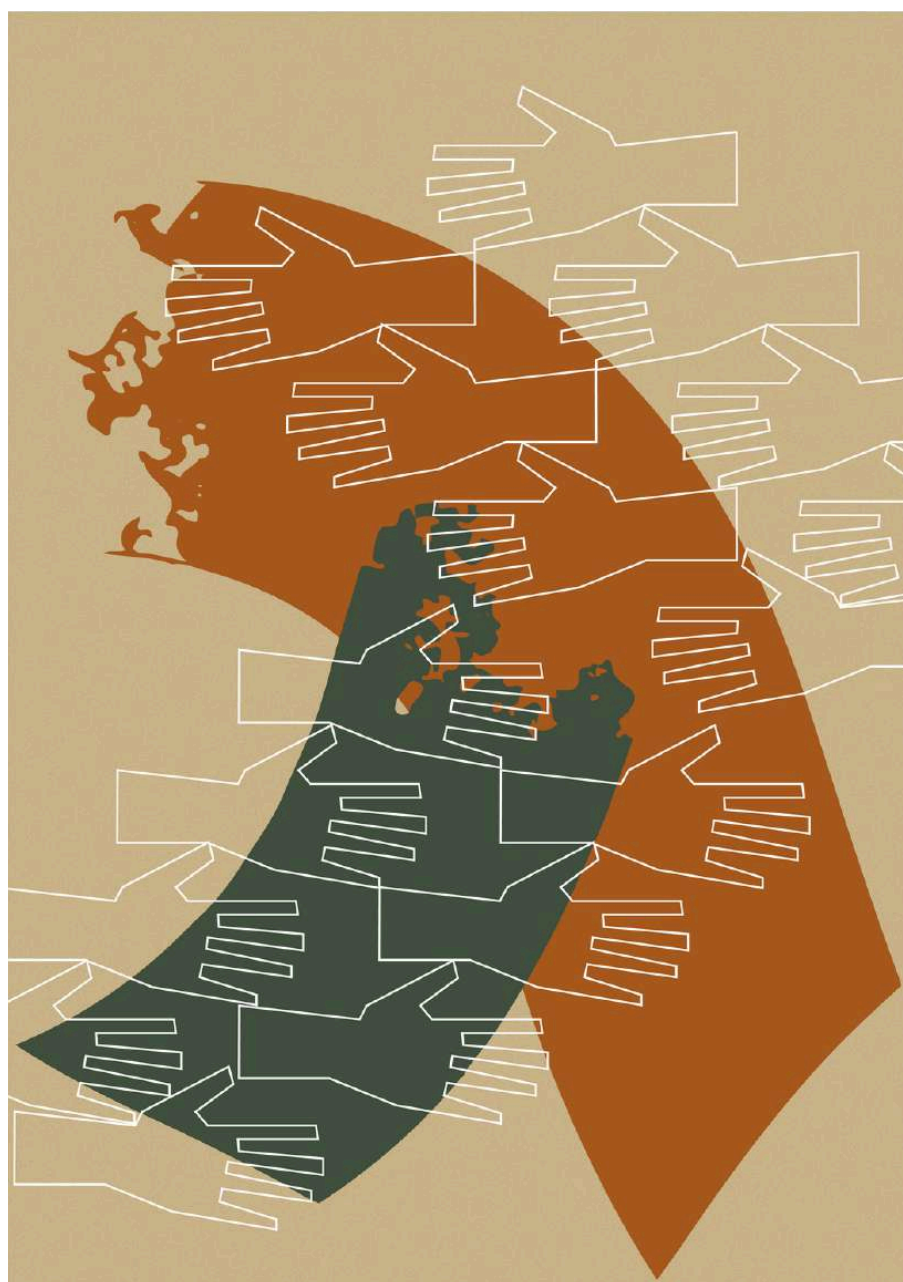


GUÍA PRÁCTICA PARA MEJORAR LA INTEGRACIÓN Y ATENCIÓN DE LAS PERSONAS MIGRANTES Y RACIALIZADAS EN LOS CENTROS SANITARIOS



**MÉDICOS
DEL MUNDO**



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

SECRETARÍA DE ESTADO
DE MIGRACIONES

DIRECCIÓN GENERAL
DE GESTIÓN MIGRATORIA



Cofinanciado por
la Unión Europea

Agradecimientos:

Esta guía forma parte del proyecto “Aceptabilidad en salud con enfoque antirracista y de género interseccional. Metodología innovadora y transferible para mejorar el derecho a la salud de personas migrantes y racializadas”, subvencionado y cofinanciado por el Fondo Social Europeo Plus, a través de la Dirección General de Gestión Migratoria del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones.

Esta publicación es fruto de un trabajo colaborativo llevado a cabo por personal administrativo y sociosanitario del sistema público de salud, personas migrantes y personal técnico y voluntario de Médicos del Mundo.

Queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento a todas las personas migrantes que participaron en la investigación por su valentía a la hora de compartir sus experiencias, historias e inquietudes dentro del sistema público de salud en el estado español a pesar de los miedos e incertidumbres que pudiera generar este proceso. También agradecemos a los trabajadores del sistema público de salud el haber escuchado con respeto y comprensión lo que las personas migrantes tenían que compartir y transmitido con claridad y transparencia las dificultades que enfrentan en su práctica diaria.

Por último, hacemos una mención especial a todas las personas técnicas y voluntarias de Médicos del Mundo, facilitadoras de esta investigación y parte fundamental del trabajo de campo de nuestra organización. No olvidamos tampoco a los donantes que permiten con su generosidad que este tipo de trabajo sea realizado para avanzar hacia una sociedad más justa y solidaria.

Autoría:

Médicos del Mundo

Diseño y maquetación:

Documfy

Proyecto subvencionado y cofinanciado por:

El Fondo Social Europeo Plus, a través de la Dirección General de Gestión Migratoria del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones



Actividad vinculada al proyecto “Aceptabilidad en salud con enfoque antirracista y de género interseccional. Metodología innovadora y transferible dirigida a mejorar el derecho a la salud de personas migrantes y racializadas”

Copyright

@2025 Médicos del Mundo

El contenido de dicha publicación es responsabilidad exclusiva de Médicos del Mundo. Gracias por respetar los derechos reservados de este documento y difundirlo, única y exclusivamente, bajo la licencia de Creative Commons BY-NC-ND 4.0



CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	04
2. ¿PARA QUÉ Y PARA QUIÉN ESTA GUÍA?	09
3. ¿CÓMO SE USA ESTA GUÍA?	12
4. RECOMENDACIONES A IMPLEMENTAR	13
1ª: Ofrecer una formación adaptada al personal socio sanitario y administrativo para favorecer la integración de las personas migrantes y racializadas	14
2ª: Promover una comunicación e información efectiva y equitativa en salud	20
3ª: Garantizar una atención sanitaria adaptada y equitativa a la población migrante en los centros sanitarios	23
4ª: Invertir en recursos y coordinación para una salud equitativa en los centros sanitarios	30
5ª: Asegurar la protección de datos y los mecanismos de reclamación y de denuncia de los centros sanitarios	36
6ª: Impulsar la participación ciudadana y la salud comunitaria desde los centros sanitarios	41
7ª: Identificar, reflexionar y transformar prejuicios, creencias y actitudes hacia las personas migrantes y racializadas en los equipos de los centros de atención primaria de salud	46
5. GLOSARIO DE TÉRMINOS	50

1. INTRODUCCIÓN

El acceso a la atención sanitaria es un derecho fundamental para todas las personas, y el sistema público de salud se ha convertido en un espacio clave para la integración de quienes deciden migrar a nuestro país. Sin embargo, los/as profesionales sanitarios/as se enfrentan a un aumento significativo de la presión asistencial sin que se hayan incrementado los recursos, afrontando retos como realizar una anamnesis adecuada considerando diferencias culturales y lingüísticas, o identificar patologías que hasta ahora eran poco prevalentes o desconocidas en nuestra sociedad.

Esta situación ha tenido un impacto muy significativo tanto en los equipos de los centros sanitarios como en la propia población migrante. Durante el año 2025, Médicos del Mundo ha llevado a cabo diferentes talleres de carácter participativo a los que asistieron alrededor de 112 profesionales sociosanitarios/as y personas migrantes. Estas actividades se desarrollaron en siete comunidades y ciudades autónomas – Andalucía, Cataluña, Comunidad de Madrid, Islas Baleares, Extremadura, Melilla y Navarra – con el objetivo principal de identificar los obstáculos, barreras, situaciones y contextos que influyen en la aceptabilidad de los servicios públicos de salud por parte de la población migrante.

Este intercambio de saberes y experiencias entre profesionales y personas migrantes permitió visibilizar diferentes realidades: por un lado, las dificultades que enfrentan los/as profesionales sociosanitarios/as para ofrecer una atención de calidad, culturalmente adaptada y libre de prejuicios o estereotipos racistas. Por otro lado, los retos que afronta la población migrante para integrarse en el sistema público de salud, incluyendo percepciones de discriminación en el trato y en los servicios respecto a la población autóctona.

Las experiencias recogidas en estos talleres hicieron posible la elaboración colectiva de recomendaciones, acciones y propuestas prácticas, sencillas y sostenibles, que deberían incorporarse para que el sistema público de salud pueda adaptarse mejor a la diversidad cultural de la población atendida y garantizar el derecho a la salud de las personas migrantes

- ¿Qué podemos entender por aceptabilidad en la atención sanitaria?

El concepto de aceptabilidad de los servicios de salud que ha guiado esta investigación se fundamenta en la “Observación General N° 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas”, que desarrolla el Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos de la siguiente manera:

“Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética profesional y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar la situación social de las personas de que se trate” – El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, 11/08/2000. E/C.12/2000/4.

- Los enfoques antirracistas y de género y la interseccionalidad, ¿por qué son importantes en la atención sanitaria?

El racismo es un sistema histórico e ideológico que discrimina y jerarquiza a las personas según su etnia o color de piel, favoreciendo principalmente a las personas blancas. En el ámbito sanitario, puede manifestarse de forma evidente, como la negación directa de atención, o mediante actitudes etnocéntricas, como el rechazo a costumbres, creencias o lenguas de otros grupos. Existen formas más complejas de racismo que también influyen en la atención sanitaria:

- **Racismo institucional:** prácticas, normas o procedimientos dentro del sistema público de salud que generan desigualdades por motivos raciales o étnicos. Un ejemplo es la falta de intérpretes en hospitales para personas migrantes, lo que dificulta una atención adecuada.
- **Racismo estructural:** políticas, leyes y dinámicas sociales que históricamente colocan a ciertos grupos en desventaja. Un ejemplo es la escasez de recursos sanitarios en zonas con alta población migrante, lo que limita la calidad del servicio.

El género es una perspectiva que analiza cómo las diferencias sociales, los roles asignados, las normas y las expectativas entre hombres, mujeres y otras identidades influyen en el acceso, uso y calidad de los servicios de salud. Estas diferencias no son neutras: condicionan la forma en que las personas se relacionan con el sistema público de salud y cómo son atendidas. En la práctica, el género puede impactar la atención sanitaria en distintos niveles:

- **Acceso a los servicios:** Las mujeres migrantes suelen enfrentar más barreras para acudir a consultas debido a responsabilidades de cuidado, trabajo doméstico no remunerado o falta de recursos económicos. Esto limita su capacidad para recibir atención preventiva y seguimiento adecuado.

- **Adaptación de los servicios:** Muchas veces no se contemplan necesidades específicas relacionadas con la salud sexual y reproductiva, ni se ofrecen recursos para distintas violencias basadas en el género, como la mutilación genital femenina o los matrimonios forzados. Esta falta de adaptación genera brechas importantes en la atención.
- **Sesgos en la atención clínica:** Los diagnósticos y tratamientos pueden verse afectados por estereotipos de género. Por ejemplo, se asume que ciertas prácticas sexuales son exclusivas de hombres, lo que puede llevar a errores diagnósticos o a una atención incompleta. Estos sesgos reducen la calidad del servicio y perpetúan desigualdades.

Por último, la interseccionalidad es un concepto que explica en qué medida las personas no sufren una sola forma de discriminación, sino varias a la vez. Por ejemplo, una mujer migrante racializada puede enfrentar discriminación por ser mujer, por su origen étnico o por su situación socioeconómica (Figura 1). Todas estas discriminaciones se combinan y entrelazan reforzando y perpetuando las desigualdades.

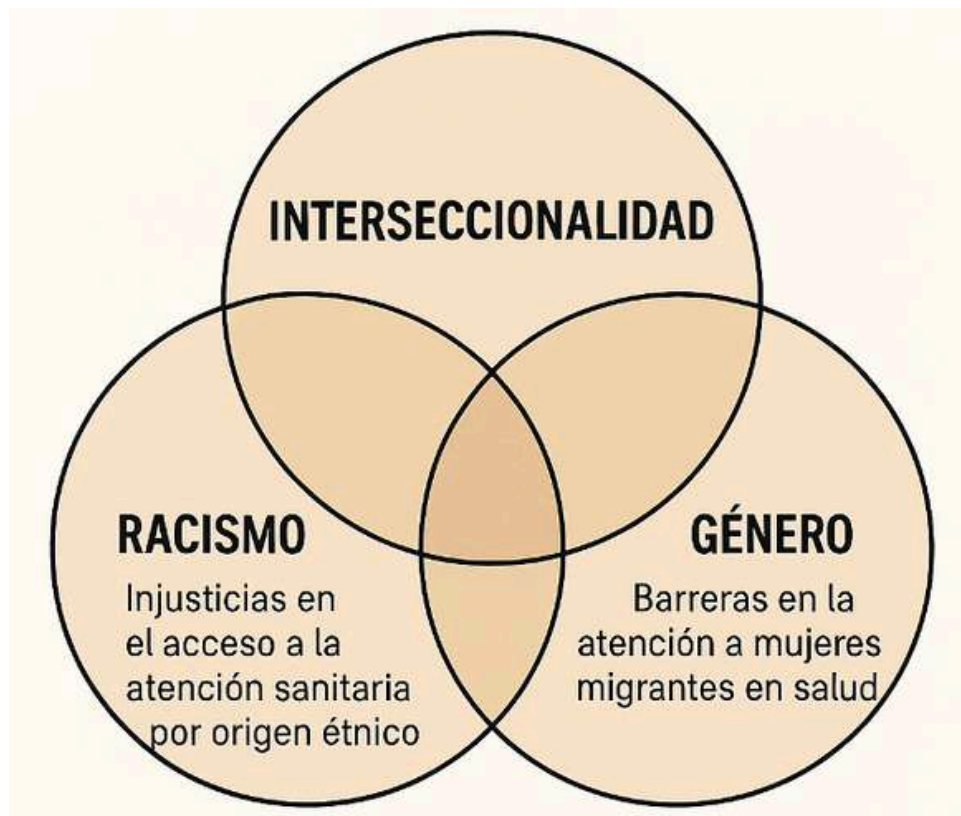


Figura 1. Racismo, género e interseccionalidad

El personal administrativo y sociosanitario del sistema público de salud puede reproducir patrones discriminatorios – de forma consciente o inconsciente – que generan un trato desigual hacia los pacientes por su origen étnico, color de piel, cultura o género. Aunque no siempre ocurre de manera intencionada, estas actitudes se reflejan en acciones como escuchar con menos atención, asumir que la persona no comprenderá las indicaciones, recurrir a estereotipos para explicar síntomas o no ofrecer las mismas opciones de tratamiento que a la población autóctona. Cuando estas prácticas se repiten, producen desigualdad y discriminación, afectando la calidad de la atención e impactando negativamente en la aceptabilidad del sistema público de salud.

La intersección de estas formas de discriminación agrava la vulnerabilidad de la población migrante, al combinarse con factores como la precariedad socioeconómica, el estatus migratorio irregular, la falta de redes sociales y familiares, las barreras lingüísticas, el desconocimiento del sistema público de salud y, en muchos casos, experiencias previas de violencia o trauma migratorio. Esta combinación crea obstáculos adicionales para acceder a una atención adecuada y equitativa.

Por ello, es fundamental aplicar un enfoque antirracista, de género e interseccional en la atención sanitaria. Este enfoque permite reconocer y abordar los contextos, dimensiones y barreras que generan desigualdades y afectan la aceptabilidad de los servicios. Su implementación contribuye a garantizar una atención más justa, inclusiva y adaptada a la diversidad, respetando los derechos de todas las personas.

Para comprender la aplicación práctica de estos conceptos, es fundamental tener presente la idea de las identidades múltiples. Este concepto hace referencia a la combinación e interacción de diversas dimensiones que conforman la identidad de una persona – como el género, el origen étnico, la orientación sexual, la clase social, la religión, la edad o el estatus migratorio – y cómo estas dimensiones se entrelazan en distintos momentos y contextos de la experiencia vital, influyendo en la manera en que se interpreta el estado de salud y se accede a los servicios.

El personal administrativo y sociosanitario del sistema público de salud puede reproducir patrones discriminatorios – de forma consciente o inconsciente – que generan un trato desigual hacia los pacientes por su origen étnico, color de piel, cultura o género. Aunque no siempre ocurre de manera intencionada, estas actitudes se reflejan en acciones como escuchar con menos atención, asumir que la persona no comprenderá las indicaciones, recurrir a estereotipos para explicar síntomas o no ofrecer las mismas opciones de tratamiento que a la población autóctona. Cuando estas prácticas se repiten, producen desigualdad y discriminación, afectando la calidad de la atención e impactando negativamente en la aceptabilidad del sistema público de salud.

La intersección de estas formas de discriminación agrava la vulnerabilidad de la población migrante, al combinarse con factores como la precariedad socioeconómica, el estatus migratorio irregular, la falta de redes sociales y familiares, las barreras lingüísticas, el desconocimiento del sistema público de salud y, en muchos casos, experiencias previas de violencia o trauma migratorio. Esta combinación crea obstáculos adicionales para acceder a una atención adecuada y equitativa.

Por ello, es fundamental aplicar un enfoque antirracista, de género e interseccional en la atención sanitaria. Este enfoque permite reconocer y abordar los contextos, dimensiones y barreras que generan desigualdades y afectan la aceptabilidad de los servicios. Su implementación contribuye a garantizar una atención más justa, inclusiva y adaptada a la diversidad, respetando los derechos de todas las personas.

Algunos ejemplos incluyen:

- **Mujeres migrantes racializadas:** que pueden enfrentar barreras por género (falta de atención a salud sexual y reproductiva), por origen étnico (discriminación o prejuicios culturales) y por estatus migratorio (miedo a acudir a servicios).
- **Persona migrante LGTBI:** que pueden experimentar discriminación por orientación sexual y por origen cultural, lo que dificulta el acceso a atención psicológica o médica adecuada.
- **Hombre migrante en situación irregular y con discapacidad:** que pueden afrontar obstáculos por su condición física (barreras de movilidad), su estatus migratorio y su origen, lo que limita el acceso al sistema público de salud y la continuidad de tratamientos.



2. ¿PARA QUÉ Y PARA QUIÉN ESTA GUÍA?

Esta guía se ha elaborado para aplicarse de forma práctica y sencilla en el ámbito sanitario, especialmente en centros de atención primaria. Su objetivo es:

- **Describir herramientas y acciones sencillas** que faciliten la inclusión y la atención adecuada de personas migrantes en los centros sanitarios.
- **Proponer una hoja de ruta práctica** con dimensiones clave que deben abordarse para garantizar una atención integral y equitativa a las personas migrantes.
- **Mejorar la calidad asistencial** mediante enfoques y contenidos que promuevan una atención más justa, culturalmente adaptada, y respetuosa.

Dentro del sistema público de salud trabajan perfiles diversos – personal administrativo, celadores, profesionales de la medicina, enfermería, trabajo social o psicología – con funciones distintas, pero con un objetivo común: garantizar una atención adecuada, digna e inclusiva. Esta guía se diseñada para llegar a todos ellos, porque el cambio de paradigma institucional hacia la equidad y la diversidad requiere de un trabajo y compromiso colectivo a todos los niveles.

Los principales desafíos en la atención a pacientes migrantes y racializados que llegan a la atención primaria de salud son:

- Factores culturales, lingüísticos y religiosos que dificultan la fluidez y la comprensión mutua durante la fase de recepción del paciente en la administración y la entrevista clínica.
- Diferencias en las concepciones sobre el bienestar y el estado de salud en tanto que las diferentes procedencias, religiones y culturas de los pacientes inmigrantes influyen en cómo se entienden los procesos de salud y enfermedad. Algunos ejemplos:
 - o Grado de alarma con la que se viven ciertos signos y/o síntomas por el paciente y por el profesional sanitario
 - o Comprensión del significado de la enfermedad
 - o El significado de la extracción de sangre para la analítica

- Desconocimiento de cómo funciona nuestro sistema público de salud y uso de otros medicamentos en los países de origen
- Ausencia de informes sanitarios previos y calendarios vacunales
- Presencia de patologías endémicas propias de zonas tropicales y subtropicales, frente a las cuales los/as profesionales puede carecer de experiencia suficiente o formación específica, lo que dificulta el diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado. Algunos ejemplos:
 - o **Leishmaniasis** (cutánea o visceral)
 - o **Filariasis** (infección parasitaria transmitida por mosquitos)
 - o **Esquistosomiasis** (infección por parásitos en aguas dulces)
 - o **Enfermedad de Chagas** (parasitaria transmitida por insectos triatominos)
- Dificultades para el cumplimiento terapéutico y el seguimiento regular de las enfermedades crónicas

La atención a las personas migrantes también puede estar influenciada por otros factores relativos a la sociedad de acogida, desde donde se disponen de diferentes patrones y códigos culturales para relacionarse y comunicarse con la población recién llegada:

- **Expectativas sobre la puntualidad:** en algunos países se valora llegar con antelación a las citas médicas, mientras que en otros la flexibilidad horaria es habitual. Esto puede generar malentendidos o juicios sobre “responsabilidad” del paciente.
- **Formas de comunicación:** el uso de contacto visual directo, gestos o expresiones corporales puede interpretarse de manera distinta según la cultura, afectando la percepción de confianza o respeto.
- **Idioma y jerga sanitaria:** la falta de intérpretes o el uso de tecnicismos sin explicación puede dificultar la comprensión y generar sensación de exclusión.

- **Percepción del dolor y la enfermedad:** diferentes códigos culturales influyen en cómo se expresan los síntomas (por ejemplo, verbalización intensa versus contención), lo que puede llevar a subestimar o sobredimensionar el problema.

La sociedad de acogida también establece patrones sociales relacionados con la raza y el género que influyen en la forma de relacionarse con la población migrante. Estos patrones también pueden generar desigualdades en la atención sanitaria:

- **Racismo estructural:** prejuicios y prácticas que afectan la calidad del trato y la asignación de recursos. Ejemplos: falta de intérpretes en hospitales, o menor inversión en centros ubicados en barrios con alta población migrante.
- **Estereotipos culturales:** asumir que las personas migrantes no siguen tratamientos, que exageran síntomas o que no comprenden indicaciones médicas, lo que puede llevar a ofrecer menos opciones terapéuticas.
- **Normas sobre privacidad y género:** en algunas culturas se espera que las mujeres sean atendidas por profesionales femeninas, pero el sistema público de salud no siempre lo contempla, generando incomodidad y rechazo.



3. ¿CÓMO SE USA ESTA GUÍA?

Esta guía está pensada como un recurso práctico que pueda convertirse en una herramienta de consulta diaria en el ámbito laboral, especialmente para la coordinación del centro sanitario en colaboración con todo el equipo profesional.

Sabemos que no siempre se dispone del tiempo ni de los recursos necesarios para implementar todas las ideas y enfoques que impulsan un cambio de prácticas, actitudes y creencias. Por eso, las recomendaciones clave se acompañan de ejemplos sencillos que puedan aplicarse de forma gradual, sin un orden rígido ni prioridades predefinidas. **Cada acción, por pequeña que sea, puede generar avances importantes.**

Esta guía no pretende ofrecer soluciones mágicas a todos los conflictos que surgen en la atención a personas migrantes. **Su objetivo es proponer ejes estratégicos que sienten las bases para un trabajo continuo y sostenible.** Hemos buscado que sea un recurso ameno y didáctico, que facilite iniciar el camino hacia una transformación progresiva de la atención sanitaria, incorporando criterios y actitudes concretas para aprender a mirar y comprender a la población migrante desde una perspectiva más inclusiva.

Ante cualquier duda sobre cómo entender y/o implementar esta guía puede contactar con la Unidad de Investigación de Médicos de Mundo a través del correo electrónico salud.movilizacion@medicosdelmundo.org o en el teléfono 91 543 60 33.



4. RECOMENDACIONES A IMPLEMENTAR

Las recomendaciones propuestas en esta guía se basan en siete ejes claves: formación adaptada; comunicación e información efectiva; atención sanitaria adaptada y equitativa; recursos y coordinación; protección de datos y los mecanismos de reclamación; participación ciudadana y salud comunitaria; y transformación de prejuicios, creencias y actitudes (Figura 2).

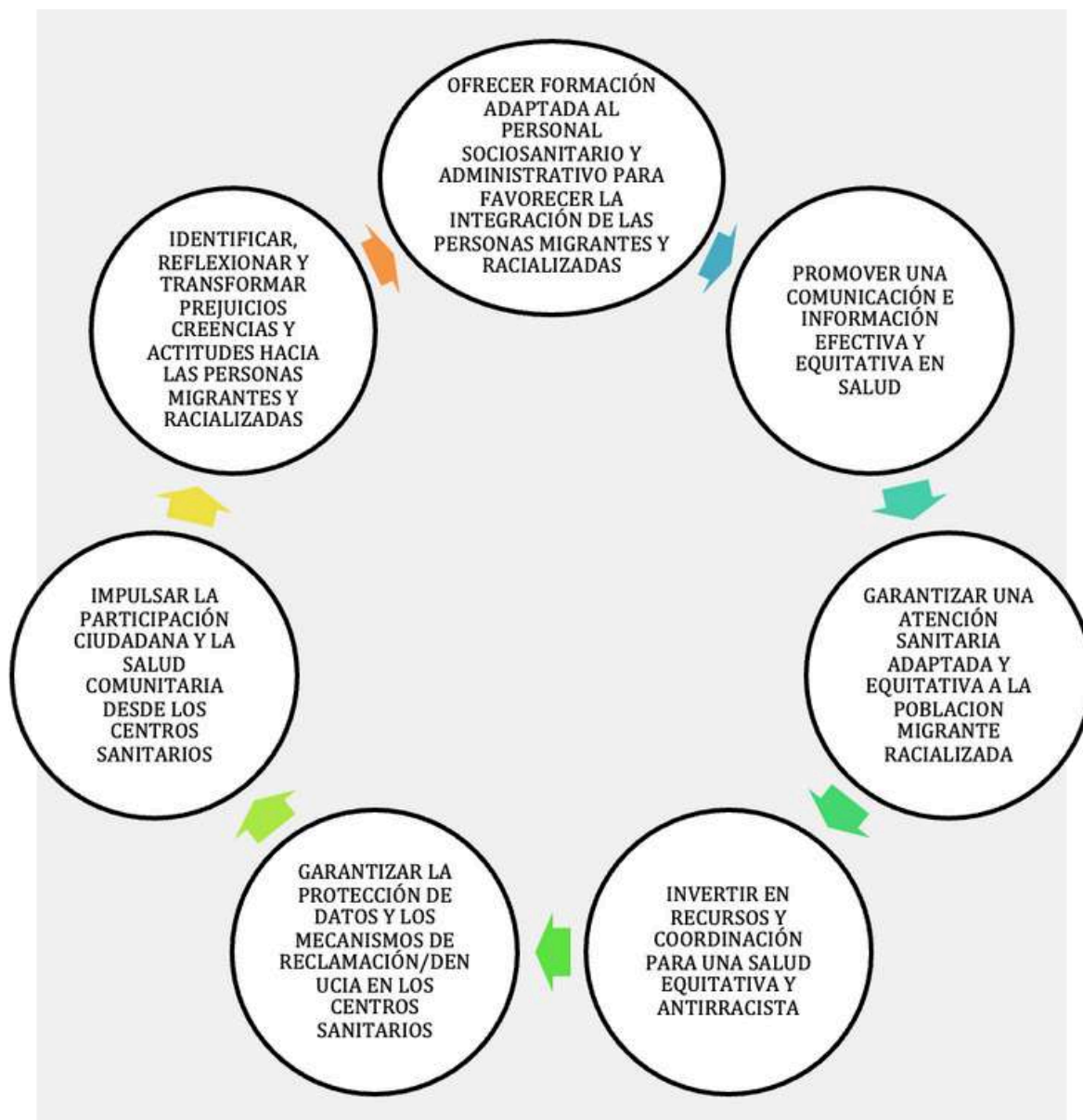


Figura 2. Recomendaciones para implementar el enfoque antirracista y de género interseccional en centros sociosanitarios

Para facilitar la lectura de cada recomendación se ha propuesto la siguiente estructura:

1. Objetivo – ¿Para qué se propone esta recomendación?
2. Contribución a la aceptabilidad – ¿Cómo mejora la aceptabilidad en el sistema público de salud? ¿Por qué es importante implementarla?
3. Implementación práctica – ¿Cómo llevarla a cabo en la práctica cotidiana?
4. Recursos necesarios – Materiales, herramientas, formación o apoyos requeridos.
5. Aspectos clave – Puntos críticos, consideraciones éticas, culturales o de equidad para tener en cuenta.
6. Referencias bibliográficas y evidencia científica – estudios y guías que respaldan la recomendación.

A continuación, se describen en detalle cada una de las recomendaciones:



1ª RECOMENDACIÓN:

OFRECER UNA FORMACIÓN ADAPTADA AL PERSONAL SOCIO SANITARIO Y ADMINISTRATIVO PARA FAVORECER LA INTEGRACIÓN DE LAS PERSONAS MIGRANTES Y RACIALIZADAS

1. Objetivo

Dotar al personal sanitario y administrativo de herramientas, recursos formativos, competencias y habilidades orientadas a mejorar las capacidades individuales, interpersonales y sociales que influyen en cómo una persona socializa e interactúa con otros y con el entorno laboral para afrontar la diversidad cultural asociada a la nueva realidad migratoria de manera cercana, humana y libre de prejuicios, mejorando la aceptabilidad del sistema público de salud para personas migrantes.

2. Contribución a la aceptabilidad

- Mejora la confianza de la persona migrante en el sistema público de salud.
- Fortalece la humanización del sistema público de salud.
- Favorece la cohesión y sistematización de prácticas y dinámicas.
- Previene conflictos y malentendidos entre el personal del sistema de salud y las personas migrantes.

3. Implementación práctica

Diseñar un plan formativo integral que incluya en sus contenidos al menos las siguientes dimensiones:

- Racismo y discriminación en el ámbito sociosanitario.
- Enfoque de género e interseccional aplicado al trabajo de profesionales en un centro sanitario.
- Determinantes sociales de la salud.
- Análisis del impacto en la salud de los procesos migratorios (p.ej duelo migratorio, o síndrome de Ulises).
- Actitudes hacia las personas migrantes: sesgos, prejuicios, códigos culturales, identidades múltiples, comprensión de roles y posiciones de poder.

A su vez, este plan formativo tiene que estar adaptado a roles específicos de cada perfil profesional:

- **Personal sanitario:** enfoque en relación clínica y toma de decisiones compartida. Ejemplos: cómo realizar una anamnesis considerando diferencias culturales y lingüísticas, estrategias para evitar sesgos en diagnósticos y tratamientos, y herramientas para abordar situaciones de violencia de género o prácticas culturales que afectan la salud.
- **Personal administrativo:** capacitación orientada al trato respetuoso, uso de lenguaje inclusivo y orientación cultural. Ejemplos: cómo explicar procedimientos de manera clara y accesible, evitar expresiones discriminatorias, y ofrecer información sobre derechos y recursos sanitarios a personas migrantes.

Modalidades formativas: se pueden combinar sesiones presenciales y virtuales, adaptadas a la disponibilidad del personal. Se recomienda incluir casos prácticos basados en situaciones reales, como:

- Una mujer migrante que solicita atención sin hablar el idioma local.
- Un paciente con una enfermedad endémica poco conocida en el sistema sanitario.
- Situaciones de discriminación percibida en la recepción o en la consulta.

4. Recursos necesarios

- Guías y manuales prácticos sobre racismo, género e interseccionalidad en el ámbito sanitario.
- Protocolos y checklists para atención inclusiva.
- Glosarios multilingües con términos sanitarios básicos para mejorar la comunicación con personas migrantes.
- Material audiovisual (videos, testimonios, simulaciones) que muestren casos reales y buenas prácticas.
- Infografías y carteles sobre derechos sanitarios y trato respetuoso, visibles en centros de salud.



Herramientas formativas

- Plataformas e-learning para formación online, con módulos interactivos y autoevaluaciones.
- Simuladores de casos clínicos que permitan practicar la toma de decisiones en contextos interculturales.
- Role-playing y dinámicas participativas para trabajar empatía y comunicación.
- Test de sesgos implícitos para que el personal identifique prejuicios inconscientes.
- Foros y espacios de reflexión para compartir experiencias y resolver dudas.

Formación específica

- Para personal sanitario:
 - Talleres sobre comunicación intercultural y toma de decisiones compartida.
 - Capacitación en diagnóstico y tratamiento de enfermedades endémicas (p.ej., Chagas, malaria).
 - Estrategias para abordar violencia de género y prácticas culturales que afectan la salud.
- Para personal administrativo:
 - Formación en lenguaje inclusivo y trato respetuoso.
 - Orientación cultural para explicar procedimientos y derechos sanitarios.
 - Protocolos para evitar discriminación en la recepción y derivación.

5. Aspectos clave

- **Evitar que la formación sea algo puntual.** La formación no debe limitarse a sesiones aisladas o voluntarias. Para que sea efectiva, debe formar parte de la formación habitual del personal y actualizarse de manera periódica, integrándose en el funcionamiento normal de los centros de salud.
- **Reconocer que todas las personas tenemos prejuicios.** Uno de los principales retos es aceptar que los prejuicios y estereotipos pueden influir, de forma inconsciente, en la atención sanitaria. La formación debe ofrecer espacios seguros para reflexionar, aprender y mejorar, sin culpabilizar, pero fomentando una actitud abierta y crítica.
- **Garantizar un trato basado en el respeto y los derechos.** Es fundamental recordar que todas las personas tienen derecho a una atención sanitaria digna y de calidad, independientemente de su origen, idioma o situación administrativa. La formación debe reforzar valores como el respeto, la confidencialidad y la igualdad de trato.
- **No reducir los problemas de salud a la “cultura”.** Un punto crítico es evitar explicar los problemas de salud únicamente por diferencias culturales. Factores como la precariedad laboral, el estrés migratorio, las barreras administrativas o la discriminación también influyen en la salud y deben tenerse en cuenta en la atención.
- **Tener en cuenta las diferentes realidades dentro de la migración.** Las personas migrantes no son un grupo homogéneo. El género, la edad, la situación económica, la orientación sexual o la situación administrativa influyen en sus necesidades y experiencias. La formación debe ayudar a comprender estas diferencias y a ofrecer una atención más equitativa.
- **Facilitar que lo aprendido se aplique en la práctica diaria.** La carga de trabajo y la falta de tiempo pueden dificultar la aplicación de lo aprendido. Por ello, es importante acompañar la formación con herramientas prácticas, protocolos claros y apoyo por parte de la organización.

- **Generar confianza y seguridad en las personas migrantes.** La atención sanitaria no debe generar miedo o desconfianza. Es clave garantizar la confidencialidad de la información y transmitir claramente que el sistema de salud es un espacio seguro para todas las personas.
- **Escuchar a las personas migrantes.** Incorporar la experiencia y la voz de personas migrantes, mediadores interculturales o entidades sociales en la formación mejora su calidad y evita enfoques estereotipados o paternalistas.
- **Evaluar y mejorar de forma continua.** Por último, es importante evaluar si la formación está mejorando realmente el trato y la experiencia de las personas migrantes, para poder introducir mejoras y asegurar su impacto a largo plazo.

6. Referencias y evidencia

- Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., & Park, E. R. (2005). *Cultural competence and health care disparities: Key perspectives and trends*. Health Affairs, 24(2), 499–505. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.24.2.499>
- Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha. (2024). *Guía de atención a personas migrantes: Mediación sanitaria intercultural*. Gobierno de Castilla-La Mancha. https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20241002/guia_de_atencion_a_personas_migrantes.pdf
- González-Rábago, Y., Lanborena, N., & Rodríguez-Álvarez, E. (2025). *Barriers to healthcare for racialised populations in Europe: A scoping review of reviews*. International Journal for Equity in Health, 24, Article 25. <https://doi.org/10.1186/s12939-025-02577-1>
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *How health systems can address ethnicity*. Oficina Regional de la OMS para Europa. <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/publications/how-health-systems-can-address-ethnicity6efa4eb8-2ac9-4a66-97c3-16d458b2817c.pdf>
- Torres Belma, A. (2025). *Interculturalidad en salud en los currículos de formación médica y de profesionales sanitarios para un desempeño profesional efectivo*. Educación Médica, 26(5), 101060. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2025.101060>



2ª RECOMENDACIÓN: **PROMOVER UNA COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN EFECTIVA Y EQUITATIVA EN SALUD**

1. Objetivo

Garantizar que la comunicación entre el personal sanitario y las personas migrantes sea clara, comprensible, efectiva y culturalmente adecuada, con el fin de reducir las barreras lingüísticas, culturales y comunicativas que pueden afectar al acceso, la seguridad y la calidad de la atención sanitaria. Esta recomendación engloba todas las iniciativas orientadas a fortalecer las competencias comunicativas – tanto lingüísticas como no verbales – del personal sanitario, así como los mecanismos de apoyo a la comprensión mutua con pacientes cuyo idioma materno no es el castellano o que proceden de contextos socioculturales en los que los códigos comunicativos, las expresiones de la enfermedad, las expectativas sobre la atención o las formas de interacción difieren de las habitualmente empleadas en el sistema sanitario español.

2. Contribución a la aceptabilidad

- **Refuerza la confianza del paciente en el sistema sanitario** al mostrar que su idioma, contexto cultural y experiencias son respetados y valorados.
- **Reduce la sensación de exclusión y vulnerabilidad** durante la atención sanitaria, haciendo que los pacientes se sientan escuchados y comprendidos.
- **Mejora la adherencia a los tratamientos y seguimiento de indicaciones médicas**, al garantizar que los pacientes entienden correctamente las recomendaciones y procedimientos clínicos.
- **Contribuye a garantizar el derecho a la salud en condiciones de equidad**, eliminando barreras lingüísticas y culturales que dificulten el acceso a la información y la atención.
- **Genera un impacto positivo en el trato general al paciente**, fortaleciendo la empatía y la comprensión cultural del personal sanitario.
- **Favorece el desarrollo de competencias profesionales**, como la escucha activa, la comunicación efectiva y la capacidad de atención adaptada a la diversidad cultural y lingüística.

3. Implementación práctica

- Crear materiales informativos (carteles, guías, difusión por medios) claros y multilingües. Estos materiales deben a su vez distribuirse en lugares clave y dar especial importancia a la comunicación pictográfica para transmitir información de manera clara y rápida, trascendiendo las barreras del lenguaje oral y escrito.
- Crear guías y protocolos de acceso y funcionamiento del sistema de salud para conocer los procedimientos, esquemas de funcionamiento y coberturas.
- Incorporar intérpretes profesionales y/o servicios de traducción en centros sanitarios y/o vía telefónica/videollamada. Potenciar el uso de estos recursos, formar al personal sobre su funcionamiento y asegurarse de que existen y se cumplen protocolos que aseguren su uso.
- Realizar formaciones en donde se aborde la importancia de atender a los rasgos culturales comunicativos a la hora de abordar la relación con los pacientes y se promuevan habilidades de escucha activa, lenguaje claro y códigos comunicativos (p.ej. tono de la voz, contacto visual, validación de dolencias, interés por el contexto sociofamiliar del paciente).
- Promover el uso de recursos pictóricos y recursos visuales para explicar procedimientos y tratamientos médicos. Matizar la importancia de no presuponer que la persona conoce los procedimientos y los tratamientos prescritos.
- Establecer contacto con asociaciones y entidades comunitarias migrantes para conocer sus necesidades y trabajar conjuntamente para elaborar soluciones adaptadas, cocrear herramientas y fomentar su inclusión como traductores y mediadores interculturales.



4. Recursos necesarios

- Materiales y guías multilingües y recursos pictóricos validados culturalmente.
- Acceso y promoción del uso de intérpretes, mediadores interculturales o plataformas de traducción y asegurar su implementación y monitoreo.
- Formación en competencias de comunicación culturales y códigos comunicativos.
- Generar espacios de colaboración y diálogo con comunidades migrantes locales.

5. Aspectos clave

- Evitar el uso de menores o familiares como traductores o intérpretes para asegurar la confidencialidad de los diagnósticos y tratamientos.
- Informar debidamente sobre las garantías de confidencialidad en la traducción e interpretación.
- Adaptar la información y la comunicación a distintos niveles de alfabetización y distintos perfiles de personas migrantes que acudan al centro sanitario.
- Involucrar a las comunidades migrantes en el diseño, creación de los recursos y herramientas y fomentar su inclusión como mediadores interculturales.

6. Referencias y evidencia

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (s.f.). *Culture and language*.
https://www.cdc.gov/health-literacy/php/develop-materials/culture.html?utm_source=chatgpt.com

Centro Nacional para la competencia Cultural, Universidad de Georgetown. (s.f.). *A guide to selecting and adapting culturally and linguistically competent health promotion materials* [Guía en español].
https://nccc.georgetown.edu/documents/Materials_Guide_Spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Refugee and migrant health toolkit: Module 5 - Communication and countering misinformation* [Herramienta 15]. Organización Mundial de la Salud.

<https://www.who.int/tools/refugee-and-migrant-health-toolkit/module-5/tool-15>

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., Oficina de Salud de Minorías. (s.f) *Guide to providing effective communication and language assistance services*. Think Cultural Health.

<https://thinkculturalhealth.hhs.gov/education/communication-guide>



3ª RECOMENDACIÓN: **GARANTIZAR UNA ATENCIÓN SANITARIA ADAPTADA Y EQUITATIVA A LA POBLACION MIGRANTE EN LOS CENTROS SANITARIOS**

1. Objetivo

Esta recomendación tiene como objetivo garantizar que la atención sanitaria a la población migrante sea adaptada, segura y equitativa, mediante la implementación de estrategias específicas que tengan en cuenta los antecedentes culturales y experiencias de salud previas. Busca que los profesionales puedan ofrecer una atención personalizada y comprensible, promoviendo la atención y registro de necesidades particulares y la coordinación con servicios de apoyo, asegurando continuidad y calidad en la atención.

2. Contribución a la aceptabilidad

- Refuerza la confianza del paciente en el sistema sanitario al percibir que se le escucha y comprende desde el primer contacto.
- Ayuda a que las personas migrantes encuentren un espacio donde su necesidades sean abordadas sin prejuicios.
- Garantiza que la atención tenga en cuenta traumas migratorios, duelos culturales, violencia, desplazamiento o experiencias de discriminación.
- Previene malentendidos clínicos, asegurando que la información relevante se recopile correctamente desde el inicio.

- Generan un impacto positivo en la percepción de la atención, independientemente del origen cultural del paciente.
- Permiten adaptar la atención a necesidades culturales y particulares del paciente, evitando la sensación de trato impersonal o discriminatorio.
- Mejoran la comprensión de indicaciones médicas y el cumplimiento terapéutico, reforzando la sensación de seguridad y dignidad.
- Favorece una relación médico-paciente más sólida, donde la persona migrante siente que puede expresar dudas y preocupaciones sin ser juzgada.
- Fortalece la participación activa del paciente en su propio cuidado, aumentando la confianza en el sistema.

3. Implementación práctica

- **Implementar una entrevista clínica de bienvenida adaptada:** Permite conocer la historia, cultura y necesidades del paciente desde el inicio, generando confianza y reduciendo la sensación de vulnerabilidad.
- Facilitar el **uso de intérpretes y mediadores culturales en la consulta:** Asegura que el paciente comprenda la información clínica y que los profesionales respeten las normas culturales, evitando malentendidos.
- Desarrollar **protocolos clínicos flexibles:** Permiten ajustar procedimientos y exámenes a las características culturales o necesidades específicas del paciente, garantizando atención personalizada y segura.
- Fomentar el **respeto a preferencias y decisiones del paciente:** Promueve la participación activa en su cuidado y asegura que las decisiones clínicas se adapten a sus valores y expectativas.
- Generar ambientes acogedores y no discriminatorios: Espacios inclusivos y trato cordial generan sensación de seguridad y confianza, favoreciendo la aceptación del sistema sanitario.

- Proporcionar un **seguimiento adaptado**: Ajustar citas y controles a la disponibilidad y circunstancias del paciente mejora la continuidad de la atención y la adherencia a los tratamientos.
- Promoción de la salud en el entorno comunitario: Fomentar el desarrollo de actividades de intervención comunitaria tanto sobre temas de salud como de uso y acceso al sistema público.
- Desarrollar canales para recoger los comentarios o sugerencias del **paciente**: Recoger opiniones y experiencias permite identificar barreras y mejorar la calidad de la atención, reforzando la percepción de respeto y comprensión.
- Fortalecer la coordinación **con servicios sociales y comunitarios**: Facilita el acceso a recursos de apoyo social y servicios complementarios, promoviendo integración y adherencia al tratamiento.

4. Recursos necesarios

- **Formación específica del personal sanitario** en competencia cultural, comunicación intercultural y atención centrada en la persona.
- **Disponibilidad de intérpretes profesionales** presenciales o telefónicos, **y servicios de mediación cultural**.
- **Desarrollo de protocolos clínicos flexibles** y guías adaptadas a la atención de personas migrantes y racializadas.
- **Herramientas de registro y documentación** que incluyan información sobre antecedentes culturales, barreras idiomáticas y necesidades específicas.
- **Espacios físicos acogedores e inclusivos** dentro de los centros sanitarios que además puedan servir como eje vertebrador entre el servicio de salud y la comunidad.
- **Sistemas de recogida de sugerencias** accesibles y anónimos.

- **Recursos de coordinación intersectorial** con servicios sociales, ONGs, asociaciones y redes comunitarias.
- **Anticipar un tiempo adicional en la consulta** para entrevistas ampliadas, especialmente en primeras visitas.
- **Materiales de educación sanitaria** adaptados cultural y lingüísticamente.
- **Canales de coordinación y comunicación con la comunidad migrante**, para actividades de promoción de la salud y acercamiento al sistema sanitario.

5. Aspectos clave

- **Respeto a la autonomía y valores culturales del paciente**, evitando imponer prácticas biomédicas sin explicar o negociar.
- **Garantía de confidencialidad**, especialmente sensible en personas en situación administrativa irregular.
- **Evitar la discriminación o sesgos implícitos** en la atención clínica y en la toma de decisiones.
- **Asegurar la comprensión real del consentimiento informado**, adaptándolo lingüística y culturalmente.
- **Garantizar equidad en el acceso** a pruebas, tratamientos y seguimientos, sin que las barreras administrativas limiten derechos.
- **Transparencia en los procedimientos clínicos y administrativos**, explicando claramente qué información se recoge, para qué y quién tiene acceso.
- **Consideración del impacto emocional y experiencias previas traumáticas**, especialmente en personas refugiadas o solicitantes de asilo.
- **Evaluar la pertinencia de adaptar procedimientos clínicos**, sin comprometer la seguridad del paciente ni la calidad asistencial.
- **Evitar** la posible sobrecarga de profesionales sanitarios con consultas más largas sin que estos cambios se ajusten a sus condiciones laborales.

6. Referencias y evidencia

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). *Guía metodológica para integrar la equidad en las estrategias, programas y actividades de salud* (Versión 1). Madrid.
https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/estrategia/actividadDeDesarrollo/docs/Guia_metodologica_Equidad_EPAs.pdf
- Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, et al. (2018). *High-quality health systems in the sustainable development goals era: time for a revolution*. The Lancet Global Health, 6(11), e1196–252.
[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3)
- Ghebreyesus TA. (2018). *How could health care be anything other than high quality?* The Lancet Global Health, 6(11), e1140–1
Disponible en: <https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X%2818%2930394-2/fulltext>
- Guillén Poyato, A. C., Arriaza Cruz, S. E., García Muñoz, M. S., Leiva Comerás, N., Ferrer Oliver, C., & Gálvez Chaverri, B. (2024). *Accesibilidad y equidad en la atención médica: estrategias para garantizar que todos los pacientes tengan acceso igualitario a servicios de salud de calidad*. Revista Ocronos, 7(6), 166.
<https://revistamedica.com/acceso-igualitario-servicios-salud/>
- Pelcastre Villafuerte, B. E., Meneses Navarro, S., Sánchez Domínguez, M., Rueda Neria, C. & Leyva Flores, R. (2021). *Equidad en el acceso a los servicios de salud* (Síntesis sobre políticas de salud). Instituto Nacional de Salud Pública.
https://insp.mx/assets/documents/webinars/2021/CISS_Equidad_acceso.pdf
- Martín-Fernández, J., & Rodríguez Cabrera, F. (2024). *Accesibilidad al Sistema Nacional de Salud: equidad y listas de espera. Un estudio observacional*. Revista Clínica de Medicina de Familia, 17(3), 171–177.
<https://doi.org/10.55783/rcmf.170304>
- Cruz-Riveros, C., Portilla-Saavedra, D., & Lay-Lisboa, S.-L. (2025). *Discursos y prácticas de aceptabilidad en salud desde la perspectiva del personal sanitario y migrantes*. Ciencia y Enfermería, 31, 1–12.
<https://doi.org/10.29393/CE31-9DPCS30009>

- Garizábalo-Dávila, C. M., Rodríguez-Acelas, A. L., & Cañón-Montañez, W. (2023). *Utilidad de la evaluación de la aceptabilidad y factibilidad en intervenciones de enfermería*. *Investigación y Educación en Enfermería*, 41(1), e02.
<https://doi.org/10.17533/udea.iee.v41n1e02>
- Bernal-Ordoñez, L. K., Niño-Gutiérrez, E. L., Casanova, M. L., Treviño del Campo, F., Rodríguez, A., & Jiménez García, D. A. (2024). *Participación y empoderamiento comunitario en la atención primaria en salud en América Latina: revisión sistemática exploratoria*. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 48, e135.
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.135>
- Brown Vega, C. (2024). *Evidencia científica en el trabajo comunitario en salud*. *Applied Sciences in Dentistry*, 5(1).
<https://perfiles.uv.cl/index.php/asid/article/view/4280>
- Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC). (2011). *Guia d'atenció al pacient immigrant* (2a ed.). Coordinació: Lluís Valerio. Autors: Maria Badenes, A. Aguilar, C. Massagué, C. Carrasco, B. de Gispert, J. Fernández, C. Roca, S. Roura, R. Sánchez, L. Solsona, & A. Tena.
https://gestor.camfic.cat/Uploads/ITEM_413_EBLOG_1916.pdf
- Theodosopoulos, L., Fradelos, E. C., Panagiotou, A., Dreliozzi, A., & Tzavella, F. (2024). *Delivering culturally competent care to migrants by healthcare personnel: A crucial aspect of delivering culturally sensitive care*. *Social Sciences*, 13(10), 530.
<https://doi.org/10.3390/socsci13100530>
- Handtke, O., Schilgen, B., & Moško, M. (2019). *Culturally competent healthcare – A scoping review of strategies implemented in healthcare organizations and a model of culturally competent healthcare provision*. *PLOS ONE*, 14(7), e0219971.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219971>
- Urbanavičė, R., El Arab, R. A., Austys, D., Skvarčevskaja, M., & Istomina, N. (2025). *The cultural competence of nurses and its relationship to socio-demographic factors: A cross-sectional survey*. *BMC Nursing*, 24, 497.
<https://doi.org/10.1186/s12912-025-03124-7>
- Alghazali, I. S., & Ahmed, R. (2024). *The role of cultural competence in health care to improve communication between immigrant patients and health-care providers in Ottawa, Canada*. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 21 (1): 132–148.
<https://doi.org/10.1108/ijmhsc-09-2023-0091>

- Choi, S., & Kang, E. (2025). *Cultural factors related to immigrants' health: A scoping review*. *Frontiers in Public Health*, 13, 1606772.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1606772>
- Gutman, C. K., Rojas, C. R., Waidner, L., et al. (2025). *Strategies to increase professional interpreting in clinical settings: A systematic review*. *JAMA Network Open*, 8(7), e2521492.
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.21492>
- Verrept, H., Bouhjar, D., & Braem, C. (2025). *Reducing ethnic healthcare disparities through the implementation of video-remote intercultural mediation (VRIM) services*. *European Journal of Public Health*, 35(Suppl_6), ckaf180.168.
doi.org/10.1093/eurpub/ckaf180.168
- Savas, S. T., Knipper, M., Duclos, D., Sharma, E., Ugarte-Gurrutxaga, M. I., & Blanchet, K. (2024). *Migrant-sensitive healthcare in Europe: Advancing health equity through accessibility, acceptability, quality, and trust*. *The Lancet Regional Health – Europe*, 41, 100805.
<https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100805>
- Liu, A., Yazdani, Y., Elias, M., Patel, K., Budzi, D., Saad, A., & Pottie, K. (2025). *Transition in care interventions for Refugee, Immigrant and other Migrant (RIM) populations: A health equity-oriented scoping review*. *Globalization and Health*, 21, 25.
<https://doi.org/10.1186/s12992-025-01114-7>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Migración y salud: mejora de la competencia intercultural y la sensibilidad a la diversidad*. Oficina Regional de la OMS para Europa.
<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/a25e683d-a013-405d-92fe-2bd05e421c23/content>



4ª RECOMENDACIÓN:

INVERTIR EN RECURSOS Y COORDINACIÓN PARA UNA SALUD EQUITATIVA EN LOS CENTROS SANITARIOS

1. Objetivo

Fortalecer de manera integral la capacidad organizativa y los recursos del sistema sanitario – incluyendo personal formado en competencia cultural, herramientas tecnológicas accesibles, infraestructura adecuada y servicios de apoyo – para garantizar que la atención sea **aceptable, equitativa y centrada en las necesidades reales** de las personas migrantes y racializadas.

Se busca reducir las barreras estructurales y relacionales que afectan la experiencia de atención, promoviendo una comunicación efectiva, un trato digno y comprensible, y la adaptación cultural en todos los procedimientos administrativos o clínicos. Asimismo, la recomendación incluye mejorar los mecanismos de **coordinación entre servicios** (administración, salud, servicios sociales, mediación cultural, entidades comunitarias), asegurando una atención continua, coherente y sensible al contexto migratorio, que favorezca la confianza, el acceso temprano y la participación activa de las personas en su propio cuidado.

2. Contribución a la aceptabilidad

- Facilita la comunicación entre servicios en los centros sanitarios, reduciendo malentendidos y generando confianza desde el primer contacto.
- Permite que el paciente perciba que su cultura, idioma y contexto vital son reconocidos y respetados en todo momento.
- Evita que las personas migrantes deban repetir pruebas, explicar su historia clínica o reconstruir tratamientos en cada traslado.
- Reduce la sensación de fragmentación del sistema (muy frecuente en poblaciones con movilidad territorial).
- Aumenta la continuidad asistencial y transmite la idea de un sistema coherente, coordinado y preparado para atender diversidad de trayectorias.

- Evita que el sistema parezca inaccesible, burocrático u hostil.
- Favorece que quienes tienen menor familiaridad con la administración española perciban que pueden usar los servicios sin sentirse desbordados.
- Ayuda a que el paciente perciba coherencia, profesionalidad y compromiso institucional con la equidad.
- Refuerza la imagen de un sistema sanitario sensible, comprensivo y comprometido con el bienestar integral.

3. Implementación práctica

- **Incorporar mediación intercultural e interpretación profesional** tanto de manera presencial, telefónica o videollamada y en todos los niveles del circuito asistencial.
- **Integrar la coordinación con servicios sociales dentro del circuito asistencial**, estableciendo canales de comunicación directa entre trabajador/a social, profesionales sanitarios, mediadores y entidades comunitarias.
- Crear citas conjuntas o circuitos compartidos para casos complejos que permita derivar tempranamente a servicios sociales (municipales, regionales) cuando existan problemas de vivienda, violencia, pobreza o irregularidad administrativa que afecten la salud.
- Promover la implementación de **un modelo de salud mental inclusivo y adaptado al trauma migratorio**, formando al personal en trauma psicosocial, duelo migratorio y estrés post-migración e integrando a psicología, psiquiatría y mediación cultural en el mismo itinerario para evitar derivaciones múltiples que generan abandono.
- **Facilitar la interoperabilidad y continuidad asistencial en pacientes con alta movilidad**, registrando de forma completa datos clínicos relevantes (p. ej. antecedentes, medicación, idioma preferido o barreras culturales) y asegurando que la información esté disponible en otros centros del territorio nacional para evitar repetir pruebas o perder seguimiento.

- **Crear alertas clínicas** que informen a los profesionales del centro sanitario de necesidades específicas (p.ej. intérprete, apoyo social) desde el primer contacto.
- **Mejorar la gestión de citas y reducir la brecha digital**, ofreciendo siempre **diferentes vías de acceso**: online simplificada y presencial sin necesidad de cita previa para trámites básicos.
- Implementar sistemas de mensajería clara (SMS, WhatsApp corporativo) en lenguaje sencillo y, cuando sea posible, multilingüe.
- **Crear espacios seguros de encuentro y facilitar momentos de reflexión interna** entre personal del centro de salud donde se puedan prevenir sesgos, mejorar competencias interculturales o abordar tensiones relacionadas con diferencias culturales, experiencias de discriminación.
- **Descentralizar el acceso telefónico y recuperar del contacto directo con centros sanitarios**, permitiendo una comunicación más humana, reduciendo la sensación de frustración.

4. Recursos necesarios

- **Nuevos perfiles de profesionales especializados integrados en el circuito asistencial**, incluyendo intérpretes profesionales, mediadores interculturales y profesionales de salud mental con enfoque intercultural y trauma migratorio.
- **Recursos tecnológicos** que aseguren la continuidad asistencial, reduzcan la brecha digital y aumentan la aceptabilidad en usuarios con baja alfabetización digital.
- **Protocolos de coordinación** entre atención primaria, salud mental, servicios sociales y mediación.
- Circuitos diferenciados para pacientes con **barreras idiomáticas o culturales**.
- **Salas o espacios seguros** entre personal de los centros sanitarios.

- **Personal administrativo formado en atención a población migrante** que ayude a mitigar barreras burocráticas.
- Procedimientos simplificados para la gestión de citas multicanal y **alternativas no digitales** para personas sin móvil, sin datos, o sin alfabetización digital.
- Protocolos de **interoperabilidad de historias clínicas** entre centros sanitarios y comunidades autónomas.
- Tecnologías de interpretación remota (videointérpretes, plataformas multilingües) **inclusivas, que incluyan interfaces multilingües, lectura fácil.**
- **Equipamiento audiovisual** dentro de los centros sanitarios para espacios de mediación y sesiones clínicas sensibles.

5. Aspectos clave

- Garantizar la disponibilidad, estabilidad y profesionalidad de la mediación intercultural en todos los niveles del circuito asistencial.
- Mejorar la gestión de citas equitativa y reducción de la brecha digital mediante el diseño de soluciones tecnológicas inclusivas para personas con dificultades de acceso digital.
- Integración real de servicios de apoyo (mediación intercultural, interpretación, psicología y coordinación social) en los centros sanitarios.
- Inversión en recursos de salud mental culturalmente inclusivos y especializados en trauma migratorio.
- Asegurar la interoperabilidad de datos entre centros sanitarios y comunidades autónomas.
- Financiación específica y sostenida de los recursos.

6. Referencias y evidencia

- World Health Organization. (2025). *Fortalecimiento de los sistemas de salud para mejorar la salud de las poblaciones desplazadas y migrantes en el contexto del cambio climático* (Serie Global Evidence Review on Health and Migration). Organización Mundial de la Salud.
<https://iris.who.int/handle/10665/382023>
- Ministerio de Sanidad. (2021). *Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud*. Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación para el SNS.
https://www.sanidad.gob.es/areas/saludDigital/doc/Estrategia_de_Salud_Digital_del_SNS.pdf
- Salud Entre Culturas. (2019). *Manual de interpretación y mediación intercultural en el ámbito sociosanitario* (1.ª ed.). Asociación para el Estudio de las Enfermedades Infecciosas.
<https://www.saludentreculturas.es/wp-content/uploads/2024/04/04-Manual-de-interpretacion-y-mediacion-intercultural-en-el-ambito-sociosanitario.pdf>
- Verrept, H. (2019). *What are the roles of intercultural mediators in health care and what is the evidence on their contributions and effectiveness...?* Health Evidence Network Synthesis Report 64. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para Europa.
<https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289054355>
- Fagundo-Rivera, J., García-Lozano, M. S., Portero-Prados, F. J., Romero-Castillo, R., Badillo-Sánchez, N., & Fernández-León, P. (2025). *Barriers to healthcare access for irregular immigrants after their arrival in Spain: a systematic review*. European Journal of Public Health, 35(3), 407–422.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaf042>
- Nur, Z. F., Suryadarma, A. Y., Mengistu, A. G., Pangestuti, A., Ariza, N. R., & Mahmudiono, T. (2024). *Health care access and equity among migrants: A literature review*. Medical and Health Science Journal, 8(1).
<https://doi.org/10.33086/mhsj.v8i01.4272>
- Savas, S. T., Knipper, M., Duclos, D., Sharma, E., Ugarte-Gurrutxaga, M. I., & Blanchet, K. (2024). *Migrant-sensitive healthcare in Europe: advancing health equity through accessibility, acceptability, quality, and trust*. The Lancet Regional Health – Europe, 41, 100805
<https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100805>

- McDermott, L., Hameed, I., & Lau-Zhu, A. (2024). *Cultural adaptations, efficacy, and acceptability of psychological interventions for refugees and asylum seekers: A systematic review*. *Trauma, Violence, & Abuse*, 25(5), 3758–3776.
<https://doi.org/10.1177/15248380241262262>
- Al Kalaf, H., Jenks, C., Mösko, M., Sanders, T., & Schouten, B. (2025). *When migrants do not speak the host country's language but need mental health care: Protocol for developing a communication intervention*. *PLOS One*, 20(12), e0338040.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0338040>
- Gutman, C. K., Rojas, C. R., Waidner, L., et al. (2025). *Strategies to increase professional interpreting in clinical settings: A systematic review*. *JAMA Network Open*, 8(7), e2521492.
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.21492>
- Khanal, S. K. (2025). *Language barriers and their consequences in healthcare: A qualitative case study of Nepali migrants in Finland*. *BMC Health Services Research*, 25, 577.
<https://doi.org/10.1186/s12913-025-12757-y>
- Liu, A., Yazdani, Y., Elias, M., Patel, K., Budzi, D., Saad, A., & Pottie, K. (2025). *Transition in care interventions for refugee, immigrant and other migrant populations: A health equity-oriented scoping review*. *Globalization and Health*, 21, 25.
<https://doi.org/10.1186/s12992-025-01114-7>



5ª RECOMENDACIÓN: **ASEGURAR LA PROTECCIÓN DE DATOS Y LOS MECANISMOS DE RECLAMACIÓN Y DE DENUNCIA DE LOS CENTROS SANITARIOS**

1. Objetivo

Garantizar que las personas migrantes y racializadas puedan ejercer sus derechos en el sistema sanitario en un entorno de **confidencialidad, seguridad jurídica y protección de datos**, mediante la existencia de mecanismos accesibles, fiables y culturalmente adaptados para realizar **quejas, reclamaciones y denuncias**, sin miedo a represalias ni afectación de su situación administrativa.

La finalidad es fortalecer una **cultura institucional de transparencia, responsabilidad y justicia**, donde cualquier persona pueda reportar irregularidades, discriminación, maltrato o fallos asistenciales de forma protegida, efectiva y sin riesgo, contribuyendo a un sistema más equitativo, seguro y respetuoso.

2. Contribución a la aceptabilidad

- **Mejora el grado de confianza y seguridad percibida**, permitiendo que los usuarios se expresen con libertad sin temor a represalias.
- **Reducción del miedo a consecuencias administrativas** para aquellos casos de personas en situación administrativa irregular.
- **Percepción de utilidad**, propiciando que desaparezca la idea de que quejarse y denunciar son trámites vacíos que no producen cambios reales. Esto incrementa la satisfacción y la disposición a volver al sistema.
- **Trato igualitario y libre de discriminación**. La creación de circuitos específicos para quejas por racismo o maltrato, con equipos especializados, transmiten que el sistema reconoce y repara injusticias; esto eleva la aceptabilidad ética y relacional.
- **Cultura institucional de transparencia y mejora continua**. Promover mecanismos de control como auditorías, indicadores y publicación de resultados agregados de reclamaciones muestran una rendición de cuentas, asociada con valores como la justicia, la responsabilidad y el compromiso de calidad.

- **Alianza terapéutica más sólida.** Saber que se puede señalar fallos sin castigo mejora la relación con profesionales y favorece la comunicación.
- **Prevención de daños y revictimización.** Vías seguras para denunciar discriminación o maltrato permiten actuar antes de que se cronifiquen experiencias negativas.

3. Implementación práctica

- Garantizar que los diagnósticos se comuniquen únicamente al paciente, evitando que familiares actúen como traductores sin consentimiento.
- Establecer protocolos que aseguren el derecho a la privacidad en todas las etapas del proceso asistencial.
- Crear protocolos específicos para denuncias relacionadas con discriminación o vulneración de derechos.
- Establecer canales de reclamación (digitales y físicos) anónimos, accesibles y multilingües. Posibilidad de realizar las reclamaciones con apoyo de intérpretes o mediadores interculturales.
- Garantizar la protección estricta de datos personales, prohibiendo cualquier acceso no autorizado a la información o quejas y explicar al paciente (en su idioma o lengua preferida y adaptados se a distintos niveles de alfabetización) cómo se protegerán sus datos.
- Promover la cultura de la reclamación como parte del funcionamiento habitual del sistema, tanto para pacientes como para personal de los centros sanitarios.
- **Capacitar al personal sanitario y administrativo en normativa de confidencialidad y protección de datos y sensibilizar sobre esta problemática** para evitar prácticas que desincentiven la denuncia.
- **Desarrollar mecanismos de transparencia, seguimiento y devolución (feedback), que empiecen desde brindar** al paciente qué pasará después de presentar la reclamación y ofrecer resoluciones claras, no genéricas, que demuestren que el proceso sirve para mejorar la calidad y no es un trámite vacío.

- **Garantizar que las denuncias de discriminación sean tratadas por equipos especializados que puedan dar solución real a los casos** de racismo, trato discriminatorio o violencia institucional.
- **Crear espacios seguros de conversación donde los pacientes puedan relatar las experiencias ocurridas al equipo directivo del centro** sin miedo a consecuencias.
- Elaborar informes periódicos sobre las quejas recibidas y su resolución, donde se incluyan indicadores para medir la eficacia de las acciones llevadas a cabo y se garantice la trazabilidad y seguimiento de los procesos de denuncia.

4. Recursos necesarios

- Personal administrativo formado en protección de datos y derechos del paciente.
- Mediadores e intérpretes interculturales para apoyar en la comunicación.
- Equipos informáticos seguros (ordenadores, tablets) para acceso a sistemas.
- Unidades de igualdad o comités especializados para tratar denuncias de discriminación.
- Plataformas seguras para registrar quejas, con anonimización automática.
- Sistemas multilingües de reclamación (web, app, SMS, QR) que permitan el registro y trazabilidad de reclamaciones.
- Protocolos específicos (papel y digital) sobre los derechos del paciente en varios idiomas, con lenguaje inclusivo y no discriminatorio.
- Buzones físicos seguros ubicados en zonas accesibles del centro sanitario.
- Salas privadas para entrevistas sobre quejas o denuncias.
- Protocolos estandarizados de tramitación de quejas y denuncias.
- Procedimientos de auditoría interna periódicas

- Mecanismos para documentar y analizar patrones de incidencias.
- Material informativo multilingüe y adaptado a los distintos niveles de alfabetización sobre protección de datos, privacidad y derechos del paciente y procedimientos para reclamar.
- Normativa clara que garantice que las denuncias no afectan la situación administrativa.

5. Aspectos clave

- Garantizar que la información clínica solo se comunique al paciente, salvo consentimiento explícito.
- Asegurar que toda intervención (traducción, mediación cultural, uso de plataformas) debe contar con consentimiento claro y documentado.
- Certificar que los sistemas digitales sean accesibles para personas con discapacidad, baja alfabetización digital o barreras idiomáticas.
- Evitar que la falta de recursos tecnológicos excluya a grupos vulnerables.
- Cumplimiento estricto de las normativas de protección de datos.
- Publicación periódica de informes sobre el seguimiento de reclamaciones y resoluciones con indicadores claros para medir eficacia y equidad.
- Formularios y protocolos específicos con lenguaje inclusivo.
- Procedimientos específicos para denuncias por vulneración de derechos.
- Formación continua para evitar prácticas discriminatorias y garantizar la protección de datos.

6. Referencias y evidencia

- Savas, S. T., Knipper, M., Duclos, D., Sharma, E., Ugarte-Gurrutxaga, M. I., & Blanchet, K. (2024). *Migrant-sensitive healthcare in Europe: Advancing health equity through accessibility, acceptability, quality, and trust*. The Lancet Regional Health – Europe, 41, 100805
<https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100805>
- Organización Mundial de la Salud. (2025). *Health system strengthening interventions to improve the health of displaced and migrant populations in the context of climate change* (Global Evidence Review on Health and Migration). Organización Mundial de la Salud.
<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/1d9f855a-7427-49bb-907b-a38a60e20529/content>
- Ministerio de Sanidad. (2021). Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud. Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación para el SNS.
https://www.sanidad.gob.es/areas/saludDigital/doc/Estrategia_de_Salud_Digital_del_SNS.pdf
- European Union. (2016). Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council (General Data Protection Regulation – GDPR). Official Journal of the European Union.
<https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj>



6ª RECOMENDACIÓN: **IMPULSAR LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y LA SALUD COMUNITARIA DESDE LOS CENTROS SANITARIOS**

1. Objetivo

Impulsar la participación ciudadana y la salud comunitaria como ejes centrales de la atención sanitaria, entendiendo la salud como un proceso social, colectivo y territorial que trasciende el ámbito clínico.

Esta recomendación busca **fortalecer el empoderamiento comunitario**, fomentar la corresponsabilidad en salud y consolidar **redes de apoyo** social que acompañen a las personas – especialmente a poblaciones migrantes y racializadas – en la gestión de su bienestar, promoviendo **entornos seguros, solidarios y culturalmente significativos** desde y con los centros sanitarios.

2. Contribución a la aceptabilidad

- **Reconoce a las personas como agentes activos de su salud**, no solo como receptoras de servicios, aumentando la percepción de respeto y dignidad.
- **Reduce la distancia simbólica entre el sistema sanitario y la comunidad**, favoreciendo la confianza mutua y el sentimiento de pertenencia.
- **Valida saberes comunitarios, culturales y experienciales**, lo que incrementa la sensación de reconocimiento y legitimidad del sistema.
- **Fomenta relaciones horizontales** entre profesionales y ciudadanía, mejorando la relación terapéutica y la adherencia.
- **Genera espacios seguros de participación**, donde expresar necesidades, propuestas y preocupaciones sin miedo a estigmatización o exclusión.
- **Refuerza la accesibilidad social y cultural**, al llevar la salud a los espacios cotidianos donde la comunidad ya se organiza y se siente cómoda.

3. Implementación práctica

- Incorporar actividades comunitarias como parte reconocida del trabajo de los equipos de atención primaria.
- Identificar activos comunitarios existentes (asociaciones, grupos vecinales, redes informales) y coordinarse con ellos para llegar a las comunidades migrantes que son atendidas en los centros sanitarios.
- **Crear espacios de participación reales y continuados** donde se dé una participación diversa (personas migrantes, mujeres, jóvenes, mayores) y se promueva la creación de grupos de trabajo comunitarios para cocrear estrategias de promoción de la salud.
- **Impulsar programas de empoderamiento y educación comunitaria** fuera de los centros sanitarios (p.ej. centros comunitarios, escuelas, asociaciones o espacios vecinales) a través de talleres participativos sobre derechos en salud, uso del sistema sanitario y autocuidado colectivo, adaptadas a diferentes culturas y niveles de alfabetización.
- **Incluir figuras comunitarias clave** como agentes comunitarios de salud, mediadores/as interculturales para que sirvan como puente entre las comunidades y el sistema sanitario.
- Incorporar la voz de la comunidad en la evaluación de programas y servicios de los centros sanitarios para que se puedan realizar ajustes en función de necesidades reales y cambiantes del territorio.
- Establecer convenios y alianzas con entidades del tercer sector con y redes sociales comunitarias para que sirvan de apoyo en el acompañamiento en casos con necesidades especiales o vulnerabilidad social, orientación, apoyo en trámites sanitarios y seguimiento para personas migrantes y racializadas.



4. Recursos necesarios

- Espacios comunitarios para encuentros y actividades.
- Profesionales del tercer sector con formación en salud comunitaria y participación social.
- Alianzas con organizaciones sociales y asociaciones vecinales.
- Tiempo protegido dentro de la jornada laboral del personal de los centros sanitarios para trabajo comunitario.
- Protocolos que integren la participación comunitaria como parte del modelo asistencial.
- Espacios de coordinación intersectorial (salud, servicios sociales, educación, entidades comunitarias) dentro de los centros sanitarios.
- Financiación estable para proyectos comunitarios y participación ciudadana.

5. Aspectos clave

- Mantener la premisa de que la participación debe ser real, no simbólica.
- La comunidad debe tener capacidad de decisión, no solo de consulta.
- Incluir activamente a personas migrantes, racializadas y colectivos infrarepresentados en la promoción comunitaria.
- Desarrollar relaciones de confianza a largo plazo. La salud comunitaria requiere continuidad, no intervenciones puntuales.
- Reconocimiento del trabajo comunitario como parte del sistema. Sin tiempo y recursos asignados, la participación se diluye.
- Flexibilidad y adaptación del trabajo comunitario a cada comunidad, respetando sus dinámicas, necesidades y formas de organización propias.
- Evaluación compartida y aprendizaje continuo. Incorporar la experiencia comunitaria como fuente de mejora permanente.

6. Referencias y evidencia

- Ministerio de Sanidad. (2020). *Acción comunitaria para ganar salud: o cómo trabajar en común para mejorar las condiciones de vida*.
<https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/local/estrategia/documentos.htm>
- Bernal-Ordoñez, L. K., Niño-Gutiérrez, E. L., Casanova, M. L., Treviño del Campo, F., Rodríguez, A., & Jiménez García, D. A. (2024). *Participación y empoderamiento comunitario en la atención primaria en salud en América Latina: Revisión sistemática exploratoria*. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 48, e135.
- Báscolo, E., Vance, C., Leys, M., & Coitiño, A. (2024). *Social participation in health: Analysis of progress and challenges for the Region of the Americas*. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 48, e70.
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.70>
- Fidelis de Almeida, P., Giovanella, L., Schenkman, S., Mendes Franco, C., Oliveira Duarte, P., Houghton, N., ... Bousquat, A. (2024). *Perspectives for Primary Health Care public policy in South America*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 29(7), e03792024.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232024297.03792024>
- Buziquia, S. P., Junges, J. R., Pereira da Silva Lopes, P., Nied, C., & Ribeiro Gonçalves, T. (2023). *Social participation and Primary Health Care in Brazil: A scoping review*. *Saúde e Sociedade*, 32(1), e220121.
<https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220121en>
- Seyfulayeva, A., Dias, S., Peruhype, R., & Marques, M. J. (2024). *Scoping review of health literacy interventions among migrant communities in Europe*. *European Journal of Public Health*, 34(Suppl_3), ckae144.1068.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckae144.1068>
- López-Ruiz, M. V., Pola, M., Enríquez-Martín, N., Cassetti, V., Iriarte de los Santos, T., & Benedé Azagra, C. B. (2024). *¿Cómo mejoramos la participación comunitaria en salud? Análisis de las acciones propuestas tras la aplicación de una herramienta de evaluación*. *Atención Primaria*, 56, 102847.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102847>
- Comunidad de Madrid – Servicio Madrileño de Salud. (2022). *Estrategia de Salud Comunitaria en Atención Primaria*. Madrid: Consejería de Sanidad. ISBN 978-84-451-4024-6.
<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM050748.pdf>

- Knowles, M., Crowley, A. P., Vasan, A., & Kangovi, S. (2023). *Community Health Worker integration with and effectiveness in health care and public health in the United States*. Annual Review of Public Health, 44, 363–381.
<https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-071521-031648>
- Kaseje, N., Ranganathan, M., Magadi, M., Oria, K., & Haines, A. (2023). *The effectiveness of rural community health workers in improving health outcomes during the COVID-19 pandemic: A systematic review*. Global Health Action, 16(1), 2292385.
<https://doi.org/10.1080/16549716.2023.2292385>
- Evans, J., White, P., & Ha, H. (2023). *Evaluating the effectiveness of community health worker interventions on glycaemic control in type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis*. The Lancet, 402(S40).
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02140-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02140-2)
- Organización Mundial de la (2024). *Community engagement for quality, people-centred health services*. Organización Mundial de la Salud.
<https://www.who.int/publications/m/item/community-engagement-for-quality--people-centred-health-services>
- Organización Mundial de la (2023). *Community engagement for quality health services* (Policy/quality brief). Organización Mundial de la Salud.
<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/quality-of-care/community-engagement>



7ª RECOMENDACIÓN:

IDENTIFICAR, REFLEXIONAR Y TRANSFORMAR PREJUICIOS, CREENCIAS Y ACTITUDES HACIA LAS PERSONAS MIGRANTES Y RACIALIZADAS EN LOS EQUIPOS DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

1. Objetivo

Garantizar una atención sanitaria **equitativa, respetuosa y libre de discriminación**, promoviendo procesos estructurados y continuos de **reflexión crítica, sensibilización y transformación de prejuicios, creencias y actitudes** presentes – de forma consciente o inconsciente – en los equipos de atención primaria.

Esta recomendación busca **mejorar la calidad clínica, la relación profesional-paciente y la aceptabilidad del sistema sanitario**, favoreciendo prácticas asistenciales culturalmente seguras, basadas en la empatía, el respeto y el reconocimiento de la diversidad, y reduciendo el impacto de los **sesgos implícitos y del racismo estructural** en la atención sanitaria.

2. Contribución a la aceptabilidad

- **Mejora el trato percibido por las personas migrantes y racializadas**, reduciendo experiencias de discriminación, incomprensión o estigmatización.
- **Fomenta una atención culturalmente segura**, donde el paciente se siente respetado, escuchado y comprendido, independientemente de su origen o identidad.
- **Refuerza la confianza en el sistema sanitario**, clave para el acceso temprano, la continuidad asistencial y la adherencia terapéutica.
- **Reduce la medicalización inapropiada, los diagnósticos erróneos y los conflictos en consulta** derivados de prejuicios o estereotipos.
- **Fortalece la relación terapéutica**, generando un clima de cuidado más humano, cercano y empático.
- **Visibiliza el compromiso institucional con la equidad y la lucha contra el racismo**, aumentando la legitimidad social del sistema sanitario.

3. Implementación práctica

- Formación estructurada y continuada que aborde la importancia de entender los sesgos implícitos, el racismo estructural e institucional, la competencia y seguridad cultural y la comunicación intercultural. La formación deberá ser adaptada a los distintos perfiles profesionales (sanitario, administrativo, directivo).
- Establecimiento de sesiones periódicas entre persona donde se analicen casos reales y se promueva una reflexión ética sobre las actitudes y prácticas asistenciales aplicando metodologías participativas y no punitivas que fomenten el aprendizaje colectivo (p.ej. herramientas como el Implicit Association Test (IAT) para la autoevaluación de sesgos).
- Supervisión y acompañamiento profesional para apoyar en la gestión de conflictos, incomodidades o resistencias.
- Trabajo conjunto y coordinado con mediadores/as interculturales en sesiones clínicas y formativas que aporte aportar perspectivas comunitarias que ayuden a desmontar prejuicios.
- Revisión periódica de protocolos y prácticas organizativas para detectar prácticas que puedan generar discriminación indirecta (agenda, tiempos, circuitos).
- Incorporar criterios de equidad en evaluaciones de calidad y seguridad del paciente que incluyan dimensiones como el uso de lenguaje inclusivo que se utiliza en el centro, identificación de tratos no igualitarios en la práctica cotidiana y se atienda a percepción de los usuarios sobre los servicios y trato recibidos en el centro sanitario

4. Recursos necesarios

- Guías sobre enfoque antirracista, fichas de reflexión, cuestionarios de sesgos.
- Material didáctico sobre racismo estructural y comunicación intercultural (Médicos del Mundo ofrece módulos específicos).
- Compromiso directivo para incluir estas prácticas en la formación continuada y auditorías internas.

- Planes de calidad que incluyan la equidad y la interculturalidad
- Protocolos que garanticen la revisión y mejora continua de prácticas.
- Espacios físicos adecuados para sesiones de equipo y supervisión

5. Aspectos clave

- Aplicación de un enfoque **no punitivo ni culpabilizador** que sirva para transformar prácticas, no señalar individualmente.
- **Reconocer que todas las personas tienen sesgos**, facilitar la reflexión honesta y producir mejoras.
- **Entender** la transformación de valores y sesgos como un proceso continuo que requiere tiempo, seguimiento y coherencia. La transformación de actitudes requiere tiempo, seguimiento y coherencia.
- **Implicación del equipo directivo**, ya que sin su apoyo las iniciativas pierden legitimidad y sostenibilidad.
- **Incluir a todo el personal del centro** para que los cambios en la experiencia del paciente comiencen en el momento en que entra al centro sanitario.
- **Escuchar las experiencias de las personas atendidas** como elemento clave para identificar problemas reales y puntos ciegos.
- Tiempo protegido dentro de la jornada laboral para formación y reflexión.



6. Referencias y evidencia

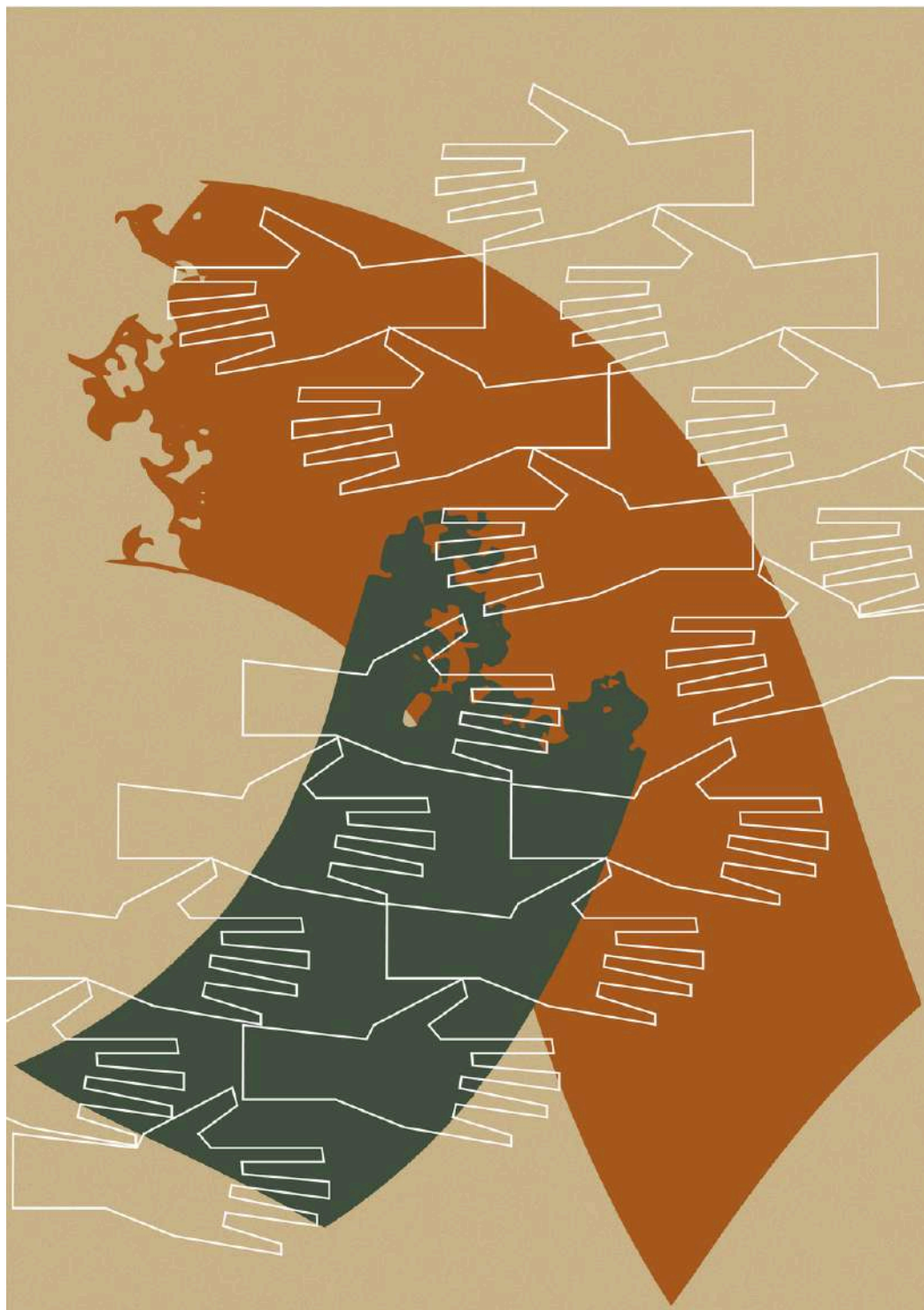
- Médicos del Mundo. (2024). *Guía de formación y sensibilización para identificar conductas racistas y xenófobas en el ámbito sociosanitario*. Médicos del Mundo España. https://www.medicosdelmundo.org/app/uploads/2024/06/Formacion_identificar_conductas_racistas_y_xenofobas_ambito_sociosanitario.pdf
- Agencia de Salud Pública de Canadá. (2025). Anti-racism toolkit. Gobierno de Canadá. <https://www.canada.ca/en/departement-national-defence/services/systemic-racism-discrimination/anti-racism-toolkit.html>
- Organización Panamericana de la Salud, & Organización Mundial de la Salud. (2023). *Salud de los migrantes internacionales: sistemas de salud. Calidad y aceptabilidad de la atención*. OPS/OMS. <https://www.paho.org/sites/default/files/2023-08/healthmigration-quality-health-care-2023-es.pdf>
- Institute for Healthcare Improvement. (s. f.). *Building skills for anti-racism work: Supporting the journey of hearts, minds, and action (TA 104)*. IHI Open School. <https://www.ihl.org/learn/courses/open-school/catalog/ta-104>
- González-Rábago, Y., La Parra-Casado, D., Jacques-Aviñó, C., Nchama, M. B., & Manzano Lorenzo, J. M. (2024). *Raza, salud y sistema sanitario: la necesidad de abordar el racismo institucional en España*. Gaceta Sanitaria, 38, 102425. <https://www.gacetasanitaria.org/es-download-pdf-S0213911124000839>
- Ferreira, A., Honorato, V. C. H. d. S. C., & Palumbo, J. (2025). *Por un abordaje de las desigualdades raciales y el racismo en el campo de la salud: Un llamado a la equidad*. Salud Colectiva, 21, e5783. [10.18294/sc.2025.5783](https://doi.org/10.18294/sc.2025.5783)
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Fortalecer la atención primaria de salud para hacer frente a la discriminación racial, promover servicios interculturales y reducir las desigualdades sanitarias: síntesis de la investigación*. Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/items/00ccc7e0-5609-4210-b0a4-2ca75a87cc8a>
- Bailey, Z. D., Feldman, J. M., & Bassett, M. T. (2021). *How structural racism works — Racist policies as a root cause of U.S. racial health inequities*. New England Journal of Medicine, 384(8), 768–773. <https://doi.org/10.1056/NEJMms2025396>

Paradies, Y., Ben, J., Denson, N., Elias, A., Priest, N., Pieterse, A., ... Gee, G. (2015). *Racism as a determinant of health: A systematic review and meta-analysis*. PLoS ONE, 10(9), e0138511. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138511>

La serie de The Lancet sobre racismo, xenofobia, discriminación en salud. The Lancet 2022. www.thelancet.com/series/racism-xenophobia-discrimination-health

5. GLOSARIO DE TÉRMINOS

- **Xenofobia:** La xenofobia es la discriminación u odio al extranjero o inmigrante.
- **Racismo:** Es un sistema de dominación y de inferiorización de un grupo sobre otro basado en la racialización de las diferencias, en el que se articulan las dimensiones interpersonal, institucional y cultural.
- **Racismo estructural:** 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 colonia.
- **Racismo sistémico:** En el contexto actual, las narrativas racistas no se fundamentan solo en discursos biologicistas sobre la raza, sino que se alimentan más bien de las diferencias construidas en torno a la cultura, la etnia o la identidad. Este racismo sistémico, normaliza que una parte de la población no tenga acceso a las mismas oportunidades vitales.
- **Racismo institucional:** El racismo está presente en un conjunto de agentes de socialización que conforman el contexto social y cultural en el que nos movemos. Los medios de comunicación, la escuela, las administraciones, el sistema sanitario, los actores sociales, económicos o culturales producen un horizonte de valores que perjudica e impide el acceso a derechos de grupos racializados.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

SECRETARÍA DE ESTADO
DE MIGRACIONES

DIRECCIÓN GENERAL
DE GESTIÓN MIGRATORIA



Cofinanciado por
la Unión Europea