdM; 2022: 12).

1.3. CONTEXTO ESPAÑOL Y NECESIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

A nivel nacional, los últimos informes y datos estadísticos publicados en el estado español sobre el racismo, la xenofobia y otras formas de intolerancia describen una realidad compleja. Por un lado, en la última encuesta del CIS “Actitudes hacia la inmigración” (2017), tan solo el 2,2% de las personas encuestadas se reconocieron, de media, como racistas, mostrando una tendencia coherente con los datos observados años anteriores. Sin embargo, un análisis más sosegado de la encuesta permite observar que el 61,1% considera elevado o excesivo el número de inmigrantes que hay en España y el 51,1% está de acuerdo con su supuesto “abuso” de la sanidad pública. Un reciente metaanálisis (González y Rincken, 2021), concluye que las actitudes negativas hacia la migración han tenido un ligero incremento, pero lo que ha aumentado significativamente es la polarización entre los extremos, que podría estar relacionada con los efectos de la pandemia, el tratamiento mediático de las llegadas a las costas españolas o Melilla y, sobre todo, el auge de discursos de odio amplificadas desde tribunas institucionales.

Es necesario mencionar el estudio “El derecho a la asistencia sanitaria en las comunidades autónomas: un derecho hecho pedazos” (Yo Sí Sanidad Universal, 2022), tiene un apartado específico intitulado “Actitudes y prejuicios potenciados por la discriminación normativa”, en donde deja constancia de las actitudes racistas existentes a nivel de profesionales de la salud hacía las personas migrantes y racializadas que se amparan en mitos y creencia de origen racista, por ejemplo: “viene a aprovecharse de nuestra sanidad”. Este tipo de actitudes demuestran la “permanencia de una lógica del derecho ligado al empleo y a la cotización tanto en la población general como en el personal sanitario. A pesar de que el sistema sanitario se financia mediante impuestos, y que el derecho a la asistencia no está ligado a la cotización, aún permanece la creencia de que se debe tener empleo para acceder a la atención sanitaria (Yo Sí Sanidad Universal, 2022: 41). Este estudio subraya que una de las consecuencias

de los tratos discriminatorios vividos en la consulta, implica un aumento de la desinformación entre las personas migrantes y racializadas que tiene como consecuencia la disminución de asistencia a consulta para ellos/as mismos/as e incluso para sus hijos/as: “Como todavía no tengo empadronamiento pues no puedo ir”; “no debo de llevar al niño a urgencias, aunque esté malo, porque me van a facturar y no tengo dinero para poder pagar la factura”.

A nivel territorial, resulta importante señalar que, por la propia estructura descentralizada del Estado Español, la autonomía de las Comunidades Autónomas (en adelante CCAA) juega un papel importante en la prestación de servicios sanitarios, lo que puede generar desigualdades en la atención médica según la gestión presupuestaria de cada región. Además, las competencias en materia de inmigración se articulan en un sistema de gobernanza en el que la regulación del régimen jurídico del extranjero es competencia del Estado, mientras que las relacionadas con la asistencia social se prestan en un nivel más cercano: autonómico o local.

Para concluir, el desconocimiento de las realidades y las necesidades de las personas migrantes y racializadas en el ámbito de la salud a nivel español, unido a la presencia de estereotipos, prejuicios y/o actitudes racistas en la consulta, hace posible que un cierto número de profesionales se guíen por imágenes preconcebidas de cómo es la vida y/o el estado de salud de las personas que atienden. Frente a ello, este proyecto pretende dotar a los y las profesionales de la salud de herramientas y propuestas de atención integral antirracistas adaptadas a la realidad de las personas migrantes y racializadas.

Es por todo lo anterior, que se ha realizado la presente investigación con la finalidad de valorar, tanto desde el punto de vista de las y los profesionales sanitarios como desde el punto de vista de los titulares de derechos (TdD), un diagnóstico de la atención de personas migrantes y racializadas desde un enfoque antirracista en el sistema de salud con la finalidad de aportar propuestas de mejora.

2. METODOLOGÍA Y PERSPECTIVA DE INVESTIGACIÓN

La metodología que se ha adoptado ha consistido en una Investigación Acción Participativa (IAP), que ha conllevado la construcción de un proceso de aprendizaje colectivo en los distintos puntos del Estado español (Barcelona, Madrid, Toledo).

Esta metodología ha sido elegida por su aproximación crítica a la realidad a través de la reflexión vivencial sobre las opresiones, la implicación activa de los grupos involucrados y su guía transformadora, según como se describe a continuación:

“En lo social, la forma de reducir la incertidumbre y de ser más operativos pasa por la implicación de las partes en cada proceso. (...) Y las metodologías de implicación pasan a ser hoy el reto con el que abordar las problemáticas de este cambio de siglo. No quiere esto decir que lo cuantitativo (cómo se distribuyen los elementos) o lo cualitativo (cómo los relacionamos) ya no tengan sentido. Sino que estos métodos han de servir a esta nueva perspectiva, ordenándose de manera más eficaz para los objetivos que están reorientando nuestro quehacer, ante la fragmentación social y los problemas del medio en que vivimos” (Martí O., Montañes M. y Villasante T., 2002: 12)

2.1. FASES DE LA INVESTIGACIÓN ACCIÓN PARTICIPATIVA

La IAP se ha llevado a cabo en tres fases que se describen a continuación:

FASE 1. DIAGNÓSTICO

Mediante esta fase se procedió a una primera “toma de contacto” con personas migrantes y racializadas y profesionales sanitarios/as mediante cuestionarios y grupos focales. La utilización de una metodología mixta (técnicas cuantitativas y cualitativas), ha permitido ampliar el espectro sobre la realidad social analizada y elaborar unos primeros resultados que han sido fundamentales para estructurar y construir las siguientes fases.

Recogida de datos cuantitativos

- Se han llevado a cabo 551 encuestas sobre conocimientos, actitudes y prácticas dirigidas a profesionales del ámbito sanitario con las que se han podido identificar las percepciones que tienen acerca de las personas migrantes y racializadas, observar cómo se sienten y cómo se comportan con ellas en su práctica sanitaria, así como detectar la presencia de un posible sistema de creencias que sustentan estereotipos racistas. El cuestionario también ha servido para informar del proyecto y contactar con profesionales que pudieran estar interesados en participar en las comunidades de aprendizaje de la siguiente fase. Para su realización se utilizó un cuestionario online y se contactó con las direcciones de los servicios sanitarios locales para que le dieran difusión, además de enviarlo a profesionales de este ámbito con los que Médicos del Mundo colabora en otros proyectos y/o actividades.

- Se han realizado 126 encuestas sobre percepción de la atención recibida dirigidas a personas migrantes y racializadas, que han servido para entender y valorar la atención recibida desde los servicios sanitarios, así como las discriminaciones vivenciadas, o los principales nudos detectados para una correcta atención integral. El cuestionario se ha llevado a cabo de forma presencial, siendo las personas de intervención de MdM quienes rellenaban el formulario ya que se ha considerado más apropiado dedicar un espacio presencial con el fin de que las personas migrantes y racializadas llevaran a cabo un cuestionario que podía tocar puntos delicados de su vivencia. Esta primera toma de contacto ha servido también para informar del proyecto a las TdD que pudieran estar interesadas en participar en los talleres vivenciales de la siguiente fase.

Recogida de datos cualitativos

- Se han realizado tres grupos focales en la cual han asistido 16 participantes. A lo largo de las sesiones se ha podido profundizar en seis bloques temáticos:
 - Bloque 1: Percepción salud y atención sanitaria en general
 - Bloque 2: Aceptabilidad servicios salud
 - Bloque 3: Racismo percibido en la atención sanitaria
 - Bloque 4: Impacto emocional y en la salud
 - Bloque 5: Experiencias positivas
 - Bloque 6: Recomendaciones

Por otro lado, cabe destacar que todas las personas que han participado en este espacio han agradecido especialmente la posibilidad de poder compartir su experiencia con otras personas migrantes y racializadas sobre estos asuntos, así como poder generar lazos de diálogo que les resultaba difícil conseguir en otros contextos.

- Se ha llevado a cabo un grupo focal con agentes-clave (personal sanitario, profesionales de entidades sociales que trabajan con personas migrantes y racializadas y representantes de movimientos antirracistas) con la participación total de 11 personas. Este espacio de diálogo ha servido para profundizar sobre las principales cuestiones vinculadas a la casi total ausencia de la dimensión de la aceptabilidad en la atención sanitaria a personas migrantes y racializadas resultando fundamental para estructurar las siguientes fases de la investigación.



FOTO Grupo focal con agentes clave (Madrid)



FOTO Taller de investigación vivencial con TdD (Barcelona)

FASE 2. CRUCE DE SABERES Y PRÁCTICAS

Esta fase representa el núcleo central de la IAP, donde se lleva a cabo la triangulación de la información obtenida en la fase de diagnóstico. A partir de los datos y el análisis de discurso de esta primera fase, se ha procedido a diseñar la estructura y los contenidos de los talleres vivenciales con las TdD y de los talleres de formación-acción con las TdR.

Se han realizado tres talleres de investigación vivencial con 18 personas migrantes y racializadas (ver anexo IV) y tres talleres de formación acción con 26 profesionales sanitarios /as (ver anexo IV). En total se ha desarrollado una sesión para TdD y una para TdR en cada sede territorial implicada en el proyecto.

Los contenidos abordados a lo largo del taller vivencial dirigido a TdD han sido los siguientes:

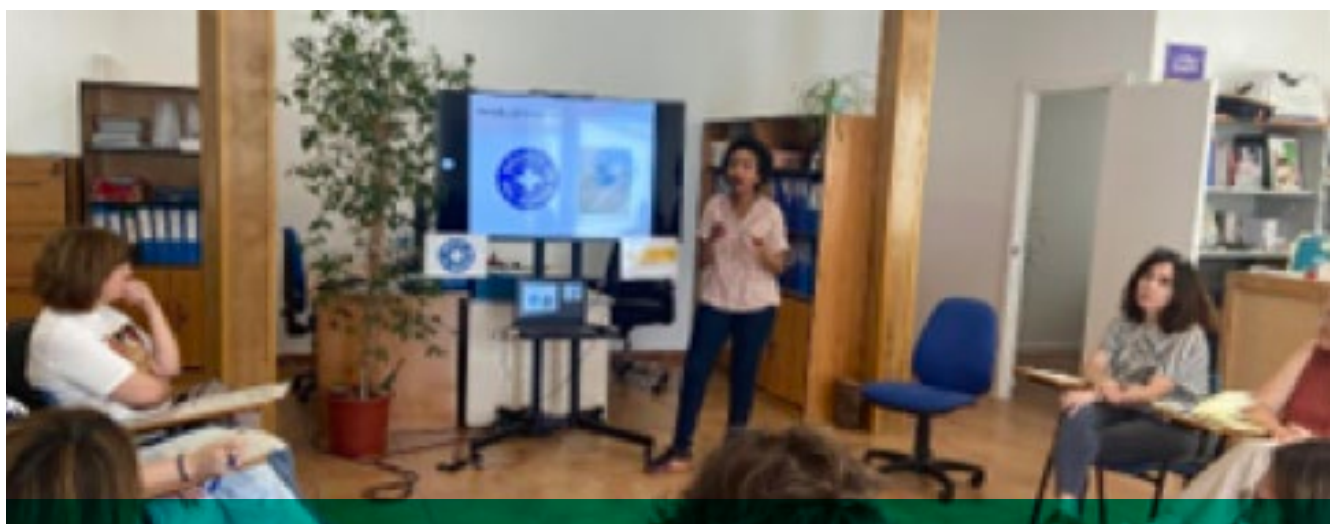
- Salud integral y percepción de la aceptabilidad
- Proyecto ACCIÓN SALUD: objetivos y resultados del cuestionario de los/as profesionales
- Tipologías de discriminación
- Nudos, necesidades y recomendaciones para la mejora de la aceptabilidad con enfoque antirracista.

Estas sesiones han servido para dar a conocer a las TdD conceptos tan importantes como son la salud integral (enfoque biopsicosocial), la dimensión de la aceptabilidad del derecho a la salud, los principales conceptos vinculados a la discriminación y el racismo (prejuicio, estereotipo, discriminación, xenofobia, racismo, delito de odio). Asimismo, se han podido identificar con mayor profundidad los nudos que se viven en la atención de los servicios sanitarios, así como identificar las necesidades que observan y las recomendaciones que quieren hacer a los/as profesionales. Una vez más, se ha detectado una alta motivación y participación en estas sesiones por parte de las TdD. Transmiten que los talleres les ha dado fuerza y poder para poder reivindicar aquello que no funciona, empoderándose como agentes activas en su cambio.

Las sesiones de formación-acción dirigidos han servido para dar a conocer a los/as profesionales:

- El concepto de aceptabilidad enmarcado en el derecho de la salud
- Identificación de prejuicios y creencias racistas que puedan tener asimiladas incluso de forma no consciente.
- Contextualización de la situación vivida por las personas migrantes y racializadas en la consulta médica (se han presentado los resultados de los cuestionarios a TdD).
- La necesidad de adoptar un enfoque antirracista e interseccional en la atención prestada.

Asimismo, se ha conseguido reflexionar en conjunto sobre las consecuencias de las actitudes racistas vividas en la consulta y se han podido identificar buenas prácticas en relación con la aceptabilidad de la atención de los servicios sanitarios con personas migrantes y racializadas.



Taller de formación acción con TdR (Toledo)

Por último, se han realizado tres talleres de cruce de saberes entre profesionales y personas migrantes y racializadas con la participación total de 39 personas.

La sesión se ha desarrollado de la siguiente forma:

- Reflexión sobre las sesiones anteriores: resumen de las sesiones anteriores y espacio de preguntas y respuestas de las personas migrantes y racializadas a los/as profesionales
- Diálogo sobre las necesidades detectadas en relación con la atención recibida por parte de las personas migrantes y racializadas y la atención que se proporciona por parte de los/as profesionales.
- Análisis de casos para construir recomendaciones colectivamente.
- Carta a la administración: dinámica de sistematización y elaboraciones de recomendaciones y buenas prácticas para la aceptabilidad desde un enfoque antirracista

Estas sesiones han alcanzado en primer lugar el objetivo de proporcionar un espacio de encuentro entre personas migrantes y racializadas y profesionales sanitarios/as, dando la posibilidad de intercambiar vivencias y recomendaciones en un espacio seguro tratando así de acercarlos desde un lugar que se sitúa fuera de las estructuras predefinidas de encuentros entre ellos/as. Por otro lado, se ha podido generar una propuesta de atención integral interseccional dirigida a mejorar la aceptabilidad en la atención sanitaria consensuada entre profesionales personas migrantes y racializadas desde un enfoque antirracista. Se ha podido capitalizar y socializar el conocimiento, fortalecer vínculos, profundizar en la comprensión mutua y generar compromisos.

Taller de cruce de saberes (Madrid)



2.2. PERSPECTIVAS Y ENFOQUES

El desarrollo de la investigación se fundamenta en diversos enfoques y perspectivas metodológicas propias de la naturaleza e identidad de la intervención de MdM, que permiten una visión integral de las problemáticas que se tienen que tomar en cuenta para mejorar la aceptabilidad en la atención sanitaria desde un enfoque antirracista. A continuación, se detallan los enfoques y perspectivas adoptados en este estudio:

- El Enfoque Integrado de Género y Basado en Derechos Humanos (EGYBDH) - Objetivo misional 4 del Plan Estratégico de MdM 2023-2025 - supone una apuesta de MdM por incorporar ambos enfoques, el de Género y el de Derechos Humanos, en todas las acciones puesto que entendemos que son complementarios y se deben abordar de manera simultánea. El EGYBDH ubica en el centro el desarrollo de las personas, así como la realización igualitaria y no discriminatoria de sus derechos, de modo participativo, de forma transparente y ejerciendo la rendición de cuentas. Desde este punto de partida, cualquier acción llevada a cabo cuenta con tres tipos de titularidades, que en el caso de la presente investigación coinciden con los siguientes perfiles:
 - **Titulares de Derechos (TdD):** personas migrantes y racializadas que han sido atendidas en las sedes autonómicas de MdM y que han tenido acceso a servicios sanitarios
 - **Titulares de Responsabilidades (TdR):** profesionales sanitarios/as incluyendo a todo el personal que trabaja en los servicios de salud (personas administrativas, enfermeras, médicas y trabajadoras sociales)
 - **Titulares de Obligaciones (TdO):** Responsables de políticas sociales públicas en el ámbito municipal y autonómico, así como las Administraciones estatales en relación con los derechos vulnerados.
- **Perspectiva interseccional:** tiene en cuenta las diferentes inequidades sociales y sanitarias, y analiza la interrelacionalidad entre el sexo, el género, la etnia, la clase o la orientación sexual, como categorías que permiten ver los múltiples niveles de discriminación fruto de la construcción social.
- **Enfoque antropológico:** es un eje transversal de la intervención de MdM, según señala el Plan Estratégico 2023-2025, ya que la diversidad de contextos y las diferentes formas de intervenir en salud suponen un activo para la incorporación de este enfoque, por la necesidad de adaptarse a las realidades con las que se trabaja. Este enfoque implica un proceso de apertura y de aproximación a las diferentes identidades, representaciones, prácticas y conocimientos de los colectivos con los que se trabaja. Este enfoque se fundamenta en la constatación que el pleno ejercicio del derecho a la salud está, en muchas ocasiones, condicionado por la falta de reconocimiento de esta diversidad.

- **Enfoque de participación:** la participación de titulares de derechos en la identificación de sus necesidades la toma de decisiones sobre su propia salud es otro del eje transversal de la intervención de MDM, según señala el Plan Estratégico 2023-2025. De hecho, la Política de Derecho a la Salud de MDM marca la prioridad de facilitar espacios de participación y empoderamiento de titulares de derechos, para desarrollar sus capacidades para lograr el cumplimiento efectivo del derecho a la salud. Asimismo, la participación vista desde una mirada antropológica, implica un proceso que, partiendo de la subjetividad (motivación, actitud, ...), del compromiso y de la conciencia del rango que se ocupa, favorece el cambio en las relaciones de poder a las personas implicadas (titulares de derechos, titulares de responsabilidades y titulares de obligaciones), a favor de una construcción común del cambio social.



3. RESULTADOS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Con el fin de mantener la estructura de las fases de la IAP, se ha considerado oportuno presentar los resultados de la investigación estructurados en función del colectivo involucrado en la misma: personas migrantes y racializadas y profesionales sanitarios/as. Un tercer apartado describe las propuestas surgidas del taller de cruce de saberes, puesto que ha consistido en el momento de encuentro comprensión y diálogo entre TdD y TdR, desde los que han surgido recomendaciones consensuadas entre las dos partes.

Son varias las reflexiones que surgen como resultado del trabajo de investigación, e irán emergiendo a lo largo de los siguientes apartados. Sin embargo, es preciso aclarar un aspecto que ha resultado especialmente llamativo y ha sido la presencia de cierto nivel de incongruencia entre las respuestas en los resultados del cuestionario inicial sobre la percepción de la atención sanitaria proporcionada a las personas migrantes y racializadas (en caso del punto de vista de los/as profesionales) o recibida por parte de las personas migrantes y racializadas y los resultados que han salido de los talleres vivenciales. En relación con la naturaleza del cuestionario en profesionales, es necesario aclarar que el alcance del mismo para evaluar el nivel de prejuicio existente vinculados a la atención médica proporcionada a personas migrantes y racializadas, es estructuralmente limitado. Si se considera que hay cierta tendencia en todo ser humano a responder en función de la “deseabilidad social” de sus afirmaciones, entendemos que un cuestionario no pueda transmitir del todo la opinión real de las personas que responden. Sin embargo, se considera que el anonimato del cuestionario ha podido permitir proporcionar un mayor nivel de autenticidad en las respuestas. De la misma forma, se ha procurado plantear cuestiones que abordaran de forma indirecta esta cuestión, buscando así captar de forma transversal y subyacente los sentimientos de las personas entrevistadas. Por otro lado, también entre las personas migrantes y racializadas se han detectado algunos puntos de relativa contradicción en el cuestionario. Esta relativa incongruencia podría explicarse por la complejidad intrínseca implícita en la tarea de responder a un cuestionario sobre percepción de racismo vivido en un formato más rígido como puede ser la modalidad de preguntas semiestructuradas propias del cuestionario.

3.1. LA PERSPECTIVA DE LAS PERSONAS MIGRANTES Y RACIALIZADAS

Las personas migrantes y racializadas entrevistadas son en su gran mayoría mujeres cis (83%), de entre 30 y 50 años (62%), prevalentemente de origen latinoamericano (75%) y llevan relativamente poco tiempo en España (59,5% entre menos de 1 año y tres años). Considerando este último aspecto, no sorprende que un 45% esté en situación irregular o aún proceso de regularización. Sin embargo, es llamativo que, pese a que la gran mayoría tenga una edad comprendida entre 18 y 59 años (92% con potencial para ser considerada población activa en empleo) más de la mitad se encuentra desempleada (60%) y el 14% manifiesta trabajar en negro (sin contrato laboral).

Por otro lado, la gran mayoría (75%) vive en alquiler (45% en una habitación en piso compartido) y el 11% en piso protegido para entidades sociales.

Por todo lo anterior, se puede deducir que se trata de un perfil de población que vive en riesgo de exclusión social, más sujeta a vivir situaciones de discriminación por la intersección entre clase, raza y género.

3.1.1. Percepción de racismo y aceptabilidad en el sistema sanitario público

En relación con la percepción de racismo en la sociedad española, el resultado es muy contundente, puesto que el 79% de las personas encuestadas considera que hay racismo en España. Sin embargo, profundizando en cómo es el trato que suelen recibir cuando acuden a los servicios sanitarios, más de la mitad 54,7% consideran ser tratadas de manera positiva. Aun así, entre el 45,3% de las personas que consideran ser tratadas de forma negativa, la gran mayoría (73,7%) considera que ha sido por su apariencia de persona extranjera o por ser migrante y/o racializado.

Profundizando en el tema de la **percepción de racismo en la atención sanitaria**, en los grupos de discusión han aparecido reflexiones relevantes:

- Yo siento que sí hay racismo porque es algo que se siente en la forma en la que te atienden, en cómo se dirigen a ti. Se crea una tensión entre el paciente y el médico. Esto es por la ignorancia. Creo que las personas mientras menos salen de su país, más racistas son. (P3-CLM)
- ¿Cuando ya notan que eres extranjero el no darte la información que requieres ya está mal (...) este rechazo inicial es tan loco es como que te estuvieran juzgando por estar aquí llega a dolerte? es humillante. (P6-MAD)
- Yo llevo 5 años aquí, he ido una sola vez, me recetaron ibuprofeno y paracetamol y no he vuelto más (...) no me sentí bien. A mi mamá también le pasa y tampoco va, tiene que ir más porque ya es mayor y tiene muchos dolores, pero lo evita. Tiene dolores en los huesos y no quieren hacerle un estudio. (P2-CAT)
- En ventanilla por ver que soy una migrante me trataron mal, la persona detrás de mí que era blanca y tenía tarjeta la trataron mucho mejor (P5-MAD)
- Tengo un amigo que es marroquí y le tratan muy mal. Creo que el racismo es peor dependiendo del lugar del que viene la persona. Es peor para los argelinos, marroquíes y gente de color. Es el racismo típico. Es como un estereotipo: si es una persona de color, va a tener que sufrir racismo. (P6-CLM)

Uno de los temas que emerge con fuerza es la **percepción de deshumanización en la atención médica**, percibiendo el trato recibido de la siguiente forma:

- Tienen que llenar mucha información en el sistema, los 5-7 minutos que no tienen de consulta se van con ellos rellenando la información. Nosotros llegamos y saludamos y todo, ellos no contestan casi. (P5-CAT)

- Esta médico siempre es como muy déspota, por decirlo de una forma, desde el primer día dijo: “me toca los cojones que venga”, que por qué tenía que hacerme tantos exámenes. (P3-CLM)
- Un poco más de humanidad a su trabajo, están tratando con personas. uno va con un problema en específico, pero también ese problema en específico le trae una carga emocional esa carga emocional también tiene que ser tratada más que nada cuando uno es extranjero (P4-MAD)

Resulta interesante en este contexto, mencionar alguna voz contraria a las percepciones de la mayoría en relación con la capacidad de escucha de los/as profesionales sanitarios/as:

- El momento en que tú sabes hablarles, te atienden bien. El problema en realidad es nuestro. Nosotros no nos sabemos hacer entender de acuerdo con el léxico que ellos manejan. (P1-CLM)
- Evidentemente, tenemos expresiones distintas. Yo debo explicarme y, si no me entiende, yo debo buscar otra forma de explicarme porque yo soy quién tiene que decir qué tengo (P2-CLM)

Por otro lado, relativo a la percepción de necesidad de mejora de empatía, aparece con mucha frecuencia la **comparación con la calidad humana del personal médico de América Latina:**

- Yo extraño mucho a los médicos venezolanos porque son un poco más humanos te dirías más humanidad más amabilidad es porque están como sincronizados en automático con los doctores acá (...) la doctora era como muy brusca (P1-MAD)
- Los médicos latinos son más humanos. Ellos cuando te van a revisar, te van a revisar. te tocan si hay que tocarte, van a dar un diagnóstico lo más fiel posible. Aquí muy pocos médicos lo hacen (P1-CLM)
- En Santo Domingo te revisan hasta lo que no te tienen que revisar y llegas aquí y dices ¿qué pasa? (P2-CAT)
- Acá es muy normal uno quitarse la ropa en un salón donde hay muchas personas, pero en Latinoamérica no, es completamente diferente (...) Aquí son como todos robotizados ni lo miran a uno (P3-MAD)
- No sabía que se podía hacer hasta hace poco. La ginecóloga me dice “quítate todo”, fue un trato muy frío. En mi país hay al menos una batita, te dan un poco de privacidad. Yo ese día habría puesto una reclamación si hubiera sabido como se hacía, me fui a casa triste e incómoda (P1-CAT)

Por lo contrario, hay una misma voz discordante también con estas comparativas:

- Yo estoy operado de cáncer en el hospital de acá, me extrajeron el tumor y saqué rápido el servicio sanitario porque tengo la nacionalidad. Yo no tengo

nada que decir de la parte médica. A mí se me ha atendido mejor que en cualquier clínica privada de Venezuela en su época buena (P1-CLM)

Lejos de querer establecer un juicio comparativo entre atenciones médicas de diferentes países, en el presente trabajo se consideran relevantes las percepciones subjetivas de las personas migrantes en cuanto a la calidad atención médica se refiere, sin pretender analizar las posibilidades y el contexto de servicio médico en los países de origen que se mencionan (se necesitarían indagar muchas otras variables que exceden el alcance del estudio).

Entre las personas participantes hay un acuerdo cuasi unánime sobre la falta de formación y conocimiento entre el personal sociosanitario sobre el **proceso migratorio** en sí y sus repercusiones sobre la salud integral y con especial énfasis en la **salud mental**.

- Salud es cuando una persona sabe que tiene derecho a decidir, (...) los inmigrantes sufren muchísimo ya sea por tanto camino, viniendo hacia acá y aquí también, o sea, hay muchas cosas que no están bien. Al final al cabo, un inmigrante que ha pasado por muchas cosas también produce enfermedad, las cosas duras que vivís, producen enfermedad. (...). Lo que llevamos en un duelo migratorio. Tú tienes una sobrecarga por venir de un país complicado y vas por muchas situaciones muy complicadas y riesgo de morirte por el camino y luego un médico tampoco tiene empatía (...) no les interesa ni siquiera tener la intención de justamente entenderte. (P2-MAD)
- Creo que, para nosotros, migrantes, lo más importante es la salud mental porque me pasó, unos días, que no podía hacer nada. No me sentía bien, estaba pensando en mi país, en la vida que dejé. Cuando no hablamos sobre este tema, no está bien, nos sentimos solos y entonces no podemos hacer más. (P6-CLM)
- Nunca te han preguntado sobre el dolor migratorio como te encuentras o sea como el hecho de haber migrado te ha afectado como persona o como paciente o como la enfermedad en la que tienes (P1-MAD)
- Como migrantes caemos mucho en depresión, pero pensamos: "bueno, quizás soy muy exagerada (P5-CLM) A

Este tema se siguió profundizando en los talleres vivenciales, de los cuales se recogieron las siguientes reflexiones:

- Las titulares consideran que en el SNS no hay conocimiento del contexto migratorio. Entienden el sistema de salud como un sistema que va muy enfocado a una enfermedad o patología y que no tiene tiempo para prestar atención a las necesidades específicas (TV-CAT)
- Las personas participantes tuvieron que migrar a Madrid. Al llegar aquí, se han tenido que enfrentar al rechazo. No han tenido apoyo al enfrentarse al sistema de salud público. Se encontraron con falta de empatía, falta de humanidad, falta de escucha y falta de profesionalidad en el trato con las personas extranjeras y no teniendo en cuenta el duelo migratorio (TV-MAD)

La casi totalidad de participantes en la investigación ha reivindicado con especial énfasis la necesidad de contar con una **perspectiva de género e interseccional** que sea transversal a todas las cuestiones abordadas para la mejora de la aceptabilidad en el sistema de salud.

Estas reivindicaciones remiten a diferentes observaciones que van desde la invisibilización de necesidades sanitarias específicas de las mujeres (todo lo relativo a necesidades ginecológicas suele tener retrasos o no estar suficientemente estudiado) hasta la constatación colectiva que el género representa un eje de desigualdad en la atención sanitaria que interactúa con los otros ejes de desigualdad como son la condición de mujer, migrante, madre, en situación irregular o en situación socioeconómica de exclusión social.

Resulta interesante la percepción que han relatado las técnicas de intervención de cada localidad al finalizar el grupo de discusión o los talleres vivenciales sobre este punto:

- Las mujeres presentan vivencias sin falta de perspectiva de género que no son aceptables, específicamente por parte de servicios ginecológicos. Estas experiencias, se avivan además con la confluencia de otras intersecciones: color de piel, poco tiempo en España, etc. (GD-CAT)
- El grupo ha estado muy implicado y participativo (...) Se habla bastante de la Interseccionalidad, un concepto que no conocían pero que al explicar de forma práctica vieron muy claro. De hecho, se pudieron analizar diversos ejemplos a través del dibujo (en rotafolio) de la intersección. (...) Se pudo observar que se cuestionó su veracidad y tuvo un trato discriminatorio al estar atravesada tanto por ser migrante con velo como por ser mujer (interseccionalidad), pues socialmente se cree que las mujeres somos más exageradas e histéricas. (TV-CLM)
- Cuentan que dos de las personas han sufrido violencia de género en país de origen y nunca lo han tenido en cuenta (TV-MAD)
- La salud es un derecho universal, pero a las mujeres no se nos ha incluido en la universalidad. Si bien es universal, las mujeres siempre hemos estado un eslabón más abajo. Me parece injusto. (P3-CAT)

Algunas de las personas migrantes que participaron admitieron entender el aspecto de **saturación del sistema sanitario**, sobre todo visible en la falta de tiempo en la consulta apareció el tema de la falta de tiempo del personal sociosanitario

- Yo cuando voy al médico aquí trato de empatizar con el médico que me atiende, llego y veo que hay un cartel que pone "hay recortes" y digo: "vale, están sobrecargados." Entiendo que no es culpa de las personas que me atienden. Aun así, la sensación que tengo es 'pim pam', receta y para fuera. Siento que las personas no nos merecemos que nos traten así, pero entiendo que tampoco tienen el tiempo. Trato de verlo así, para no sentirme tan mal (P3-CAT)
- Las personas afirman ser conscientes de la falta de tiempo que tienen los profesionales para atender a los pacientes. Saben empatizar con su trabajo, diciendo que ellos hacen lo máximo que pueden con los recursos que tienen,

además de que es normal que no todos los días se levanten con los mismos ánimos. Es decir, entienden perfectamente que hay varios factores que influyen en la calidad de la atención, más allá de la discriminación existente (TV-CLM)

Resulta llamativo que ninguna de las personas participantes tenía conocimiento de la existencia del/a **mediador/a intercultural**. Una vez que se explicaron sus funciones, la necesidad de su papel se vio a nivel general, como se puede deducir de algunos de los comentarios de las TdD:

- Me parece muy interesante el perfil, pero parece que no es muy público. No es que la mencionen en la recepción ni nada, ellos sí lo saben y nosotras como no lo sabemos pues no lo podemos pedir (P5-CAT)
- No es solo el idioma, son las religiones, las costumbres, las ideas que se tienen y que haya una persona que conozca esas diferencias y pueda traducir es maravilloso porque está abriendo una ventana enorme. Este debate permite reflexionar sobre la diferencia entre una persona que traduzca y otra que medie. Es reveladora para poner en valor este perfil profesional (P1-CLM)

Por último, en el taller vivencial de Barcelona, aparecieron con frecuencia también determinadas cuestiones que se vinculan a la aceptabilidad y que se agravan cuando la viven personas migrantes que han llegado recientemente al país:

- **Tiempo y citas**
 - Citas muy distantes (sobre todo con el especialista).
 - Falta de tiempo en consulta (12 minutos).
 - Protocolos de larga duración (por ejemplo, el Papiloma se mira cada 5 años).
 - Falta de adaptación a las necesidades de las personas más mayores, con la vulnerabilidad añadida que se siente debido a la edad.
- **Falta de información sobre el SNS:**
 - Sistema muy confuso
 - Nos hacen ir y venir.
 - En la recepción no nos explican, no hay personal para poder tomarse tiempo de explicar.

3.1.2. Vivencia de una experiencia de discriminación racial vivida en la atención sanitaria e impacto psicosocial

En cuanto a la vivencia de una experiencia claramente discriminatoria que se ha percibido como racista, resulta interesante destacar que poco más de un tercio de los/as encuestados/as (36%) declara haber vivido situaciones de este tipo. Profundizando en el tipo de discriminación que han experimentado estas personas (mediante respuesta múltiple), resulta que la gran mayoría refiere barreras de accesibilidad, como son: no haber sido atendido/a (51%), no haber conseguido una cita (29%), no poder obtener la tarjeta sanitaria (24%). Sin embargo, cabe señalar que hay un 11% que refiere haber vivido insultos y maltrato verbal. Como principales consecuencias de la discriminación vivida, las personas encuestadas refieren (respuesta múltiple): miedo a acudir a los servicios públicos (40%), sensación de estar más aislado/a (38%), aumento de un sentimiento de desconfianza (38%), repercusiones a nivel de malestares psicológicos como estrés, ansiedad o depresión (29%)

En las etapas más participativas de la investigación, se ha podido profundizar en las vivencias de discriminación directas experimentadas por parte de algunas de las personas participantes. Al respecto, resulta interesante destacar que todas las experiencias transmitidas han tenido lugar casi siempre en los servicios de Atención primaria y se vinculan con **cuestiones relativas al derecho de acceso (accesibilidad)** al servicio médico de salud.

El caso de Madrid resulta llamativo, puesto que el tema que más aparece es un cuestionamiento por parte del personal del centro de salud acerca del derecho de las personas migrantes de recurrir a los servicios médicos sin haber “cotizado” para ello. Los tres casos que se exponen a continuación son vivencias de madres que, por el hecho de ser migrantes, han sufrido discriminación en relación con la atención hacia ellas y sus hijas/os:

- Los niños tienen derecho a la educación pública y a la salud a nivel mundial, pero yo voy al centro de salud y lo primero que me preguntan es que si yo cotizo. a lo que voy es que no están interesados en saber de mis hijos, sino si yo estaba ya cotizando la seguridad social. (...) Entonces le digo, quiero comunicar para mis hijos porque tiene, Máximo (hijo pequeño) tiene una hipermetropía de 8 y necesita revisión oftalmológica. Y Victoria (hija mayor) tiene dos condiciones y tienen que controlarlas (...). Y entonces me dice: “bueno, te lo puedo contar para uno, pero no para el otro” porque ya Victoria pasa de los catorce años. Entonces el niño sí entra en el tema de la salud, la niña no. Me di cuenta de que, yendo a diferentes turnos, que se supone que están diferentes personas, era lo mismo. O sea, todas me posicionaban y ninguna me quería dar de este recurso. Más de cinco veces. En diferentes turnos. A recibir el no y a recibir todo este tipo de violencia, pero eso es violencia (...) Lo último que me pasó, me dijeron: “pues si tienes tanta urgencia, págate cincuenta euros de seguro privado” y yo le dije, “pues bueno linda, si yo tuviera los cincuenta euros, quédeme, o más, lo pago”. Entonces claro, ya cuando ella me dijo que pagar directamente hacia adelante de todo el mundo. Porque ella es la encargada del centro de salud. Me sentía mal. Fui a la entrevista con la trabajadora social, me indicó que yo tengo derecho a esto, a mi hija Y entonces, efectivamente, esperé como un mes más, volví a hacer el intento y me dijeron nuevamente que no. Cinco meses. Sin conseguirlo. (P1-MAD)

- Lo primero que hice fue ir al centro de salud le dije que yo estaba en el embarazo que necesitaba atención médica y me dijo, si no estás en padrón no te puedo ayudar tienes que regularizarte y buscar un padrón donde te puedan ayudar, aquí no podemos hacer nada por ti. me dijeron que fuera a un hospital (...) tomé cita con la trabajadora social y también recibí la sorpresa de parte de esa señora que me dijo que también lo mismo que porque creen que aquí todo es gratis y ya ese día si no me aguanté, me fui para el baño no era capaz de calmarme. Me preguntaron de donde venia y me dijeron ¿tú crees que por venir aquí a mi país todo tiene que ser gratis? pues no, tienen que averiguar muy bien porque aquí nada es gratis aquí tienen que pagar seguridad social aquí nada es gratis, o sea que sí que se está una violencia por tu país de origen no te veo una cotización, siempre te preguntan cotiza, cotiza, cotiza me dijo, aquí nada es gratis, tienes que pagar tú (P3-MAD)
- No quieren atender a Lucas (bebé con fiebre) en el centro de salud. Molestia por la impotencia de la enfermedad (...) Estoy preocupada al recibir la factura, no estoy trabajando, mi padre está en recuperación (P5-MAD)

En Castilla-La Mancha, aparece una vivencia siempre vinculada a cuestiones relativas al acceso:

- Vivíamos en un albergue. Debíamos ir a urgencias para ver si era quizás COVID porque dormíamos muchas personas en una sala. Nos fuimos a urgencias, no la querían atender, nos decían que no se podía, nos cobraban... Nos acabaron atendiendo, pero es racismo. Ella estaba súper enferma y luego enfermé yo y sin derecho a nada (P4-CLM)

En Cataluña de forma más específica apareció la vivencia de **trato discriminatorio por el tema lingüístico**:

- A mi incluso me hablaban catalán, no me hablaban español y yo les pedía que me explicaran en español. No sé qué sentido tiene que una persona te siga respondiendo en catalán, aunque tú le hablas español, es muy incómodo. No tratan igual a los catalanes, eso es así (P2-CAT)
- He notado varias veces en los mostradores, los administrativos, será su carácter o como yo lo percibo, pero son muy bordes y te responden en catalán (...) Para mí ya el hecho de que te hablen en un idioma que no conoces, ya me parece racista. (P4-CAT)
- Puede haber un distanciamiento cuando notan que no somos catalanas (P5-CAT).

Entre las personas participantes, cuatro relatan haber dado el paso de presentar una reclamación por lo que habían vivido. Sin embargo, parece no ser un proceso que por lo general se conozca en profundidad, de hecho, en Cataluña las TdD comentaron desconocer su existencia, y en todos los casos en qué se llevó a cabo fue mediado por la intervención de las personas técnicas de MdM. Es decir, recurrir a una reclamación es un trámite que sigue siendo poco intuitivo y de difícil acceso para personas que no estén familiarizadas con trámites legales y que se encuentran en una situación de vulnerabilidad a varios niveles.

- No sabía que se podía hacer hasta hace poco. La ginecóloga me dice “quítate todo”, fue un trato muy frío. En mi país hay al menos una batita, te dan un poco de privacidad. Yo ese día habría puesto una reclamación si hubiera sabido como se hacía, me fui a casa triste e incómoda (P1-CAT)
- Tenía derecho a reclamar, pero tenía miedo me sentía confiada al mismo tiempo decía estaré haciendo bien me meteré en un lío esto le costaría el trabajo a mi marido y sobre todo porque mis hijos están en un proceso de regulación y yo vengo de trámite de juzgado y me dio miedo reclamar es difícil sacarse el miedo (P6-MAD)
- Yo puse una reclamación. Se trató con el apoyo de un abogado de MdM. Se hizo una apelación al INSS que simplemente me contestaron por escrito que no había derecho. Se hizo una apelación a esa decisión administrativa y la respuesta fue la misma. No quedó en nada. Había que meterse a un juicio, ir a tribunales... y ya no (P2-CLM)
- Médicos del mundo ayuda, resultado positivo, se han disculpado (P5-MAD)
- Lo estaba reclamando con Cris (MdM) yo me sentía nerviosa porque no sabía que iba a terminar todo yo no sabía si nos lo iban a dar o no porque nos hicieron esperar tanto la reclamación es nervios miedo mucho cabeza ágil (P1-MAD)

Las consecuencias de las experiencias discriminatorias vividas tienen un **impacto directo sobre el estado emocional** de las personas que lo vivencian, según como relatan a continuación:

- *Ya no quieres volver (P1-P2-P4CAT)*
- *Me siento mal, me siento como que si estoy abusando de un privilegio que no es para mí. Eso, que no tengo derecho a la salud, te cuestiona muchas cosas (...) Tienen un centro de salud que están produciendo enfermedad. Porque todas las emociones de miedo, de rabia, de ira, de soledad, de tristeza, son las que nos estás contando. Y son enfermedades (P1-MAD)*
- *Si, genera preocupación, y desesperación, impotencia que genera más enfermedad (P5-MAD)*
- *Me quedé callada yo no supe qué responder o sea el miedo te abrumba (P6-MAD)*
- Uno va y lo tratan con desprecio y luego sale de allí pensando “este no es mi sitio”. Yo me intento consolar luego, pero sale uno con sentimiento de sentirme fuera de lugar, me siento despreciada. (P3-CAT)

3.1.3. Experiencias positivas

Si bien el conjunto de experiencias vividas para las personas migrantes y racializadas remitían a experiencias negativas, hay que señalar que hubo también una parte de relatos vinculados a vivencias especialmente positivas que resultaban ser muy inspiradoras en relación con el tipo de intervenciones que las personas que llegan a consulta más necesitan, junto con su potencial transformador.

A la pregunta de qué tipo de intervención ha resultado de mayor utilidad en el contacto con los servicios de salud, las respuestas han sido las siguientes:

- Con la llevadora [término que en catalán se refiere a la matrona] las veces que he ido ha sido confuso (...) Hace poco fui con una nueva que me recomendaron. Me hizo muestras para analizar para ITS (Infecciones de Transmisión Sexual) y para Papiloma. El trato fue muy amable, me explicó muchas cosas. Con la revisión con el espéculo, mi hija estaba mirando y la llevadora le explico que de ahí salí yo. Pero fue todo muy humano, gracioso y natural, me sentí cómoda (P1-CAT).
- La pediatra de mí hija es una chica muy maja o sea tiene un poco más de humanidad que todos los doctores que conocen acá en España si me parece que es una chica muy mágica, es mucho más amable de todos los doctores porque va a tratar con un niño (P1-MAD)
- Las enfermeras me sorprenden para bien. Fui a una citología, que es algo que personalmente no me gusta mucho, pero con la calidad humana de las enfermeras, yo no sentí que era colombiana, sentía que éramos 3 mujeres apoyándonos porque se dieron cuenta de que yo tenía ese susto. Me estaban diciendo: “tranquila, no te preocupes, es un lugar seguro”. Me hicieron sentir que yo valía, aun cuando yo por dentro estaba tan asustada. (P3-CLM)
- La señora que me atendió fue muy agradable. Ha sido la única vez que he sentido que había alguien conteniendo y haciendo lo que tiene que hacer (P2-CAT)
- Me encanta cómo funciona sistemáticamente el sistema de salud en España, o sea, como funciona todo el hecho de que esté conectado el centro de salud con el hospital con el laboratorio con imagen que todo se pueda ver en el sistema (...) el médico de familia y el pediatra que tengo son encantadores los dos son muy buenos especialistas buenos profesionales y estoy contenta (P6-MAD)
- ... entonces sentí que estaba en una situación de igualdad de ser atendido en el sistema sanitario. Había gente un poco sorprendida de por qué me atendían primero (P6-CLM)
- Cuando me quitaron el implante que llevaba en el brazo, fue una chica muy amable, me daba conversación para distraerme (P4-CAT)
- La salud es pública, y tratan a mi bebe muy bien (P5-MAD)
- “Mire, tiene una cita para ponerse una vacuna” y me vacuné en unos cuantos días. Fue una atención de primera (P2-CLM)

3.2. LA PERSPECTIVA DE LOS/AS PROFESIONALES SANITARIOS/AS

Los/as profesionales entrevistados/as son en su gran mayoría mujeres cis (81%), con una edad comprendida entre 30 y 59 años (79%), que trabaja prevalentemente en atención primaria (57%), seguido por atención hospitalaria (24%). Hay mucha heterogeneidad entre los puestos que ocupan, pero destaca la prevalencia de enfermería (38%), seguido por medicina de familia (27%) y un 12% de categoría de "otros" que incluye una cierta heterogeneidad de perfiles: jubilados/as, traumatólogos, pediatras, cirujanos, mediadores culturales.

3.2.1 Resultados del cuestionario: percepción de racismo y de la aceptabilidad

Relativo a la percepción del trato que reciben las personas migrantes y/o en España, las respuestas de la encuesta señalan cierta polarización a nivel de la percepción: el 47,5% considera que el trato mayoritario es de desconfianza, sin embargo, un gran porcentaje (42%) considera que reciben exactamente el mismo trato reservado a las personas españolas. A la pregunta de si consideran que existen medidas políticas (a nivel autonómico o municipal) para combatir el racismo en su territorio, un alto porcentaje (53%) declaran que no existen.

En relación a la propia práctica profesional con personas migrantes y racializadas, un porcentaje alto (61%) de profesionales consideran conocer las características sociodemográficas de las personas a las que atienden, y en cuanto al porcentaje que no las conoce, la mayoría (60%), refiere que el sistema sanitario no prevé profundizar en este tema; a mayor distancia se aducen razones que tienen que ver la falta de tiempo en la consulta (18%) o con el no considerar este conocimiento un aspecto relevante (10%).

Casi la mitad de profesionales (46%) atienden en torno a un 10%-30% de pacientes migrantes y/o racializados, aunque en un 31% esta proporción se amplía y atienden entre el 30 y más del 50%. En cuanto a la cuestión de cómo se sienten en la interrelación las personas migrantes y/o racializadas en la consulta, se han dado respuestas bastante dispares. Puesto que en estas cuestiones se había dejado la posibilidad de respuesta múltiple con la finalidad de abarcar el conjunto de sentires al respecto, en lugar de recurrir a los porcentajes se mencionarán el número de personas que han optado por determinadas respuestas, sabiendo que es probable que muchas de ellas hayan contestado a más de una. La mayoría (328) cree conseguir una buena comunicación y sentir comodidad en la interrelación, pero hay un número bastante elevado (225) que encuentra dificultades para comunicarse bien con sus pacientes, y un menor número de personas (169) declaran tener dificultades para poder ayudarles en lo que necesitan".

En cuanto a las dificultades más frecuentes que manifiestan, 423 personas refieren dificultades de comunicación y comprensión con este grupo de población y 241 sienten impotencia al no poder disponer de mayores recursos para ofrecer a sus pacientes.

En relación con la necesidad de coordinarse con otros recursos y/o entidades sociales por fuera del sistema sanitario, sorprende el alto nivel de respuesta afirmativa, puesto que el 76% de los/as encuestados/as afirma que suele coordinarse con otros recursos de la zona: fundamentalmente con los servicios sociales (66%) pero también de forma relevante con entidades sociales (30%). En esta misma línea, el 72% de profesionales considera no disponer de tiempo suficiente para atender a las personas que ven diariamente. Expresan, de manera mayoritaria, la necesidad de mayores recursos de apoyo (276, 50%), menos citas para poder dedicar más tiempo a cada paciente (240, 44%), mayor dotación presupuestaria (194,35%) y un mayor cuidado y dialogo en la planificación de la agenda con los/las responsables del centro sanitario (167/ 30%).

Por otro lado, más de la mitad de profesionales (66%) consideran no disponer de los recursos necesarios para atender a la población migrante y/o racializada de forma más específica. Más de la mitad de profesionales que han respondido en este sentido, (303) consideran que se necesitaría tener una mayor presencia de mediadores interculturales en el ámbito sanitario, seguido por tener mayor formación en el ámbito de las competencias interculturales y/o procesos migratorios (238) y la necesidad de tener menos citas diarias para dedicar más tiempo a pacientes migrantes y/o racializados/as (180).

En esta misma línea, resulta llamativo como la gran mayoría de personas encuestadas declara que existen actitudes discriminatorias y/racistas hacia las personas migrantes en el ámbito sanitario (69%). Profundizando más en esta cuestión, la mayoría considera que estas actitudes son responsabilidad del sistema ya que no proporciona recursos suficientes (47%), pero también del personal sanitario por falta de tiempo para dedicar a esos pacientes (43%).

En cuanto al apartado de valoración de sus necesidades formativas, resulta llamativo que la casi totalidad (**95%**) **considera de importancia crucial la formación para atender con calidad a las personas migrantes y racializadas.**

3.2.1 Resultados los talleres vivenciales y del grupo de discusión

Las sesiones de formación-acción en la cual han participado los/as profesionales sanitarios/as han resultado de gran utilidad no sólo por la parte formativa, dando a conocer el concepto de aceptabilidad y contextualizando la situación vivida por las personas migrantes y racializadas en la consulta médica, sino también por la parte vinculada más bien a la "acción" que se describe a continuación.

Acorde a los resultados del cuestionario, la mayoría de profesionales percibe una falta de formación, así como la necesidad de contar con más recursos y la importancia de abordar los prejuicios y estereotipos para mejorar la atención a personas migrantes. Asimismo, se ha detectado una falta general de conocimiento y comprensión del contexto del ciclo migratorio y sus implicaciones, lo que afecta la calidad de la atención prestada.

En concreto, en Castilla-La Mancha se identificó el racismo estructural como un problema central que se materializa sobre todo mediante las barreras administrativa que se interponen en el acceso a la salud. También se subrayan la falta de formación

y sensibilización en cuanto a la interculturalidad por parte de las y los profesionales sanitarios. En este sentido se mencionó la necesidad de educación en derechos y deberes tanto para profesionales como para pacientes. De la misma forma se denunció una actitud deshumanizadora hacia las personas migrantes por parte del personal administrativo.

En Cataluña, el grupo ha expresado tener consciencia del racismo y la discriminación que existen en ámbito sanitario y admiten que no saben cómo actuar de cara a las personas del propio sector que siguen perpetuando prácticas racistas y discriminatorias. Consideran que es importante reforzar la mirada holística, y la perspectiva de salud bio-psico-social en la atención sanitaria. También denuncian que existe una gran limitación por el aspecto de tiempo que pueden dedicar a cada persona, considerando que la despersonalización viene muy determinada por esa falta de tiempo. Subrayan que el nivel de sensibilización y consciencia sobre la interseccionalidad tiene un gran peso en el amplio de trabajo que se puede hacer en la deconstrucción de actitudes racistas y la formación de mejora en prácticas y esquemas cognitivos. En este sentido, consideran que los estereotipos/estigmas surgen de forma inconsciente y muy rápida, y es importante trabajar para detectar su presencia, sobre todo a dos niveles: perspectiva de género, y a nivel de actitudes sutiles, tales como la mirada, el tono de voz, etc. Por último, consideran que hay cierto conocimiento de las repercusiones a nivel de síntomas fisiológicos de las implicaciones del proceso migratorio, pero faltan conocimientos de sus manifestaciones psicológicas (aislamiento, desconfianza, hostilidad, agresividad...) y proponen explorar herramientas para gestionarlas y promover la vinculación al SNS con la intervención en este proceso.

Al igual que en Barcelona, el grupo de Madrid ha manifestado cierto malestar por no saber cómo actuar frente al comportamiento de profesionales sanitarios que actúan de manera claramente discriminatoria y racista (con el apoyo implícito o explícito de la dirección del centro). Consideran que el trato mayoritariamente es de falta de empatía y de sensibilidad, junto con malas condiciones laborales y falta de formación del personal en derechos, diferencias culturales y deberes. Relatan casos en donde se considera a la persona migrante que llega a consulta como “un marrón” y que las mismas personas profesionales que están más sensibilizadas se encuentran “encasilladas” para los/as otros/as profesionales a atender ellos mismos las personas migrantes:

- Sus compañeras y su jefa le decían “para que te metes en estos fregados”. Y lo peor que cuando vuelva un caso así, se lo pasaran a ella (TV-MAD)

Por otro lado, en el grupo de discusión con agentes claves, en el que han participado una heterogeneidad de perfiles profesionales¹, la calidad de discurso ha sido aún más abiertamente crítica con el sistema de salud pública probablemente por estar en una posición de mayor distancia del sistema y por la mayor libertad que puede proporcionar participar en un grupo sin vinculación profesional con otras personas. Hubo un acuerdo unánime en que la aceptabilidad no está integrada en el sistema de salud por diversas causas:

1. Administrativa de centro de salud, psicólogas/os de servicios públicos, militantes antirracistas, especialistas en salud mental de personas migrantes y varias personas que trabajan en ONG vinculadas con este ámbito.

- Los servicios de salud no están adaptados a las necesidades de las personas migrantes y racializadas. Muchas veces el profesional sanitario no sabe cómo tratar a la diversidad, ni entiende la interpretación cultural que hace esta de la enfermedad, la expresión de los síntomas (...) Hay un cierto miedo a confrontar a la persona diferente por no saber cómo tratarla. Además, la sobrecarga de trabajo (5 minutos por paciente) y la introducción de la tecnología (el ordenador) no da mucho tiempo para que el personal sanitario pueda detenerse todo lo que sería necesario para poder escuchar, explicar las cosas y adaptarse a las necesidades de los y las pacientes. (Médica cooperante)
- No está integrado el concepto de aceptabilidad en los servicios de salud. Está orientado a las necesidades de los profesionales y no de los pacientes. El profesional piensa que la persona diferente le va a dar más carga de trabajo. (Administrativa centro salud)
- Hay una distancia que existe entre las declaraciones en los papeles sobre aceptabilidad y en la realidad. Desde mi experiencia de acompañamiento en el centro de salud, lo que se quiere es intentar quitarse el problema de encima. Si una persona no habla el idioma, no hay ninguna posibilidad de comunicación si no va acompañada. Hay mucho paternalismo y maternalismo. Hay gente muy buena y empática, pero hay mucha carga de trabajo y cuanto antes te quites el problema de encima mejor. (Militante antirracista)

También hay un acuerdo unánime en que existe el racismo en el sistema público de salud, aunque la percepción de como este es vivido por las diferentes personas varía en función de su rol en el mismo:

- Sí tenemos actitudes racistas y si hay que reconocerlo. Nos han socializado de una manera determinada y hay una mirada racista. Hay una falta de sensibilización, y falta una actitud de reconocer que soy racista simplemente por haberme criado en esta sociedad. (Trabajadora de ONG en defensa de las personas gitanas)
- Las leyes de por sí son racistas y excluyen a una parte de la población, a los extranjeros. Esto es asumido sin darse cuenta por la persona que trabaja en el sistema. Hay un fuerte corporativismo en el sistema. Si la coordinación del centro o la jefatura de administración no se implican y la cuestión no se ataja desde arriba es muy difícil abordar la situación. Ya no hay herramientas para poder trabajar la inclusión dentro. (Administrativa centro salud)
- Los estándares de aceptabilidad no se cumplen. Hay ya una jerarquía entre médico y paciente. Todo esto se agudiza con estereotipos racistas que también afecta a las personas mayores, por ejemplo. La aceptabilidad es una brecha estructural depende mucho de personal sensibilizado y activista. (Trabajadora de ONG de defensa de los derechos de las personas migrantes)

Hay dos profesionales que mencionan el recurso excesivo al uso de medicación debido a la constatación de la prevalencia de un modelo "biologicista" en la atención al paciente:

- En la atención de salud mental, buscamos profesionales activistas para integrar la aceptabilidad. Podemos llegar a la salud física pero no a la salud mental. Es difícilísimo para una persona racializada, aun hablando el idioma acceder a este tipo de servicios de salud mental. Es muy fácil que te medicquen, que es el camino más corto y rápido. Hay un mercado importantísimo de medicamentos en negro para conseguir pastillas. Hay varios intentos de suicidios de personas utilizando estos medicamentos. (Psicóloga especialista en proceso migratorio)
- La visión integral universal de cómo se vive la atención primaria se está perdiendo, por el impacto que el modelo es muy biologicista y dirigido a la medicalización, hay mucha crítica sobre este modelo. Se habla mucho de los determinantes sociales, aunque el prioritario es el nivel socioeconómico o el género. El tema de la perspectiva de proceder de otro país y de la vulnerabilidad en función del colectivo, ocupa un lugar muy opacado. Se siguen recetando medicinas que no se pueden pagar (40%). En medicina de familia el colectivo gay tiene una representación importante, pero entre los profesionales médicos hay muy poco de otros países, estudiar medicina supone una situación económica determinada. (Médica de cabecera y directora de distrito de atención primaria)

Por último, dos personas que han trabajado en las últimas 3 décadas en Atención primaria hacen un análisis en clave cronológica de la evolución histórica del servicio en sí:

- El sistema sanitario ha tenido un proceso de pérdida de relevancia social, la sanidad es una fuente de negocio y progresivamente (2012/2013), aunque las mareas blancas frenaban la privatización, no se ha podido parar esta tendencia de ninguna manera, se han recortado los presupuestos. Y los profesionales que han vivido la mayor repercusión son sobre todo los médicos y médicas de atención primaria. En los hospitales están más resguardado, porque hay una industria muy interesada en mantener esta situación. En la atención primaria, no, porque no genera beneficios económicos y no interesa. No la pueden quitar, pero es una muerte lenta donde se va deteriorando y genera en los profesionales una percepción de abandono que se procura contener o paliar con reforzamiento de aspectos corporativistas. (Médica de cabecera y directora de distrito de atención primaria)
- Antes el profesional que trabajaba en la sanidad pública trabajaba para que cambiara el sistema. Hoy para lo que se trabaja es para no tener carga comunitaria. Se ha perdido el concepto de la medicina comunitaria y ahora se ve el sistema de otra forma. No hay implicación con el paciente y su situación personal. (Administrativa centro salud)

3.3. SESIÓN DE CRUCE DE SABERES: ENCUENTRO Y CONSENSOS

3.3.1 Valor emocional del encuentro

La sesión de cruce de saberes es un espacio que conlleva un trabajo previo de sensibilización en los dos grupos de participantes, y que puede suponer un momento de dificultad emocional sobre todo para las personas migrantes y racializadas que hayan vivido experiencias de discriminación o racismo en la atención sanitaria. Es por esta razón que se concibe como una etapa sugerida pero no obligatoria en el marco de la investigación, aunque sea la fase que tenga el mayor potencial de producir transformación social en promover un espacio seguro y relacional de encuentro que puede facilitar la mutua comprensión de necesidad, así como de propuestas consensuadas entre ambas partes.

En el caso de la presente investigación el encuentro se ha producido en las tres localidades con una participación muy alta y con resultados muy positivos en las percepciones de las personas participantes como los que se detallan a continuación:

- Se ha generado un vínculo de aproximación y mayor complicidad entre las TdD y las TdR. Al principio era un ambiente más frío y tenso, pero al final de la sesión ambos grupos habían podido empatizar entre ellos, y hubo escucha activa. Las profesionales fueron atentas a las dificultades que expresaron las titulares, y las titulares de la misma forma ofrecieron comprensión a las limitaciones del sistema que dificulta a las profesionales su trabajo. (CS-CAT)
- Todas nos hemos sentido cómodas en el desarrollo del cruce de saberes. Pensando en algunos de los comentarios que surgieron en el taller vivencia con TdR, decidimos quedar con el grupo de TdD un rato antes del comienzo del Cruce de Saberes para ponerles en antecedentes, evitando así posibles situaciones incómodas que surgieran. Finalmente, todo fluyó de forma muy positiva. Se generó un diálogo muy cercano entre ambos grupos. (CS-CLM)
- La sesión ha sido super emotiva, con mucha conexión, las TdD se habían sentido cómodas, escuchadas y muy cercanas a las profesionales, y les ayudaba el cruce a entenderlas mejor también. Los sentimientos que afloraron en la ronda de sentires final fueron: Conexión, comunicación entre el grupo, una realidad similar, pedimos lo mismo, el mismo problema desde diferentes perspectivas, integración, impotencia, a gusto, conocimiento de los puntos negativos y posibilidades de mejora, sensibilización, humanización, sentirme escuchada. (CS-MAD)

Sin embargo, no faltaron momentos de reajuste, debido a un mayor momento de protagonismo de los/as profesionales como los que se detallan a continuación:

- Percibimos que hubo una parte de la sesión en la cual fue más bien las profesionales haciendo una justificación del funcionamiento del sistema sin atender a la realidad social que afrontan las titulares y estas, ante esta sensibilidad respecto a su vulnerabilización, las titulares se vieron bastante reacias. De todas formas, ellas comentaron rápidamente este aspecto. (CS-CAT)

- Ambos grupos se han expresado libremente y han sido muy participativos; aunque las y los TdR acaparan ligeramente el discurso. (CS-CLM)

Por último, es muy importante compartir las reflexiones sobre la necesidad de poder llevar a cabo esta fase de la investigación de forma especialmente cuidadosa de cara a las TdD:

- En un intento de enriquecer lo que se estaba comentando mediante compartir sus experiencias, las titulares pueden pasar por momentos muy revictimizantes, así como pueden darse situaciones de detonación emocional. Aunque esta situación pueda redirigirse por las facilitadoras y otras participantes, igualmente puede haber un daño emocional en ciertas situaciones. Es un tema complejo, pues la revictimización puede darse fácilmente dado que el tema en sí es sensible y atraviesa la realidad de las titulares. (CS-CAT)

3.3.2 Cuestiones consensuadas

Desde el punto de vista de los contenidos consensuados hubo un acuerdo unánime en los principales nudos identificados para la mejora de la aceptabilidad en la atención sanitaria a personas migrantes y racializadas, entre los cuales destacan sobre todo: la necesidad de formación a profesionales para mejorar la empatía y habilidades personales/sociales en la atención a pacientes así como sus conocimientos en los procesos migratorios y poder fomentar la perspectiva antirracista interseccional, con enfoque de género y derechos humanos en el sistema de salud pública (de la misma forma en que sería deseable que se sensibilizaran todos los ámbitos sociales y colectivos).

A partir de los consensos se ha elaborado posteriormente un decálogo que resumen las principales buenas prácticas recogidas a partir de los nudos identificados:

1. Mejorar los recursos y aumentar el presupuesto asignado, especialmente para profesionales de atención primaria, de manera que permita que estos dediquen más tiempo, y que este sea de calidad, a cada persona que atiendan

2. Introducir leyes y normativas específicas con enfoque antirracista que pongan el foco en la aceptabilidad del sistema sanitario

3. Incluir un protocolo antirracista con un plan de prevención, atención y reparación para los casos que ocurran en el sistema sociosanitario

4. Favorecer que profesionales sociosanitarios puedan tener formación específica en migraciones, antirracismo, interseccionalidad y perspectiva de género con el objetivo de seguir mejorando en la atención humanizada a las personas

5. Potenciar la información dirigida a las personas migrantes con guías de acogida en varios idiomas, también mediante código QR, sobre los derechos y servicios disponibles en el sistema público de salud.

6. Incorporar el perfil de mediación intercultural dentro de los equipos profesionales del sistema público de salud. Es una figura identificada como indispensable y capaz de intermediar entre las personas atendidas y el personal sanitario, sobre todo en la primera atención tras su llegada al sistema sanitario posterior a un proceso migratorio.

7. Volver más accesibles e intuitivos los canales de reclamación en la atención al paciente, implicando personal sanitario activista y/o sensibilizado en estas reclamaciones.

8. Fomentar un sistema de control de calidad en la atención al paciente que incluya estándares basados en el enfoque antirracista, interseccional, de género y derechos humanos

9. Apostar por una mayor diversidad cultural/étnica en las/os profesionales de la salud: agilizando los trámites de homologaciones de profesionales de la salud y favoreciendo que el Sistema Sanitario Público ponga en marcha más mecanismos para la contratación de personas, teniendo en cuenta su origen migrante y/o racializado

10. Realizar sensibilización antirracista interseccional, con enfoque de género y derechos humanos en todos los ámbitos sociales (sistemas educativos, ámbitos profesionales, etc.)

Más allá de las principales recomendaciones recogidas en el decálogo, en las tres localizaciones han surgido algunos puntos de reflexión más específicos que es importante tomar en consideración.

En Castilla-La Mancha han matizado la importancia de la **formación dirigida a todo el personal de atención sanitaria incluyendo a las personas administrativas**, puesto que generalmente no pueden acceder a muchos de los cursos de sensibilización enfocados en la atención sanitaria debido a que suelen restringir el acceso a personal médico y de enfermería. Insisten en la importancia de formar también al personal administrativo ya que una gran parte de ellos/as no tiene experiencia previa de trabajo de cara al público y son la puerta de entrada al sistema, por lo que necesitan poder tener herramientas de atención sensibilizadas para las necesidades de personas migrantes y racializadas. Por otro lado, vinculado al tema de la presencia de conductas racistas en la atención sanitaria, se ha observado la **dificultad intrínseca para señalar el racismo entre profesionales de la salud**. La mayoría admite no ser capaz de señalar casos de malas praxis que ven reflejadas en sus colegas (y coinciden en que abordar el racismo, incluso mencionar la palabra, en el contexto laboral es algo muy delicado y que no sienten empoderados para hacerlo. Por último, relativo al concepto de la necesidad de promover un trato humano hacia las personas migrantes y racializadas que atienden en consulta, se señaló que uno de

los principales obstáculos para la humanización² es la **desinformación promovida por los medios de comunicación**. Esta desinformación contribuye a estereotipos y prejuicios hacia las personas racializadas, aprovechando la ignorancia y promoviendo mensajes que estigmatizan a muchos colectivos. Además, se mencionó que este tipo de noticias suelen ser difundidas en horarios de máxima audiencia, aumentando su impacto negativo.

En Cataluña se ha abordado **la falta de información dentro el sistema de salud y la desorganización general** que se genera sobre todo a nivel de comunicación con el paciente, todos los aspectos que se ven amplificados para personas que recién llegan al país o que no manejan los códigos lingüísticos o culturales de un lugar. Suelen tener que ir y venir de diferentes centros y médicos para poder ser atendidas. Se necesitaría contar con un personal administrativo que disponga del tiempo y de la formación para explicar a las personas correctamente todo el funcionamiento del sistema, los pasos a seguir y cómo se debe transitar el circuito. También se ha señalado **la necesidad de promover una perspectiva de género para que los protocolos de revisión**, detección y prevención de determinadas enfermedades ginecológicas sean menos largos y distanciados en el tiempo (por ejemplo, el papiloma se revisa cada 5 años). También se ha señalado una falta de adaptación a las necesidades de las personas mayores, ya que realmente los parámetros y el diseño del sistema no están adaptados para ellas.

En Madrid las personas migrantes y racializadas y los/as profesionales sanitarios/as pudieron elaborar de forma participada y conjunta cuatro cartas dirigidas a la administración pública. Reproducimos a continuación el contenido de la que tiene más elementos innovadores en relación con las recomendaciones ya recogidas en el decálogo:

CARTA 4

A quien pueda interesar (responsables de Sanidad pública C.M.)

Ante las diversas barreras que nos encontramos al llegar a los servicios de salud como son:

- 1.- Barreras idiomáticas*
- 2.- Falta de información*
- 3.- Falta de empatía*
- 4.- Falta de espacios que preserven la intimidad de los usuarios*

2. La humanización es un objetivo estratégico del Sistema nacional de salud que consiste en poner a la persona en el centro de la atención sanitaria.

SOLICITAMOS

- *Folletos informativos en diferentes idiomas y códigos Q.R. que contengan dicha información*
- *Espacios humanizados que preserven la intimidad y propongan un contacto más directo con los usuarios*
- *Jornadas de formación dirigidas a los profesionales para facilitar la mejor atención a los usuarios*
- *Jornadas para compartir experiencias entre usuarios y profesionales, tanto en sanidad como en centros educativos*
- *Comisiones de seguimientos que aseguren que los puntos antes expuestos se cumplan*

4. CONCLUSIONES

El hecho de no abordar explícitamente el racismo y la capacidad insuficiente para respaldar una infraestructura sólida de datos sobre equidad en salud obstaculiza gravemente los esfuerzos para abordar y dismantelar el racismo sistémico pues los sistemas sociales actúan individualmente, y en combinación, para crear y perpetuar el racismo estructural a través de políticas y prácticas a nivel local, estatal y federal, que, a su vez, generan disparidades de salud raciales y étnicas.

En este contexto, desde el punto de vista del sistema, la financiación insuficiente de la atención sanitaria, las barreras lingüísticas, la formación cultural inadecuada o la falta de competencias interpersonales y la falta de apoyo institucional son desafíos importantes en la prestación de una atención sanitaria que responda a la diversidad. Los esfuerzos políticos que no aborden directamente el racismo estructural no lograrán la equidad y, en cambio, empeorarán las brechas y las disparidades existentes en el acceso y la calidad, perpetuando así un sistema de dos niveles dictado por el racismo (Jindal et al., 2024).

Por otro lado, los resultados de la investigación acción participativa del presente estudio representan un intento de implementar un modelo de cambio naturaleza inductiva (desde lo micro hasta lo macro) que permita generar un movimiento integral que involucre también a los colectivos directamente afectados por las malas prácticas sanitarias en el trato o la interacción con el paciente y que proporcione un espacio de convivencia con los/as profesionales de servicios de salud en la búsqueda y promoción comunitaria de buenas prácticas para el futuro.

Tal y como proponen Williams y Cooper (2019) se necesitan nuevas investigaciones con el fin de identificar estrategias óptimas para generar voluntad política y apoyo para abordar las desigualdades sociales en salud. Esto debe incluir iniciativas para aumentar los niveles de conciencia sobre la omnipresencia de las desigualdades en salud, generar empatía y apoyo para abordar las desigualdades, mejorar la capacidad de los individuos y las comunidades con el fin de participar activamente en los esfuerzos de intervención, e implementar esfuerzos a gran escala para reducir los prejuicios raciales, las ideologías y estereotipos en la cultura más amplia que sustentan las preferencias políticas que inician y mantienen las desigualdades.

AGRADECIMIENTOS

La realización de este estudio no habría sido posible sin la colaboración de las personas migrantes y racializadas y las/os profesionales sanitarios/as que han participado en algunas o todas las fases de la investigación. El conjunto de sus intervenciones e interacciones ha permitido profundizar en las necesidades de ambos perfiles, validar los saberes construidos colectivamente en los talleres participativos, así como en las recomendaciones identificadas para promover la aceptabilidad con enfoque anti-racista en la atención sanitaria prestada a personas migrantes y racializadas. Queremos agradecerles haber compartido su tiempo, sus experiencias, sus deseos de compartir y sus propuestas de cambio y mejora. El estudio tampoco se habría podido realizar sin la profesionalidad del personal contratado y voluntario de Médicos del Mundo que interviene en los programas de atención a personas en situación de prostitución de las sedes autonómicas que participan en el proyecto (Andalucía, Aragón, Baleares, Canarias, Castilla-La Mancha, Cataluña, Extremadura y Madrid). La larga trayectoria en intervención garantiza el anonimato, la confidencialidad y la seguridad de las personas migrantes y racializadas que han participado al estudio, que, junto a la confianza generada con ellas ha hecho posible realizar los resultados de la investigación que se presentan a continuación. Agradecimiento especial a la Dra. Consuelo Giménez Pardo, Profesora Titular de la Universidad de Alcalá por su apoyo en la revisión, redacción y aportes en la elaboración del manuscrito. Agradecemos al Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 por la confianza brindada a Médicos del Mundo con la financiación del proyecto.

BIBLIOGRAFÍA

A. Referencias bibliográficas, de informes y documentos técnicos

- Abubakar I, Gram L, Lasoye S, Tendayi Achiume E, Becares L, Kaur Bola G, Dhairyawan R, Lasco G, McKee M, Paradies Y, Sabharwal NS, Selvarajah S, Shannon G, Devakumar D. Confronting the consequences of racism, xenophobia, and discrimination on health and health-care systems. *The Lancet*. 2022, 10;400(10368):2137-2146. doi: 10.1016/S0140-6736(22)01989-4. <https://www.thelancet.com/series/racism-xenophobia-discrimination-health>
- Barroso, JM. 2014. Feminismo decolonial: una ruptura con la visión hegemónica eurocéntrica, racista y burguesa. Entrevista con Yuderkys Espinosa Miñoso. *Iberoamérica Social: revista-red de estudios sociales (III)*, pp. 22 – 33 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6624988>
- Crear-Perry J, Correa-de-Araujo R, Lewis Johnson T, R McLemore M, Neilson E, Wallace M. Social and Structural Determinants of Health Inequities in Maternal Health. *J Womens Health (Larchmt)*. 2021, 30(2):230-235. doi: 10.1089/jwh.2020.8882.
- Eisape A, Nogueira A. See Change: Overcoming Anti-Black Racism in Health Systems. *Front Public Health*. 2022, 2:10:895684. doi: 10.3389/fpubh.2022.895684. eCollection 2022.
- HEGOA. 2000Gil. Investigación-acción participativa (IAP) en Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo. <https://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/132> (consultado el 7/5/2023)
- Martí O., Montañes M. y Villasante T. (coordinadores). 2002. La investigación social participativa. Construyendo ciudadanía. El viejo topo.
- Jindal M, Barnert E, Chomilo N, Clark SG, Cohen A, Crookes DM, Kershaw KN, Backes Kozhimannil K, Mistry KB, Schlafer RJ, Slopen N, Suglia SF, Nguemeni Tiako MJ, Heard-Garris N. Policy solutions to eliminate racial and ethnic child health disparities in the USA. *Lancet Child Adolesc Health*. 2024;8(2):159-174. doi: 10.1016/S2352-4642(23)00262-6.
- Nguyen NH, Subhan FB, Williams K, Chan CB. Barriers and Mitigating Strategies to Healthcare Access in Indigenous Communities of Canada: A Narrative Review. *Healthcare (Basel)*. 2020, 26;8(2): 112.doi: 10.3390/healthcare8020112.
- Pascale, Pablo. (2010). NUEVAS FORMAS DE RACISMO: ESTADO DE LA CUESTIÓN EN LA PSICOLOGÍA SOCIAL DEL PREJUICIO. *Ciencias Psicológicas*, 2010, 4(1), 57-69. Recuperado en 28 de noviembre de 2024, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212010000100006&lng=es&tlng=es
- Quijano, A. 1992. Colonialidad y modernidad / racionalidad". <https://www.lavaca.org/wp-content/uploads/2016/04/quijano.pdf>

- Ramos Monserrat, M., March Cerdá, J.C. Estimación de los inmigrantes económicos en Mallorca mediante el método de captura-recaptura. *Aten Primaria* 2002. 29 (8): 463-468.
- Selvarajah S, Corona Maioli S, Deivanayagam TA, de Morais Sato P, Devakumar D, Kim SS, et al. Racism, xenophobia, and discrimination: mapping pathways to health outcomes. *Lancet*. 2022;400:2109–24.
- Sociedad Española de Epidemiología. Posicionamiento. La discriminación racial en el Sistema Nacional de Salud, disponible en: <https://seepidemiologia.es/wp-content/uploads/2024/02/Posicionamiento.-La-discriminacion-racial-en-el-Sistema-Nacional-de-Salud.pdf>
- Tosin Adebayo C, Sahlstein Parcell E, Mkandawire-Valhmu L, Olukotun O. African American Women's Maternal Healthcare Experiences: A Critical Race Theory Perspective. *Health Commun*. 2022,37(9):1135-1146. doi: 10.1080/10410236.2021.1888453. Epub 2021 Feb 18.
- Truong M, Allen D, Chan J, Paradies Y. Racism complaints in the Australian health system: an overview of existing approaches and some recommendations *Aust Health Rev*. 2022, 46(1):1-4. doi: 10.1071/AH21189.
- Williams DR, Cooper LA. Reducing Racial Inequities in Health: Using What We Already Know to Take Action. *Int J Environ Res Public Health*. 2019, 19;16(4): 606. doi: 10.3390/ijerph16040606.

B. Referencias bibliográficas de Médicos del Mundo

- Médicos del Mundo (2022). Formación y sensibilización para identificar conductas racistas y xenófobas en el ámbito sociosanitario.
- Médicos del Mundo (2023a). Acción salud: guía para personal sanitario. Mejora de la aceptabilidad en la atención a mujeres migrantes, supervivientes de MGF o en situación de prostitución.
- Médicos del Mundo (2023b). La aceptabilidad en los servicios sociales. guía de recomendaciones para la mejora de la atención integral a mujeres migrantes en situación de prostitución.

C. Referencias normativas de organismos internacionales

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR) (2000). Observación general N° 14: El derecho al disfruto del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). (E/C. 12/2000/4). <https://www.refworld.org/es/docid/47ebcc492.html>

Conferencia Sanitaria Internacional, (1946) Preambulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud.

D. Referencias estadísticas

CIS (2017). Estudio 3190 CIS. Actitudes hacia la inmigración. Estudio 3190. https://www.inclusion.gob.es/oberaxe/ficheros/documentos/ActitudesCIS_X.pdf

ANEXOS: HERRAMIENTAS METODOLÓGICAS

ANEXO I

Cuestionario CAP: Conocimientos, Actitudes y Practicas en la atención de personas migrantes y racializadas en el sistema de salud desde un enfoque antirracista

Cuestionario anónimo dirigido a los/las profesionales de la salud en el marco del proyecto ACCIÓN SALUD de Médicos del Mundo.

1. CCAA

2. Identidad de género

3. Franja de edad

4. Lugar de trabajo

- Atención primaria
- Atención especializada
- Atención hospitalaria
- Urgencias (intrahospitalaria o extrahospitalaria)

5. Puesto que ocupa:

- Medicina de familia
- Pediatría
- Enfermería
- Trabajo social
- Matrn/a
- Salud mental
- Fisioterapia
- Ginecología
- Administración
- Otras

6. Nombre y municipio del centro (opcional)

**7. Desde tu punto de vista, ¿Cuál es el trato mayoritario recibido por las personas racializadas o de otras etnias en España?
Posibilidad respuesta múltiple (max 3)**

- El mismo trato que recibe una persona española
- Amabilidad
- Disponibilidad
- Escucha activa
- Indiferencia
- Desconfianza
- Agresividad
- Desprecio
- NS
- Otras
- NC

8. Todos los países desarrollados reciben inmigrantes y presentan una presencia multicultural crecientes. ¿Crees que, en términos generales, la integración cultural es más bien positiva, o más bien negativa para estos países?

- Más bien positiva
- Más bien negativa
- Ni una cosa ni otra
- NS
- NC

9. ¿Crees que en tu territorio existen medidas políticas (a nivel autonómico o municipal) para combatir el racismo?

- Sí
- No
- No creo que haga falta tener medidas al respecto
- NS
- NC

10. En caso de haber contestado afirmativamente, ¿puedes decirnos el nombre de estas medidas?

11. ¿Podrías valorar del 1 al 5 cuanto consideras que están presentes estas medidas en tu territorio? (siendo 1 escasas a 5 muy presentes)

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. ¿Consideras que conoces las características sociodemográficas (sexo, edad, nacionalidad, grupo geopolítico, profesión, situación laboral, nivel educativo, estado civil y orientación sexual, etc) de las personas a las que atiendes?

- Sí
- No

13. ¿En caso de haber contestado negativamente, por qué crees que no las conoces? Selecciona la razón principal

- Falta de tiempo
- El sistema de atención no prevé profundizar en estas cuestiones
- No se considera relevante
- NS
- Otro

14. Valora el porcentaje de pacientes migrantes y/o racializadas que atiendes en tu consulta

- Menos del 10%
- Entre el 10 y el 30%
- Entre el 30 y el 50%
- Más del 50%

15. ¿Podrías decirnos como te sueles sentir en la interacción con personas migrantes y racializadas? Respuesta múltiple

- Preparado/a, seguro/a
- Cómodo/a, suelo crear una conexión con ellas
- En dificultad por no poder comunicar bien con ellas
- En dificultad por no poder ayudarles en lo que necesitan
- Incomodo/a porque no entiendo como adaptar los servicios a sus necesidades
- Otro
- NS

16. En el caso de encontrar dificultades en tu trabajo diario en la relación con las personas migrantes y/o racializadas, ¿cuáles dirías que son las más frecuentes? Respuesta múltiple

- Dificultad de comunicación y comprensión
- Impotencia al no disponer de mayores recursos para ofrecer
- Gestión de reacciones adversas por parte de las personas que atiendes
- Dificultad en la gestión emocional personal, exceso de involucramiento
- Sentido de insatisfacción general en relación con el puesto de trabajo
- No tengo dificultades en línea general
- Otras

17. ¿Cuándo atiendes a personas migrantes y/o racializadas te coordinas con otros recursos y/o entidades sociales de la zona en caso de precisarlos?

- Sí
- No

18. En caso de haber contestado afirmativamente, ¿qué tipo de recursos o entidades?

- Servicios sociales
- Administraciones Públicas (servicios de extranjería, órganos legislativos, etc)
- Entidad social (Ong, asociación, fundación)
- Institución religiosa
- Otro

19. A nivel general, ¿crees que dispones del tiempo suficiente para dedicarte a cada persona que atiendes diariamente?

- Sí
- No

20. En caso de haber contestado negativamente, ¿qué recursos necesitas y no tienes? Respuesta múltiple

- Menos citas diarias para dedicar más tiempo a cada paciente
- Mayores recursos de apoyo en la atención a los pacientes según las circunstancias (personal de refuerzo, especialistas)
- Mayor dotación presupuestaria para los servicios sanitarios
- Un mayor cuidado y dialogo en la planificación de la agenda con los/las responsables del centro sanitario
- Otro

21. Yendo al caso más específico de la atención de una persona migrante y/o racializada, ¿consideras que dispones de los recursos necesarios para atenderla?

- Sí
- No

22. En caso de haber contestado negativamente, ¿qué recursos necesitas y no tienes? Respuesta múltiple

- Más tiempo y flexibilidad en los horarios en función de las necesidades del paciente
- Mayor presencia de mediadores interculturales en el ámbito sanitario
- Formación en el ámbito de las competencias interculturales y/o los procesos migratorios
- Otro (especificar) _____

23. ¿Crees que existen actitudes discriminatorias y/o racistas hacia las personas migrantes en el ámbito sanitario?

- Sí
- No

24. En caso de haber contestado afirmativamente, consideras que los conflictos que surgen en los servicios sanitarios con población migrantes y/o racializada son una realidad son una responsabilidad de.. (Respuesta múltiple)

- Del sistema que no proporciona suficientes recursos para una atención más correcta hacia las personas migrantes y/o racializadas
- Del personal de servicios sanitarios, por falta de tiempo, preparación o conocimiento
- De las personas migrantes, por no entender las limitaciones del servicio
- Cada caso es diferente
- NS

25. ¿Crees que a la población migrante le resulta fácil acceder al sistema sanitario público?

- Sí
- No

26. En caso de haber contestado negativamente, ¿por qué crees que no es fácil? Respuesta múltiple.

- Lleva poco tiempo en España
- No entiende el idioma
- No conoce a nadie que le pueda informar
- Situación administrativa irregular
- Falta de accesibilidad de la información para personas migrantes
- Presencia de barreras culturales en los servicios sanitarios
- Situación psicosocial de las personas migrantes (trastornos de salud mental, duelo migratorio, etc)
- Otro (especificar) _____

27. Valora cuán importante consideras la formación de los y las profesionales que trabajan en los servicios sanitarios en la atención a personas migrantes y/o racializadas es (siendo 1 nula y 5 muy importante)

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. Valora tus competencias Interculturales para atender a personas migrantes y/o racializadas (siendo 1 nula y 5 muy importante)

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Valora tus conocimientos sobre la realidad de las personas migrantes y/o racializadas (siendo 1 nula y 5 muy importante)

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. ¿Te gustaría poder contar con más formación en relación con la atención sanitaria dirigida a personas migrantes y/o racializadas?

- Sí
- No
- Otro tipo de formación (especificar) _____

31. ¿Consideras que sería útil Incluir un plan de atención a la diversidad cultural en el sistema sanitario?

- Sí
- No
- NS

32. ¿Qué tipo de recomendaciones sugerirías para mejorar en concreto la atención prestada a personas migrantes y racializadas? Respuesta múltiple

- Más formación específica sobre migración
- Aumentar la presencia de las mediadoras culturales
- Personalizar las intervenciones (poder ampliar el tiempo de dedicación y/o pedir refuerzo de otros profesionales)
- Crear espacios específicos
- Otro(especificar) _____

33. Si vives en Barcelona, Madrid o Toledo ¿estarías interesado/a en participar en la investigación que estamos llevando a cabo? Se va a desarrollar en dos encuentros de formación de una duración máxima de dos horas cada uno que tendrán lugar entre abril y septiembre 2023.

- Sí
- No

ANEXO II

Modelo encuesta dirigida a personas migrantes y racializadas

1. Entrevistador

2. CCAA

3. Identidad de género

4. Franja de edad

5. Procedencia

- España** (en este caso el formulario va directamente a la pregunta 9)
- Europa
- Latinoamérica
- África
- Asia
- Otro (especificar) _____

6. Tiempo de residencia en España

- Menos de 1 año
- Entre 1 y 3 años
- Más de 3 años

7. ¿De dónde te sientes?

- De mi país de origen
- De "aquí"
- De ningún sitio
- De varios sitios a la vez
- Otro

8. Situación administrativa

- Nacionalidad española
- Regular (con tarjeta de residencia)
- Irregular (con pasaporte)
- Solicitante protección internacional
- En proceso de regularización

9. Situación laboral y/o estudiantil:

- Empleado/a
- Autónomo/a
- Trabajo en negro
- Desempleado/a
- Estudiante

10. ¿En qué tipo de vivienda vives?

- Vivienda en propiedad
- Vivienda en alquiler
- Habitación en piso compartido
- Piso protegido por servicios o entidades sociales
- Otros (definir) _____

11. ¿Crees que hay racismo en España?

- Sí
- No
- No lo sé

12. Considerando el tiempo que llevas en España, ¿crees que el racismo ha aumentado, ha disminuido o no ha variado?

- Ha disminuido considerablemente
- Ha disminuido algo
- No ha variado
- Ha aumentado algo
- Ha aumentado considerablemente
- Nunca he percibido formas de racismo

13. Qué grado de acuerdo tienes con las siguientes frases: (siendo 1 "nada de acuerdo" y 5 "muy de acuerdo")

	1	2	3	4	5
<i>Las instituciones públicas españolas muestran actitudes racistas con personas de otro origen étnico</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Hay personas españolas racistas, pero con otras no tengo problemas de convivencia</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>A las personas españolas no les gusta trabajar con migrantes</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Las personas españolas intentan integrar las personas migrantes en su sociedad</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Las personas españolas son firmes defensoras de los Derechos Humanos</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Algunas personas migrantes y/o racializadas tienen actitudes racistas hacia determinados colectivos</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. PERCEPCIÓN DE DISCRIMINACIÓN EN LA ATENCIÓN SANITARIA Y EXPERIENCIAS VIVIDAS

14. ¿Ha acudido a un centro médico en el último año?

- Sí
- No

15. En caso de haber contestado afirmativamente, ¿se te ha tratado mal o has recibido un servicio inadecuado en sus contactos con los servicios de salud en el último año?

- No, nunca
- Sí, una o dos veces
- Sí, tres o cuatro veces
- Sí, cinco o más veces

16. En caso de haber contestado negativamente, ¿podrías decirnos por qué nos has acudido? (Respuesta múltiple)

- Nunca me ha hecho falta
- No sé cómo acceder
- Pienso que no tengo derecho por estar en situación irregular
- No tengo tarjeta sanitaria
- Mi horario es incompatible con el de los servicios sanitarios
- He vivido malas experiencias previas
- NS
- Otro

17. A nivel general ¿Cómo definirías que es el trato que se te da cuando acudes a los servicios sanitarios? (Respuesta múltiple)

- Con respeto
- Acogido/a
- Con indiferencia / no me dan respuesta**
- Con actitud de prejuicio**
- Maltratado/a y/o humillado/a**
- NS
- NC
- Otro (especificar) _____

18. En caso de haber respondido “Con indiferencia/ Con actitud de prejuicio/Maltratado/a y/o humillado/a” podrías explicarnos porque crees que te han tratado así? (Respuesta múltiple)

- Por tener apariencia de persona extranjera
- Por ser una persona migrante y/o racializada
- Por estar en situación administrativa irregular

- Por ser mujer
- Por llevar símbolos religiosos
- Por no hablar correctamente el idioma
- NS
- NC
- Otro (especificar) _____

IV. EXPERIENCIAS VIVIDAS

19. ¿En la atención que ha recibido en los servicios sanitarios, has vivido alguna experiencia de tipo claramente discriminatorio que has percibido como racista?

- Sí
- No

20. En caso de haber contestado afirmativamente, ¿Qué tipo de discriminación has vivido? (Respuesta múltiple)

- No me permiten obtener la tarjeta sanitaria
- No me han atendido
- No me permiten darte cita
- Me han insultado
- Me han agredido físicamente
- Otro problema (especificar) _____

21. Cual crees que han sido las consecuencias que has sufrido debido a la/s situación/es discriminatoria/s que has vivido? (Respuesta múltiple)

- Efectos psicológicos (tengo más estrés, o ansiedad, depresión)
- Efectos físicos por las agresiones (enfermedades o discapacidades)
- Sensación de estar más aislado/a
- Miedo a acudir a los servicios públicos
- Rechazo hacia la sociedad española,
- Desconfianza
- Deseo de salir del país
- NS
- Otro problema

22. Mas allá de tu experiencia personal, ¿Tienes conocimiento de alguna discriminación racista que has presenciado en los servicios sanitarios?

- Sí
- No

23. ¿Podrías explicarnos que pasó?

IV. RECOMENDACIONES E INTERÉS EN PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN

24. ¿Qué tipo de recomendaciones sugerirías para mejorar la atención que se presta a las personas migrantes y racializadas?

(Respuesta múltiple)

- Que el personal sanitario reciba formación sobre interculturalidad
- Que el personal sanitario reciba formación sobre antirracismo
- Más mediadoras culturales y/o interpretes en la atención sanitaria
- Mejorar la calidad de la atención (más tiempo de dedicación, atención más personalizada, mayor cuidado)
- Poder reclamar con facilidad si se viven malos tratos
- Otro (especificar) _____

25. Si vives en Barcelona, Madrid o Toledo, ¿estarías interesado/a en participar en un proceso de investigación participativa que estamos llevando a cabo?

- Sí
- No

26. En caso de haber contestado "Sí" puedes: dejar tu número o tu correo para que nos pongamos en contacto contigo o hablar con la persona de MdM que te sigue.

OBSERVACIONES:

Agregar información por si la entrevista ha sido llevada a cabo por una técnica de MdM.

ANEXO III

Guión grupo focal personas migrantes y racializadas

"Hola, buenos días. En primer lugar, daros las gracias por vuestra participación en el grupo en el que vamos a hablar en como os sentís en la consulta médica.

Me gustaría empezar presentándonos brevemente (nombre, edad, país)..."

OPCIONAL: Se puede introducir una dinámica lúdica, pidiendo que acompañen su presentación diciendo con que animal/árbol/flor se identifican.

I. PERCEPCIÓN SALUD y ATENCION SANITARIA EN GENERAL

1. Para empezar, querríamos saber vuestra opinión sobre ¿qué entendéis por salud?

2. Querríamos hablar un poco de cómo es vuestra salud, si con frecuencia se os repite alguna dolencia, cómo afecta a vuestra vida cotidiana...

3. ¿Habéis acudido a un centro médico en el último año?

En el caso de respuesta negativa explorar las razones por lo cual no han acudido

II. ACEPTABILIDAD SERVICIOS DE SALUD

4. Y cuando habéis ido a alguna consulta médica, ¿cómo os han tratado, os han resuelto el problema por el que ibais?

5. ¿Podéis ponernos algún ejemplo de situaciones vividas y como os habéis sentido?

6. En el caso en que no hayáis podido recibir la ayuda que necesitabais, ¿Tuvisteis forma de resolver o mejorar la situación?

7. ¿Crees que en la atención recibida se tuvo en cuenta vuestro proceso migratorio (cuál fue la motivación para migrar, en qué condiciones migrasteis, qué objetivos tenía la migración, qué personas dependían de vosotras...)?

8. ¿Tuvieron en cuenta vuestra realidad como persona migrante y/o racializada (si entendáis bien o no el idioma, si comprendáis el funcionamiento de la administración, si os sentíais incómodas por algo...)?

9. ¿Sentisteis que la Sanidad Pública dio respuesta a las circunstancias que como personas migrantes y/o racializadas podéis tener?

10. ¿Conocéis la labor que hacen las mediadoras interculturales en los centros de salud?, ¿alguna vez la habéis utilizado?, ¿de qué sirvió? ¿creéis que es necesaria esa labor?

III. RACISMO PERCIBIDO EN LA ATENCIÓN SANITARIA: VIVENCIAS

IMPORTANTE: En este bloque es posible que se repitan preguntas que hayan ya sido respondida en el anterior bloque, en este caso se pueden obviar

11. A nivel general ¿Creéis que existe racismo en el sistema sanitario español?

12. Todas sois personas migrantes y/o racializadas ¿en alguna ocasión os habéis sentido discriminadas por vuestro aspecto o por vuestra condición de ser migrantes en la atención que recibís en el centro de salud?

Poner ejemplos por si no intervienen: Habéis notado que os han tratado diferente al resto de personas que había en el lugar. Os han dicho que por ser migrantes no tenéis derecho a tarjeta sanitaria. Os han gritado cuando vosotros/as os dirigáis a la persona con buen tono. Han achacado alguna de vuestras dolencias a hábitos culturales. Os han hecho comentarios sobre vuestra vida privada relacionados con la situación administrativa, laboral, económica... Has sentido miedo a acudir a algún centro sanitario pensando en el trato que ibas a recibir.

**SI A TODO RESPONDEN QUE NO,
PASAR A LA SECCIÓN IMPACTO EMOCIONAL EN LA SALUD**

13. ¿Qué paso? ¿por qué creéis que pasa?

14. ¿Habéis presentado alguna reclamación o denuncia de lo que habéis vivido?

Si la respuesta es negativa indagar en las razones:

14a. ¿Por qué no?

En caso de respuesta positiva preguntar:

14b. ¿Durante el proceso tuvo para ello el apoyo de alguna institución o asociación? ¿Cuál fue el resultado el proceso?, y ¿Cómo os habéis sentido tratada/o durante el proceso de denuncia y posteriormente? Si viviera otra situación discriminatoria, ¿denunciaría de nuevo?

15. Si hay personas que no han intervenido en este bloque, preguntarles lo siguiente:

¿Os han sorprendido las experiencias relatadas por las otras personas del grupo?
¿Os habéis sentido afines a alguna intervención o, por lo contrario, completamente en contra? ¿Podéis explicar por qué?

IV. IMPACTO EMOCIONAL Y EN LA SALUD

16. ¿Qué tipo de impacto a nivel emocional crees que ha provocado en ti la experiencia que has tenido en los servicios de salud?

(explicitar si se resisten a contestar dando mayor descripción: de las opciones: ¿Ha generado en vosotras una sensación de seguridad y cuidado o por lo contrario ha provocado una sensación de mayor inestabilidad, inseguridad o ansiedad? ¿Podéis ponernos algún ejemplo?)

17. ¿Creéis que esta experiencia ha podido afectar a otros aspectos de vuestra salud?
¿En caso afirmativo cuáles?

18. ¿Qué tipo de acciones, reacciones o pensamientos os hacen sentir bien u os resultan de utilidad para enfrentaros a estas sensaciones?

19. En el caso de haber pedido apoyo para sensaciones de tristeza o ansiedad ¿Os han recetado alguna vez ansiolíticos, antidepresivos o pastillas para dormir?, ¿en qué situaciones?, ¿os hubiera gustado otra solución, ¿cuál?

V. EXPERIENCIAS POSITIVAS

20. ¿Qué tipo de intervención os ha resultado de mayor utilidad en el contacto con los servicios de salud? ¿Por qué?

21. ¿Queréis compartirnos experiencias especialmente positivas que hayáis vivido en la atención a los servicios de salud?

VI. RECOMENDACIONES

22. ¿Cómo os gustaría sentirnos al ir a consulta médica?, ¿qué necesitaríais para ello?

VII. PREGUNTAS DE CIERRE

23. ¿Consideráis que hay cuestiones y/o temas que de los que no hemos hablado y que sea necesario incluir? En caso afirmativo: ¿Cuáles?

24. ¿Cómo os sentís ahora?

Opcional: Con una palabra define y resume como te sientes al finalizar la sesión del grupo de discusión de hoy.

COMBATIMOS TODAS LAS ENFERMEDADES, INCLUIDA LA INJUSTICIA



Edita:



Colabora:

