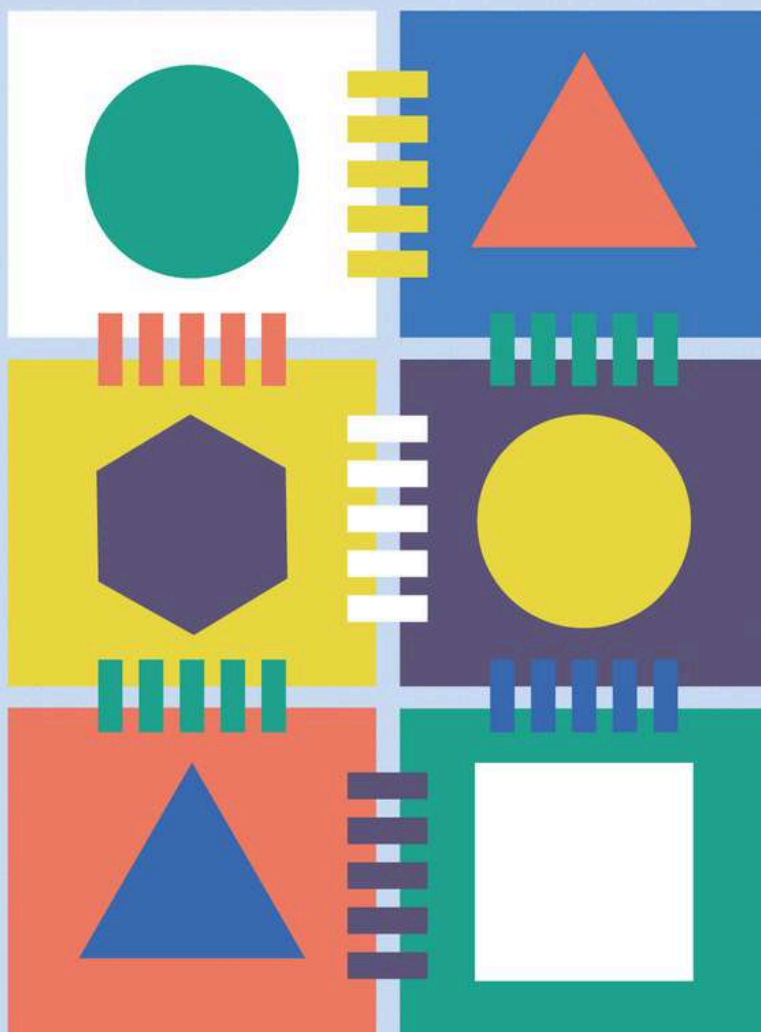
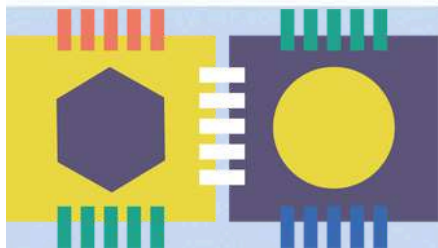


INFORME DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ACCIÓN PARTICIPATIVA

“Acción salud: generación de conocimiento y buenas prácticas para la mejora de la atención integral sociosanitaria de las personas migrantes desde un enfoque antropológico y de desigualdades en salud”





Autoría:

Médicos del Mundo

Diseño y maquetación:

Documfy

Proyecto subvencionado por:

Subvenciones del 0,7 actividades de interés social.



Actividad vinculada al proyecto

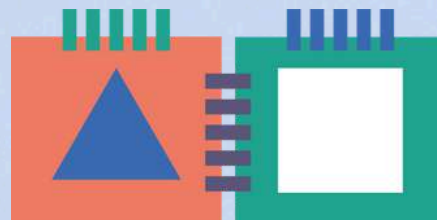
“Acción salud: generación de conocimiento y buenas prácticas para la mejora de la atención integral sociosanitaria de las personas migrantes desde un enfoque antropológico y de desigualdades en salud”

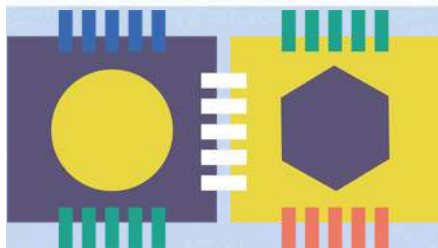
Copyright

@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





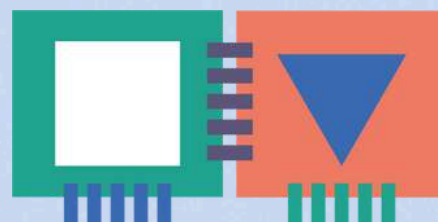
Agradecimientos

La realización de este estudio no habría sido posible sin la colaboración de las personas migrantes y las/los profesionales sociosanitarios/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 contruidos colectivamente en los talleres participativos, así como en las recomendaciones identificadas para promover la aceptabilidad con enfoque antropológico en la atención sanitaria prestada a personas migrantes. 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 vulnerabilidad de las sedes autonómicas que participan en el proyecto (Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Galicia, Madrid, Melilla y Valencia). Su amplia experiencia en intervención directa y la implicación continuada con las personas atendidas han favorecido la construcción de una relación de confianza, creando un espacio seguro en el que las personas migrantes se han sentido legitimadas para expresar y compartir sus experiencias.

Agradecimiento especial a la Dra. Consuelo Giménez Pardo, vocal de gestión del conocimiento de Médicos del Mundo, y al Dr. José Miguel Rodríguez Ferrer, vocal de innovación de Médicos del Mundo, por su apoyo en la revisión, redacción y aportes en el proceso investigador y en la elaboración del informe.

Por último, agradecemos al Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 por la confianza brindada a Médicos del Mundo con la financiación del proyecto a través de las subvenciones con cargo al 0.7% del IRPF.



ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN EJECUTIVO	<u>6</u>
--------------------------------	-----------------

01

INTRODUCCIÓN

1.1. Las barreras de acceso al sistema sanitario español.....	<u>9</u>
1.2. La transición hacia la aceptabilidad sanitaria.....	<u>10</u>
1.3. La perspectiva antropológica en la aceptabilidad.....	<u>12</u>
1.4. Justificación del estudio.....	<u>13</u>

02

METODOLOGÍA

2.1. Objetivo del estudio, diseño y fases de investigación.....	<u>15</u>
2.2. Diseño y construcción de las herramientas.....	<u>19</u>
2.3. Análisis de datos.....	<u>23</u>
2.4. Perfil sociodemográfico de los participantes.....	<u>24</u>
2.5. Cuestiones y consideraciones éticas	<u>29</u>

03

RESULTADOS

3.1. Las dimensiones de la discriminación de las personas migrantes.....	<u>30</u>
3.2. La magnitud de la discriminación en el sistema sanitario.....	<u>36</u>
3.3. La perspectiva de los/as profesionales sociosanitarios/as.....	<u>40</u>

04

CONCLUSIONES.....	<u>54</u>
--------------------------	------------------

05

BIBLIOGRAFÍA.....	<u>57</u>
--------------------------	------------------

06

ANEXOS

6.1. Anexo I. Encuesta online a profesionales de la salud: Aceptabilidad a personas migrantes.....	<u>62</u>
6.2. Anexo II. Cuestionario percepción de personas migrantes- Aceptabilidad Servicios de Salud	<u>70</u>
6.3. Anexo III. Guiones de grupos focales a personas migrantes y agentes clave.....	<u>76</u>
6.4. Anexo IV. Notas metodológicas	<u>78</u>

LISTADO DE TABLAS

- **Tabla 1.** [Dimensiones exploradas en los cuestionarios a los/as profesionales sociosanitarios/as.](#)
- **Tabla 2.** [Dimensiones exploradas en los cuestionarios a personas migrantes.](#)
- **Tabla 3.** [Características sociodemográficas de las personas migrantes.](#)
- **Tabla 4.** [Características socio demográficas de los/as profesionales sociosanitarios/as.](#)
- **Tabla 5.** [Dimensiones de la discriminación a personas migrantes en la atención sanitaria.](#)
- **Tabla 6.** [Impacto de las situaciones discriminatorias en dejar de acudir a consulta y usar canales de reclamación.](#)
- **Tabla 7.** [Grado de conocimiento de aceptabilidad y disponibilidad de recursos adaptados a personas migrantes en centros.](#)
- **Tabla 8.** [Grado de acuerdo en dimensiones asociadas a la accesibilidad y aceptabilidad sanitaria.](#)
- **Tabla 9.** [Consenso intragrupo en dimensiones asociadas a la accesibilidad y aceptabilidad sanitaria.](#)
- **Tabla 10.** [Grado de acuerdo en dimensiones que influyen en la atención sanitaria.](#)
- **Tabla 11.** [Consenso intragrupo en dimensiones que influyen en la atención sanitaria.](#)

LISTADO DE FIGURAS

- **Figura 1.** [Esquema de las frases del proyecto.](#)
- **Figura 2.** [Distribución de las personas migrantes participantes en la encuesta por región.](#)
- **Figura 3.** [Distribución de los/as profesionales sociosanitarios/as participantes en la encuesta por región.](#)

RESUMEN EJECUTIVO

Este estudio tuvo como objetivo central explorar, desde una perspectiva crítica e interseccional, diferentes dimensiones estructurales, relacionales y simbólicas y factores limitantes y facilitadores que enfrentan las personas migrantes y los/as profesionales sociosanitarios/as en relación con la aceptabilidad de la atención sanitaria y de los servicios públicos de salud desde un enfoque antropológico, de derechos y de justicia social.

Los hallazgos principales evidencian una divergencia sistemática entre la experiencia de las personas migrantes y la interpretación que realizan los/as profesionales sociosanitarios/as respecto a las barreras que condicionan la accesibilidad, la aceptabilidad y la atención sanitaria. Mientras que los/as profesionales tienden a construir esta problemática desde una lógica predominantemente estructural, centrada en procesos administrativos, organizativos y normativos - sobre los que existe un amplio consenso -, las personas migrantes sitúan el foco en las dimensiones relacionales, simbólicas y subjetivas de la atención, estrechamente vinculadas a la percepción de un trato digno, la confianza institucional y el reconocimiento cultural. Esta diferencia no responde únicamente a percepciones individuales, sino que refleja una asimetría estructural de posiciones y de marcos interpretativos. Las barreras estructurales, al ser más visibles y abordables desde soluciones técnicas, tienden a ocupar un lugar prioritario en el discurso profesional. En contraste, otras barreras como la discriminación implícita, la falta de escucha, la ausencia de mediación o la dificultad para expresar quejas permanecen parcialmente invisibilizadas o insuficientemente reconocidas dentro del sistema sanitario, a pesar de tener un impacto directo en la experiencia de las personas migrantes.

Desde la perspectiva de las personas migrantes, la falta de un correcto funcionamiento de los mecanismos institucionales para reclamar o denunciar experiencias discriminatorias contribuye a una exclusión simbólica y material persistente, que erosiona la confianza y limita el uso efectivo de los servicios, incluso en contextos de cobertura universal. Los hallazgos del estudio evidencian una prevalencia extremadamente elevada de experiencias discriminatorias en la atención sanitaria hacia personas migrantes, lo que confirma que la discriminación no constituye un fenómeno puntual o aislado, sino un patrón estructural que afecta de manera sistemática la calidad percibida de la atención y la equidad en el acceso. Prácticamente la totalidad de las personas migrantes participantes (98%) reportaron haber sufrido al menos una experiencia discriminatoria, con una media de 4.5 situaciones por persona, lo que pone de manifiesto la magnitud y recurrencia del problema.

Las dimensiones de discriminación más frecuentemente reportadas se concentran en aspectos relacionales y comunicativos de la atención, destacando la falta de participación en las decisiones sobre el tratamiento, el trato injusto o poco respetuoso y la percepción de que los/as profesionales sociosanitarios/as realizan suposiciones o estereotipos sobre las personas migrantes. El hecho de que ninguna de las dimensiones evaluadas presente prevalencias inferiores al 30% refuerza la idea de que estas experiencias atraviesan múltiples ámbitos de la atención sanitaria y no se limitan a situaciones excepcionales.

El análisis por género revela una desigualdad en la experiencia de discriminación, con una mayor exposición de las mujeres migrantes a formas de discriminación vinculadas a juicios de valor, estereotipos, trato racista y peor calidad de la atención. Las mujeres no solo reportaron un mayor número de situaciones discriminatorias, sino también una mayor probabilidad de abandonar la atención sanitaria. Estos hallazgos subrayan la relevancia de una perspectiva interseccional, en la que el género interactúa con el origen migrante y otros ejes de desigualdad, amplificando la vulnerabilidad en el acceso y la experiencia de la atención.

Asimismo, el estudio se confirmó una relación clara y significativa entre la acumulación de experiencias discriminatorias y la conducta de evitación del sistema sanitario, con un aumento de la probabilidad de dejar de acudir a las consultas del 31% por cada incremento de situación discriminatoria adicional, lo que sugiere que la discriminación actúa como un mecanismo de rechazo/evitación del uso de los servicios de salud por parte de las personas migrantes. Este efecto tiene implicaciones directas tanto para los resultados en salud de las personas migrantes como para la efectividad y sostenibilidad del sistema sanitario en su conjunto.

En contraste, en el estudio se halló que la utilización de canales formales de reclamación es excepcionalmente baja, incluso entre quienes han sufrido discriminación. Este hecho apunta a la existencia de barreras institucionales y subjetivas para la denuncia, como la desconfianza en los mecanismos disponibles, el temor a consecuencias negativas o el desconocimiento de los procedimientos. Esta infrautilización de los canales de reclamación contribuye a la invisibilización del problema y a la reproducción de sesgos estructurales, al limitar la capacidad del sistema para identificar, corregir y prevenir prácticas discriminatorias.

En conjunto, la perspectiva de las personas migrantes refuerza la evidencia de que la discriminación en la atención sanitaria hacia personas migrantes constituye un determinante independiente de inequidad, con efectos acumulativos que erosionan la confianza institucional y favorecen el abandono de los servicios.

Abordar esta problemática requiere ir más allá de garantizar la accesibilidad formal, incorporando estrategias estructurales orientadas a mejorar la aceptabilidad, fortalecer los mecanismos de participación y denuncia, y reconocer explícitamente las dimensiones relacionales y simbólicas de la atención como componentes centrales de la calidad asistencial

Desde la perspectiva de los/as profesionales sociosanitarios/as, las dimensiones subjetivas y relacional aparecen fragmentadas, con bajos niveles de consenso, lo que sugiere que no forma parte de un marco compartido de comprensión del problema.

El análisis de los resultados de los/as profesionales en función del nivel de contacto de personas migrantes con personas migrantes en la atención diaria muestra que la experiencia directa y continuada con población migrante actúa como un factor clave para reducir esta brecha: aquellos/as profesionales con mayor contacto desarrollan una mayor sensibilidad hacia determinadas barreras, valoran más positivamente los recursos específicos y reconocen con mayor claridad las limitaciones del sistema. No obstante, los tamaños de efecto modestos indican que la experiencia, por sí sola, no es suficiente si no se acompaña de estrategias institucionales sostenidas.

Desde una perspectiva de salud pública, estos resultados confirman que la accesibilidad formal no garantiza la equidad real cuando la aceptabilidad se ve comprometida. La discriminación – explícita o implícita – opera como un determinante independiente de inequidad y compromete tanto la efectividad del sistema como sus principios éticos. Ignorar estas dimensiones contribuye a la reproducción de desigualdades, incluso en sistemas como el español donde se garantiza la gratuidad y la cobertura universal.



1. INTRODUCCIÓN

1.1. LAS BARRERAS DE ACCESO AL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

El derecho a la salud constituye un elemento central para la garantía de la dignidad humana y el bienestar social. Este derecho no se limita a la existencia de servicios sanitarios, sino que implica que todas las personas puedan acceder a ellos en condiciones de igualdad, calidad y adecuación, sin discriminación por razón de origen, situación administrativa u otras circunstancias personales o sociales. Sin embargo, en la práctica, persisten factores estructurales que dificultan el ejercicio efectivo de este derecho y generan desigualdades en el acceso al sistema sanitario.

Estas desigualdades resultan especialmente evidentes en el ámbito de la migración. Las personas migrantes, y de manera más acusada aquellas en situación administrativa irregular, se enfrentan a barreras que limitan su acceso a la atención sanitaria y comprometen el principio de equidad del sistema. La falta de información clara sobre los derechos sanitarios, los procedimientos administrativos complejos y la ausencia de medidas específicas de acompañamiento tienen un impacto negativo tanto en la salud física como en la salud mental, además de dificultar los procesos de inclusión social.

En España, la principal problemática relacionada con el sistema sanitario no radica en la ausencia de un marco normativo, sino en las dificultades existentes para su aplicación homogénea. El artículo 43 de la Constitución Española y el Real Decreto-ley 7/2018 reconocen el derecho a la protección de la salud y establecen el acceso universal al sistema sanitario, incluyendo a colectivos en situación de especial vulnerabilidad. No obstante, diversos informes evidencian que la implementación de estas disposiciones es desigual en el conjunto del territorio. Según un informe de la organización Gentium (2025), se identifican obstáculos recurrentes como la exigencia de empadronamiento sin base legal explícita, la facturación de la atención sanitaria – incluida la atención urgente –, la denegación de acceso a la atención primaria a menores y mujeres embarazadas, la exclusión de familiares reagrupados como beneficiarios del sistema y las dificultades para acceder a la medicación, especialmente por motivos económicos.

Estas barreras tienen consecuencias directas sobre la salud y la calidad de vida de los colectivos más vulnerables. Las mujeres migrantes y las personas LGTBIQ+ presentan una mayor tendencia a retrasar o evitar el uso de los servicios sanitarios debido al miedo, la desconfianza o experiencias previas de trato inadecuado (Delgado et al., 2023; Lurgain et al., 2024).

En esta línea, un informe de Médicos del Mundo (2024), basado en el análisis de 28.744 casos, identificó un total de 69.650 barreras de acceso, que afectaron principalmente a mujeres y población joven.

Las barreras detectadas se clasificaron en cinco ámbitos: discriminación (41 %), falta de información (25 %), barreras económicas (14 %), barreras culturales (11 %) y barreras físicas (9 %).

La acumulación de estos obstáculos genera un efecto disuasorio en el acceso al sistema sanitario, con impactos relevantes en la salud de las personas afectadas, incluyendo el agravamiento de enfermedades, el aumento de problemas de salud mental y la falta de atención a patologías graves.



1.2. LA TRANSICIÓN HACIA LA ACEPTABILIDAD SANITARIA

Garantizar la accesibilidad a los servicios sanitarios implica que no exista ningún tipo de barreras que limiten su uso. Sin embargo, estas condiciones, aunque necesarias, no garantizan por sí solas su uso efectivo. Para que las personas recurran realmente al sistema sanitario, es imprescindible atender a la aceptabilidad de los servicios, entendida como el grado en que las intervenciones sanitarias son percibidas como apropiadas tanto por quienes las reciben como por quienes las prestan, en función de sus expectativas, valores, creencias culturales y necesidades específicas (Bucyibaruta et al., 2023).

Cuando los sistemas de salud no tienen en cuenta estos factores, surgen barreras menos visibles – pero igualmente determinantes – que desincentivan el uso de los servicios incluso cuando son gratuitos y geográficamente accesibles (Bucyibaruta et al., 2023; Sekhon et al., 2017). Estas barreras se manifiestan, por ejemplo, en la incompreensión de los procedimientos, la falta de sensibilidad cultural o la desconfianza hacia las instituciones sanitarias, y afectan de manera particular a colectivos en situación de mayor vulnerabilidad.

La aceptabilidad exige que los servicios de salud sean éticos, culturalmente adecuados y sensibles a las necesidades específicas de los distintos grupos de población, respetando la dignidad de las personas, así como factores como el género, la edad, la trayectoria vital y el contexto comunitario (Organización Mundial de la Salud, 2019). Este enfoque abarca dimensiones clave como la claridad y comprensibilidad de las intervenciones, la adecuación cultural de las prácticas y tratamientos, la experiencia emocional de las personas usuarias y el nivel de confianza en el sistema sanitario y en sus profesionales. En este sentido, la aceptabilidad no debe entenderse únicamente como una característica adicional del servicio, sino como uno de los pilares fundamentales del derecho a la salud, junto con la disponibilidad, la accesibilidad y la calidad (Organización Mundial de la Salud, 2019).

Desde esta perspectiva, los servicios sanitarios han de orientarse hacia una interacción dinámica entre el diseño de las intervenciones y el respeto a la cultura, la ética y la dignidad humana. Ello implica incorporar enfoques sensibles al género, al ciclo vital y a la diversidad social y cultural, así como adaptar las actuaciones a las creencias, valores y necesidades reales de las personas usuarias (OMS, 2019).

En definitiva, avanzar en la aceptabilidad supone transitar hacia un modelo sanitario que no solo presta servicios, sino que refuerza la confianza de la población en el sistema y consolida el ejercicio efectivo del derecho a la salud. Este cambio implica superar una lógica centrada exclusivamente en aspectos burocráticos, normativos o de contención del gasto, para adoptar un enfoque verdaderamente centrado en las personas. La aceptabilidad contribuye así a reducir barreras invisibles como los estereotipos, los prejuicios y las actitudes discriminatorias, transformando los sistemas de salud en espacios más inclusivos.

La incorporación de la aceptabilidad como principio rector permite que los sistemas sanitarios dejen de ser estructuras rígidas y se conviertan en entornos que reconocen la diversidad social y cultural, promueven la equidad y fortalecen tanto la experiencia de las personas usuarias como la cohesión social y la salud pública en su conjunto. De este modo, la atención sanitaria es percibida como legítima, respetuosa y adaptada a los distintos contextos socioculturales.

1.3. LA PERSPECTIVA ANTROPOLÓGICA EN LA ACEPTABILIDAD

Desde la antropología médica, la salud se entiende como una construcción social, cultural y ambiental, condicionada por los contextos en los que viven las personas y por las relaciones que establecen con su entorno y con las instituciones, y no únicamente como un fenómeno biológico. Esta perspectiva amplía la visión biomédica tradicional al analizar no solo los procesos de salud y enfermedad, sino también la influencia que ejercen los valores culturales, las normas sociales, las dinámicas socioeconómicas y las relaciones de poder en la forma en que distintos grupos experimentan, interpretan y afrontan la enfermedad, el riesgo y la atención sanitaria (McMahan y Nichter, 2011).

Incorporar esta mirada en el diseño de políticas y estrategias de salud permite desarrollar intervenciones más inclusivas y ajustadas a la realidad social de las personas. En particular, facilita la integración de perspectivas locales, la adaptación de mensajes y prácticas a los contextos culturales específicos y la evitación de imposiciones que pueden generar rechazo o desconfianza. De este modo, se refuerzan principios clave como la equidad, la participación y la autonomía en el ámbito de la salud pública.

Desde esta aproximación, la aceptabilidad de los servicios sanitarios no puede entenderse como una cuestión meramente técnica o administrativa. Requiere atender a dimensiones simbólicas, como las relaciones de poder entre profesionales y personas usuarias; sociales, como las experiencias previas de discriminación o exclusión; y culturales, que influyen en la percepción de la enfermedad y en la relación con las instituciones sanitarias. Ignorar estas dimensiones puede limitar la eficacia de las intervenciones y reproducir desigualdades existentes.

La aplicación del enfoque antropológico favorece, por tanto, el desarrollo de estrategias participativas que reconocen la diversidad cultural y respeta la autonomía de los distintos grupos sociales y fortalecen la confianza en el sistema sanitario. Este marco contribuye a la construcción de sistemas de salud más equitativos, accesibles y respetuosos con la pluralidad de experiencias y necesidades de la población, reforzando la legitimidad y la eficacia de las políticas públicas en salud.

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Desde hace más de 35 años, Médicos del Mundo acompaña y facilita el acceso a los servicios sanitarios a colectivos en situación de vulnerabilidad, promoviendo el ejercicio efectivo del derecho a la salud. Esta labor se desarrolla en un contexto como el español, caracterizado por un sistema sanitario descentralizado, en el que la gestión presupuestaria autonómica puede generar desigualdades territoriales, y por un marco de gobernanza migratoria complejo, que combina competencias estatales y europeas - en materia de régimen jurídico de extranjería - con competencias autonómicas y locales en ámbitos como la sanidad y la asistencia social.

En los últimos años, el número de personas migrantes en situación administrativa irregular en España ha aumentado, poniendo de manifiesto las tensiones políticas y sociales que rodean el reconocimiento del derecho universal a la salud y cuestionando la coherencia ética de las políticas restrictivas en este ámbito (Jiménez-Rubio y Vall Castelló, 2020). Estas tensiones se explican, en parte, por el impacto de la reforma sanitaria aprobada durante la crisis económica de 2008-2013. El Real Decreto-ley 16/2012 supuso un retroceso significativo en la universalidad del Sistema Nacional de Salud, al fragmentar el acceso en función de la comunidad autónoma y generar desigualdades territoriales que, más de una década después, continúan afectando de manera desigual a la población (Cimas et al., 2016).

A este escenario se suma la infrafinanciación crónica del sistema sanitario, la expansión de modelos de gestión público-privada y la precarización de las condiciones laborales del personal sanitario. Estos factores han debilitado la capacidad del sistema para garantizar la accesibilidad como principio rector del derecho a la salud (De Haro-García y Caro, 2025). En este contexto, la salud no puede entenderse ni gestionarse como un privilegio condicionado por la situación administrativa, sino como un derecho humano fundamental que debe ser protegido desde una perspectiva de equidad, justicia social y salud pública, frente a intereses económicos o discursos discriminatorios.

La vulneración del derecho a la salud de las personas migrantes no responde a fallos individuales, sino que refleja una problemática estructural e institucional que genera, reproduce y perpetúa desigualdades dentro del propio sistema sanitario (Nong et al., 2020; Young et al., 2020). Si bien la accesibilidad sigue siendo un eje central, resulta insuficiente por sí sola. Es necesario complementarla con el principio de aceptabilidad y avanzar hacia una transformación profunda del sistema que incorpore un conocimiento real de las necesidades, trayectorias y contextos de las personas migrantes, contribuyendo a reducir estereotipos, prejuicios y prácticas discriminatorias.

Partiendo de la premisa de que la exclusión en salud de la población migrante no puede abordarse únicamente desde el acceso formal al sistema sanitario, se hace imprescindible adoptar enfoques integradores que contemplen un análisis estructural de los determinantes sociales de la salud y promuevan acciones transformadoras orientadas a la justicia social. Garantizar el derecho a la salud implica ir más allá de la provisión de servicios y avanzar hacia un sistema culturalmente competente, equitativo y libre de prácticas que normalicen la exclusión.

En este marco, el presente proyecto tiene como objetivo analizar la aceptabilidad del sistema sanitario hacia las personas migrantes desde una perspectiva antropológica y multidimensional, y dotar a los y las profesionales de la salud de herramientas y propuestas que favorezcan una atención integral adaptada a la diversidad cultural.

Comprender las diferencias culturales resulta clave para interpretar cómo distintos colectivos conciben la salud y la enfermedad, así como sus patrones de morbilidad y su distribución. Estos factores influyen directamente en la epidemiología y en la necesidad de diseñar intervenciones específicas, especializadas y culturalmente adecuadas.

La incorporación de esta perspectiva no solo contribuye a mejorar la equidad y la eficiencia del sistema sanitario, sino que también favorece la humanización de la atención, al reconocer a las personas en su contexto social y cultural. Asimismo, fortalece la relación entre profesionales sanitarios y pacientes, promoviendo una comunicación más empática, una mayor adherencia a los tratamientos y una atención centrada en las necesidades reales de cada individuo. Todo ello convierte este enfoque en un ámbito clave tanto para la práctica clínica como para la planificación de políticas de salud transformadoras.



2. METODOLOGÍA

2.1. OBJETIVO DEL ESTUDIO, DISEÑO Y FASES DE INVESTIGACIÓN

El proyecto tuvo como objetivo central explorar, desde una perspectiva crítica e interseccional, diferentes dimensiones estructurales, relacionales y simbólicas y factores limitantes y facilitadores que enfrentan las personas migrantes y los/as profesionales sociosanitarios/as en relación con la aceptabilidad de la atención sanitaria y los servicios de salud desde un enfoque antropológico, de derechos y de justicia social. Este planteamiento parte del reconocimiento de que las experiencias de acceso y aceptabilidad sanitaria no son homogéneas, sino que están atravesadas por la interacción de múltiples ejes de desigualdad – como el origen nacional, la situación administrativa, el género, la edad, la clase social, la etnicidad, la lengua, la etnia o las condiciones de salud – que se expresan de manera diferenciada en los contextos institucionales.

Para avanzar en este objetivo, la ejecución del proyecto se estructuró en torno a un marco de participación activa y aprendizaje colectivo entre personas migrantes y profesionales sociosanitarios/as, superando enfoques asistencialistas de la investigación social. Desde esta lógica, se optó por la Investigación-Acción Participativa (IAP) como metodología central, entendida como un enfoque crítico que articula la producción de conocimiento con la acción transformadora. La IAP permite un análisis profundo, situado y relacional de la realidad, incorporando los saberes, experiencias y estrategias de resistencia de los grupos implicados, y orientando el proceso hacia la transformación de las prácticas y estructuras que reproducen desigualdades en el ámbito sanitario (Eizagirre & Zabala, 2002).

Los tres ejes constitutivos de la IAP – investigación, acción y participación – se articularon de manera interdependiente a lo largo del proyecto. El eje de investigación se concibió como un proceso reflexivo y dialógico orientado a recoger y contrastar las distintas visiones sobre la accesibilidad y aceptabilidad sanitaria, atendiendo a la diversidad de experiencias de las personas migrantes y a las condiciones estructurales en las que operan los/as profesionales sociosanitarios/as. Este enfoque permitió visibilizar cómo las barreras institucionales, culturales y comunicativas afectan de manera diferenciada a distintos perfiles de población, así como identificar prácticas que, de forma explícita o implícita, refuerzan situaciones de exclusión.

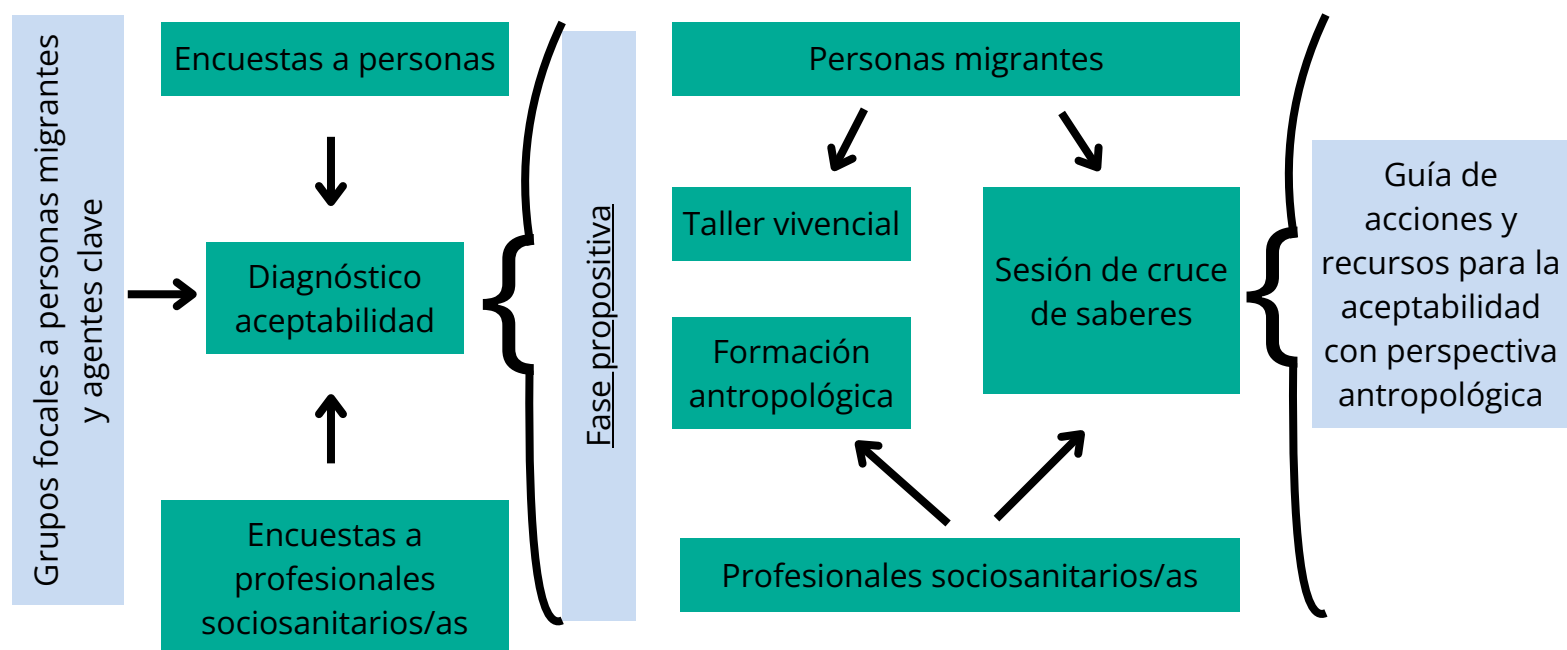
El eje de la acción se desarrolló a partir de la co-creación de soluciones prácticas, contextualizadas e interseccionales, orientadas a mejorar la aceptabilidad de las personas migrantes en los centros sanitarios. Las propuestas generadas tuvieron en cuenta la diversidad de trayectorias, necesidades y posiciones sociales de las personas migrantes, evitando enfoques universalistas que tienden a invisibilizar desigualdades. De este modo, la acción se concibió no solo como una mejora técnica, sino como una herramienta para cuestionar y transformar las lógicas institucionales que limitan el ejercicio efectivo del derecho a la salud.

Por su parte, el eje de la participación se basó en la premisa de reconocer a las personas migrantes y a los/as profesionales sociosanitarios/as como sujetos políticos y agentes de cambio, con capacidad para analizar críticamente su propia realidad y contribuir activamente a su transformación. La participación se entendió como un proceso de redistribución del poder en la producción de conocimiento, incorporando voces tradicionalmente marginadas en el diseño y evaluación de las políticas públicas de salud.

Desde esta lógica, el proyecto apostó por la generación de conocimiento empoderado, situado e interseccional, con capacidad de incidir de forma real tanto en las prácticas profesionales como en las políticas sanitarias. Este enfoque se centró en el co-diseño de iniciativas y estrategias orientadas a la mejora de la aceptabilidad, que se materializaron en la elaboración de una guía para la mejora de la aceptabilidad del sistema público de salud desde una perspectiva antropológica e interseccional, que recoge las necesidades, reflexiones y propuestas surgidas del proceso participativo y las traduce en acciones, recomendaciones y recursos concretos para su implementación.

Metodológicamente, el proyecto adoptó un diseño que combinó técnicas cualitativas y cuantitativas (enfoque mixto), permitiendo abordar las experiencias y necesidades de los participantes desde múltiples dimensiones y reforzar la triangulación de los datos. La combinación y secuenciación de metodologías facilitó la identificación de patrones estructurales, así como de desigualdades específicas vinculadas a la intersección de distintos ejes de discriminación. Los resultados obtenidos con cada técnica sirvieron para reforzar y orientar el diseño de las siguientes fases del proceso, consolidando un aprendizaje continuo, colectivo y acumulativo (**Figura 1**).

FIGURA 1. ESQUEMA DE LAS FASES DEL PROYECTO



La investigación se desarrolló en 13 territorios en los que Médicos del Mundo tiene presencia – Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Cataluña, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura, Galicia, Islas Canarias, Madrid y Melilla – con el objetivo de incorporar las particularidades territoriales y los distintos contextos sociales e institucionales. Esta dimensión territorial permitió analizar cómo las desigualdades en aceptabilidad sanitaria se configuran de manera diversa en función del contexto local, reforzando el carácter situado, interseccional y transformador del conocimiento generado.

En una primera fase, se llevó a cabo un proceso de recogida de información cuantitativa y orientado a construir un diagnóstico situado e interseccional sobre la aceptabilidad del sistema público de salud. Para ello, se aplicaron encuestas en todas las localizaciones del estudio a personas migrantes y a profesionales sociosanitarios/as, con el objetivo de identificar barreras, iniciativas existentes y fortalezas relacionadas con la aceptabilidad sanitaria. Las encuestas se realizaron tanto en modalidad online como presencial, con el acompañamiento de los equipos técnicos de Médicos del Mundo, lo que permitió facilitar la participación de perfiles diversos y reducir barreras de acceso vinculadas a la brecha digital, el idioma o la desconfianza institucional.

De manera complementaria, y con el fin de profundizar en las experiencias, significados y prácticas asociadas a la aceptabilidad, se seleccionaron las localizaciones de Madrid, Cataluña, Castilla-La Mancha y Galicia para la realización de grupos focales con personas migrantes, así como un grupo focal adicional en Madrid con agentes clave expertos/as en aceptabilidad, migración y desigualdades en salud. Estos espacios permitieron explorar de forma colectiva cómo distintos ejes de desigualdad – como la situación administrativa, el género, la lengua, la etnia o la posición socioeconómica – inciden en la relación con el sistema sanitario y en la percepción de una atención digna. Una vez elaborado el diagnóstico inicial sobre la aceptabilidad, se implementó una fase propositiva orientada a la acción y a la transformación de prácticas. En las sedes de Madrid, Cataluña, Castilla-La Mancha y Galicia se llevaron a cabo sesiones formativas en aceptabilidad con enfoque antropológico dirigidas a cinco profesionales sociosanitarios/as por territorio (N = 20), así como talleres vivenciales con el mismo número de personas migrantes (N = 20). Estas actividades, con una duración aproximada de una hora, se diseñaron a partir de los resultados de la fase diagnóstica y se concibieron como espacios de reflexión crítica, aprendizaje colectivo y revisión de prácticas profesionales.

Las dinámicas implementadas en las sesiones formativas y talleres vivenciales persiguieron tres objetivos principales: i) visibilizar experiencias de discriminación y exclusión en el sistema sanitario mediante procesos de escucha activa y cuidado emocional, reconociendo el impacto subjetivo y estructural de estas vivencias; ii) explorar de manera colectiva cómo se concibe y se imagina una atención sanitaria digna, accesible y culturalmente adaptada desde una perspectiva interseccional; y iii) formular propuestas viables y contextualizadas para mejorar la aceptabilidad del sistema de salud desde un enfoque antropológico y de derechos.

Como cierre del proceso, los participantes de este proceso realizaron un taller de cruce de saberes (N = 40). A través de la conformación de grupos mixtos, se generó un espacio horizontal de diálogo que permitió compartir experiencias, reconocer conocimientos diversos y construir aprendizajes colectivos. En este marco, se identificaron prácticas, estrategias y acciones concretas orientadas a mejorar la aceptabilidad y la respuesta del sistema sanitario frente a la diversidad.

Las propuestas surgidas del trabajo grupal fueron posteriormente compartidas, debatidas y valoradas de manera colectiva, dando como resultado la elaboración de una guía de acciones y recursos. Este material busca apoyar la incorporación del enfoque antropológico e interseccional en el funcionamiento cotidiano de los centros sanitarios, promoviendo intervenciones más contextualizadas y sensibles a las realidades de las personas migrantes (Médicos del Mundo, 2025).

Este componente participativo permitió no solo visibilizar barreras institucionales y prácticas discriminatorias, sino también diseñar estrategias propias, construidas de manera colectiva a partir de las vivencias y los saberes situados, contribuyeron a la generación de un conocimiento aplicable, con potencial transformador y capacidad de incidencia en las prácticas sociosanitarias.



2.2. DISEÑO Y CONSTRUCCIÓN DE LAS HERRAMIENTAS

En las encuestas dirigidas a profesionales del ámbito sociosanitario se exploraron 10 dimensiones clave, definidas a partir de proyectos e investigaciones previas desarrolladas por Médicos del Mundo. Estas dimensiones se seleccionaron con el objetivo de conocer la percepción de los/as profesionales sobre distintos aspectos vinculados a la accesibilidad y la aceptabilidad del sistema sanitario para personas migrantes, así como sobre el impacto de determinadas condiciones y características de las personas migrantes en la atención sanitaria (**Tabla 1**). Los cuestionarios a profesionales sociosanitarios/as se presentan en el Anexo I.

TABLA 1. DIMENSIONES EXPLORADAS EN LOS CUESTIONARIOS A LOS/AS PROFESIONALES SOCIO SANITARIOS/AS

Accesibilidad y aceptabilidad (grado de acuerdo)	Atención sanitaria (grado de influencia)
Atención sanitaria universal y de calidad	Barreras lingüísticas y de comunicación
Personas migrantes y carga al sistema de salud	Falta de conocimiento del sistema de salud
Formación específica en interculturalidad	Discriminación o prejuicios en el sistema
La atención sanitaria culturalmente adaptada	Diferencias culturales en salud/enfermedad
Mediación y traducción en la calidad de la atención	Factores socioeconómicos
Preocupación en los centros por garantizar la aceptabilidad	Falta de confianza en el sistema
Servicios específicos para mujeres migrantes	Estigma social hacia ciertos grupos
El género en barreras culturales e idiomáticas	La edad y el acceso al sistema
Requisitos legales que dificultan el acceso al sistema	Carga de cuidados y acceso al sistema
La distancia u horarios y acceso al sistema	La identidad de género

Los cuestionarios para las personas migrantes se centraron en explorar y cuantificar las experiencias discriminatorias vividas en la atención sanitaria a través de nueve categorías presentadas en una escala Likert de cuatro puntos (**Tabla 2**). Las dimensiones fueron definidas a partir de proyectos e investigaciones previas desarrolladas por Médicos del Mundo y también se relacionaron con dos variables clave: haber dejado de acudir en alguna ocasión al centro sanitario y haber usado los canales de queja/reclamación/denuncia. Los cuestionarios a personas migrantes se presentan en el Anexo II.

TABLA 2. DIMENSIONES EXPLORADAS EN LOS CUESTIONARIOS A PERSONAS MIGRANTES

Dimensiones de la discriminación en la atención sanitaria
Percepción de trato injusto o irrespetuoso
Suposiciones o estereotipos por parte de profesionales
Influencia de color de piel, religión, vestimenta o acento en la atención recibida
Atención percibida como inferior respecto a otras personas
Comentarios que atribuyen problemas de salud a su país de origen
Falta de participación en decisiones sobre tratamientos
Explicaciones de tratamiento presuponiendo incomprensión
Expectativa de gratitud por parte del personal sanitario
Percepción de trato racista/discriminatorio

Para el desarrollo de los grupos focales con personas migrantes y agentes clave se elaboraron guiones de preguntas semiestructuradas orientados a explorar, desde distintas posiciones, las actitudes, comportamientos y experiencias en la interacción con el personal administrativo, sanitario y de servicios sociales de los centros sanitarios. En el caso de las personas migrantes, se puso especial énfasis en conocer cómo estas experiencias de trato influyen en la percepción, el acceso y el uso del sistema sanitario, así como en las decisiones tomadas frente a la búsqueda de atención.

De manera complementaria, el grupo focal con agentes clave permitió profundizar en las desigualdades en salud que afectan a la población migrante, identificar necesidades no cubiertas por el sistema sanitario y analizar barreras estructurales que limitan una atención adecuada. A partir de este análisis, se promovió la identificación de áreas de mejora y posibles líneas de acción, integrando las experiencias recogidas y el conocimiento técnico de los distintos actores implicados. Los guiones de los grupos focales se presentan en el Anexo III.



2.3. ANÁLISIS DE DATOS

Los datos cuantitativos se recopilaron utilizando la herramienta Microsoft Forms (Microsoft Corporation). Al finalizar la recolección de datos, se revisaron y depuraron los datos para corregir errores e inconsistencias en las respuestas. Tanto en los cuestionarios con personas migrantes como con profesionales sociosanitarios/as se emplearon estadísticas descriptivas (tablas de frecuencias para variables categóricas y media y desviación estándar para variables numéricas) para presentar información sociodemográfica. La información referida a experiencias discriminatorias (escala Likert de cuatro puntos) se recodificó en una variable binaria que agrupara aquellas respuestas que indicaran haber sufrido al menos una vez la dimensión discriminatoria. De esta manera, se buscó describir el grado de impacto de estas dimensiones en la muestra del proyecto e identificar de manera numérica el número de situaciones discriminatorias sufridas. El análisis estadístico se realizó utilizando R 3.6 (R Project for Statistical Computing). Con la finalidad de buscar relaciones entre variables se aplicaron diferentes pruebas estadísticas que se describen en el Anexo IV.

Los grupos focales fueron transcritos *verbatim* en castellano de forma manual. Los datos se analizaron utilizando el programa informático Atlas.ti (Atlasti corporation) siguiendo las directrices para grupos focales descritas en Dawson et al. (1993). Para el análisis se utilizó una combinación de metodologías deductivas e inductivas (teoría fundamentada). La información se leyó, editó y codificó según los temas de interés predefinidos, incluyendo en el libro de códigos y en posterior análisis nuevos temas que surgieron durante el proceso.

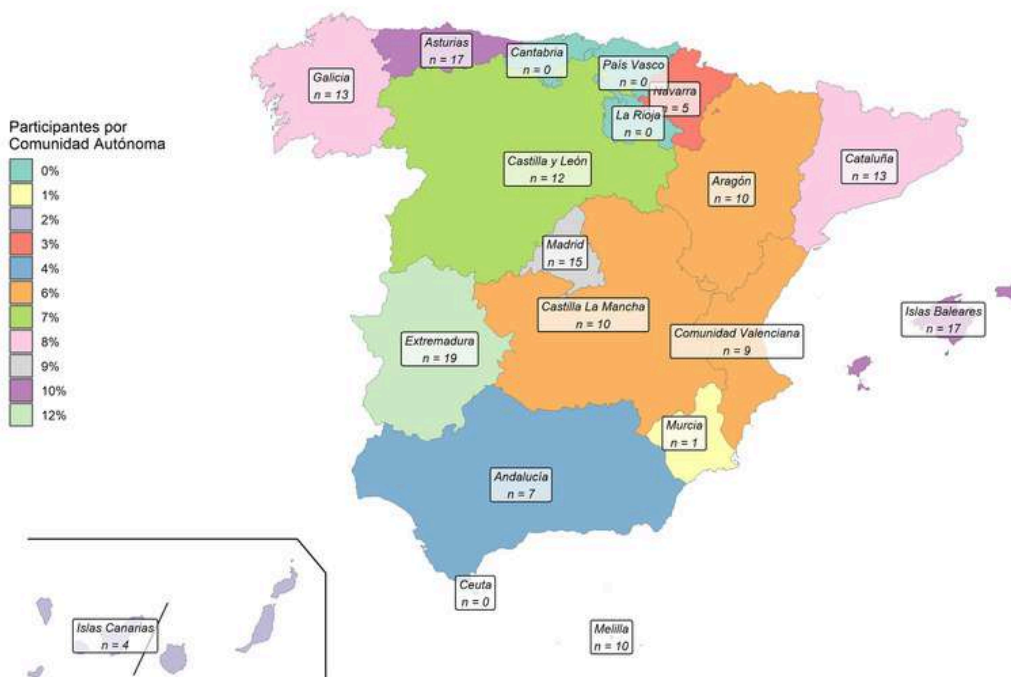


2.4. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LOS PARTICIPANTES

Todos los participantes en el proyecto fueron seleccionados según conveniencia y mediante el método bola de nieve considerando criterios como accesibilidad y disponibilidad. El criterio de inclusión tanto para las personas migrantes como los/as profesionales sociosanitarios/as fue ser mayores de 18 años.

En los grupos focales participaron un total de 23 personas migrantes y 16 agentes claves. La muestra de las encuestas estuvo compuesta por 162 personas migrantes y 525 profesionales sociosanitarios/as. La **Figura 2** presenta la distribución de participantes en la encuesta a personas migrantes por región. El mayor porcentaje de participantes se concentró en las regiones de Extremadura (12%), Asturias (10%) y Madrid (9%).

FIGURA 2. DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS MIGRANTES PARTICIPANTES EN LA ENCUESTA POR REGIÓN



Los participantes fueron predominantemente mujeres (83%), con edades comprendidas entre los 30 y 49 años (60%), originarios de América del Sur (65%) y el Magreb (9%), con situación administrativa regular (39%) y nacionalidad española (13%) y situación laboral de desempleo (52%) (**Tabla 3**).

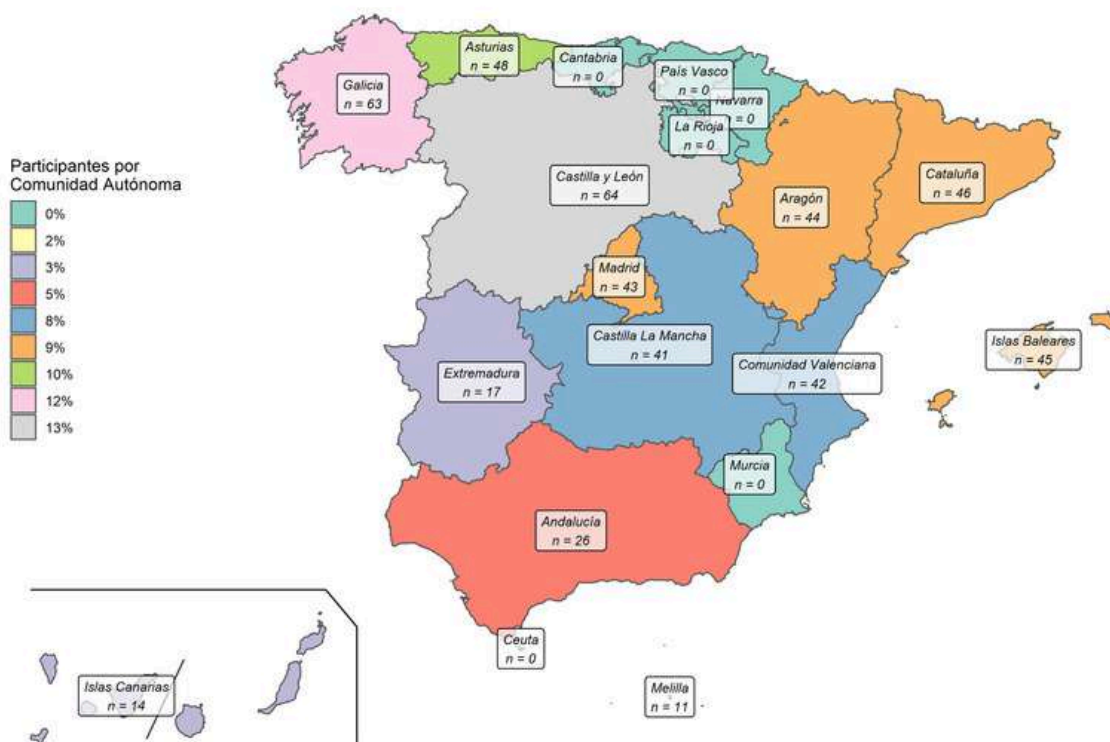
**TABLA 3. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS
DE LAS PERSONAS MIGRANTES**

	N	% (n)
<i>Género</i>	162	
Hombre		16.7% (27)
Mujer		82.7% (134)
No binario		0.62% (1)
<i>Edad</i>	161	
18-29 años		22.4% (36)
30-39 años		30.4% (49)
40-49 años		29.8% (48)
50-59 años		9.9% (16)
≥60 años		7.5% (12)
<i>Región de origen</i>	161	
América del Sur		65.2% (105)
Magreb		9.3% (15)
Resto de Europa		7.5% (12)
África Sahariana		7.5% (12)
América Central y Caribe		6.8% (11)
Otras regiones		3.7% (6)

	N	% (n)
<i>Situación administrativa</i>	161	
En proceso de regularización		4.4% (7)
Irregular		24.2% (39)
Nacionalidad Española		13.0% (21)
Regular		39.1% (63)
Protección internacional		19.3% (31)
<i>Situación laboral</i>	153	
Trabajador cuenta propia (autónomo)		1.3% (2)
Desempleado		52.3% (80)
Trabajador cuenta ajena		24.2% (37)
Estudiante		6.5% (10)
Trabajo irregular		15.7% (24)

La **Figura 3** presenta la distribución de participantes en la encuesta a profesionales sociosanitarios/as por región. El mayor porcentaje de participantes se concentró en las regiones de Castilla y León (13%), Galicia (12%) y Asturias (10%).

FIGURA 3. DISTRIBUCIÓN DE LOS/AS PROFESIONALES SOCIO SANITARIOS/AS PARTICIPANTES EN LA ENCUESTA POR REGIÓN



En relación con el nivel (auto percibido) de contacto con pacientes migrantes en su práctica diaria, el 17% (N = 90) reportaron un nivel de contacto alto, el 43% (N = 224) un nivel de contacto medio y un 40% (N = 211) un nivel de contacto bajo. Los/as profesionales sociosanitarios/as fueron predominantemente mujeres (70%), con edades comprendidas entre los 30 y 49 años (54%), provenientes de atención primaria (55%), con una media de años de experiencia de 18.3 y con especialidad de medicina (47%) (**Tabla 4**).

TABLA 4. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS/AS PROFESIONALES SOCIOSANITARIOS/AS

	Total (N = 525)		Contacto bajo (N = 211)		Contacto medio (N = 224)		Contacto alto (N = 90)	
	N	% (n) / Media (DE)	N	% (n) / Media (DE)	N	% (n) / Media (DE)	N	% (n) / Media (DE)
Género	523		211		222		90	
Hombre		22.2% (111)		26.5% (56)		19.8% (44)		12.2 (11)
Mujer		70.4% (410)		73.5% (155)		79.7% (177)		86.7% (78)
No binario		0.4% (2)		0.0% (0)		0.5% (1)		1.1% (1)
Edad	522		211		222		89	
18-29 años		7.9% (41)		5.7% (12)		7.7% (17)		13.5% (12)
30-39 años		29.7% (155)		23.2% (49)		32.4% (72)		38.2% (34)
40-49 años		24.1% (126)		26.1% (55)		15.2% (56)		16.9% (15)
50-59 años		21.7% (113)		25.6% (54)		18.0% (40)		21.4% (19)
≥ 60 años		16.7% (87)		19.4% (41)		16.7% (37)		10.1% (9)
Centro de trabajo	525		211		224		90	
Centro especialidades		2.7% (14)		2.4% (5)		3.6% (8)		1.1% (1)
Atención primaria		55.2% (290)		56.4% (119)		56.7% (127)		48.9% (44)
Hospital		29.3% (154)		30.3% (64)		31.3% (70)		22.2% (20)
ONG/Atención inmigrantes		5.3% (28)		2.4% (5)		1.3% (3)		22.2% (20)
Unidad de salud mental		2.7% (14)		4.7% (10)		1.3% (3)		1.1% (1)
Urgencias		4.8% (25)		3.8% (8)		5.8% (13)		4.4% (4)

	Total (N = 525)		Contacto bajo (N = 211)		Contacto medio (N = 224)		Contacto alto (N = 90)	
	N	% (n) / Media (DE)	N	% (n) / Media (DE)	N	% (n) / Media (DE)	N	% (n) / Media (DE)
<i>Experiencia laboral</i>	523		209		224		90	
Media de años		18.3 (12.0)		20.3 (12.1)		17.9 (11.9)		14.7 (11.3)
<i>Especialidad</i>	525		211		224		90	
Medicina		47.1% (247)		47.9% (101)		50.5% (113)		36.7% (33)
Enfermería		33.9% (178)		36.5% (77)		33.0% (74)		30.0% (27)
Trabajo social		9.9% (52)		6.6% (14)		10.3% (23)		16.7% (15)
Otras		9.1% (48)		9.0% (19)		6.3% (14)		16.7% (15)

2.5. CUESTIONES Y CONSIDERACIONES ÉTICAS

A lo largo de la investigación se garantizó el estricto cumplimiento de los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki, asegurando el respeto, la autonomía, el bienestar y la protección de los sujetos vulnerables, así como la obligatoriedad del consentimiento informado para participar. Asimismo, de conformidad con la legislación española - Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales - se adoptan medidas rigurosas en materia de tratamiento legítimo, transparente, anónimo y seguro de los datos personales, incluyendo datos sensibles relacionados con la salud. Estas medidas integran los estándares internacionales y nacionales, garantizando tanto la integridad ética de la investigación como la protección efectiva de los derechos y la privacidad de los participantes.

3. RESULTADOS

3.1. LAS DIMENSIONES DE LA DISCRIMINACIÓN DE LAS PERSONAS MIGRANTES

Las personas migrantes compartieron episodios de trato hostil, condescendiente y discriminatorio en el sistema sanitario, que se traducían en demoras injustificadas y distintos obstáculos para ejercer el derecho a reclamar. Las principales muestras de rechazo y de discriminación provenían del personal de admisión, que muchas veces, generando un malestar generalizado que erosionan la confianza en el sistema.



“Cuando fui a hacer las consultas a mi centro de salud que me correspondía, primero fueron muy hostiles porque ellos comentaron que yo tenía que solucionarlo sola en la policía o que tenía que ir al hospital a gestionar mi documentación, que ellos nos iban a hacer cargo. Yo no hablo gallego y no me querían hablar en español y les pedí por favor que me hablaran en español porque entre el nerviosismo y la situación muy tensa a la que no estoy acostumbrada, no entendía y no me quisieron hablar en español. Seguían hablándome en gallego hasta que por mis medios lo tuve que solucionar en otro centro sanitario [...] Y me trataron muy mal y eso fue un poco humillante, saber que uno quiere gestionar sus problemas administrativos y no son capaces de ayudarte y nadie te entrega ninguna información y te cierra las puertas en la cara y eso me pasó y me sentí muy mal. Te hacen sentir muy mal”.

Mujer, originaria de América del Sur. Grupo focal en Galicia.

Estas situaciones se entrelazaban con el hecho de que las personas migrantes provenían de contextos sociales, culturales y sanitarios muy diversos y que percibían que la información sobre los trámites y gestiones no era del todo sencilla de comprender ni tampoco era accesible. En sus experiencias se acumulaban casos de dudas sobre gestiones de la tarjeta sanitaria, trámites administrativos, derivaciones, retirada de medicación y copagos. Las personas migrantes señalaban que la falta de información también genera situaciones de frustración y desconfianza hacia el sistema:



“Entonces yo me quedé sentada esperando que me llamaran y vi unas pantallas que iban pasando números y veía a la gente, y la gente veía un número, se paraba y entraba en una puerta. Y va y le pregunto a una señora que cómo había cogido ese número y me dice con tu tarjeta sanitaria. Y va, y saqué mi tarjeta sanitaria y la tuve en la mano. Esperando que en la tarjeta sanitaria hubiera algún número que se identificara con el de la pantalla. Y pasaba y pasaba la gente, y yo no pasaba. Y otra señora se sentó al costado y le pregunté: señora, ¿cómo veo el número en mi tarjeta sanitaria? Y me dijo: “no hija, tienes que ir a meterla a una máquina para sacar su número”. Y estuve esperando mucho tiempo. Claro, porque en mi país no se mete una tarjeta sanitaria en una máquina para esperar tu número. Habitualmente el médico te grita el nombre para que pases. Entonces eso me pasó y nadie me lo explica. Nadie te explica qué hacer con la tarjeta sanitaria”.

Mujer, originaria de América del Sur. Grupo focal en Cataluña.

La combinación de malas experiencias y la falta de claridad en la información tiende a producir una evitación de uso del sistema sanitario, la automedicación y el uso de los servicios de urgencia como último recurso. Algunas personas migrantes expresaron su decisión de buscar un seguro privado, aunque consideraban su acceso como prohibitivo. Por ese motivo, entre las personas migrantes existe la creencia de que el uso de los servicios de urgencias era mucho más útil que acudir al centro sanitario en cuestiones de trato y calidad, a pesar de que las esperas fueran mayores:



Participante 4: *“Eso mismo me va a entender a mí, que voy a perder mi tiempo cada vez que voy al médico. Que si tengo algo prefiero ir directo a la urgencia, porque siento que me estoy moviendo”.*

Moderador: *“Y en urgencias también os da esa impresión [que es tiempo perdido]”.*

Participante 2: *“No, en urgencias si va un dolor, te ponen un calmante o te atienden en el momento y te dicen, mira, ya te realizó un especialista. Que hay que esperar bastante, porque yo fui por la mano y descansé cinco horas, pero me atendieron. Pero en el médico de cabecera, ¿cuántos minutos? ¿Tres minutos? ¿Dos minutos? Es mucho, creo yo. Y según dicen son quince minutos por paciente, me parece”.*

Participante 1: *“O sea, cuando vamos es cuando ya el cuerpo te dice, mira, estás corriendo. Porque ¿para qué vas a perder un día de trabajo? Estar ahí, aguantarte también esas malas caras que te ponen ahí [en el centro de salud]”.*

Grupo focal en Galicia

A todas estas problemáticas se sumaban barreras lingüísticas, expresada incluso por aquellas personas migrantes cuyo idioma materno era el castellano. Estas barreras incluyen la exigencia de acompañantes que tradujeran o que la persona “hablara bien” y el uso tonos condescendientes:



“Es más, nosotros en mi país no hablamos con palabrotas. Hablamos siempre con las palabras con mucha educación. Y aquí, vosotros que sois de Latinoamérica y otros países, seguramente tenéis no solamente el acento, sino las jergas. Pero no es el problema que yo tengo. Yo hablo el español como una persona con el vocabulario exacto que vosotros también, con lo que trabajáis. Entonces yo no entiendo por qué este rechazo de prejuzgarme antes de que yo no te entienda o que me tengas que preguntar siete veces”.

Mujer, originaria de África Subsahariana. Grupo focal en Madrid

Por otro lado, las personas migrantes indicaron que en casos particulares existía una predisposición del personal de los centros de salud a escuchar, ajusta ritmo y mejorar claridad, lo que mejoraba la comprensión y mejoraba la aceptabilidad.

Estas experiencias negativas no solo generan incomodidad inmediata, sino que, en algunos casos, derivan en sentimientos más complejos como el resentimiento y la frustración, que con el tiempo reconfiguran la manera en que las personas migrantes entienden y utilizan los servicios de salud:



“Otras veces hablándome en catalán y yo digo, bueno, ¿qué importa? Yo lo entiendo, pero como ella dice, yo tampoco lo sé hablar. Pero lo entiendo porque las palabras son como parecidas [...] Y, sin embargo, cuando me tratan así, pues yo trato como de no darle papaya. Como dicen en mi país, uno dice, bueno, no le voy a dar papaya, ya. Que me digan lo que me tiene que decir y ya. Y yo le digo, bueno, muchas gracias, ya. Pero, obvio, no me siento bien. O sea, pero tampoco le sumo importancia. Yo digo, no voy a gastar mi energía acá. Pues, ya. Lo que fue, fue. Dedicó a una mala persona, con mala experiencia, pero qué importa, ya. Las citas, nadie me las va a quitar”.

Mujer, originaria de América del Sur. Grupo focal en Cataluña

Además de emociones como frustración o vergüenza, emerge con fuerza el sentimiento de pena asociado a la percepción de trato desigual por parte del sistema sanitario. Este sentimiento no se limita a la incomodidad individual, sino que se vincula con reflexiones éticas sobre el rol de los/as profesionales sociosanitarios/as y la calidad del sistema:



“A mí lo que me sorprende es que tengamos que esperar a eso para ser atendidos. Que me da un poco de pena, en el sentido que seamos visto como diferentes a los ojos de profesionales sanitarios que deberían de tener la ética de atendernos de una forma normal. Eh, y tener que sentirnos realmente enfermos, realmente graves para tener que acudir a la urgencia. Eso no está bien, creo que es un poco denigrante y no hacia nosotros sino hacia los profesionales, porque habla muy mal de cómo son, de qué es la educación sanitaria que existe aquí. Eso me da mucha pena, tener que vivir eso aquí”. –

Mujer, originaria de América del Sur. Grupo focal en Galicia

Además de la frustración y la pena, emergen emociones vinculadas a la percepción de estar “aprovechándose” del sistema sanitario. Este sentimiento se traduce en una autolimitación en la demanda de atención especializada, incluso cuando existían necesidades clínicas:



“O sea, que tenemos que estar muriéndonos para tener el valor de pedir cita al especialista. Así me siento. Tengo que tener un dolor muy grande para pedir al digestivo. Si no, no. O sentir que estoy completamente enloquecida para decirle por favor dériveme a salud mental. Porque si no me siento, así como que me da vergüenza, porque siento como que estoy ocupando como un recurso”. –

Mujer, originaria del Magreb. Grupo focal en Madrid

Los patrones de discriminación continuada no solo afectan la experiencia inmediata, sino que generan una predisposición anticipatoria en las personas migrantes, condicionando su relación futura con el sistema sanitario:



“Aquí me está pasando, que no es en todas partes, ni con todo el mundo, pero sí me pasa, pero entonces ya voy muy predispuesta. O sea, qué lástima, pero yo siempre voy a que me traten mal, o sea, yo voy mentalizada. Bueno, yo sé que lo mínimo que me van a hacer es que no me van a atender bien, pero sí me tratan bien, y a veces salgo feliz porque me atienden muy bien, que no me lo esperaba, pero entonces me voy a esperarme eso, que no me van a atender también”. –

Mujer, originaria de América del Sur. Grupo focal en Cataluña.

Estos testimonios reflejan de manera detallada que las barreras para las personas migrantes (sobre todo mujeres) en el sistema sanitario tienen un carácter estructural e incluyen dimensiones tan complejas como la comprensión de las particularidades culturales, los problemas de comunicación, el acceso a información o la burocracia legal. Dentro de las experiencias narradas, las barreras administrativas y comunicativas se entrelazan con actitudes discriminatorias y falta de información, generando emociones de vergüenza y estrategias de evitación. Los testimonios de las personas migrantes también reflejan un patrón adaptativo asociado a tres dimensiones concretas.

- Primero, la normalización del maltrato institucional y la evitación del conflicto, que se observa en actitudes defensivas que buscaban minimizar el enfrentamiento, pero al mismo tiempo normalizaban la interacción negativa, desplazando la responsabilidad del cambio y la “adaptación” a la persona migrante (Ruíz-Azarola et al., 2020).
- Segundo, la existencia de patrones como el resentimiento silencioso y el desapego, que indican una huella emocional persistente. Este resentimiento no se traduce en quejas formales, sino en una relación instrumental con el sistema sanitario, centrada en obtener lo mínimo, lo que coincide con hallazgos previos que analizan la desafección institucional en personas migrantes (Díaz et al., 2017; Gimeno-Feliu et al., 2021).
- Tercero, se identifican patrones de autorrestricción en el uso del sistema sanitario marcado por la gravedad de la situación. Únicamente tienden a acudir cuando perciben que la condición médica es grave e intolerante. Este hecho refleja la internalización de estigmas, que se observaba en que algunas personas migrantes asocian la atención sanitaria con un privilegio, sintiendo culpa por hacer uso del sistema sanitario por creer que “no lo merecen” (Bilican et al., 2025).

Estas vivencias reconfiguran el vínculo de las personas migrantes con el sistema sanitario, dando lugar a una reducción en el número de interacciones con los/as profesionales sociosanitarios/as. A largo plazo, estas dinámicas afectan a la comunicación clínica (p. ej., comunicación menos efectiva con el/la profesional sociosanitario/a, menor tono afectivo, y menor activación de la persona migrante durante la consulta), la adherencia terapéutica y la continuidad asistencial. Diferentes estudios han evidenciado que la percepción de discriminación reduce la utilización de servicios sanitarios, así como la continuidad, calidad de la atención y la adherencia terapéutica (Bartig et al., 2025; Hausmann et al., 2011). Asimismo, la desconfianza de las personas migrantes en el sistema de salud modula sus expectativas de atención y promueve el desapego, con consecuencias negativas para su salud física y mental (Arsenault y Côté, 2025; Thapa y Saadi, 2025). En términos de salud pública, el resentimiento acumulado que expresan las personas migrantes hace que cambien su actitudes y comportamientos hacia el sistema sanitario. Esta emoción se traduce en estrategias de automanejo, el retraso en la búsqueda de atención (p. ej., únicamente en casos graves) o incluso en la migración hacia la sanidad privada, lo que incrementa el riesgo de inequidad en el acceso y aceptabilidad sanitaria.



La percepción de desconocimiento y desinformación del sistema sanitario español genera preocupación en las personas migrantes por la deportación al hacer uso de los recursos sanitarios. Además, la escasa información sobre derechos, procedimientos y coberturas sanitarias y la falta de adaptación del sistema a sus creencias y prácticas culturales limita la confianza e interacción de las personas migrantes con los/as profesionales sociosanitarios/as. Por otro lado, la falta de traductores/as o mediadores/as interculturales aumentaba los problemas de las personas migrantes para comunicarse y hacerse entender, lo que limita el uso que hacen de los servicios sanitarios de los servicios. A largo plazo, este hecho dificulta el seguimiento de patologías crónicas y afecta negativamente a la salud de las personas migrantes.

3.2. LA MAGNITUD DE LA DISCRIMINACIÓN EN EL SISTEMA SANITARIO

Las dimensiones discriminatorias que reportan más frecuentemente las personas migrantes son no haberse sentido partícipe en los tratamientos (71%), haber sentido un trato injusto y no respetuoso (69%), y haber percibido que los/as profesionales sociosanitarios/as hacen suposiciones sobre su persona (56%). La percepción de discriminación en cada una de las dimensiones que se han evaluado no fue inferior al 30%, lo que indica la importante magnitud de la discriminación que sufren las personas migrantes (**Tabla 4**).

Entre las experiencias discriminatorias también se identifica que las mujeres reportaron significativamente más frecuencia en tres dimensiones en comparación con los hombres: haber sufrido suposiciones/estereotipos (39% vs. 60%), una peor atención (12% vs. 45%) y un trato racista (15% vs. 49%). En general, las mujeres migrantes reportaron haber sufrido más discriminación que los hombres en las dimensiones relacionadas con dimensiones comunicativas, relacionales y de juicios de valor.

En total, el 98% de las personas migrantes indican haber sufrido al menos una experiencia discriminatoria, con una media de 4.5 situaciones discriminatorias por persona. Entre aquellas personas migrantes que indicaron haber sufrido al menos una discriminación, únicamente el 6% indica haber puesto una reclamación al respeto y el 34% deciden de dejar de acudir – en al menos una ocasión – al centro sanitario. Comparando el impacto entre hombres y mujeres, las mujeres reportaron haber sufrido un número significativamente mayor de situaciones discriminatorias (3.2 vs. 4.7). También cabe mencionar que las mujeres migrantes indican haber dejado de acudir al centro un 25% más que los hombres (**Tabla 5**).



TABLA 5. DIMENSIONES DE LA DISCRIMINACIÓN A PERSONAS MIGRANTES EN LA ATENCIÓN SANITARIA SEGÚN GÉNERO

	Total	Hombres	Mujeres	
	% (n) / Media (DE)	% (n) / Media (DE)	% (n) / Media (DE)	p-valor
<i>Dimensiones discriminatorias</i> ¹				
Trato injusto y poco respetuoso	68.8% (110)	55.6% (15)	71.9% (133)	0.105
Suposiciones/estereotipos sobre mi persona	56.1% (88)	38.5% (10)	59.5% (78)	0.048
Color de piel o acento influyó en la atención	50.3% (79)	34.6% (9)	53.4% (70)	0.08
Peor atención comparada con otras personas	39.5% (60)	12.0% (3)	44.9% (57)	0.002
Problemas de salud “comunes” de mi país	47.5% (75)	42.3% (11)	48.5% (64)	0.564
No participación en tratamiento	70.9% (107)	72.0% (18)	70.6% (89)	0.891
Explicaciones como si no pudiera entenderlas	50.7% (78)	36.0% (9)	53.5% (69)	0.109
Personal esperó que agradeciese la atención	34.4% (53)	29.6% (8)	35.4% (45)	0.564
Trato racista	42.7% (67)	14.8% (4)	48.5% (63)	0.001
<i>Experiencias negativas</i>				
Al menos una situación discriminatoria	98.1% (158)	100% (27)	97.8% (131)	0.574
Número de situaciones	4.5 (2.5)	3.2 (2.0)	4.7 (2.5)	0.005
Han interpuesto alguna reclamación ²	6.2% (10)	7.4% (2)	6.0% (8)	0.525
Han dejado de acudir al centro sanitario ²	34.2% (55)	22.2% (6)	46.6% (49)	0.152

Abreviaturas. DE: desviación estándar; p-valor: probabilidad asociada al contraste de hipótesis.

¹ Sufridas al menos una vez

² Entre aquellos participantes que han experimentado al menos una situación discriminatoria

El impacto que el número de situaciones discriminatorias en la decisión de dejar de acudir a las consultas sanitarias muestra que por cada situación discriminatoria adicional que sufre una persona migrante, la probabilidad de dejar de acudir al centro sanitario significativamente aumentaba un 31%. No se observa relación estadística entre el número de situaciones discriminatorias y la probabilidad de usar canales de reclamación, seguramente debido a la baja frecuencia de reclamaciones recogidas (**Tabla 6**).

TABLA 6. IMPACTO DE LAS SITUACIONES DISCRIMINATORIAS EN DEJAR DE ACUDIR A CONSULTA Y USAR CANALES DE RECLAMACIÓN

	Modelo univariable			Modelo multivariable		
	OR	IC 95%	p-valor	OR	IC 95%	p-valor
<i>Dejar de acudir al centro</i>						
Número situaciones	1.32	1.14 – 1.52	<0.001	1.31	1.13 – 1.51	<0.001
Género (hombre ref.)	–	–	–	1.04	0.21 – 5.16	0.959
Situación administrativa	–	–	–	0.62	0.09 – 4.37	0.628
<i>Usar canales de reclamación</i>						
Número situaciones	1.24	0.92 – 1.66	0.161	1.25	0.90 – 1.75	0.187
Género (hombre ref.)	–	–	–	0.53	0.05 – 5.27	0.587
Situación administrativa	–	–	–	0.69	0.03 – 2.73	0.821

Abreviaturas. IC 95%: intervalo de confianza del 95%. Rango que indica la incertidumbre de la estimación y dentro del cual probablemente se encuentra el valor real; OR: odds ratio. Medida que indica la razón de probabilidades de que ocurra un evento en un grupo en comparación con un grupo de referencia; p-valor: probabilidad asociada al contraste de hipótesis.

Estos hallazgos muestran una prevalencia muy generalizada de experiencias discriminatorias en la atención sanitaria, hecho que la perspectiva en la literatura previa de que la discriminación que experimentan las personas migrantes en el sistema sanitario no constituye un fenómeno aislado, sino un patrón estructural que afecta la calidad percibida y la equidad en el acceso (Bartig et al., 2025; Pattillo et al., 2023). La mayor exposición de las mujeres migrantes a determinadas formas de discriminación – comunicativas, relacionales, juicios de valor – apunta a la intersección entre género, origen y otros marcadores sociales. Otros estudios previos también han documentado cómo las mujeres migrantes (y generalmente con bajos ingresos) enfrentan mayor frecuencia de discriminación interpersonal en la atención ambulatoria, evidenciando esta interacción aditiva entre múltiples vulnerabilidades (Von dem Knesebeck et al., 2024; Yong y Germain, 2022; Zajdel et al., 2024).

El análisis estadístico confirma una relación positiva entre el número de situaciones discriminatorias experimentadas y la probabilidad de dejar de acudir a la consulta sanitaria. Este hallazgo es consistente con otros estudios que han demostrado cómo la acumulación de experiencias negativas de discriminación por etnia u orientación sexual en la atención sanitaria erosiona la confianza en el sistema y genera conductas de evitación, con potencial impacto en resultados de salud y sostenibilidad del sistema (Kaczynski et al., 2025; Liu, et al., 2024).

Por otro lado, el bajo número de reclamaciones reportado por las personas migrantes que han sufrido algún tipo de discriminación sugiere la existencia de posibles barreras institucionales e intrapersonales para la denuncia, como desconfianza en la efectividad del proceso, temor a represalias o desconocimiento de los canales disponibles. Esta proporción tan escasa de reclamaciones refleja barreras institucionales que han sido analizadas en otros países. Una reciente revisión temática señala que, ante la falta de canales efectivos, seguros y anónimos para la denuncia se cronifica una desconfianza institucional hacia el cambio y propicia que la mayoría de las prácticas discriminatorias no se denuncien y se perpetúe un sesgo estructural (Arsenault y Côté, 2025).



3.3. LA PERSPECTIVA DE LOS/AS PROFESIONALES SOCIOSANITARIOS/AS

Las experiencias y vivencias de las personas migrantes contrastaban en ciertas dimensiones con la visión de los/as profesionales sociosanitarios/as sobre las dimensiones relacionadas con la aceptabilidad y la discriminación de las personas migrantes. Para entender mejor las posibles diferencias entre profesionales, estos se dividieron en tres grupos – bajo, medio y alto – en función al nivel auto percibido de contacto con personas migrantes en su práctica diaria.

La mayoría de los/as profesionales sociosanitarios/as (79%) indica conocer y aplicar el principio de aceptabilidad, definido como que los servicios sanitarios deben ser culturalmente apropiados y respetuosos con la diversidad de género, edad y origen cultural de los pacientes, con una proporción cercana al 85% en aquellos profesionales que forman parte de los grupos con un nivel medio y alto. Un porcentaje de profesionales sociosanitarios/as muy reducido en cada uno de los grupos (inferior al 6%) expresa conocer estos principios, pero no aplicarlos. El desconocimiento total del principio de aceptabilidad es más frecuente en profesionales con un nivel de contacto bajo (24%) que en los de nivel medio (10%) y alto (10%). Otro aspecto importante es que, entre los/as profesionales sociosanitarios/as que indican no conocer el principio de aceptabilidad, el interés por aprender sobre ello es elevado (83%), especialmente entre aquellos con un nivel de contacto bajo (86%).

Respecto a la existencia de recursos adaptados (p.ej. protocolos, guías específicas) a la población migrante en los centros donde trabajan, solo el 32% de profesionales afirma estar disponibles en sus centros, con una diferencia entre profesionales con un nivel de contacto alto (50%) y bajo (24%). Por el contrario, el 30% de profesionales sociosanitarios/as declara desconocer la disponibilidad de recursos adaptados en sus centros, lo que refleja una falta de información institucional sobre los recursos a los que los propios profesionales tienen acceso. Esta tendencia se observa en los tres grupos, aunque la frecuencia de desconocimiento disminuye a medida que aumenta el nivel de contacto (32% en profesionales con un nivel de contacto bajo, 31% en profesionales con un nivel de contacto medio y 20% en profesionales con un nivel de contacto alto) (**Tabla 7**).

**TABLA 7. GRADO DE CONOCIMIENTO DE ACEPTABILIDAD Y
DISPONIBILIDAD DE RECURSOS ADAPTADOS
A PERSONAS MIGRANTES EN CENTROS**

	Total	Contacto bajo	Contacto medio	Contacto alto
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
<i>Conocimiento del concepto aceptabilidad</i>				
Sí, lo conozco y lo aplico	79.4% (417)	70.6% (149)	85.3% (191)	85.6% (77)
Sí, lo conozco, pero no lo aplico	5.1% (27)	5.7% (12)	4.9% (11)	4.4% (4)
No he oído hablar	15.4% (81)	23.7% (50)	9.8% (22)	10.0% (9)
Me gustaría aprender sobre ello ¹	82.7% (67)	86.0% (43)	81.8% (18)	66.7% (6)
<i>Existencia de recursos en tu centro</i>				
Sí	32.0% (168)	24.2% (51)	32.1% (72)	50.0% (45)
No	38.3% (201)	43.6% (92)	36.6% (82)	30.0% (27)
Desconozco	29.7% (156)	32.2% (68)	31.3% (70)	20.0% (18)

¹ Sólo entre aquellos profesionales sociosanitarios/as que indicaron no conocer ningún recurso.

Los testimonios de otros/as agentes clave refuerzan estos hallazgos en tanto que indican importantes limitaciones en la adaptación de la atención a necesidades específicas de las personas migrantes como la existencia de servicios de traducción o protocolos de atención específicos. Si bien la presencia y disponibilidad de estos recursos adaptados son estrategias clave para reducir barreras culturales y reforzar estrategias organizativas que garanticen una atención inclusiva, algunos/as agentes claves destacan la limitada y heterogénea implantación de estos recursos dentro del sistema sanitario, destacando que en ocasiones su uso depende de la voluntariedad del propio profesional sociosanitario y no de protocolos de actuación.

En relación con el grado de acuerdo de los/as profesionales sociosanitarios/as respecto a las dimensiones de la accesibilidad y aceptabilidad, se observan puntuaciones medias elevadas en varios factores clave. En particular, la gratuidad de la atención sanitaria (Media = 4.36), la percepción positiva sobre la formación de los profesionales (Media = 4.43) y la presencia de mediadores interculturales (Media = 4.45) reciben las puntuaciones más altas, lo que pone de relieve su relevancia percibida en la práctica asistencial.

Otros factores identificados como importantes en los tres grupos de profesionales fueron las barreras culturales y lingüísticas y los requisitos administrativos, con puntuaciones medias cercanas a 4.0. En contraste, la percepción de que la atención sanitaria estaba adaptada a las necesidades específicas de las personas migrantes obtiene la puntuación media más baja (Media = 2.47). Este resultado sugiere que, pese al consenso en las dimensiones estructurales, existe la percepción de una limitada aplicación efectiva de estrategias de adaptación, especialmente aquellas que implican cambios organizativos y culturales más profundos. Este patrón coincide con la literatura previa, que señala que las intervenciones estandarizadas tienden a ser más reconocidas que las estrategias adaptativas, a pesar de su relevancia para promover la equidad en salud (Sekhon et al., 2017; Brizan-St. Martin et al., 2023).

Algunos factores muestran una variabilidad relevante según el grupo de profesionales. Por ejemplo, la percepción de la preocupación del centro por la accesibilidad fue más elevada en aquellos profesionales con un nivel de contacto alto (Media = 3.45) en comparación con los profesionales con un nivel de contacto bajo (Media = 3.06). Un patrón similar se observa en la valoración de servicios específicos para mujeres (Media = 4.03 en profesionales con un nivel de contacto alto vs. Media = 3.82 en profesionales con un nivel de contacto bajo) y en la percepción del impacto de las barreras de acceso (Media = 4.08 vs. Media = 3.75, respectivamente).

Al comparar los grupos de profesionales, se identificaron algunos efectos pequeños, pero estadísticamente significativos. Los profesionales con un nivel de contacto bajo mostraron un mayor acuerdo con la gratuidad de la atención sanitaria en comparación con los profesionales con un nivel de contacto alto (Media = 4.45 vs. Media = 4.24; efecto pequeño). Esta tendencia se invirtió en otros factores. Los profesionales con un nivel de contacto bajo percibieron (en comparación con el grupo profesionales con un nivel de contacto alto) una menor preocupación institucional por la aceptabilidad (Media = 3.06 vs. Media = 3.45; efecto pequeño) y consideraron en menor medida que la atención a personas migrantes supusiera una carga asistencial adicional (Media = 2.49 vs. Media = 2.78; efecto pequeño) – si bien las puntuaciones medias en esta última dimensión fueron bajas en los tres grupos.

Asimismo, el grupo de profesionales con un nivel de contacto alto percibió con mayor intensidad las barreras de accesibilidad como un problema para la aceptabilidad (Media = 4.08), en comparación con los profesionales con un nivel de contacto bajo (Media = 3.79; efecto pequeño) y nivel de contacto medio (Media = 3.75; efecto pequeño).

La comparación entre grupos observado sugiere que los/as profesionales sociosanitarios/as que trabajan en contextos con mayor presencia de personas migrantes desarrollan una mayor sensibilidad hacia las barreras de accesibilidad, perciben una mayor preocupación institucional y valoran más positivamente los servicios específicos dirigidos a colectivos vulnerables, como las mujeres migrantes. Aunque los tamaños de los efectos son pequeños, su consistencia refuerza la importancia de la experiencia directa como un factor clave en la configuración de actitudes profesionales, subrayando la necesidad de políticas proactivas en entornos con alta diversidad (**Tabla 8**).



TABLA 8. GRADO DE ACUERDO EN DIMENSIONES ASOCIADAS A LA ACCESIBILIDAD Y ACEPTABILIDAD SANITARIA

	Total		Contacto bajo		Contacto medio			Contacto alto
	Media	Media	Efecto <i>d</i>	<i>p</i> -valor	Media	Efecto <i>d</i>	<i>p</i> -valor	Media
<i>Dimensiones accesibilidad y aceptabilidad</i>								
Atención sanitaria gratuita	4.36	4.45	0.28	0.036	4.31	0.13	0.315	4.24
Carga adicional al sistema	2.6	2.49	-0.3	0.023	2.64	-0.18	0.16	2.78
Formación a profesionales	4.43	4.41	-0.03	0.802	4.44	0.01	0.99	4.46
Atención sanitaria adaptada	2.47	2.43	0	0.989	2.53	0.11	0.415	2.39
Mediadores mejor atención	4.45	4.45	-0.06	0.637	4.44	-0.07	0.599	4.49
Preocupación en centro	3.19	3.06	-0.35	0.008	3.21	-0.17	0.19	3.45
Servicios específicos para mujeres	3.83	3.82	-0.13	0.336	3.75	-0.21	0.115	4.03
Barreras culturales/idio máticas	4.17	4.17	-0.13	0.337	4.14	-0.13	0.332	4.26
Requisitos administrativos	3.92	3.95	-0.02	0.864	3.85	-0.1	0.435	4.01
Impacto barreras accesibles	3.82	3.75	-0.32	0.015	3.79	-0.28	0.033	4.08

Abreviaturas. Efecto *d*: efecto *d* de Cohen. Medida de tamaño del efecto que indica la magnitud de la diferencia entre dos grupos, expresada en desviaciones estándar; *p*-valor: probabilidad asociada al contraste de hipótesis.

Nota: el grupo alto se usó como referencia para calcular el tamaño del efecto y la diferencia estadística. Las comparaciones realizadas fueron grupo alto vs. grupo medio y grupo alto vs. grupo bajo. La clasificación utilizada para valorar el tamaño del efecto fue: $d \approx 0.20$: efecto pequeño; $d \approx 0.50$: efecto medio/moderado; $d \approx 0.80$: efecto grande.

En cuanto al grado de consenso en las respuestas entre los/as profesionales sociosanitarios/as dentro de cada uno de los tres grupos, se observaron proporciones elevadas y relativamente homogéneas en la formación del personal (rangos 88% – 92%), el uso de mediadores interculturales (rangos 89% – 93%), la gratuidad de la atención sanitaria (rangos 80% – 87%) y la identificación de barreras culturales (rangos 81% – 83%). Estos resultados apuntan a un consenso transversal entre los/as profesionales respecto a una serie de facilitadores ampliamente reconocidos para la aceptabilidad de la atención, considerados universales, como el coste de la atención, la mediación intercultural, la capacitación del personal y la adaptación cultural.

Por el contrario, en el grupo de profesionales con un nivel de contacto alto se observaron gradientes más definidos en dimensiones como la existencia de servicios dirigidos a mujeres migrantes y la relevancia de los requisitos administrativos (ambos 74%), en comparación con los/as profesionales con un nivel de contacto bajo (63% y 61%, respectivamente) y medio (59% y 50%, respectivamente). La diferencia más marcada entre los/as profesionales con un nivel de contacto alto y aquellos/as con un nivel de contacto bajo y medio se observó en las barreras de accesibilidad, con diferencias de 24 y 27 puntos porcentuales respectivamente. Estos hallazgos sugieren que en los entornos con mayor contacto con las necesidades de las personas migrantes existe un reconocimiento más claro de la importancia de estas dimensiones, mientras que en otros contextos persiste una menor convergencia y afinidad de opiniones.

El nivel de consenso relativo a la percepción de la atención a personas migrantes como una carga adicional para el sistema sanitario fue bajo en los tres grupos de profesionales, lo que sugiere la presencia de un cierto escepticismo generalizado respecto a esta dimensión. Esta percepción es coherente con el marco de la denominada paradoja del “sobreuso y el infrauso en la atención sanitaria” (Hofmann, 2025), que plantea que los servicios sanitarios pueden experimentar simultáneamente fenómenos de sobreutilización en algunos grupos e infrautilización o infracobertura en otros, perpetuando inequidades que no siempre son plenamente reconocidas por los/as profesionales. En este sentido, el bajo nivel de acuerdo observado en esta dimensión podría reflejar la persistencia de percepciones ambiguas o escépticas que, aunque no mayoritarias, pueden influir en las actitudes y en las prácticas clínicas, con posibles implicaciones para la equidad en la atención sanitaria (**Tabla 9**).

TABLA 9. CONSENSO INTRAGRUPO EN DIMENSIONES ASOCIADAS A LA ACCESIBILIDAD Y ACEPTABILIDAD SANITARIA

	Contacto bajo		Contacto medio		Contacto alto	
	% (n)	IC 95%	% (n)	IC 95%	% (n)	IC 95%
<i>Dimensiones accesibilidad/ aceptabilidad</i>						
Atención sanitaria gratuita	87.2% (184)	81.9 – 91.4	80.0% (181)	75.0 – 85.7	80.0% (72)	70.2 – 87.7
Carga adicional al sistema	50.7% (107)	43.8 – 57.6	43.3% (97)	36.7 – 50.1	33.3% (30)	23.7 – 44.1
Formación a profesionales	91.1% (194)	87.4 – 95.2	92.4% (207)	88.1 – 95.6	87.8% (79)	79.2 – 93.7
Atención sanitaria adaptada	84.8% (179)	79.3 – 89.4	80.8% (181)	75.0 – 85.7	78.9% (71)	69.0 – 86.8
Mediadores mejor atención	93.3% (197)	89.1 – 96.3	93.3% (209)	89.2 – 96.2	88.9% (80)	80.5 – 94.5
Preocupación en centro	64.9% (137)	58.1 – 71.4	62.1% (139)	55.3 – 68.4	62.2% (56)	51.4 – 72.2
Servicios específicos para mujeres	62.6% (132)	55.5 – 69.1	58.9% (132)	52.2 – 65.4	74.4% (67)	64.2 – 83.1
Barreras culturales/ idiomáticas	81.0% (171)	75.1 – 86.1	83.0% (186)	77.5 – 87.7	82.2% (74)	72.7 – 89.4
Requisitos administrativos	60.7% (128)	53.7 – 67.3	50.4% (113)	43.7 – 57.2	74.4% (67)	64.2 – 83.1
Impacto barreras accesibles	55.9% (118)	48.9 – 62.7	52.7% (118)	45.9 – 59.4	80.0% (72)	70.2 – 87.7

Abreviaturas. IC 95%: intervalo de confianza del 95%. Rango que indica la incertidumbre de la estimación y dentro del cual probablemente se encuentra el valor real.

Nota: el grupo alto se usó como referencia para calcular la diferencia estadística. Las comparaciones realizadas fueron grupo alto vs. grupo medio y grupo alto vs. grupo bajo.

En relación con las dimensiones que influyen en la atención sanitaria de las personas migrantes, los/as profesionales sociosanitarios/as mostraron niveles elevados de acuerdo en aquellas vinculadas a barreras estructurales y contextuales. Las puntuaciones medias más altas se registraron en las barreras comunicativas (Media = 4.56), la falta de conocimiento sobre el funcionamiento del sistema sanitario (Media = 4.25) y los factores socioeconómicos (Media = 4.09). Estos resultados son coherentes con la literatura previa, que vincula las dificultades idiomáticas y la baja alfabetización sanitaria con problemas de comunicación, menor adherencia a tratamientos y citas médicas, retrasos en la atención y un uso menos eficiente de los servicios sanitarios (Evenden, 2022; Khanal, 2025; Shahid, 2022).

Otras dimensiones, como la discriminación dentro del sistema ($M = 3.76$), el estigma asociado a determinados grupos migrantes ($M = 3.82$), la falta de confianza en el sistema sanitario ($M = 3.64$) y la identidad de género ($M = 3.49$), obtuvieron puntuaciones intermedias. Este patrón sugiere que los profesionales sociosanitarios/as reconocen de manera moderada la influencia de estos factores en la atención sanitaria, dando lugar a una posible infraidentificación de procesos más sutiles y relacionales. Sin embargo, este reconocimiento contrasta con la evidencia cualitativa, donde las personas migrantes identificaron estas dimensiones como barreras centrales que generaban emociones intensas – como vergüenza, culpa o resentimiento – condicionaban de forma significativa su experiencia asistencial y su relación con el sistema sanitario, dando lugar a estrategias de evitación, retrasos en la búsqueda de atención y autolimitación en la demanda de servicios. Esta divergencia apunta a una asimetría en la percepción entre profesionales sociosanitarios/as y personas migrantes, así como a una posible subestimación institucional de determinadas necesidades. Mientras que los/as profesionales sociosanitarios/as tienden a priorizar barreras estructurales y visibles, las personas migrantes otorgan un peso sustancial a dimensiones relacionales y simbólicas que afectan directamente a la confianza y a la percepción de un trato digno. Desde una perspectiva de salud pública, esta brecha resulta especialmente relevante, ya que las denominadas barreras “blandas”, como la discriminación o el estigma, tienen efectos acumulativos sobre la comunicación clínica, la adherencia a los tratamientos y la continuidad asistencial, tal como señalan la literatura existente (Hausmann et al., 2011; Klein et al., 2025).

Al comparar los resultados entre los niveles de contacto, se observó que no existían diferencias significativas en la mayoría de las dimensiones analizadas. Esto sugiere una percepción relativamente homogénea entre los/as profesionales sociosanitarios/as, independientemente de su nivel de contacto con población migrante. La dimensión que mostró la diferencia más clara entre grupos – con efectos de tamaño pequeño pero consistentes – fue la relativa a las diferencias culturales en salud. Los/as profesionales con un nivel de contacto alto percibieron que estas diferencias tenían un impacto más relevante en la atención sanitaria (Media = 4.25), en comparación con aquellos/as con un nivel de contacto bajo (Media = 3.92; efecto pequeño) y medio (Media = 3.99; efecto pequeño).

En consonancia con lo observado en las dimensiones de accesibilidad y aceptabilidad, las dimensiones que impactan en la atención sanitaria también reproducen la misma tendencia, lo que refuerza el hallazgo de que la experiencia sostenida de contacto con personas migrantes no solo influye en las actitudes, sino que también se traduce en una mayor conciencia sobre el papel de los factores culturales y en una integración más activa de enfoques culturalmente sensibles en la atención sanitaria. Este hallazgo es consistente con investigaciones previas que señalan que la competencia cultural no se adquiere exclusivamente a través de la formación formal, sino que constituye un proceso dinámico que se construye mediante la interacción continuada con poblaciones diversas, la reflexión crítica sobre la práctica profesional y la sensibilización personal (Lai et al., 2023; Lee et al., 2025; Young y Guo, 2020).



TABLA 10. GRADO DE ACUERDO EN DIMENSIONES QUE INFLUYEN EN LA ATENCIÓN SANITARIA

	Total	Contacto bajo		Contacto medio			Contacto alto	
	Media	Media	Efecto <i>d</i>	<i>p</i> -valor	Media	Efecto <i>d</i>	<i>p</i> -valor	Media
<i>Dimensiones de la atención sanitaria</i>								
Barreras comunicativas	4.56	4.6	0.01	0.956	4.52	-0.1	0.425	4.59
Falta de conocimiento del sistema	4.25	4.25	-0.1	0.424	4.19	-0.16	0.214	4.38
Discriminación dentro del sistema	3.76	3.76	-0.03	0.848	3.73	-0.02	0.905	3.83
Diferencias culturales en salud	4.01	3.92	-0.35	0.008	3.99	-0.28	0.032	4.25
Factores socioeconómicos	4.09	4.02	-0.12	0.351	4.12	-0.01	0.906	4.18
Falta de confianza en el sistema	3.64	3.62	0.08	0.524	3.67	0.15	0.264	3.63
Estigma asociado a grupos migrantes	3.82	3.79	-0.03	0.839	3.83	0.04	0.749	3.87
Edad	3.77	3.34	-0.02	0.899	3.41	0.06	0.653	3.37
Carga de cuidados	4.01	4.04	0	1	3.96	-0.05	0.685	4.03
Identidad de género	3.49	3.53	-0.03	0.811	3.44	-0.07	0.591	3.52

Abreviaturas. Efecto *d*: efecto *d* de Cohen. Medida de tamaño del efecto que indica la magnitud de la diferencia entre dos grupos, expresada en desviaciones estándar; *p*-valor: probabilidad asociada al contraste de hipótesis.

Nota: el grupo alto se usó como referencia para calcular el tamaño del efecto y la diferencia estadística. Las comparaciones realizadas fueron grupo alto vs. grupo medio y grupo alto vs. grupo bajo. La clasificación utilizada para valorar el tamaño del efecto fue: $d \approx 0.20$: efecto pequeño; $d \approx 0.50$: efecto medio/moderado; $d \approx 0.80$: efecto grande.

En cuanto al grado de consenso en las respuestas entre profesionales sociosanitarias dentro de cada grupo, se observó una importante variabilidad. Las barreras comunicativas, la falta de conocimiento del sistema sanitario y los factores socioeconómico presentan los niveles más elevados y consistentes de consenso en los tres grupos de profesionales.

Este hallazgo consolida la interpretación de que los factores estructurales constituyen un marco de referencia común entre los profesionales, siendo ampliamente reconocidos de manera transversal, con independencia del nivel de contacto que el/la profesional mantenga con la población migrante. En contraste, aquellas dimensiones vinculadas a procesos más relacionales y simbólicos (p.ej. discriminación dentro del sistema o estigma asociado a grupos) presentan niveles de consenso más bajos, pero igualmente homogéneos entre grupos de profesionales.

La única excepción se observa en la dimensión diferencias culturales en salud, con un consenso elevado en el grupo de profesionales con un nivel de contacto alto (84%) y porcentajes sensiblemente menores en los grupos de profesionales con niveles de contacto bajo (74%) y medio (66%). Esta diferencia sugiere que el nivel de contacto alto con población migrante favorece no solo un mayor reconocimiento de las diferencias culturales, sino también una mayor afinidad de percepciones entre los/as profesionales sociosanitarios/as (**Tabla 11**).

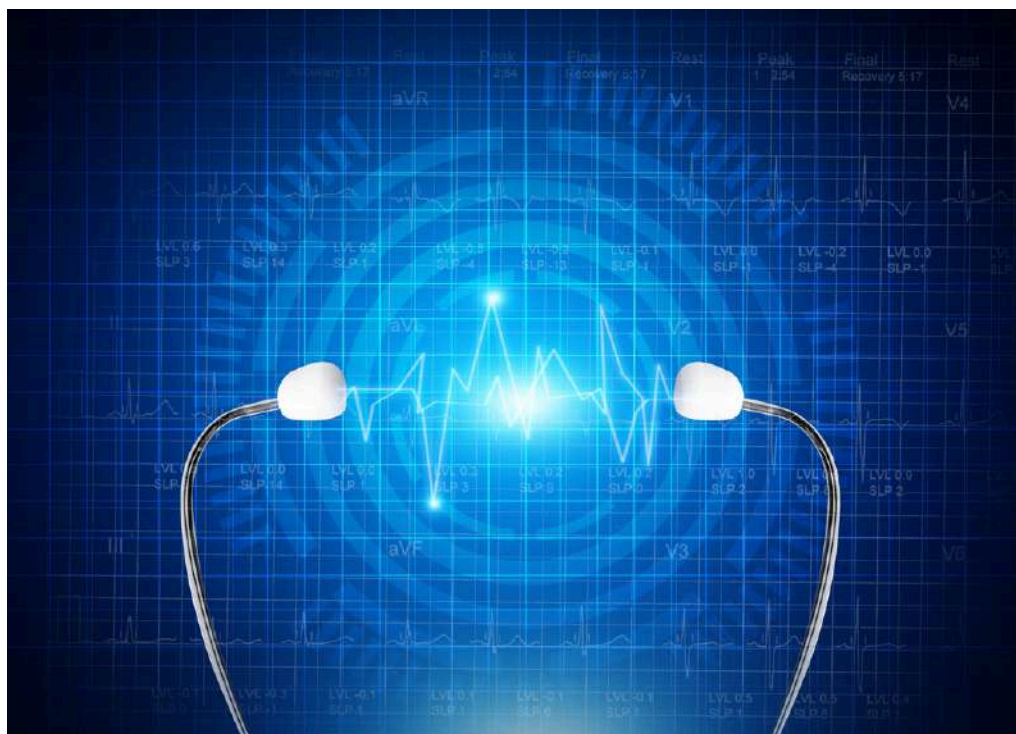


TABLA 11. CONSENSO INTRAGRUPPO EN DIMENSIONES QUE INFLUYEN EN LA ATENCIÓN SANITARIA

	Contacto bajo		Contacto medio		Contacto alto	
	% (n)	IC 95%	% (n)	IC 95%	% (n)	IC 95%
<i>Dimensiones atención sanitaria</i>						
Barreras comunicativas	91.9% (194)	87.4 – 95.2	90.6% (203)	86.0 – 94.1	86.7% (78)	77.9 – 92.9
Falta de conocimiento del sistema	84.8% (179)	79.3 – 89.4	77.7% (174)	71.7 – 83.0	83.3% (75)	84.0 – 90.4
Discriminación dentro del sistema	54.0% (114)	47.1 – 60.9	53.1% (119)	46.4 – 59.8	44.4% (40)	34.0 – 55.3
Diferencias culturales en salud	73.9% (156)	67.5 – 78.7	65.6% (147)	59.0 – 71.8	84.4% (76)	75.3 – 91.2
Factores socioeconómicos	73.9% (156)	67.5 – 80.0	75.4% (169)	69.3 – 80.9	82.2% (74)	72.7 – 89.5
Falta de confianza en el sistema	65.4% (138)	58.6 – 71.8	59.8% (134)	53.1 – 66.3	53.3% (48)	42.5 – 63.9
Estigma asociado a grupos migrantes	61.1% (129)	54.2 – 67.8	54.9% (123)	48.1 – 61.5	53.3% (48)	42.5 – 63.9
Edad	66.8% (141)	60.0 – 73.1	56.3% (126)	49.5 – 62.8	56.7% (51)	45.8 – 67.1
Carga de cuidados	75.8% (160)	69.5 – 81.4	51.8% (116)	45.0 – 58.5	74.4% (67)	64.2 – 83.1
Identidad de género	48.3% (102)	41.4 – 55.3	42.9% (96)	36.3 – 49.6	47.8% (43)	37.1 – 58.6

Abreviaturas. IC 95%: intervalo de confianza del 95%. Rango que indica la incertidumbre de la estimación y dentro del cual probablemente se encuentra el valor real.

El análisis de las dimensiones de la atención sanitaria pone de relieve una singular fragmentación del consenso de profesionales sociosanitarias en torno a aquellas relacionadas con procesos subjetivos, simbólicos y relacionales de la atención sanitaria – generalmente más invisibilizados que los estructurales. Mientras que las barreras estructurales generan acuerdos amplios y consensos estables, independientemente del nivel de contacto con personas migrantes, las dimensiones simbólicas o interpretativas presentan acuerdos medios y consensos bajos. Este hallazgo sugiere que estas barreras no están plenamente integradas en los marcos interpretativos compartidos por los/as profesionales.

Desde una perspectiva crítica, esta heterogeneidad puede interpretarse como un reflejo de la normalización institucional de ciertas prácticas y desigualdades, que dificulta el reconocimiento de formas de discriminación que no son explícitas o intencionales. Estudios previos han mostrado que los profesionales sanitarios tienden a identificar con mayor facilidad barreras externas o atribuibles al contexto del paciente, mientras que muestran mayor resistencia o ambivalencia a reconocer desigualdades producidas dentro del propio sistema sanitario (Correa et al., 2020; Daker-White et al., 2015; Job et al., 2022).

En resumen, la perspectiva de los/as profesionales sociosanitarios/as frente a las dimensiones que influyen en la accesibilidad, aceptabilidad y la atención sanitaria con las personas migrantes evidencia una brecha entre el reconocimiento de las barreras estructurales, ampliamente consensuadas, y aquellas simbólicas o interpretativas – que permanecen invisibilizadas o insuficientemente reconocidas entre los/as profesionales. Esta relación además indica que, en general, las dimensiones menos valoradas en términos de influencia son también aquellas sobre las que existe mayor heterogeneidad de percepciones entre los/as profesionales. Esta menor valoración media de determinadas dimensiones no refleja necesariamente un menor impacto real, sino más bien una infra identificación institucional de procesos más sutiles, que son difíciles de observar desde la posición de un/a profesional que se encuentra trabajando dentro del sistema sanitario. Se observaron algunas excepciones, como el impacto de las barreras accesibles y diferencias culturales en salud, donde se observa que la experiencia directa y continuada con población migrante contribuye a consolidar percepciones compartidas entre profesionales.

La existencia de esta brecha tiene implicaciones relevantes para el diseño de políticas y programas de mejora de la atención sanitaria, ya que las dimensiones con menor consenso tienden a quedar fuera de las intervenciones prioritarias. Esta divergencia entre la percepción profesional y la experiencia de las personas migrantes apunta a una asimetría estructural de poder y de interpretación del problema, en la que las barreras de carácter interpretativo y/o experiencia quedan relegadas frente a aquellas que pueden abordarse mediante soluciones técnicas o administrativas.

Abordar esta limitación requiere no solo formación técnica, sino también espacios de reflexión colectiva, incorporación sistemática de la voz de las personas migrantes y mecanismos institucionales que permitan visibilizar y problematizar experiencias de discriminación, estigma y desconfianza, como condición necesaria para avanzar hacia una atención sanitaria más equitativa y culturalmente sensible.

Desde una perspectiva de política sanitaria, estos hallazgos subrayan la necesidad de complementar las estrategias estructurales con intervenciones orientadas a fortalecer la capacidad adaptativa de los servicios de salud. La formación continuada, la mediación intercultural y la gratuidad constituyen condiciones necesarias, pero no suficientes para garantizar la aceptabilidad de la atención a personas migrantes. Resulta igualmente imprescindible promover entornos organizativos sensibles a la diversidad, capaces de integrar la experiencia profesional y de responder de manera flexible a las necesidades específicas de los distintos colectivos.

Esta limitación también está asociada con la baja aplicación de una perspectiva interseccional dentro del sistema sanitario como estrategia para poder mejorar la aceptabilidad. Dimensiones como que las mujeres migrantes pueden enfrentar barreras específicas (p. ej., carga de cuidados, normas culturales), que la edad debe ser tomada en cuenta para la atención sanitaria o que el contexto social, la precariedad residencial y movilidad son claves para entender la relación entre la población migrante y el sistema sanitario.

Otra particularidad que se subraya en los hallazgos es la necesidad de generar espacios seguros para la expresión y la participación, donde las personas migrantes puedan compartir experiencias sin temor. Esta propuesta se vincula a la idea de canalizar la voz de los usuarios en la mejora de los servicios y con la creación de entornos que reduzcan la desconfianza y el estigma desde una mirada interseccional que considere dimensiones como el género, la edad, el lugar de residencia o el contexto social (p. ej., precariedad residencial). Esta percepción también incluye el uso de otros recursos adaptados. Si bien la mayoría de los/as agentes clave indican conocerlos y aplicarlos de manera individual, la falta de información sobre la disponibilidad en los centros, las importantes carencias de formación específica y la no existencia de protocolos de promoción, uso y seguimiento evidenciaban que su implantación dentro del sistema sanitario no es sistemática ni homogénea. Ante esta particularidad, se refuerza la necesidad de intervenciones institucionales que combinen capacitación continua con una comunicación clara y cercana con las comunidades migrantes. En sus conclusiones, los/as agentes clave apuntaron hacia la urgencia de desarrollar políticas y planes regionales que integren dimensiones como la accesibilidad económica, la adaptabilidad organizativa y estrategias formativas que puedan garantizar un sistema sanitario más equitativo y sostenible.

4. CONCLUSIONES

Los hallazgos del estudio confirman que la accesibilidad de las personas migrantes al sistema sanitario – entendida como gratuidad y cobertura universal – no garantiza por sí sola la equidad real en el uso de los servicios sanitarios. La aceptabilidad emerge como un componente crítico del derecho a la salud, que exige reconocer y abordar dimensiones relacionales, simbólicas y culturales que condicionan la experiencia asistencial. La evidencia recogida muestra que las personas migrantes enfrentan barreras invisibles, como la discriminación implícita, la falta de escucha activa y la ausencia de mecanismos seguros para expresar quejas, que erosionan la confianza institucional y generan conductas de evitación del sistema sanitario. Este fenómeno no solo vulnera principios éticos, sino que compromete la efectividad y sostenibilidad del sistema, al incrementar riesgos de que se deteriore la relación médico-paciente (p. ej., comunicación menos efectiva, menor tono afectivo, y menor activación de la persona migrante durante la consulta), la adherencia terapéutica y la continuidad asistencial.

Desde una perspectiva interseccional, la interacción entre género, origen migrante y otros ejes de desigualdad amplifica la vulnerabilidad en el acceso y la calidad percibida de la atención. Las mujeres migrantes, por ejemplo, reportan una mayor frecuencia de experiencias discriminatorias y una mayor probabilidad de abandonar la atención sanitaria. Este patrón refuerza la necesidad de políticas que integren la diversidad como principio rector, evitando enfoques homogéneos que invisibilizan necesidades específicas.

Desde la perspectiva de los/as profesionales sociosanitarios/as, el estudio revela una tendencia clara a priorizar barreras estructurales – como requisitos administrativos, falta de recursos y procesos organizativos – frente a las dimensiones relacionales y simbólicas – trato digno, escucha activa – que las personas migrantes identifican como críticas. Aunque existe un consenso elevado sobre la importancia de la gratuidad, la mediación intercultural y la formación técnica en dimensiones culturales, las percepciones sobre discriminación, estigma y trato digno son más heterogéneas y menos integradas en los marcos interpretativos de los/as profesionales. Esta fragmentación refleja una normalización institucional de desigualdades y una dificultad para reconocer formas de discriminación implícitas, lo que limita la capacidad del sistema para garantizar una atención verdaderamente equitativa.

Por otro lado, el análisis también muestra que la experiencia directa y continuada con población migrante actúa como un factor modulador, aumentando la sensibilidad hacia barreras culturales y valorando más positivamente los recursos adaptados.

Este hallazgo refuerza la premisa de que la competencia cultural no se adquiere únicamente mediante formación, sino también a través de procesos dinámicos que combinan interacción, reflexión crítica y sensibilización personal. Sin embargo, la baja integración de la perspectiva interseccional en la práctica profesional y la escasa disponibilidad de herramientas y recursos institucionales para abordar estas dimensiones perpetúan la brecha entre accesibilidad formal y aceptabilidad real.

En este contexto, la creación de herramientas para incorporar la perspectiva de accesibilidad y aceptabilidad en los centros sanitarios se convierte en una prioridad estratégica. Estas herramientas deben cumplir una doble función: por un lado, facilitar la identificación y monitorización de barreras estructurales, relacionales y simbólicas; por otro, ofrecer recursos prácticos que permitan a los equipos profesionales adaptar sus prácticas a la diversidad cultural y social de la población. La experiencia recogida en este proyecto demuestra que la falta de protocolos, servicios de mediación intercultural y canales accesibles para la gestión de quejas perpetúa la exclusión simbólica y material de las personas migrantes. Por ello, avanzar hacia un sistema sanitario inclusivo requiere institucionalizar mecanismos que garanticen la participación activa de las personas usuarias, la transparencia en la gestión de conflictos y la formación continuada en competencia cultural.

Algunas acciones prioritarias que resultarían deseables serían:

- Sistemas de evaluación y monitorización que incluyan indicadores de aceptabilidad y experiencias de trato discriminatorio, incorporando la voz de las personas migrantes en los procesos de auditoría y mejora continua.
- Plataformas digitales y presenciales para la gestión segura de reclamaciones, que garanticen anonimato, accesibilidad lingüística y protección frente a represalias.
- Protocolos institucionales para la mediación intercultural y la interpretación lingüística, concebidos como recursos estructurales y no como medidas excepcionales.
- Programas de formación dinámica y reflexiva para profesionales sociosanitarios/as, orientados a desarrollar competencias culturales, identificar sesgos implícitos, aplicar enfoques interseccionales y el desarrollo de la inteligencia emocional en la práctica cotidiana.

Estas herramientas no deben entenderse como soluciones aisladas, sino como parte de una estrategia estructural orientada a la equidad, capaz de articular intervenciones y estrategias relacionales que fortalezcan la confianza de las personas migrantes y la legitimidad del sistema sanitario. Por ese motivo estas acciones concretas deben articularse en guías operativas que integren la perspectiva antropológica e interseccional en la atención sanitaria orientadas a construir un sistema sanitario más inclusivo, culturalmente competente y capaz de garantizar un trato digno, seguro y efectivo.

La incorporación sistemática de la perspectiva de aceptabilidad no solo mejoraría la experiencia de las personas migrantes, sino que contribuiría a la cohesión social, la eficiencia del sistema y la sostenibilidad de las políticas públicas de salud. Garantizar una atención sanitaria digna, segura y culturalmente competente exige transformar los centros sanitarios en espacios inclusivos, donde la diversidad sea reconocida como un valor y no como una barrera. La creación de guías específicas para integrar esta perspectiva constituye un paso imprescindible para avanzar hacia un modelo de salud pública que combine dimensiones como la justicia social, la eficacia técnica y el respeto a la diversidad y los derechos humanos.



5. BIBLIOGRAFÍA

- Arsenault, M., & Côté, D. (2025). *Immigrant mistrust in the healthcare setting: A thematic review*. Journal of Immigrant and Minority Health.
- Bartig, S., Biddle, L., Cumming, P., Marchitto, A., & Sommer, E. (2025). *Effect of perceived discrimination on health and healthcare utilization among international migrants in Europe: A systematic review*. European Journal of Public Health, 35(Supplement 6), ckaf180.124. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaf180.124>
- Bilican, S., Irfan, M., Cox, A., Salaets, H., Sabbe, M., & Schoenmakers, B. (2025). *Access to mental healthcare for refugees, asylum seekers and migrants: An umbrella review of barriers*. BMJ Open, 15, e096267. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-096267>
- Brizan-St. Martin, R., St. Martin, C., La Foucade, A., Sarti, F. M., & McLean, R. (2023). *An empirically validated framework for measuring patients' acceptability of health care in multi-island microstates*. Health Policy and Planning, 38(4), 464–473. <https://doi.org/10.1093/heapol/czad012>
- Bucyibaruta, J. B., Doriccah, M., Bamford, L., van der Wath, A. E., Dyer, T. A., Murphy, A., Gatabazi, P., Anokwuru, R. A., Muhire, I., Coetzee, C. A., Coetzee, H., & Musekiwa, A. (2023). *Building consensus in defining and conceptualizing acceptability of healthcare: A Delphi study*. Public Health Nursing, 40(2), 273–282. <https://doi.org/10.1111/phn.13153>
- Cimas, M., Gullon, P., Aguilera, E., Meyer, S., Freire, J. M., & Perez-Gomez, B. (2016). *Healthcare coverage for undocumented migrants in Spain: Regional differences after Royal Decree Law 16/2012*. Health Policy, 120(4), 384–395. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.02.005>
- Correa, V. C., Lugo-Agudelo, L. H., Aguirre-Acevedo, D. C., Contreras, J. A. P., Borrero, A. M. P., Patiño-Lugo, D. F., & Valencia, D. A. C. (2020). *Individual, health system, and contextual barriers and facilitators for the implementation of clinical practice guidelines: A systematic metareview*. Health Research Policy and Systems, 18(1), 74. <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00588-8>
- Daker-White, G., Hays, R., McSharry, J., Giles, S., Cheraghi-Sohi, S., Rhodes, P., & Sanders, C. (2015). *Blame the patient, blame the doctor or blame the system? A meta-synthesis of qualitative studies of patient safety in primary care*. PLoS ONE, 10(8), e0128329. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0128329>

- Dawson, S., Manderson, L., & Tallo, V. L. (1993). *A manual for the use of focus groups*. International Nutrition Foundation for Developing Countries.
- Delgado, A., Ruiz-Pérez, I., & Navarro-Mantas, L. (2023). *Barriers in access to healthcare for migrant women in Spain: A systematic review*. *Gaceta Sanitaria*, 37, 102277. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2022.102277>
- De Haro-García, J., & Caro, A. (2025). *Is public-private partnership a significant factor when achieving horizontal equity in public healthcare resources in Spain?* *International Journal of Health Planning and Management*, 40(5), 1093–1105. <https://doi.org/10.1002/hpm.3944>
- Díaz, E., Ortiz-Barreda, G., Ben-Shlomo, Y., Holdsworth, M., Salami, B., Rammohan, A., Chung, R. Y.-N., Padmadas, S. S., & Krafft, T. (2017). *Interventions to improve immigrant health: A scoping review*. *European Journal of Public Health*, 27(3), 433–439. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx001>
- Eizagirre, M., & Zabala, N. (2002). *Investigación-acción participativa (IAP)*. En K. Pérez de Armiño & J. Abrisketa Uriarte (Eds.), *Diccionario de acción humanitaria y cooperación al desarrollo*. Icaria.
- Evenden, R., Singh, N., Sornalingam, S., Harrington, S., & Paudyal, P. (2022). *Language barriers for primary care access in Europe: A systematic review*. *European Journal of Public Health*, 32(Supplement 3), ckac129.724. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac129.724>
- 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>
- Gentium. (2025). *Barreras en el acceso al Sistema Nacional de Salud a personas migrantes en situación irregular y en otras circunstancias de desprotección. Una contribución jurídico-práctica desde la perspectiva del marco normativo internacional y europeo*. <https://gentium.org/wp-content/uploads/2025/01/Informe-juridico-barreras-de-acceso-salud-publica.-31.1.25-GENTIUM-1.pdf>
- Gimeno-Feliu, L. A., Pastor-Sanz, M., Poblador-Plou, B., Calderón-Larrañaga, A., Díaz, E., & Prados-Torres, A. (2021). *Overuse or underuse? Use of healthcare services among irregular migrants in a north-eastern Spanish region*. *International Journal for Equity in Health*, 20(1), Article 41. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01373-3>

- Hausmann, L. R. M., Hannon, M. J., Kresevic, D. M., Hanusa, B. H., Kwoh, C. K., & Ibrahim, S.A. (2011). *Impact of Perceived Discrimination in Healthcare on Patient-Provider Communication*. *Medical Care*, 49(7), 626–633.
<http://doi.org/10.1097/MLR.0b013e318215d93c>
- Hofmann, B. (2025). *Addressing the overuse–underuse paradox in healthcare*. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 28(4), 679–692. <https://doi.org/10.1007/s11019-025-10287-2>
- Jiménez-Rubio, D., & Vall Castelló, J. (2020). *Limiting health-care access to undocumented immigrants: A wise option?* *Health Economics*, 29(8), 878–890.
<https://doi.org/10.1002/hec.4115>
- Job, C., Adenipekun, B., Cleves, A., & Samuriwo, R. (2022). *Health professionals' implicit bias of adult patients with low socioeconomic status (SES) and its effects on clinical decision-making: A scoping review protocol*. *BMJ Open*, 12(12), e059837.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-059837>
- Kaczynski, M. A., Benitez, G., Shehadeh, F., et al. (2025). *Perceived discrimination in the healthcare setting and medical mistrust: Findings from the Health Information National Trends Survey, 2022*. *Journal of General Internal Medicine*, 40, 2491–2498.
<https://doi.org/10.1007/s11606-025-09369-x>
- 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>
- Klein, J., Makowski, A. C., Dingoyan, D., & von dem Knesebeck, O. (2025). *Interpersonal discrimination experiences in outpatient care are associated with non-adherence: Results of a population survey in Germany*. *BMC Public Health*, 25, Article 23951.
<https://doi.org/10.1186/s12889-025-23951-2>
- Lai, D. W. L., Lee, V. W. P., & Ruan, Y. X. (2023). *Perspectives towards cultural competence and receptivity to cultural competence training: a qualitative study on healthcare professionals*. *Primary Health Care Research & Development*, 24, e40.
<https://doi.org/10.1017/S1463423623000245>
- Lee, Y., Sung, S., & Fan, X. (2025). *Cultural competency education for healthcare professionals: An umbrella review*. *BMC Medical Education*, 25, 1445.
<https://doi.org/10.1186/s12909-025-08008-7>

- Liu, M., Patel, V. R., Sandhu, S., Reisner, S., & Keuroghlian, A. S. (2024). *Health care discrimination and care avoidance due to patient–clinician identity discordance among sexual and gender minority adults*. *Annals of Family Medicine*, 22(4), 329–332. <https://doi.org/10.1370/afm.3130>
- Lurgain, J. G., Ouaarab-Essadek, H., Mellouki, K., Malik-Hameed, S., Sarif, A., Bruni, L., Rangel- Sarmiento, V., & Peremiquel-Trillas, P. (2024). *Exploring cultural competence barriers in the primary care sexual and reproductive health centres in Catalonia, Spain: Perspectives from immigrant women and healthcare providers*. *International Journal for Equity in Health*, 23, 206. <https://doi.org/10.1186/s12939-024-02290-5>
- McMahan, B., & Nichter, M. (2011). *Medical Anthropology*. In *Encyclopedia of Environmental Health* (pp. 274–281). <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-63951-6.00541-6>
- Médicos del Mundo. (2024). *III Informe de Barreras al Sistema Nacional de Salud en Poblaciones Vulnerables*. <https://www.medicosdelmundo.org/app/uploads/2024/12/III-INFORME-DE-BARRERAS.pdf>
- Médicos del Mundo. (2025). *Guía práctica para la incorporación del enfoque antropológico en los centros sanitarios*. <https://www.medicosdelmundo.org/actualidad/publicaciones/guias/guia-practica-para-la-incorporacion-del-enfoque-antropologico-en-los-centros-sanitarios/>
- Nong, P., Raj, M., Creary, M., Kardia, S. L. R., & Platt, J. E. (2020). *Patient-reported experiences of discrimination in the US health care system*. *JAMA Network Open*, 3(12), e2029650. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.29650>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Roadmap for access to medicines, vaccines and health products 2019–2023: Comprehensive support for access to medicines, vaccines and other health products*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. ISBN 978-92-4-151703-4
- Pattillo, M., Stieglitz, S., Angoumis, K., et al. (2023). *Racism against racialized migrants in healthcare in Europe: A scoping review*. *International Journal for Equity in Health*, 22, 201. <https://doi.org/10.1186/s12939-023-02014-1>
- Reid, P., Cormack, D., & Paine, S. J. (2019). *Colonial histories, racism and health – The experience of Māori and Indigenous peoples*. *Public Health*, 172, 119–124. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.03.027>

- Ruiz-Azarola, A., Escudero Carretero, M., López-Fernández, L. A., Gil García, E., March Cerdà, J. C., & López Jaramillo, D. (2020). La perspectiva de personas migrantes sobre el acceso a la atención sanitaria en el contexto de políticas de austeridad en Andalucía. *Gaceta Sanitaria*, 34(3), 261–267. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.09.006>
- Sekhon, M., Cartwright, M., & Francis, J. J. (2017). Acceptability of healthcare interventions: *An overview of reviews and development of a theoretical framework*. BMC Health Services Research. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12913-017-2031-8>
- Shahid, R., Shoker, M., Chu, L. M., Frehlick, R., Ward, H., & Pahwa, P. (2022). *Impact of low health literacy on patients' health outcomes: A multicenter cohort study*. BMC Health Services Research, 22, 1148. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08527-9>
- Thapa, K., & Saadi, A. (2025). *Perceived discrimination among refugees in the USA: Determinants and associations with healthcare utilization and self-rated health*. Journal of General Internal Medicine. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s11606-025-09788-w>
- Von dem Knesebeck, O., Dingoyan, D., Makowski, A., Klein, J., & Lüdecke, D. (2025). *Intersectional inequalities in interpersonal discrimination in outpatient care according to sex, history of migration, and income in Germany*. European Journal of Public Health. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaf162>
- Yong, A., & Germain, S. (2022). *Ethnic minority and migrant women's struggles in accessing healthcare during COVID-19: An intersectional analysis*. Journal for Cultural Research, 26(1), 65–82. <https://doi.org/10.1080/14797585.2021.2012090>
- Young, R., Ayiasi, R. M., Shung-King, M., & Morgan, R. (2020). *Health systems of oppression: applying intersectionality in health systems to expose hidden inequities*. Health Policy and Planning, 35(9), 1228–1230. <https://www.jstor.org/stable/48618538>
- Young, S., & Guo, K. L. (2020). *Cultural diversity training: The necessity of cultural competence for health care providers and in nursing practice*. Health Care Management, 39(2), 100–108. <https://doi.org/10.1097/HCM.0000000000000294>
- Zajdel, R. A., Rodriguez, E. J., Mejía, R., & Pérez-Stable, E. J. (2025). *Perspectives on the intersection of race and ethnicity, immigration status, and sexual and gender minoritised status among clinical and scientific workforces in Latin America*. The Lancet Regional Health – Americas, 41, 100975. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100975>

6. ANEXOS

6.1. ANEXO I. ENCUESTA ONLINE A PROFESIONALES DE LA SALUD: ACEPTABILIDAD A PERSONAS MIGRANTES

Estimado/a profesional de la salud, le invitamos a participar en este cuestionario en línea, cuyo objetivo es explorar los conocimientos, actitudes y prácticas en la atención sanitaria a personas migrantes. El tiempo estimado para completar el cuestionario es de aproximadamente 10 - 15 minutos. Su colaboración contribuirá significativamente al conocimiento científico y a la mejora de la atención sanitaria prestada a las personas migrantes en el Sistema Nacional de Salud. Muchas gracias.

Consentimiento informado

Antes de comenzar le rogamos que lea la siguiente información:

- Su participación en esta investigación es completamente voluntaria. En cualquier momento, puede negarse a responder o abandonar el cuestionario sin que esto le suponga perjuicio alguno.
- Todas las respuestas que proporcione serán anónimas y tratadas de manera confidencial.
- Como participante, tiene derecho a acceder a la información sobre el tratamiento de los datos que se recaben en este estudio.

Sus datos serán tratados por MÉDICOS DEL MUNDO ESPAÑA (C/ Conde de Vilches, 15. 28028. Madrid, España). Para ejercer derechos de acceso, rectificación, limitación, portabilidad, cancelación u oposición: rgpd@medicosdelmundo.org

1. Acepto participar en la investigación y confirmo que he leído y comprendido la información proporcionada (marque una opción):

1 = Sí

2 = No

Datos Sociodemográficos

2. Género (marque una opción):

1 = Hombre

2 = Mujer

3 = No binario

4 = Prefiero no responder

5 = Otras

3. Edad (marque una opción):

- 1 = De 18 a 29 años
- 2 = De 30 a 39 años
- 3 = De 40 a 49 años
- 4 = De 50 a 59 años
- 5 = 60 años o más
- 6 = Prefiero no responder

4. Ciudad y provincia en la que desempeña su actividad profesional

5. Tipo de Centro en el que trabaja (marque una opción):

- 1 = Hospital
- 2 = Centro de salud / Atención Primaria
- 3 = Centro de especialidades
- 4 = Unidad de salud mental
- 5 = Urgencias
- 1.= ONG / Centro de atención a migrantes

6. Años de experiencia profesional en el ámbito sanitario (aproximado)

7. Profesión (marque una opción):

- 1 = Médico/a
- 2 = Enfermero/a
- 3 = Psicólogo/a
- 4 = Trabajador/a social
- 5 = Matrona/matrón
- 6 = Técnico/a en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE)
- 7 = Fisioterapeuta
- 8 = Farmacéutico/a
- 9 = Administración
- 10 = Otras

8. Nivel de contacto con pacientes migrantes en su práctica diaria (marque una opción):

- 1 = Alto (más del 50% de mis pacientes son migrantes)
- 2 = Medio (entre el 25% y el 50%)
- 3 = Bajo (menos del 25%)
- 4 = No trabajo con pacientes migrantes

Práctica clínica – Aceptabilidad con personas migrantes

9. ¿Conoce la necesidad de que los servicios sanitarios sean culturalmente apropiados y respetuosos con la diversidad de género, edad y origen cultural de los pacientes? (concepto de "aceptabilidad" en el derecho a la salud) (marque una opción):

- 1 = Sí, lo conozco y lo aplico en mi práctica profesional
- 2 = Sí, lo conozco pero no lo aplico en mi trabajo
- 3 = No, pero me gustaría aprender sobre ello
- 4 = No, nunca he oído hablar de este concepto

10. ¿Hay en su lugar de trabajo alguna guía, protocolo, recurso, folleto, etc. que facilite la atención sanitaria a personas migrantes? (marque una opción):

- 1 = Sí
- 2 = No
- 3 = Desconozco

11. ¿Está familiarizado/a con los siguientes recursos, medidas y enfoques utilizados para mejorar la atención sanitaria a la población migrante? (seleccione las opciones con las que esté familiarizado/a; máximo 7):

- 1 = Mediación intercultural en salud
- 2 = Uso de intérpretes o herramientas de traducción en consultas
- 3 = Adaptación de los servicios a las necesidades específicas de la población migrante
- 4 = Programas de formación para profesionales sanitarios sobre atención intercultural
- 5 = Protocolos de atención para casos de violencia de género en mujeres migrantes
- 6 = Estrategias de promoción de la salud dirigidas a colectivos migrantes
- 7 = No estoy familiarizado/a con estos enfoques

12. ¿Conoce cómo las diferencias culturales pueden influir en la percepción de la salud y la enfermedad? (Por ejemplo, creencias sobre el dolor o uso de remedios tradicionales)

- 1 = Sí, lo conozco y lo aplico en mi práctica profesional
- 2 = Sí, lo conozco pero no lo aplico en mi trabajo
- 3 = No, pero me gustaría aprender sobre ello
- 4 = No, nunca he oído hablar de este concepto

Percepción: atención y aceptabilidad de personas migrantes

En relación con el acceso de las personas migrantes a la atención sanitaria en España, indique su nivel de acuerdo con las siguientes afirmaciones (Escala Likert):

13.1. Toda persona, independientemente de su origen o situación administrativa, debería recibir atención sanitaria gratuita y de calidad en España.

- 1 = Totalmente en desacuerdo
- 2 = Muy en desacuerdo
- 3 = Ni desacuerdo ni de acuerdo
- 4 = Muy de acuerdo
- 5 = Totalmente de acuerdo

13.2. La atención sanitaria a personas migrantes representa una carga adicional para el sistema de salud.

- 1 = Totalmente en desacuerdo
- 2 = Muy en desacuerdo
- 3 = Ni desacuerdo ni de acuerdo
- 4 = Muy de acuerdo
- 5 = Totalmente de acuerdo

13.3. Es necesario ofrecer formación específica a los profesionales sanitarios sobre atención intercultural en salud.

- 1 = Totalmente en desacuerdo
- 2 = Muy en desacuerdo
- 3 = Ni desacuerdo ni de acuerdo
- 4 = Muy de acuerdo
- 5 = Totalmente de acuerdo

13.4. La atención sanitaria en España está bien adaptada a las necesidades culturales de la población migrante.

- 1 = Totalmente en desacuerdo
- 2 = Muy en desacuerdo
- 3 = Ni desacuerdo ni de acuerdo
- 4 = Muy de acuerdo
- 5 = Totalmente de acuerdo

13.5. El uso de mediadores/as interculturales y traductores/as mejora la calidad de la atención a pacientes migrantes.

- 1 = Totalmente en desacuerdo
- 2 = Muy en desacuerdo
- 3 = Ni desacuerdo ni de acuerdo
- 4 = Muy de acuerdo
- 5 = Totalmente de acuerdo

13.6. En mi centro de trabajo, hay una preocupación real por garantizar la equidad en salud para todas las personas.

- 1 = Totalmente en desacuerdo
- 2 = Muy en desacuerdo
- 3 = Ni desacuerdo ni de acuerdo
- 4 = Muy de acuerdo
- 5 = Totalmente de acuerdo

13.7. Es necesario contar con servicios de salud específicos para mujeres migrantes, incluyendo atención ginecológica y obstétrica con enfoque intercultural.

- 1 = Totalmente en desacuerdo
- 2 = Muy en desacuerdo
- 3 = Ni desacuerdo ni de acuerdo
- 4 = Muy de acuerdo
- 5 = Totalmente de acuerdo

13.8. Las barreras culturales y de idioma afectan de forma desigual a mujeres y hombres migrantes en la atención sanitaria.

- 1 = Totalmente en desacuerdo
- 2 = Muy en desacuerdo
- 3 = Ni desacuerdo ni de acuerdo
- 4 = Muy de acuerdo
- 5 = Totalmente de acuerdo

13.9. Hay requisitos legales o administrativos que dificultan el acceso al sistema sanitario a personas migrantes.

- 1 = Totalmente en desacuerdo
- 2 = Muy en desacuerdo
- 3 = Ni desacuerdo ni de acuerdo
- 4 = Muy de acuerdo
- 5 = Totalmente de acuerdo

13.10. La distancia, el lugar de residencia o los horarios de atención pueden impedir un acceso efectivo a la atención sanitaria.

- 1 = Totalmente en desacuerdo
- 2 = Muy en desacuerdo
- 3 = Ni desacuerdo ni de acuerdo
- 4 = Muy de acuerdo
- 5 = Totalmente de acuerdo

¿En qué medida considera que los siguientes factores influyen en la atención sanitaria que reciben las personas migrantes? (Escala Likert):

14.1. Barreras lingüísticas y dificultades en la comunicación.

- 1 = No influye en absoluto
- 2 = Influye muy poco
- 3 = Influencia moderada
- 4 = Influye bastante
- 5 = Influye mucho

14.2. Falta de conocimiento sobre el sistema de salud por parte de la población migrante.

- 1 = No influye en absoluto
- 2 = Influye muy poco
- 3 = Influencia moderada
- 4 = Influye bastante
- 5 = Influye mucho

14.3. Discriminación o prejuicios dentro del sistema sanitario.

- 1 = No influye en absoluto
- 2 = Influye muy poco
- 3 = Influencia moderada
- 4 = Influye bastante
- 5 = Influye mucho

14.4. Diferencias culturales en la percepción de la salud y la enfermedad.

- 1 = No influye en absoluto
- 2 = Influye muy poco
- 3 = Influencia moderada
- 4 = Influye bastante
- 5 = Influye mucho

14.5. Factores socioeconómicos (falta de recursos para pagar medicamentos o transporte).

- 1 = No influye en absoluto
- 2 = Influye muy poco
- 3 = Influencia moderada
- 4 = Influye bastante
- 5 = Influye mucho

14.6. Falta de confianza de las personas migrantes en el sistema sanitario debido a experiencias previas de discriminación.

- 1 = No influye en absoluto
- 2 = Influye muy poco
- 3 = Influencia moderada
- 4 = Influye bastante
- 5 = Influye mucho

14.7. Estigma social asociado a ciertas comunidades migrantes.

- 1 = No influye en absoluto
- 2 = Influye muy poco
- 3 = Influencia moderada
- 4 = Influye bastante
- 5 = Influye mucho

14.8. La carga de cuidados que asumen muchas mujeres migrantes limita su acceso a la atención sanitaria.

- 1 = No influye en absoluto
- 2 = Influye muy poco
- 3 = Influencia moderada
- 4 = Influye bastante
- 5 = Influye mucho

14.9. La edad de las personas migrantes influye en su acceso a los servicios sanitarios.

- 1 = No influye en absoluto
- 2 = Influye muy poco
- 3 = Influencia moderada
- 4 = Influye bastante
- 5 = Influye mucho

14.10. Ser personas transexual o transgénero migrantes afecta a la atención recibida.

- 1 = No influye en absoluto
- 2 = Influye muy poco
- 3 = Influencia moderada
- 4 = Influye bastante
- 5 = Influye mucho

15. En su opinión, ¿qué medidas ayudarían a mejorar la atención sanitaria a la población migrante? (ordene estas opciones de más importantes a menos):

- 1 = Mayor formación de los profesionales en competencia cultural e interculturalidad
- 2 = Incorporación de mediadores interculturales en los centros sanitarios
- 3 = Traducción y adaptación de la información de salud a diferentes idiomas
- 4 = Eliminación de barreras administrativas y requisitos legales en el acceso a la sanidad
- 5 = Mayor sensibilización en el sistema sanitario sobre desigualdades en salud
- 6 = Creación de protocolos específicos para atención a mujeres migrantes en situación de violencia de género
- 7 = Adaptación de horarios de atención para personas con trabajos precarios o sin permiso laboral
- 8 = No considero que sea necesario mejorar la atención a población migrante
- 9 = Facilitar horarios y el acceso (transporte público por ejemplo)

16. ¿Qué cambios propondrías para mejorar la atención sanitaria a personas migrantes?

6.2. ANEXO II. CUESTIONARIO PERCEPCIÓN DE PERSONAS MIGRANTES - ACEPTABILIDAD SERVICIOS DE SALUD

Bienvenida/o a la entrevista sobre experiencias en el sistema de salud. Te invitamos a participar en esta entrevista que forma parte de una investigación que busca conocer las experiencias en la atención sanitaria de personas migrantes y recoger propuestas de mejora. Antes de comenzar, queremos explicarte algunos puntos importantes:

- Tu participación es completamente voluntaria. Puedes decidir no participar, no responder a alguna pregunta o terminar la entrevista en cualquier momento, sin necesidad de justificarte y sin que esto te perjudique en nada.
- El cuestionario será confidencial y anónima. No se registrará tu nombre ni ningún dato que permita identificarte. La información que compartas se usará solo con fines de investigación, y se tratará de forma segura conforme a la normativa vigente de protección de datos.
- Tus respuestas son importantes, pero tú decides lo que quieres contar. No estás obligado/a a hablar de nada que te haga sentir incómodo/a.
- El tiempo estimado es entre 30-45 minutos.

Tu participación ayudará a mejorar la atención que reciben las personas migrantes en el sistema de salud.

1. ¿Aceptas participar en la investigación y confirmas que has leído y comprendido la información proporcionada?

1 = Sí

2 = No

2. ¿Estás completando usted mismo este formulario o acompañado/a por personas de Médicos del Mundo?

1 = Sí, estoy yo solo/a completando online el formulario

2 = No estoy acompañado/a por personas Médicos del Mundo

Datos básicos del entrevistado/a. Sociodemográfico

Tus respuestas serán confidenciales y se utilizarán para mejorar los servicios.

Agradecemos su tiempo y colaboración en este estudio. Muchas Gracias

3. Género

- 1 = Mujer
- 2 = Hombre
- 3 = No binario
- 4 = Prefiero no contestar

4. Situación laboral y/o estudiantil

- 1 = Empleado/a
- 2 = Autónomo/a
- 3 = Trabajo irregular
- 4 = Desempleado
- 5 = Estudiante
- 6 = Prefiero no contestar

5. Edad

- 1 = De 18 a 29 años
- 2 = De 30 a 39 años
- 3 = De 40 a 49 años
- 4 = De 50 a 59 años
- 5 = 60 años o más
- 6 = Prefiero no contestar

6. Situación administrativa

- 1 = Nacionalidad española (y/o en proceso)
- 2 = Regular (con tarjeta de residencia)
- 3 = Irregular (con pasaporte)
- 4 = Solicitante de protección internacional/asilo y refugio
- 5 = En proceso de regularización
- 6 = Prefiero no contestar

7. País y ciudad/municipio de origen

8. ¿Cuál es tu origen étnico o cultural? (autoidentificación) Nota: La clasificación es una referencia utilizada por Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (OHCHR) y la UNESCO.

1 = Personas negras / Personas afrodescendientes

2 = Personas gitanas / del pueblo gitano / romaní

3 = Personas caucásicas/blancas

4 = Personas indígenas / pueblos originarios

5 = Personas asiáticas / Personas del sudeste asiático / Personas del sur de Asia

6 = Personas árabes / Personas del Magreb

7 = Prefiero no contestar

8 = Otras

9. Código postal de tu lugar de residencia actual (si desconoces el código postal puede indicarnos la calle o barrio y municipio de residencia)

Experiencias y percepción en atención/aceptabilidad en servicios de salud

Queremos conocer tu experiencia cuando acudes a cualquier centro de salud/hospital/centro especializado sanitario. No hay respuestas correctas o incorrectas.

10. ¿Nos puedes comentar qué centro/s de atención sanitaria (centro de salud, especialidades, hospital, atención sociosanitaria de organizaciones...) has acudido en España en los últimos años?

11. ¿Has tenido dificultades para ser atendido/a? Si es así, ¿cuáles? ¿En qué situación?

12. ¿Cómo percibiste la atención recibida? ¿Fue adecuada? ¿Por qué crees que fue adecuada (o no adecuada)?

Cuando vas o has ido al centro de salud/hospital o atención sanitaria especializada en España, indícanos la frecuencia que has percibido de las siguientes situaciones:

13. He sido tratado/a de forma justa y respetuosa.

- 1 = Nunca
- 2 = Alguna vez
- 3 = Normalmente
- 4 = Siempre
- 5 = NS/NC

14. He notado que el personal sanitario o administrativo hizo suposiciones (estereotipos y prejuicios) o tuvo actitudes discriminatorias hacia mí

- 1 = Nunca
- 2 = Alguna vez
- 3 = Normalmente
- 4 = Siempre
- 5 = NS/NC

15. Mi color de piel, religión, mi forma de vestir o mi acento han influido en cómo me han tratado

- 1 = Nunca
- 2 = Alguna vez
- 3 = Normalmente
- 4 = Siempre
- 5 = NS/NC

16. He sentido que he recibido peor atención médica en comparación con otras personas.

- 1 = Nunca
- 2 = Alguna vez
- 3 = Normalmente
- 4 = Siempre
- 5 = NS/NC

17. Me han dicho que ciertos problemas de salud eran “comunes” o “normales” en mi país o continente.

- 1 = Nunca
- 2 = Alguna vez
- 3 = Normalmente
- 4 = Siempre
- 5 = NS/NC

18. Se me ha permitido participar en las decisiones sobre mi tratamiento

- 1 = Nunca
- 2 = Alguna vez
- 3 = Normalmente
- 4 = Siempre
- 5 = NS/NC

19. Me explicaron el tratamiento como si no pudiera entenderlo o sin darme opciones

- 1 = Nunca
- 2 = Alguna vez
- 3 = Normalmente
- 4 = Siempre
- 5 = NS/NC

20. Sentí que estaban esperando que agradeciese la atención médica recibida, aunque sea deficiente

- 1 = Nunca
- 2 = Alguna vez
- 3 = Normalmente
- 4 = Siempre
- 5 = NS/NC

21. Me he sentido tratado/a de forma racista

- 1 = Nunca
- 2 = Alguna vez
- 3 = Normalmente
- 4 = Siempre
- 5 = NS/NC

22. ¿Cómo fue la atención recibida por el personal de administración?

23. ¿Cómo fue la comunicación cuando explicaste tus síntomas o preocupaciones? ¿Pudiste explicarte sin problemas? ¿Entendiste todo? ¿Te sentiste comprendido/a?

24. ¿Tuviste problemas para comunicarte por el idioma/dialecto/acento? Si es sí, ¿te ofrecieron intérprete (en caso de otro idioma) u otro tipo de apoyo?

25. ¿Conoces casos en tu entorno en los que se haya negado atención, retrasado tratamientos o maltratado a personas por su origen, rasgos o apariencia física?
26. ¿Has sentido discriminación por tu género, edad y/o nivel económico en la atención sanitaria? Si es afirmativo ¿nos puedes comentar la situación?
27. ¿Has dejado de acudir a un servicio de salud por "miedo" a un trato inadecuado y/o por otras razones? Explica el por qué
28. ¿Has puesto alguna reclamación y/o denuncia ante el trato recibido en algún servicio de salud? Si es afirmativo, explícanos la situación.

Propuestas de mejora. Reparación y cambio.

En este apartado se pide que la persona entrevistada proponga mejoras para una atención sanitaria adecuada a personas migrantes

29. ¿Qué haría que fueras con más confianza a recibir una atención sanitaria?
30. ¿Qué cambios propondrías para que la atención sanitaria sea más justa, inclusiva y antirracista?
31. ¿Algún comentario o sugerencia?

6.3. ANEXO III. GUIONES DE GRUPOS FOCALES A PERSONAS MIGRANTES Y AGENTES CLAVE

Agentes clave

1. ¿Conocéis el concepto de aceptabilidad de los servicios de salud? ¿nos los puedes explicar? ¿habéis trabajado con este concepto?
2. Creéis que desde los servicios de salud (entendidos como atención primaria, atención especializada, atención hospitalaria y urgencias) ponen a disposición recursos y/o servicios adaptados a las necesidades de las personas migrantes que acuden?
3. ¿Qué necesidades de los migrantes que afecten a la aceptabilidad en los servicios no están siendo atendidas?
4. ¿Qué propondrías para que estas necesidades no cubiertas sean atendidas?
5. ¿Creéis que todas las culturas son atendidas de igual manera? Si os parece que no, ¿cómo se podría mejorar?
6. ¿Creéis que el género influye en la forma en la que las personas migrantes son atendidas? Si os parece que no, ¿cómo se podría mejorar?
7. ¿Consideráis que los servicios de salud están adaptados a las diferentes edades y procesos vitales? Si os parece que no, ¿cómo se podría mejorar?
8. ¿Sabéis de algún otro elemento cultural o social que deba de tenerse en cuenta a la hora de abordar de la aceptabilidad en los servicios de salud? ¿Cómo se podría mejorar?

Personas migrantes

A partir de un análisis preliminar de las respuestas en las entrevistas de personas migrantes se han extraído estas posibles preguntas, en donde querríamos profundizar en cuatro temas principales:

1. Con respecto al personal de administración:

- ¿Qué esperaríais de su actitud/comportamiento? ¿Y qué experiencias habéis tenido?
- ¿Cómo os habéis sentido tratados/as por el personal administrativo?
- ¿Creéis que vuestro tu color de piel, acento, género, país de origen o situación legal ha influido en el trato recibido?
- Si cuando estabais siendo atendidos/as y no compartíais el mismo idioma ¿Habéis sentido que la otra persona ha hecho un esfuerzo para comunicarse con vosotros? ¿Cómo os sentisteis tanto si se esforzó como si no?

2. Con respecto al personal de sanitario:

- ¿Qué esperaríais de su actitud/comportamiento? ¿Y qué experiencias habéis tenido?
- ¿Cómo os habéis sentido tratados/as por el personal sanitario?
- ¿Creéis que vuestro tu color de piel, acento, género, país de origen o situación legal ha influido en el trato recibido?
- Si cuando estabais siendo atendidos/as y no compartíais el mismo idioma ¿Habéis sentido que la otra persona ha hecho un esfuerzo para comunicarse con vosotros? ¿Cómo os sentisteis tanto si se esforzó como si no?

3. Con respecto al personal de servicios sociales:

- ¿Qué esperaríais de su actitud/comportamiento? ¿Y qué experiencias habéis tenido?
- ¿Cómo os habéis sentido tratados/as por el personal administrativo?
- ¿Creéis que vuestro tu color de piel, acento, género, país de origen o situación legal ha influido en el trato recibido?
- Si cuando estabais siendo atendidos/as y no compartíais el mismo idioma ¿Habéis sentido que la otra persona ha hecho un esfuerzo para comunicarse con vosotros? ¿Cómo os sentisteis tanto si se esforzó como si no?

4. Asistencia y uso del sistema sanitario

- ¿Habéis dejado de acudir a los servicios de salud por el trato recibido? ¿Cómo fue vuestra experiencia y cómo os sentisteis?
- ¿Qué se podría hacer para mejorar el uso de los servicios de salud?

6.4. ANEXO IV. NOTAS METODOLÓGICAS

En los cuestionarios a personas migrantes se buscó identificar diferencias en función del género, utilizando para ello la prueba chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher para variables categóricas y la prueba t de Student o su alternativa no paramétrica, la prueba de Mann-Whitney, para variables numerales. También se buscó evaluar el impacto de haber sufrido situaciones discriminatorias (variable dependiente), y para ello se construyeron modelos estadísticos logísticos univariados con las variables dejar de asistir a los servicios de salud (0 = no he dejado de asistir; 1 = he dejado de asistir) y usar de los canales de queja/reclamación/denuncia (0 = no los he usado; 1 = los he utilizado) como variables independientes. Además, se diseñaron modelos logísticos multivariados incorporando las siguientes variables potencialmente confusoras que en base a estudios previos se pensaba que podían influir en la relación entre la variable dependiente e independiente mencionada previamente: género (0 = hombre; 1 = mujer) y situación administrativa (0 = regular; 1 = irregular).

En el caso de los cuestionarios con profesionales sociosanitarios/as, se buscó identificar diferencias en las valoraciones en función del nivel auto percibido de contacto con personas migrantes en su práctica diaria por los profesionales aplicando la prueba t de Student o su alternativa no paramétrica, la prueba de Mann-Whitney. Además, los valores medios reportados en las escalas Likert fueron ajustados por la interacción de tres variables potencialmente confusoras: género (0 = hombre; 1 = mujer), especialidad (1 = enfermería; 2 = medicina; 3 = otras) y tipo de servicio (1 = atención primaria; 2 = atención hospitalaria; 3 = otros). Se utilizaron estimaciones robustas de errores estándar para calcular los p-valores intervalos de confianza.

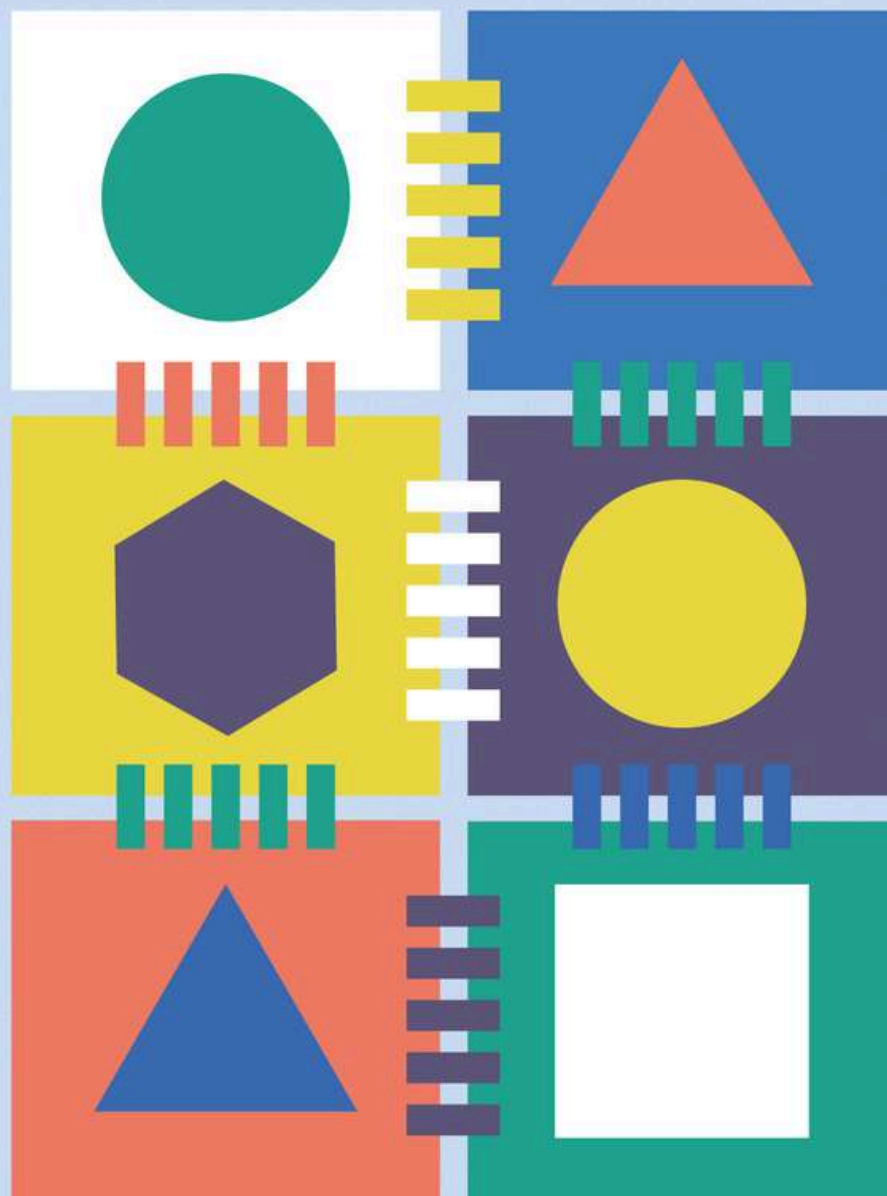
También, se calculó el indicador d de Cohen's para expresar el tamaño del efecto entre el grupo alto y los grupos medio y bajo. Este estadístico indica cuán grande es la diferencia entre dos grupos, más allá de si esa diferencia es estadísticamente significativa. Generalmente, se utiliza para evaluar la relevancia práctica de esa diferencia, expresándola en unidades de desviación estándar, según la siguiente clasificación:

- $d \approx 0.20$: efecto pequeño
- $d \approx 0.50$: efecto medio/moderado
- $d \approx 0.80$: efecto grande

Adicionalmente, se evaluó el grado de consenso/acuerdo intragrupo entre profesionales sociosanitarios/as en las dimensiones asociadas a la accesibilidad y aceptabilidad sanitaria y en las dimensiones que influyen en la atención sanitaria. Para ello se calculó el porcentaje de respuestas de los participantes que se encontraban dentro de un rango de ± 1 punto alrededor de la media del grupo. Este rango se eligió considerando que, en escalas tipo Likert de 1 a 5, una desviación de un punto respecto a la media refleja una variación mínima en la percepción de los participantes, asumiendo que las respuestas dentro de este intervalo pueden considerarse homogéneas o son coherentes entre sí. De este modo, el porcentaje obtenido proporciona una estimación directa de la cohesión o concordancia interna de cada grupo en relación con cada dimensión evaluada.

La justificación para aplicar este enfoque radica en que, al tratarse de escalas ordinales, no siempre es adecuado asumir intervalos estrictamente iguales ni calcular correlaciones tradicionales para una sola variable. Por ello, el porcentaje de respuestas cercanas a la media representa una medida intuitiva y fácilmente interpretable del grado de acuerdo intragrupo, reflejando cuán concentradas o dispersas están las percepciones de los participantes en torno al valor promedio.

MÉDICOS DEL MUNDO



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO
Y AGENDA 2030



POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL