

# INFORME DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ACCIÓN PARTICIPATIVA

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



**MÉDICOS  
DEL MUNDO**



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL  
Y MIGRACIONES

SECRETARÍA DE ESTADO  
DE MIGRACIONES

DIRECCIÓN GENERAL  
DE GESTIÓN MIGRATORIA



Financiado por  
la Unión Europea

## **Autoría:**

Médicos del Mundo 2025

## **Diseño y maquetación:**

Documfy

## **Proyecto financiado por:**

La Dirección General de Gestión Migratoria y cofinanciado por fondos de la Unión Europea a través del Fondo Social Europeo plus (FSE+)



## **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 ha sido posible gracias a la participación y generosidad de las personas migrantes y de las y los profesionales sociosanitarios que colaboraron en las distintas fases de la investigación. Sus aportaciones e intercambios permitieron profundizar en las necesidades de ambos perfiles, validar los conocimientos contruidos colectivamente en los talleres participativos e identificar recomendaciones para fortalecer la aceptabilidad en la atención sanitaria dirigida a personas migrantes. A todas ellas, nuestro agradecimiento por compartir su tiempo, sus experiencias y sus propuestas de cambio.

Queremos reconocer también el compromiso del personal contratado y voluntario de Médicos del Mundo que trabaja en las sedes autonómicas implicadas en el proyecto (Andalucía, Baleares, Cataluña, Extremadura, Navarra, Madrid y Melilla). Su amplia trayectoria en intervención directa y la relación de confianza que construyen día a día han hecho posible crear espacios seguros donde las personas migrantes se han sentido legitimadas para expresarse y ser escuchadas.

Expresamos también nuestro agradecimiento especial a la Dra. Consuelo Giménez Pardo, vocal de Gestión del Conocimiento, y al Dr. José Miguel Rodríguez Ferrer, vocal de Innovación de Médicos del Mundo, por sus aportaciones durante todo el proceso de investigación y en la elaboración y revisión de este informe.

Finalmente, expresamos nuestro agradecimiento a la Dirección General de Gestión Migratoria de España y al Fondo Social Europeo Plus por subvencionar proyectos destinados a la defensa de los derechos humanos de las personas extranjeras, así como a favorecer la convivencia y la cohesión social.



# CONTENIDO

|                                                                                            |                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| <b>LISTADO DE TABLAS Y FIGURAS</b>                                                         | <b><u>04</u></b> |
| <b>RESUMEN EJECUTIVO</b>                                                                   | <b><u>05</u></b> |
| <b>1. INTRODUCCIÓN</b>                                                                     | <b><u>09</u></b> |
| 1.1. ¿Cómo entender el racismo?                                                            | <u>09</u>        |
| 1.2. El racismo como determinante social de la salud                                       | <u>13</u>        |
| 1.3. Radiografía del racismo en España                                                     | <u>15</u>        |
| 1.4. Justificación del estudio                                                             | <u>18</u>        |
| <b>2. METODOLOGÍA</b>                                                                      | <b><u>19</u></b> |
| 2.1. Objetivo del estudio, diseño y fases de investigación                                 | <u>19</u>        |
| 2.2. Diseño de las herramientas y análisis de datos                                        | <u>22</u>        |
| <b>3. RESULTADOS</b>                                                                       | <b><u>24</u></b> |
| 3.1. La aceptabilidad en el sistema sanitario: dimensiones y desafíos                      | <u>24</u>        |
| 3.2. Formas y dimensiones de la discriminación en la atención sanitaria                    | <u>31</u>        |
| 3.3. El impacto de la discriminación en la relación con el sistema sanitario               | <u>40</u>        |
| 3.4. La atención a personas migrantes desde la perspectiva del personal<br>socio sanitario | <u>42</u>        |
| 3.5. Prioridades para acercar la atención sanitaria a las personas migrantes               | <u>46</u>        |
| <b>4. CONCLUSIONES</b>                                                                     | <b><u>51</u></b> |
| <b>5. BIBLIOGRAFÍA</b>                                                                     | <b><u>54</u></b> |
| <b>6. ANEXOS</b>                                                                           | <b><u>61</u></b> |
| 6.1. Anexo I. Guion taller vivencial personas migrantes                                    | <u>61</u>        |
| 6.2. Anexo II. Guion taller vivencial profesionales socio sanitarios/as                    | <u>63</u>        |
| 6.3. Anexo III. Guion taller cruce de saberes                                              | <u>64</u>        |
| 6.4. Anexo IV. Guion entrevista a expertos/as en antirracismo                              | <u>68</u>        |

# LISTA DE TABLAS Y FIGURAS

## Listado de tablas y figuras

Tabla 1. [Tipología de racismos y su funcionamiento en el sistema sanitario](#)

Tabla 2. [Prioridad de acciones para mejorar la atención sanitaria desde la aceptabilidad.](#)

Figura 1. [Esquema de las fases del proyecto](#)

Figura 2. [Organización de categorías en los talleres de cruces de saberes](#)

# RESUMEN EJECUTIVO

Esta investigación tiene como objetivo central explorar, desde un enfoque antirracista, de género e interseccional, diferentes dimensiones estructurales, relacionales y simbólicas relacionadas con la aceptabilidad del sistema sanitario español hacia las personas migrantes. Para ello se diseñó un estudio cualitativo de carácter participativo en el que participaron expertos/as en antirracismo, personas migrantes y profesionales sociosanitarios/as.

Esta investigación parte de la premisa que propone el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas de que la aceptabilidad constituye una dimensión central del derecho a la salud y no puede entenderse únicamente como la posibilidad formal de acceder a los servicios sanitarios, sino como la capacidad del sistema sanitario para generar vínculos de confianza entre pacientes y profesionales, ofrecer una atención comprensible y respetuosa (p.ej. sensible a dimensiones como el género y la edad), y adaptarse a la diversidad social, cultural y lingüística de la población a la que atiende (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000).

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

Desde esta perspectiva, la aceptabilidad emerge como un proceso bidireccional de integración y consenso, en el que no solo las personas migrantes deben adaptarse al funcionamiento del sistema sanitario, sino en el que el propio sistema debe transformarse activamente para incorporar diferentes formas de entender, vivir y expresar la salud, la enfermedad y el cuidado.

Los resultados muestran que el sistema sanitario español presenta importantes carencias estructurales que dificultan la aplicación real y sistemática del principio de aceptabilidad. Entre las limitaciones más destacadas se encuentran la insuficiencia de recursos humanos y materiales, la ausencia de protocolos homogéneos en atención intercultural y la implementación fragmentaria de dispositivos de apoyo. Aunque existen herramientas como la mediación intercultural o los servicios de teletraducción, estas no forman parte de una estrategia institucional sólida y sostenida; dependen en gran medida de la iniciativa individual de ciertos profesionales o de la sensibilidad de equipos directivos concretos. Esta dependencia provoca desigualdades significativas entre territorios y centros sanitarios, impidiendo que las buenas prácticas se integren en el funcionamiento ordinario del sistema.

La aceptabilidad, entendida como la adecuación ética, cultural y social de los servicios sanitarios a las necesidades y valores de las personas usuarias, implica que la atención sea respetuosa, culturalmente pertinente y sensible al género y al ciclo vital. Este principio exige que la organización sanitaria garantice condiciones que favorezcan una relación asistencial basada en la confianza, el respeto mutuo y la eliminación de barreras culturales y comunicativas. Cuando la transformación necesaria para garantizar la aceptabilidad no se implementa de manera estructural, sistemática y continuada, se genera una brecha profunda entre el acceso normativo reconocido formalmente y la experiencia real de las personas usuarias. Esta distancia tiene efectos directos sobre la continuidad asistencial y sobre la confianza en las instituciones públicas, especialmente entre colectivos culturalmente diversos o en situación de vulnerabilidad.

Además, los recursos orientados a favorecer la aceptabilidad suelen activarse de forma puntual y reactiva, principalmente para resolver conflictos o situaciones de alta complejidad. Esta mirada instrumental limita su potencial transformador e impide emplearlos para tareas fundamentales como la formación del personal, la revisión de procedimientos administrativos o la adaptación de circuitos asistenciales. En consecuencia, el sistema pierde la oportunidad de utilizar estos recursos como palancas para prevenir barreras, mejorar la calidad de la atención y promover cambios estructurales duraderos.

Desde la perspectiva de las personas migrantes se observa que encuentran dificultades para establecer una relación sostenida con el sistema debido a experiencias de incomprensión, trato inadecuado, barreras comunicativas o discriminación. Estas vivencias afectan a la percepción de legitimidad del sistema sanitario como espacio

seguro y de cuidado, y condicionan la forma en que las utilizan los servicios sanitarios. Una parte sustancial de las experiencias de discriminación percibidas por las personas migrantes se concentra en el ámbito administrativo, principal puerta de entrada al sistema sanitario. Las trabas burocráticas, la exigencia de documentación de forma inconsistente, la invalidación del dolor o de la necesidad de atención y la percepción de trato poco amable generan sentimientos de frustración, indefensión y desconfianza. Estas prácticas no solo dificultan el acceso efectivo a los servicios, sino que transmiten de manera implícita un cuestionamiento del derecho a la atención sanitaria.

Estas experiencias discriminatorias no son casuales, sino que son sostenidas en el tiempo, provocando un fuerte impacto en cómo las personas migrantes hacen uso del sistema sanitario. Por un lado, algunas personas migrantes desarrollan estrategias de evitación, retrasando o limitando el uso de los servicios sanitarios a situaciones consideradas estrictamente graves, como forma de autoprotección frente a un sistema percibido como hostil o poco receptivo. Por otro lado, el otro perfil de personas migrantes continúa utilizando el sistema, pero adoptan estrategias de negación defensiva, como acudir solo a determinados profesionales, solicitar acompañamiento o evitar determinados canales de acceso. En ambos casos, emerge un patrón común de resignación y retraimiento comunicativo que empobrece la relación clínica, limita la expresión de necesidades y dificulta la adherencia terapéutica.

Desde la perspectiva de los/as profesionales sociosanitarios/as, las dificultades para ofrecer una atención aceptable y culturalmente adaptada se explican en gran medida por factores estructurales. La sobrecarga asistencial, las agendas saturadas, el escaso tiempo disponible por consulta y la presión organizativa constante limitan la capacidad de los/as profesionales para ofrecer una atención centrada en la persona. Este contexto favorece un modelo de atención orientado a la resolución rápida de las citas, reduciendo el espacio para la escucha activa, la empatía y el abordaje integral de los determinantes sociales y culturales de la salud.

Asimismo, la limitada formación reglada, continua y obligatoria en materias como migración, interculturalidad, diversidad cultural y derechos humanos dificulta que los/as profesionales puedan adquirir competencias en aceptabilidad. La formación existente suele ser puntual, voluntaria y dependiente de la iniciativa individual, y no se ve acompañada de incentivos institucionales.

En resumen, los resultados de esta investigación muestran que la aceptabilidad en el sistema sanitario español sigue siendo limitada, fragmentaria y desigual para las personas migrantes. La ausencia de una estrategia institucional integral, la dependencia de recursos aislados y la falta de inversión sostenida impiden que la aceptabilidad se consolide como un eje central de las políticas sanitarias. Estas carencias no solo generan desigualdades en el acceso efectivo a la atención, sino que erosionan la confianza en el sistema y profundizan procesos de exclusión social.

Desde una perspectiva de acción para las organizaciones sociales y del tercer sector, estos resultados subrayan la importancia de situar la aceptabilidad en el centro de la agenda de incidencia política y social. Avanzar hacia un sistema sanitario más inclusivo requiere políticas explícitas, financiación adecuada, protocolos claros, formación obligatoria y la institucionalización efectiva de recursos como la mediación intercultural y la traducción profesional.

La aceptabilidad no debe entenderse como un complemento, sino como una condición indispensable para garantizar el derecho a la salud, la equidad y la cohesión social en contextos de diversidad cultural. Construir un sistema sanitario que no solo permita el acceso, sino que acoja, escuche y reconozca a todas las personas como sujetos de derechos, constituye un reto ineludible para las instituciones públicas y una línea estratégica de actuación para aquellas entidades comprometidas con la justicia social.



# 1. INTRODUCCIÓN

## 1.1. ¿CÓMO ENTENDER EL RACISMO?

En 1965, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OHCHR) definió el racismo como una práctica que vulnera gravemente los derechos humanos, prohibida por los principales instrumentos internacionales. En este sentido, el racismo comprendería cualquier distinción, exclusión o preferencia basada en raza, color de piel, origen nacional o étnico que tenga por efecto limitar el ejercicio igualitario de derechos y libertades. Esta definición enfatiza que toda doctrina de superioridad racial es científicamente falsa, moralmente condenable y socialmente peligrosa, constituyendo una amenaza para la cohesión social y la dignidad de las personas (Naciones Unidas, 1965). Sin embargo, para comprender el racismo en toda su complejidad, es necesario ir más allá de las actitudes individuales y considerar sus dimensiones ideológicas, estructurales y genealógicas.

Desde la perspectiva ideológica, autores como Claude Lévi-Strauss, describieron el racismo como una ideología que transforma la diversidad humana en una jerarquía (atribuyendo valores absolutos a diferencias biológicas o culturales) que busca justificar la dominación y exclusión de ciertos grupos social (Lévi-Strauss, 1993). Desde esta postura, el principal peligro del racismo subyacía en ideologías como la teoría evolucionista y el racismo científico. La teoría evolucionista surgió a finales del siglo XIX bajo la premisa de que todas las sociedades humanas atravesaban una secuencia universal de etapas (salvajismo, barbarie y civilización) donde la cultura occidental representaba el estadio más avanzado del desarrollo humano y otras culturas eran consideradas primitivas. Por otro lado, el racismo científico pretendía fundamentar la superioridad de determinadas razas mediante la premisa de que las diferencias fenotípicas implicaban desigualdades intelectuales y morales. Ambos postulados se fundamentan en un determinismo histórico que interpreta la diversidad cultural como grados de progreso, en lugar de reconocer su importancia. Trabajos como los llevados a cabo por el antropólogo Franz Boas sirvieron para introducir el principio de relativismo cultural y demostrar que las diferencias físicas entre grupos humanos no determinaban sus capacidades intelectuales ni culturales y que las culturas no eran entidades estáticas, sino sistemas en constante interacción (Boas, 1911). Sin embargo, actualmente estos principios siguen vigentes dentro en el cambio de la biomedicina en prácticas como la exclusión de poblaciones racializadas en ensayos clínicos o la falsa idea de que ciertos grupos “resisten más el dolor” (Hoffman et al., 2016).

Desde un enfoque estructural, el sociólogo Michel Foucault plantea que el racismo no es únicamente una actitud individual o una ideología, sino un dispositivo estructural inscrito en los estados modernos y la lógica del biopoder.<sup>1</sup> En sus análisis sobre el funcionamiento del poder, Foucault sugiere que el racismo es usado por los gobiernos como una estrategia que permite introducir una división jerárquica dentro de la población, legitimando la exclusión y la eliminación de ciertos grupos sociales a través de los sentimientos de pertenencia y las jerarquías sociales. Por lo tanto, desde esta perspectiva, los estados modernos fragmentarían la sociedad en subgrupos diferenciados, atribuyendo a algunos la categoría de amenaza para la integridad de la nación, justificando esta exclusión por medio de dimensiones culturales, históricas y sociales (Foucault, 1992).

En el ámbito sanitario, esta perspectiva se refleja en políticas que perpetúan una distribución desigual de los recursos sanitarios, concentrando los hospitales y centros sanitarios con mayor equipamiento y personal especializado en zonas urbanas privilegiadas mientras que los barrios con alta población migrante o racializada cuentan con menos recursos, menor disponibilidad de especialistas y tiempos de espera más largos (Gee y Ford, 2011; Yearby, 2020). Esta desigualdad no responde a necesidades epidemiológicas, sino a decisiones históricas y políticas que priorizan a ciertos grupos sociales, perpetuando brechas en acceso y calidad asistencial.

Por último, desde la perspectiva genealógica, autores como Talal Asad o Edward Said se centran en estudiar el imaginario colectivo para explicar de qué forma ciertos estereotipos raciales y culturales circulan socialmente y se reproducen. La producción de estereotipos de grupos culturales como apacibles o beligerantes no surge de percepciones espontáneas, sino de discursos diseminados por tradiciones históricas, medios de comunicación y políticas nacionales. Para la corriente genealógica, la atribución de rasgos morales o temperamentales a ciertos grupos culturales funciona dentro del imaginario colectivo para normalizar distinciones y jerarquías y facilitar políticas diferenciadas y el trato desigual ante instituciones. Por estos motivos, esta corriente enfatiza la necesidad de estudiar las prácticas que materializan estos estereotipos – medios de comunicación, educación, burocracias – y no solo las ideas declaradas (Asad, 2003; Said, 1978). En el ámbito sanitario, este enfoque se manifiesta en campañas de prevención que asocian ciertas enfermedades infecciosas (como tuberculosis o VIH) con poblaciones migrantes o grupos étnicos específicos (Samnani et al., 2024; Smith et al., 2021).

---

<sup>1</sup> Biopoder se define como la forma de poder que, según Michel Foucault, surge en la modernidad y se centra en gestionar la vida de las poblaciones buscando una optimización de la vida colectiva. Esto se conseguiría regulando procesos biológicos como salud, natalidad, longevidad y seguridad o articulando disciplinas y estrategias individuales de control sobre los cuerpos.

Estas narrativas no surgen de datos objetivos, sino de discursos históricos y mediáticos que construyen a estos colectivos como “amenaza” para la población general, reforzando estereotipos racistas y legitimando políticas de control y vigilancia (p.ej. cribados obligatorios, restricciones de movilidad).

Actualmente, el concepto de raza se entiende como un constructo social, no como una categoría biológica. Esto implica que no existe una base científica que justifique dividir a los seres humanos en grupos raciales con capacidades, comportamientos o valores distintos. La idea de raza surgió históricamente como un mecanismo para clasificar y jerarquizar a los seres humanos a partir de rasgos visibles, como el color de piel o ciertos fenotipos faciales. Aunque estas categorías carecen de fundamento biológico, han tenido efectos muy reales al estructurar desigualdades, sostener estereotipos y justificar formas de discriminación. Por ello, hacer mención a la idea de raza no está relacionado con describir diferencias naturales entre grupos humanos, sino analizar cómo las sociedades construyen a través del tiempo significados particulares sobre esas diferencias y cómo estas definiciones influyen en las relaciones de poder, en la distribución de recursos y en la experiencia cotidiana de las personas.

Teniendo presente la multidimensionalidad del concepto de racismo, se pueden distinguir ocho tipos de racismo. La **Tabla 1** presenta estas categorías de racismo con características y ejemplos concretos orientados al funcionamiento del sistema sanitario:

**TABLA 1. TIPOLOGÍA DE RACISMOS  
Y SU FUNCIONAMIENTO EN EL SISTEMA SANITARIO**

| TIPO                                  | CARACTERÍSTICAS                                                                                       | EJEMPLOS                                                                                                                       |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Racismo individual                    | Actitudes y conductas discriminatorias de profesionales hacia pacientes por motivos raciales/étnicos. | Trato despectivo en consultas; menor tiempo dedicado a pacientes racializados; uso de lenguaje ofensivo.                       |
| Racismo institucional                 | Normas y prácticas en instituciones sanitarias que generan desigualdad sistemática.                   | Protocolos que excluyen idiomas minoritarios; falta de intérpretes; criterios de acceso que desfavorecen a migrantes.          |
| Racismo estructural                   | Organización social y económica que reproduce desigualdades en salud.                                 | Brechas en mortalidad materna; menor acceso a seguros médicos; concentración de hospitales en zonas privilegiadas.             |
| Racismo cultural                      | Jerarquización basada en supuestas inferioridades culturales en hábitos de salud.                     | Estigmatización de prácticas tradicionales; culpabilización de pacientes por costumbres alimentarias.                          |
| Racismo científico                    | Uso histórico de teorías pseudocientíficas para justificar desigualdades en salud.                    | Ensayos clínicos sin consentimiento en poblaciones racializadas; teorías sobre resistencia al dolor en ciertos grupos.         |
| Racismo simbólico                     | Representaciones mediáticas y discursos que influyen en políticas sanitarias.                         | Publicidad que invisibiliza minorías; narrativas que asocian enfermedades con grupos específicos.                              |
| Racismo blanco / Supremacía blanca    | Centralidad de la blancura en estándares médicos y protocolos.                                        | Uso exclusivo de parámetros biomédicos basados en población blanca; sesgos en algoritmos de riesgo.                            |
| Racismo autopercebido / internalizado | Adopción por pacientes racializados de estereotipos negativos sobre su salud.                         | Evitar acudir a servicios por miedo a discriminación; preferencia por médicos blancos; rechazo de lengua materna en consultas. |

**Fuente:** Elaboración propia a partir de las tipologías elaboradas por Levy Strauss, Focault, Asad y Said.

## 1.2. EL RACISMO COMO DETERMINANTE SOCIAL DE LA SALUD

Los determinantes sociales de la salud se definen como aquellas condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y que influyen de manera decisiva en su salud, bienestar y calidad de vida. Estos incluyen factores como el nivel socioeconómico, la educación, el empleo, la vivienda, el entorno físico o el acceso a servicios sanitarios. Es importante tener en cuenta que estos determinantes no son meramente individuales, sino que reflejan estructuras sociales y políticas que generan y cronifican desigualdades en salud entre diferentes grupos poblacionales. A la hora de abordar los determinantes sociales que impactan negativamente en la atención sanitaria por parte de las personas migrantes y racializadas, la literatura científica presenta seis barreras principales centradas en los determinantes sociales de la salud que enfrentan las personas racializadas para acceder al sistema sanitario (Nguyen et al., 2020; Winters et al., 2018):

- Barreras legales y administrativas: falta de documentación o estatus migratorio irregular, políticas restrictivas que limitan el acceso a servicios públicos, complejidad en los trámites para registrarse en el sistema sanitario.
- Barreras económicas: costos elevados de atención y medicamentos, ausencia de seguros médicos o cobertura insuficiente, inestabilidad laboral que dificulta pagar servicios.
- Barreras lingüísticas y culturales: dificultades para comunicarse con el personal sanitario, falta de intérpretes y materiales en idiomas diversos, diferencias culturales en la percepción de la salud y la enfermedad.
- Barreras informativas: desconocimiento sobre derechos y servicios disponibles, información insuficiente o inaccesible para migrantes.
- Barreras estructurales y organizativas: escasez de servicios adaptados a las necesidades de migrantes, horarios inflexibles y largas listas de espera, falta de formación del personal en competencia cultural.
- Barreras psicosociales: miedo a la deportación o a ser denunciado, discriminación y racismo en entornos sanitarios, estigma asociado a la condición migratoria.

Aunque las formas de racismo y discriminación y racismo en la atención sanitaria varían según el tiempo y el lugar, las raíces estructurales se encuentran atravesadas por las lógicas históricas de poder y la dificultad de entender la diversidad cultural más allá de la integración forzada de las minorías. Problemáticas como el acceso limitado a la atención sanitaria, la falta de diversidad en el personal sanitario, la existencia de sistemas de salud que no tienen en consideración las necesidades de los grupos minoritarios y la existencia de prácticas discriminatorias, sesgos implícitos, estereotipos y decisiones que no garantizan la igualdad de trato dificultan que las personas migrantes y racializadas acudan a los centros sanitarios. La propia Organización Mundial de la Salud (OMS) advierte que el racismo y la discriminación son determinantes sociales que contribuyen a brechas en mortalidad, morbilidad y bienestar a través de múltiples mecanismos: limita el acceso a recursos sanitarios; genera estrés crónico; y condiciona la calidad y aceptabilidad de la atención sanitaria (Organización Mundial de la Salud, 2022).

El racismo implícito dentro del sistema sanitario actúa como barrera para el acceso a la atención sanitaria en tanto que aquellas poblaciones que perciben racismo tienden a evitar los entornos sanitarios por temor a exponerse a experiencias racistas (Burnes et al., 2004; Reid et al., 2019; Truong et al., 2022). Esto tiene un impacto negativo en tanto que diferentes mecanismos de reproducción del racismo estructural en los sistemas sanitarios (p.ej. protocolos ciegos ante la diversidad cultural, subinversión en servicios de atención primaria en zonas con alta concentración de minorías racializadas) perpetúan desigualdades y se vinculan a peores resultados en salud, mayor carga de enfermedad, menor acceso a tratamiento o abordaje de la salud mental y menor esperanza de vida en poblaciones racializadas (Bailey et al., 2017).

Reconocer el racismo como un determinante social de la salud es fundamental para comprender la urgencia de abordarlo dentro del sistema sanitaria y garantizar la aceptabilidad. El concepto de aceptabilidad se refiere al grado en que los servicios de salud son culturalmente apropiados, respetuosos con la dignidad, creencias y valores de las personas, y libres de discriminación. La aceptabilidad implica no solo que los servicios de salud estén disponibles y accesibles, sino que la atención que se brinda en ellos sea percibida como adecuada y segura por quienes la reciben independientemente de su género, edad, trayectoria vital o contexto social y comunitario. En este sentido, la aceptabilidad debe entenderse como uno de los pilares fundamentales del derecho a la salud, junto con la disponibilidad y la accesibilidad (Organización Mundial de la Salud, 2019).

La aceptabilidad constituye un componente crítico de la calidad percibida, factor que determina el uso efectivo de los servicios sanitarios y la confianza en las instituciones. Para lograrlo, es necesario ir más allá de intervenciones individuales y actuar sobre las dimensiones estructurales y normativas que configuran los sistemas de salud. Esto incluye revisar prácticas institucionales, marcos regulatorios y modelos de gobernanza que perpetúan inequidades. Sin una transformación profunda orientada a la justicia social, las acciones se limitan a mitigar efectos inmediatos sin modificar las causas, perpetuando ciclos de exclusión y vulnerabilidad que comprometen la sostenibilidad del sistema sanitario, la equidad, y la justicia en salud en un contexto de diversidad y pluralidad cultural.

### 1.3. RADIOGRAFÍA DEL RACISMO EN ESPAÑA

Durante el último lustro, España ha combinado avances normativos y en políticas públicas con una persistencia de desigualdades y episodios discriminatorios en ámbitos clave de la vida cotidiana. Esta tensión entre progreso formal e inequidad real se aprecia al analizar, de forma conjunta, los datos oficiales sobre delitos e incidentes de odio, las encuestas de percepción de discriminación y las experiencias reportadas por organizaciones sociales. En este periodo, el racismo se manifiesta como fenómeno multifacético que incluye agresiones e incidentes tipificados y también barreras de acceso, discriminación indirecta y trato institucional que, si bien rara vez llega a convertirse en denuncia, sí condiciona oportunidades y salud.

La última encuesta sobre “Actitudes hacia la inmigración” (Centro de Investigaciones sociológicas, 2017) muestra que tan solo el 2% de la población reconoce abiertamente que era racista. Sin embargo, también el 61% consideraba que el número de personas inmigrantes en España era excesivo y el 51% percibían que las personas migrantes hacían un uso abusivo de la sanidad pública (Centro de Investigaciones Sociológicas, 2017). El estudio de González-Enriquez y Rinken (2021), que analiza estas tendencias de cambio en la percepción de las personas migrantes en España, describe que, si bien el incremento de las actitudes negativas había sido ligero, la polarización entre los extremos políticos ha aumentado significativamente, propiciado por fenómenos sociales como los efectos de la pandemia producida por el COVID-19, el tratamiento mediático de las llegadas a las costas españolas y de las islas canarias de migración irregular y, sobre todo, el auge de discursos de odio amplificadas desde tribunas institucionales (González-Enriquez y Rinken, 2021).

Este aumento de los delitos de odio ha tenido un impacto claro en la sociedad española. Los datos oficiales de delitos e incidentes de odio de 2024 registraron un total 1.955 hechos, con 804 (41%) vinculados a racismo/xenofobia (Muniesa et al., 2024). Estas cifras ilustran una carga significativa del odio racializado en el conjunto de incidentes registrados a nivel nacional. Sin embargo, una lectura más profunda del problema requiere considerar que los hechos conocidos dependen de la denuncia, de la detección institucional y de la clasificación, por lo que constituyen una aproximación mínima al fenómeno.

Las encuestas de percepción permiten ampliar el foco hacia la discriminación cotidiana y los entornos donde se concentra. Un estudio del Consejo para la Eliminación de la Discriminación Racial o Étnica situó el porcentaje de la discriminación percibida por origen racial/étnico en el 33% (Suso et al., 2025). Los ámbitos con mayor incidencia de estos problemas son la vivienda (28%), los espacios públicos (22%) y el ámbito policial (20%). Este patrón sugiere que la discriminación por racismo en España se concentra, sobre todo, en recursos y derechos (vivienda) y en la interacción con instituciones y control social (Suso et al., 2025). En cuanto a los grupos más afectados, otras fuentes señalan una exposición importante en personas negras/afrodescendientes, población gitana, personas musulmanas o percibidas como tales, y migrantes del Norte de África, América Latina y África subsahariana (Federación de Asociaciones de SOS Racismo, 2025). Este perfil es coherente con los patrones descritos en informes europeos de derechos fundamentales, que sitúan el racismo y la xenofobia como problemas persistentes en la Unión Europea y advierten de su impacto diferencial sobre minorías étnicas y personas racializadas (Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea 2021; 2023).

En el sistema sanitario, la evidencia reciente subraya que el racismo y la discriminación operan tanto en el acceso formal como en la calidad del proceso asistencial. En 2024, la Sociedad Española de Epidemiología alertó de la existencia de manifestaciones de discriminación racial en la sanidad pública española, incluyendo menor esfuerzo diagnóstico, trabas administrativas y menor prescripción o derivación, con efectos potenciales en morbilidad, mortalidad prematura y confianza en el sistema (Sociedad Española de Epidemiología, 2024). Este planteamiento conecta con otros análisis del sistema sanitario español que ponen de manifiesto cómo el análisis de las desigualdades en salud ha sido tradicionalmente limitado (datos e indicadores escasos), pasando a invisibilizar diferentes procesos de exclusión asociados al racismo y discriminación (González-Rábago et al., 2024). Un reciente análisis del racismo como un determinante estructural de la salud dentro del sistema sanitario español pone de manifiesto la existencia de barreras de acceso, sesgos en la atención, deficiencias en la

recogida de datos y marcos normativos obsoletos que afectan de forma sistemática a personas migrantes y racializadas (Bee et al., 2025). De manera análoga, otro estudio basado en la Encuesta Nacional de Salud 2017, señala que la población inmigrante utiliza menos la atención primaria y especializada que la población autóctona, especialmente en clases medias-bajas y bajas, y muestra diferencias en actividades preventivas como mamografías o vacunación antigripal. Estas desigualdades se explican por factores combinados como la precariedad laboral, las barreras administrativas, las dificultades lingüísticas, los horarios incompatibles, las experiencias previas de discriminación y una menor confianza institucional (Santamaría-Rodríguez et al., 2025).

En conjunto, la evidencia disponible en el contexto español muestra que, pese a los avances normativos y al reconocimiento formal de la igualdad de trato, el racismo y la discriminación continúan operando en España a través de mecanismos estructurales e institucionales que generan desigualdades persistentes. Los datos sobre delitos de odio, las encuestas de percepción, los informes de organizaciones sociales y la literatura científica revelan una brecha entre la protección jurídica y la experiencia cotidiana de las personas racializadas y migrantes. Además, la proliferación y normalización de estereotipos, prejuicios y/o actitudes racistas hacia las personas migrantes y racializadas implica que un cierto número de personal de los centros sanitarios puedan guiarse por imágenes preconcebidas de cómo es la vida y/o el estado de salud de las personas que atienden. Esta brecha se manifiesta no solo en agresiones e incidentes denunciados, sino también en barreras de acceso, trato diferencial y discriminación indirecta en el sistema sanitario. Estas dinámicas discriminatorias tienen implicaciones relevantes para la equidad, la confianza institucional y los resultados en salud. Por estos motivos, abordar de forma efectiva estas desigualdades requiere avanzar hacia estrategias que reconozcan explícitamente el racismo como un determinante estructural e incorporen evidencia orientada a promover intervenciones intersectoriales que garanticen una igualdad real y efectiva en derechos y oportunidades.



## 1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Desde hace 35 años, Médicos del Mundo trabaja en España acompañando a personas y colectivos en situación de vulnerabilidad y defendiendo el ejercicio efectivo del derecho a la salud. Esta labor, desarrollada desde la intervención directa, la incidencia política y la producción de conocimiento, ha permitido constatar que las barreras en el acceso a la atención sanitaria se expresan también en la forma en que las personas migrantes y racializadas son atendidas, escuchadas y tratadas dentro del sistema sanitario.

El miedo a la discriminación, las experiencias previas de trato desigual o la percepción de que el sistema sanitario no responde a sus necesidades sociales, culturales o lingüísticas son problemas que viven a diario personas migrantes y racializadas, rompiendo el vínculo con las instituciones sanitarias e impactando negativamente en la salud física y mental de las personas, especialmente en contextos de precariedad y exclusión social. Por estos motivos, Médicos del Mundo entiende que garantizar el derecho a la salud no puede limitarse a asegurar la disponibilidad o la accesibilidad de los servicios. Es imprescindible incorporar el principio de aceptabilidad, entendido como la capacidad del sistema sanitario para ofrecer una atención respetuosa con la dignidad de las personas, culturalmente adecuada, libre de discriminación y percibida como segura por quienes la reciben. La aceptabilidad es un elemento esencial de la calidad asistencial y un requisito indispensable para que el acceso sanitario sea real, efectivo y continuado en el tiempo (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000).

Desde Médicos del Mundo tomamos la determinación de impulsar el presente estudio con el claro objetivo de analizar la aceptabilidad del sistema sanitario español hacia las personas migrantes y elaborar herramientas para incorporar este principio a través de las experiencias, percepciones y necesidades de los diferentes actores implicados en el proceso. A través de un enfoque multidimensional, el estudio ha buscado visibilizar las formas de discriminación y exclusión que operan en la práctica asistencial, identificar buenas prácticas y señalar áreas de mejora tanto a nivel institucional como profesional. Creemos que con este proyecto puede servir como hoja de ruta para contribuir de manera directa a la transformación del sistema sanitario hacia un modelo más justo, humano e inclusivo, capaz de garantizar el derecho a la salud en condiciones de igualdad y de responder a las circunstancias personales, la diversidad social, cultural e idiomática que tienen las personas migrantes y racializadas.

## 2. METODOLOGÍA

### 2.1. OBJETIVO DEL ESTUDIO, DISEÑO Y FASES DE INVESTIGACIÓN

Este proyecto se concibió para comprender y transformar cómo viven las personas migrantes la aceptabilidad del sistema sanitario público. Partimos de una mirada crítica e interseccional: en lugar de suponer experiencias homogéneas, reconocemos que se entrecruzan múltiples ejes de desigualdad – origen nacional, situación administrativa, género, edad, clase social, idioma, pertenencia étnica y condiciones de salud – que se activan de manera distinta en los dispositivos institucionales. Desde ahí, perseguimos dos metas complementarias: mapear barreras estructurales, relacionales y simbólicas junto con factores facilitadores, y co-diseñar respuestas que mejoren la aceptabilidad desde un enfoque antirracista, de género e interseccional.

La ejecución del proyecto se apoyó en un marco de participación activa y aprendizaje colectivo entre personas migrantes y profesionales sociosanitarios/as, evitando el sesgo asistencialista típico de algunos estudios. Como columna vertebral, adoptamos la Investigación Acción Participativa (IAP), entendida no solo como un método, sino como una práctica crítica que vincula producción de conocimiento y acción transformadora, permitiendo análisis situados que integran saberes, experiencias y estrategias de resistencia de quienes sostienen la vida cotidiana en el sistema sanitario (Eizagirre & Zabala, 2002).

La investigación se desarrolló en siete territorios en los que Médicos del Mundo tiene presencia – Andalucía, Baleares, Cataluña, Extremadura, Navarra, 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. Las personas migrantes y racializadas en España sufren con mucha frecuencia la superposición de un conjunto de elementos estigmatizantes que están en el origen de múltiples formas de discriminación: género, clase social, condición de migrante (p.ej. la falta de integración, duelo migratorio o falta de red de apoyo), barreras idiomáticas y/o culturales y precariedad vital. Para visibilizar esta situación, la perspectiva interseccional ha sido un eje analítico transversal a todas las fases de esta investigación.

El estudio se englobó en tres procesos interdependientes, buscando fomentar un aprendizaje continuo, colectivo y acumulativo. En primer lugar, se realizaron entrevistas semi-estructuradas con personas migrantes (N=28)<sup>2</sup> y expertos/as en antirracismo (N=14)<sup>3</sup> para recoger y contrastar percepciones sobre accesibilidad y aceptabilidad en el sistema salud. Este ejercicio reflexivo hizo visibles los efectos diferenciados de las barreras institucionales, culturales y comunicativas sobre perfiles diversos, así como prácticas que consolidan lógicas de exclusión.

La selección de participantes se realizó por conveniencia, considerando criterios como accesibilidad y disponibilidad. Los criterios de inclusión de las personas migrantes fueron ser mayores de 18 años, poseer número de identificación de extranjero (o estar en trámite) o nacionalidad española, y tener acceso al sistema sanitario (para las personas migrantes). En el caso de las personas expertas se invitó a participar a aquellas personas con una experticia y conocimientos en la materia suficiente para poder aportar elementos y aspectos de interés.

En segundo lugar, la intervención buscó co-crear soluciones para mejorar la experiencia de las personas migrantes en los centros sanitarios. Para ello se priorizaron las acciones ajustadas a las trayectorias y necesidades reales, entendiendo la acción no como mero ajuste contextual, sino como palanca para interpelar y modificar las rutinas y reglas que limitan el ejercicio efectivo del derecho a la salud. Este proceso consistió en sesiones formativas sobre racismo, género e interseccionalidad y talleres vivenciales<sup>4</sup> con personas migrantes y profesionales sociosanitarios/as (N=112).<sup>5</sup> Estas dinámicas buscaron generar espacios seguros de escucha y reconocimiento, donde pudieran aflorar experiencias de discriminación y exclusión vividas en el ámbito sanitario, atendiendo tanto a su dimensión emocional como a sus raíces estructurales. En segundo lugar, favorecer una reflexión colectiva sobre cómo debería ser una atención sanitaria digna, accesible y culturalmente pertinente, incorporando una mirada interseccional a las diferentes realidades de las personas participantes. Las guías de los talleres vivenciales se presentan en los Anexo I y II. Para esta fase, la selección de participantes también se realizó por conveniencia considerando criterios como accesibilidad y disponibilidad. Los criterios de inclusión fueron ser mayores de 18 años y trabajar en un entorno sanitario (para los/as profesionales sociosanitarios/as) y ser mayores de 18 años, poseer número de identificación de extranjero (o estar en trámite) o nacionalidad española, y tener acceso al sistema sanitario (para las personas migrantes).

---

<sup>2</sup> Cuatro participantes por localización

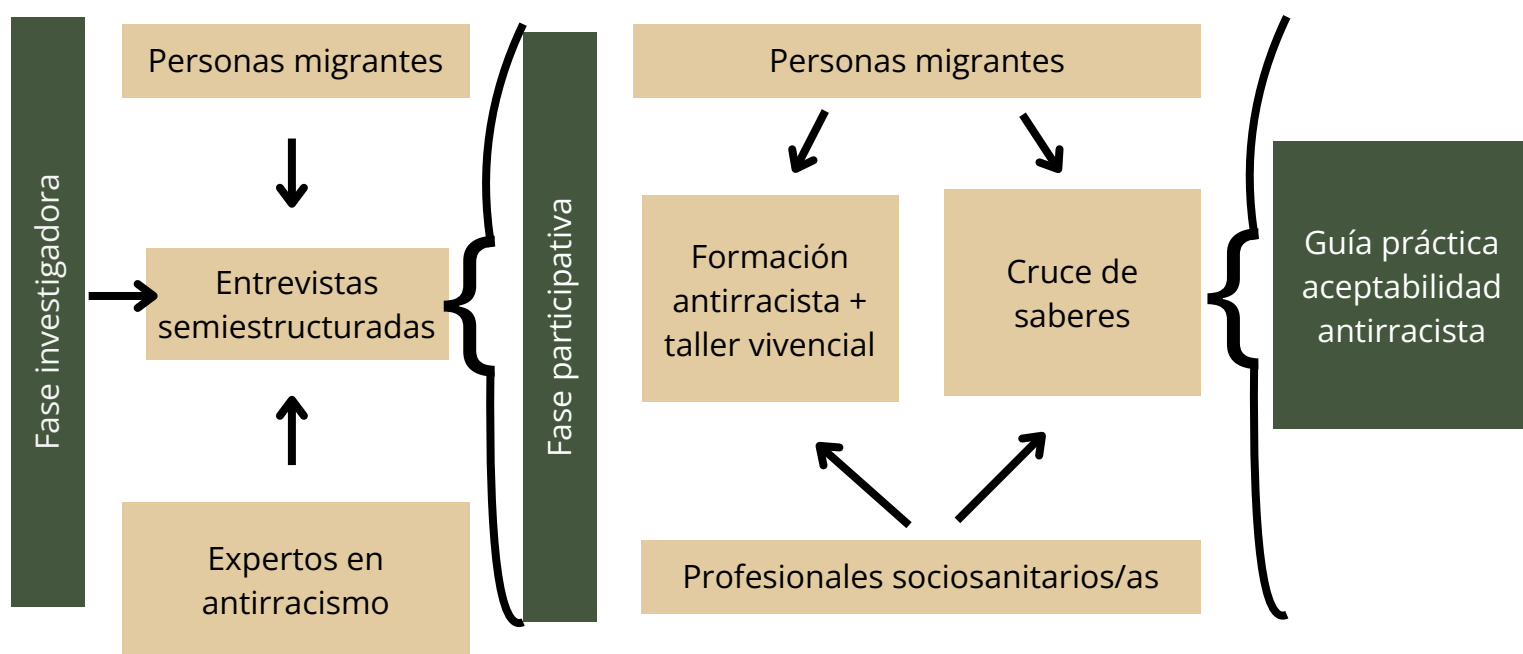
<sup>3</sup> Dos participantes por localización y dos de ámbito estatal

<sup>4</sup> Un taller vivencial participativo es un espacio de aprendizaje en el que las personas experimentan y reflexionan colectivamente a través de dinámicas prácticas, integrando tanto la vivencia personal como el intercambio grupal.

<sup>5</sup> Un total de 56 personas migrantes y 56 profesionales sociosanitarios/as (8 por cada localización).

Por último, se invitó a los participantes de la fase anterior a participar en un taller de cruce de saberes.<sup>6</sup> En este proceso participativo se reconoció a las personas migrantes y profesionales sociosanitarios/as como agentes de cambio con capacidad de análisis crítico y decisión a través de talleres de cruces de saberes. En esta actividad se buscó generar conocimiento situado, empoderado e interseccional con impacto real en las prácticas sanitarias. Por este motivo, las iniciativas propuestas por los/as participantes se cristalizaron en una guía aplicada que organiza necesidades, hallazgos y propuestas del proceso participativo en recomendaciones, acciones y recursos operativos desde una perspectiva antirracista, de género e interseccional (Médicos del Mundo, 2025). Las guías del taller de cruce de saberes se presentan en el Anexo II. La diferente interconexión de los procesos del proyecto se describe en la **Figura 1**.

**FIGURA 1. ESQUEMA DE LAS FASES DEL PROYECTO**



<sup>6</sup> Un taller de cruce de saberes es un espacio participativo donde personas con experiencias y conocimientos distintos colaboran para producir conocimiento colectivo. Su propósito es poner en diálogo saberes académicos, técnicos y vivenciales desde la horizontalidad, reconociendo el valor de todas las perspectivas. En este intercambio se identifican problemas, se generan interpretaciones compartidas y se elaboran propuestas más inclusivas y ajustadas a la realidad. En síntesis, es un espacio donde diferentes formas de conocimiento se encuentran y se enriquecen mutuamente, dando lugar a resultados más completos y democráticos.

## 2.2. DISEÑO DE LAS HERRAMIENTAS Y ANÁLISIS DE DATOS

Para las personas expertas en antirracismo se diseñó una guía de preguntas orientadas a explorar cuatro dimensiones. El guion de las entrevistas con expertos/as en antirracismo se presenta en el Anexo III:

1. Comprensión del concepto de aceptabilidad en el sistema sanitario
2. Existencia de recursos adaptados a las necesidades de personas migrantes.
3. Ejemplos de buenas y malas prácticas en torno a la aceptabilidad.
4. Referencias de recursos y prácticas en otros países.

Para las personas migrantes, las entrevistas se centraron en evaluar el impacto de los recursos relacionados con la aceptabilidad disponibles en sus centros sanitarios y las experiencias vividas con personal administrativo y profesionales sociosanitarios/as para profundizar en los motivos e impactos asociados a la discriminación.

Las sesiones formativas, tanto para personas migrantes como para profesionales del ámbito sociosanitario buscaron ofrecer nociones fundamentales sobre los diferentes tipos de racismo y proporcionar herramientas para identificarlos en el contexto de la atención sanitaria. Cada material formativo fue cuidadosamente adaptado al perfil y las necesidades de las personas participantes, garantizando su pertinencia y accesibilidad. Los contenidos se elaboraron a partir de la experiencia acumulada en proyectos e iniciativas previas de Médicos del Mundo, lo que permitió integrar enfoques contrastados y metodologías ya validadas en el trabajo sobre discriminación y salud.

Las dinámicas implementadas en los talleres grupales persiguieron tres objetivos principales:

1. Visibilizar experiencias racializadas en el sistema sanitario mediante escucha activa y cuidado emocional.
2. Explorar colectivamente cómo se concibe y se imagina una atención digna y antirracista.
3. Formular propuestas viables para mejorar la aceptabilidad del sistema de salud desde una perspectiva antirracista.

Se crearon grupos mixtos (personas migrantes y profesionales sociosanitarios/as) y se les pidió que identificaran y ordenaran diferentes prácticas y/o estrategias para mejorar la aceptabilidad del sistema sanitario en función del impacto esperado (bajo/alto) y la facilidad de implementación (fácil/difícil). Las ideas de cada grupo fueron presentadas y valoradas en común, generando como resultado un listado de acciones y recursos colectivamente consensuados de manera horizontal.

Las entrevistas fueron transcritas *verbatim* en castellano de forma manual. Los datos se analizaron utilizando el programa informático Atlas.ti (Atlasti corporation). 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.



# 3. RESULTADOS

## 3.1. LA ACEPTABILIDAD EN EL SISTEMA SANITARIO: DIMENSIONES Y DESAFÍOS

El concepto de aceptabilidad surge como un proceso de integración y consenso, en donde no únicamente las personas beneficiarias directas (población migrante) debían adaptarse al sistema, sino que sea el propio sistema el que se debía transformar para acompañar en el proceso e incorporar tanto las necesidades socioculturales como las diferentes formas de ver, entender y sentir el mundo. Un elemento importante para lograr procesos que promovieran la aceptabilidad es la importancia de hacer un esfuerzo por ponerse en el lugar del otro para, de esta forma, poder abordar de manera más adecuada la atención sanitaria, buscando siempre un equilibrio entre la práctica profesional y la adaptación a las necesidades de las personas migrantes. Otro elemento importante de la aceptabilidad es la importancia de entenderla más allá del acceso al sistema sanitario, ya que garantizar el acceso no siempre asegura la aceptabilidad del sistema:



*“La aceptabilidad busca que todos los servicios que forman parte del sistema sanitario tengan en cuenta las necesidades sociales y culturales de las personas. Es decir, una persona que viene a un centro de salud, vale, primero está el acceso, pero una vez accede esa persona, qué tipo de adherencia hace hacia el sistema sanitario, dependiendo de los códigos culturales, del trato que se le dé [...] o precisamente por esta situación administrativa regular, piensan que no son ni siquiera merecedores o titulares de derecho de acceso a este tipo de servicios, entonces entiendo que la aceptabilidad sería todos esos mecanismos o dispositivos que ponen en marcha el sistema de salud para facilitar que estas personas entren y sean y generen una vinculación con el sistema de salud”. – **Mujer, educadora e integradora social.***

Aunque la mejora de la aceptabilidad en el sistema sanitario exige una inversión sostenida en recursos materiales y humanos, la realidad del sistema sanitario español sigue marcada por carencias significativas tanto en recursos como en protocolos operativos. Los dispositivos disponibles se perciben como insuficientes, fragmentarios y poco institucionalizados, lo que dificulta que formen parte de una estrategia estable y generalizada dentro del propio sistema.

A ello se suma la ausencia de una formación reglada, homogénea y de alcance estatal o autonómico que aborde de manera integral las dimensiones clave de la aceptabilidad y de la atención intercultural. En este contexto, las buenas prácticas que favorecen una atención culturalmente adecuada no derivan de un marco institucional sólido, sino que dependen – en gran medida – de la iniciativa personal del propio personal sanitario, generando fuertes desigualdades entre centros, territorios y equipos profesionales.



*“Considero que la adaptación de los recursos acaba siendo una cuestión muy subjetiva [...] Depende mucho de la profesional que te toque en ese momento. Entonces, al no ser algo sistemático, realmente el sistema no tiene esa capacidad. Y por lo que más o menos está estudiado, en general no existe esa capacidad, sino que suele ser una atención bastante negativa [...] La cuestión de los recursos tangibles, que puede ser la formación técnica, que puede ser que haya traductores, por ejemplo, que haya una falta muy grande [...] también vamos a entrar en la intervención transcultural, la intervención, por ejemplo, a nivel psicológica, de trauma racial, de las perspectivas culturales, etc. Es una cosa que no existe [...] Se parte mucho de una subjetividad, la profesional ya lo sabe, ya sabe tratarlo, y eso ya parte de base, aunque sea una persona que tenga una sensibilidad con cuestiones migratorias, con cuestiones raciales, de que no va a haber una aceptabilidad”.* – **Mujer, periodista especializada en derechos humanos.**

Esta falta de implicación e inversión por parte de las administraciones públicas contribuye directamente a la aparición de barreras que deterioran la aceptabilidad del sistema sanitario. La inexistencia de protocolos específicos para atender las necesidades culturales y lingüísticas de las personas migrantes provoca que, en determinadas situaciones, se vulneren derechos fundamentales de los pacientes, como la confidencialidad y la adecuada protección de su información clínica. En ausencia de directrices claras y recursos estables, las respuestas institucionales tienden a ser improvisadas y desiguales, incrementando la posibilidad de prácticas que comprometen la calidad y el respeto debido durante la atención sanitaria:



*“A mi modo de ver es vergonzoso que siendo la comunidad autónoma que más migración tiene actualmente no tenga el sistema de salud un dispositivo de mediadores interculturales para casos así. Es decir, yo me he encontrado con enfermeras y casos donde se ha hecho traducir a familiares para poder hacer una intervención y eso me parece que es de un peligro brutal porque nos cargamos la confidencialidad, nos cargamos también el vínculo entre el sanitario y la paciente”.* – **Mujer, trabajadora social.**

En estos términos la aceptabilidad no puede entenderse como un proceso de mera adaptación por parte de las personas migrantes, sino como una transformación bidireccional en la que el sistema sanitario debe integrar de forma activa la diversidad cultural, lingüística y social. Otros análisis que han abordado las dimensiones de la aceptabilidad subrayan también que esta transformación requiere políticas explícitas y sostenidas que aborden simultáneamente accesibilidad, aceptabilidad, calidad y confianza (Chiarenza et al., 2019; Driedger et al., 2018; Savas et al., 2024).

Aunque en algunos territorios se habían destinado recursos – especialmente en mediación intercultural y servicios de teletraducción –, la ausencia de protocolos institucionales claros y homogéneos provocaba que su uso fuese irregular y reactivo. En la práctica, estos recursos se activaban sobre todo para resolver conflictos puntuales o situaciones de tensión ya existentes, en lugar de integrarse en una estrategia estable y sistemática orientada a garantizar una atención integral, continua y culturalmente adaptada:



*“Todo depende de si hay personas administradoras que tengan algún liderazgo significativo, con responsabilidad directiva que sean sensibles al tema. Si las hay, pueden hacer presiones internas e impulsar cambios. Pero en general, no hay una estrategia prioritaria, y muchas veces es por horas. No hay ese nivel de priorización para que se dé en 24 horas. En nuestra comunidad autónoma no hay ningún servicio de urgencias asociado a la primaria que tenga mediación intercultural [...] La atención es arbitraria porque depende de factores circunstanciales. Hay planes de inmigración escritos, sí, pero la mediación no ha penetrado y no se ha integrado como prioridad. Ni la mediación intercultural ni cualquier otra reforma micro que cambian circuitos, que tienen un impacto cuando se ajustan al nudo que toca. Incluso en los servicios donde estamos contratadas donde ofrecemos formación y plan de aceptabilidad, en general se aprovechan poco nuestras capacidades. Aprovechan lo que según ellos es muy urgente, que no se cometan pifias de calidad asistencial porque el médico no entiende lo que está diciendo un el problema del paciente. Forma parte de un enfoque de medicina defensiva para que no haya una denuncia [...] Se nos llama cuando hay una barrera evidente o cuando se percibe que el caso es muy complejo”.* – **Mujer, entidad del tercer sector**

La percepción de que los recursos disponibles son usados según la conveniencia de los centros sanitarios en función de las necesidades de las personas usuarias es compartida especialmente por los/as mediadores/as culturales. El fin último de estos recursos no es ofrecer una atención culturalmente adaptada de manera general, sino que responde a criterios territoriales basados en la concentración geográfica de determinados grupos poblacionales (p.ej. comunidades de población pakistaní o china), lo que genera respuestas desiguales en zonas donde no existían colectivos migrantes numerosos. Asimismo, el hecho de que la mediación intercultural se gestiona como un recurso controlado desde el propio sistema sanitario limitaba, en muchos casos, su capacidad para generar cambios profundos y sostenidos en el tiempo. Esta mirada instrumental reduce las funciones de la mediación a intervenciones puntuales, dificultando incidir en aspectos estructurales esenciales para la aceptabilidad, como la formación del personal sociosanitario y administrativo o la revisión de procedimientos institucionales. En consecuencia, la mediación queda relegada a un rol reactivo, en lugar de consolidarse como una herramienta estratégica para avanzar hacia una atención verdaderamente inclusiva, respetuosa y culturalmente competente:



*“A veces me llaman puntualmente en hospitales, pero son casos aislados. En cambio, en este centro estoy tres días por semana y se esfuerzan mucho, a pesar de la mala fama que tiene [...] En algunos vengo semanalmente, pero en otros solo me llaman para casos concretos o urgencias. Normalmente es una visita con especialista donde tengo que explicar todo el proceso al paciente [...] Se hacen formaciones interculturales o antirracistas a profesionales, aunque muy esporádicas, una cada tres o cuatro años. Estaría bien que fuera más continuo, pequeñas formaciones cada cuatro o cinco meses”.* – **Hombre, mediador intercultural.**

Otra de las problemáticas vinculadas al recurso de la mediación intercultural tiene que ver con su reconocimiento en el ámbito laboral y con su utilización por parte del personal sanitario y administrativo. La ausencia de planes bien definidos para su implementación hace que no existan protocolos específicos que exijan su uso. Esto propicia que incluso dentro de un mismo centro de salud, se dan situaciones en las que profesionales sociosanitarios o personal administrativo no recurran a los servicios de mediación intercultural a pesar de tenerlos disponibles:



*“La mediación cultural no está muy presente. Además, es una categoría que no está ni reconocida [laboralmente] ni nada. Yo estoy trabajando en la administrativa [...] Tenemos nuestras consultas, tenemos nuestras agendas, tenemos nuestro perfil súper definido en el centro de salud y hay una apuesta por nosotras. Pero en cuanto a los profesionales que atienden, no puedo decir que es el 100%. Para nada. Hay una tendencia que sí. Y después, claro, en admisión, que al fin y al cabo es la puerta de entrada y es nuestra barrera más importante. Pues claro, hay gente que sí y hay gente que te llama y te tiene muy en cuenta, pero no todo el mundo”.* – **Mujer, mediadora intercultural.**

Otro de los recursos ligados a la aceptabilidad más implantados era la teletraducción, cuya promoción se ha ido incrementando en los últimos años (principalmente en atención primaria) debido a la generalización del uso de herramientas y recursos electrónicos. No obstante, al igual que ocurre con la mediación intercultural, la utilización de este recurso continúa dependiendo de la iniciativa individual de cada profesional, ya que no existe ninguna obligatoriedad formal que regule su uso. Esta falta de directrices institucionales contribuye a que su implantación sea desigual entre centros y servicios, lo que repercute directamente en la calidad y continuidad de la atención prestada. Asimismo, un elemento clave de la teletraducción electrónica que influye en la aceptabilidad es la posible pérdida de las dimensiones culturales inherentes a la atención sanitaria. Aunque la forma en la que la teletraducción se ha implementado permite salvar algunas de las barreras lingüísticas, también puede limitar la capacidad de comprender en profundidad los marcos culturales, las expectativas y los matices comunicativos que acompañan la interacción clínica con determinados grupos de población. La ausencia física del mediador o traductor dificulta la construcción de un vínculo más contextualizado con el paciente, reduciendo la sensibilidad cultural que suele formar parte esencial del proceso de mediación. Por ese motivo, la teletraducción constituye un recurso ágil y accesible, su eficacia debería complementarse con estrategias que garanticen una atención verdaderamente culturalmente competente, evitando que la rapidez y facilidad tecnológica sustituya dimensiones relacionales que resultan críticas para comprender de manera integral las necesidades del paciente:





*“Y esto cobra sobre todo una vital importancia, no tanto en primaria o a veces con según qué patología, sino por ejemplo en salud mental, porque todos sabemos lo difícil que es expresar nuestras emociones y sentimientos en tu idioma. Es súper difícil saber lo que te pasa, qué es lo que sientes, pues imagínate expresarlo en un idioma que no es el tuyo. Y no solo por un tema de idioma, también que se conozcan las pautas culturales, todo el lenguaje no verbal [...] Estoy hablando de la mediación, estoy hablando siempre de mediación, no de traducción, porque el tema idiomático sí que es verdad lo he nombrado porque la parte idiomática cobra una vital importancia, pero no exclusivamente. También tienes que conocer mucho las pautas culturales”.* –

**Mujer, mediadora intercultural.**

En términos generales, más allá de disponer de recursos como la mediación intercultural o la teletraducción, abordar la aceptabilidad requiere una adaptación más profunda del propio sistema sanitario y de los enfoques desde los cuales se concibe la atención. La mera existencia de servicios puntuales resulta insuficiente si no va acompañada de cambios estructurales y organizativos que facilitaran su integración real en la práctica clínica. Entre las necesidades identificadas para la mejora de la aceptabilidad destacaba la importancia de sensibilizar y formar al personal sanitario y administrativo en competencias culturales, con el fin de mejorar su capacidad para reconocer y responder adecuadamente a las diferencias culturales. Esta necesidad va ligada a la adaptación de la duración de las consultas para permitir una comunicación más pausada y contextualizada, especialmente en aquellos casos en los que existieran barreras lingüísticas o diferencias culturales significativas.



*“Hay una falta generalizada de acceso a traducción en distintos idiomas o a servicios de teletraducción que sean efectivos y respetuosos. Imagina a una persona que necesita contar lo que le ocurre, pero se le atiende a través de un altavoz en la ventanilla, sin privacidad. Eso no permite una comunicación digna ni eficaz. También hemos visto que algunas personas son tratadas por el sistema como si fueran analfabetas, incluso cuando han recibido formación. Lo que ocurre es que el sistema sanitario, con su estructura jerárquica y procedimientos, resulta complejo y poco comprensible para quienes no han crecido en este entorno [...] La institución interpreta esto como un problema de comprensión o una barrera cultural, cuando en realidad está excluyendo a quienes no se ajustan al funcionamiento preestablecido. Además, muchas personas desconocen la existencia y función de figuras clave como las trabajadoras sociales, porque en sus países de origen no existen o tienen otro rol”.* –

**Mujer, abogada especializada en derechos humanos.**

Estos hallazgos evidencian que la mejora de la aceptabilidad exige inversión institucional sostenida y no únicamente recursos aislados. En el caso español, persisten importantes carencias como la ausencia de protocolos, la desigualdad territorial y dependencia excesiva de la iniciativa individual de los profesionales. Esto coincide con otras investigaciones que muestran que, pese a avances conceptuales, la implementación real de la atención culturalmente competente sigue siendo limitada, inconsistente y fragmentaria al no existir sistematización ni estandarización (De-María et al., 2024; Lurgain et al., 2024; Verrept, 2019).

La mediación intercultural – considerada una herramienta clave en la literatura para garantizar comunicación y reducir desigualdades – se describe en el contexto del sistema sanitario español como un recurso poco reconocido, poco institucionalizado y utilizado de forma reactiva. Otros estudios confirman que, cuando su uso depende de la discrecionalidad profesional en lugar de protocolos obligatorios, la mediación pierde capacidad transformadora y queda relegada a la resolución de conflictos puntuales. Esta carencia se agrava en territorios donde los servicios se asignan según la concentración de determinados colectivos, lo que genera inequidades adicionales (Handtke et al., 2019).

Los servicios de teletraducción, aunque son percibidos como eficaces para superar barreras lingüísticas inmediatas y tecnológicamente sencillos de implementar, presentan limitaciones a la hora de captar dimensiones relacionales y emocionales, sobre todo a la hora de abordar la salud mental. Por este motivo, la Organización Mundial de la Salud considera que la comunicación realmente eficaz con población migrante requiere tanto herramientas tecnológicas como estrategias culturalmente sensibles que aseguren el contexto y la calidad de la interacción (Organización Mundial de la Salud, 2023). En consecuencia, la evidencia indica que los servicios de teletraducción deben entenderse como un recurso complementario, nunca como sustitutivo de la mediación cultural profesional (Azarmina y Wallace, 2005; Díaz-Millón & Olvera-Lobo, 2025; Gil-Salmerón, 2021; Ruíz et al., 2025).



## 3.2. FORMAS Y DIMENSIONES DE LA DISCRIMINACIÓN EN LA ATENCIÓN SANITARIA

A la hora de entender más en profundidad los motivos asociados a las discriminaciones que sufren las personas migrantes, los/as participantes indican que los principales casos se originan en el ámbito administrativo. A pesar de tener acceso al sistema sanitario, son frecuentes las situaciones de discriminación a la hora de pedir citas médicas o renovar documentación. En este contexto, se identifican tres barreras principales vinculadas al personal administrativo:

1. Trabas burocráticas, que dificultan o retrasan el acceso efectivo a la atención.
2. Invalidación o cuestionamiento del estado de salud, especialmente en situaciones en las que la necesidad del servicio no era considerada “suficientemente justificada”.
3. Trato inadecuado o poco respetuoso, que genera sensación de desprotección y refuerza la percepción de desigualdad en el acceso a los servicios sanitarios.

Las trabas burocráticas descritas por los participantes están estrechamente vinculadas a la gestión de citas, especialmente a aquellos trámites relacionados con la obtención o actualización de la tarjeta sanitaria. En términos generales, estas dificultades se asocian al propio proceso de acceso al sistema, señalándose problemas recurrentes a la hora de validar el padrón de residencia, justificar la cobertura de la Seguridad Social o admitir la documentación personal presentada. Estas barreras no solo retrasan la atención, sino que generan inseguridad y desconcierto entre las personas migrantes, que a menudo desconocen los criterios administrativos aplicados o encontraban respuestas dispares dependiendo del profesional o del centro:



*“Tienen poco conocimiento sobre la situación administrativa. Por ejemplo, en el caso concreto de los refugiados solicitantes de protección internacional. Pues generalmente no me reciben mi documento de identidad [...] Y generalmente debo insistir. Hay que insistir en que ese es el documento y tengo que decir que soy abogado para que me lo reciban. Porque si no, me lo han rechazado. Es que ya me ha pasado varias veces. Y no es la primera vez que me lo encuentro, me lo ha contado a más gente, ese tema”. – Hombre de 60 años o más, originario de América del sur.*

Del mismo modo, las personas migrantes señalaron que también se enfrentan a numerosas trabas durante los procesos de renovación de la tarjeta sanitaria. Aunque se trataba de un trámite que perciben como rutinario y que debe resolverse con relativa agilidad, las experiencias relatadas reflejan demoras, exigencias documentales inconsistentes y dificultades para obtener información clara sobre los pasos a seguir. Estas situaciones generan un fuerte sentimiento de rechazo, frustración e indefensión, ya que las personas usuarias interpretaban estas trabas como obstáculos innecesarios que no solo retrasaban su acceso a la atención sanitaria, sino que además comunicaban, de manera implícita, una falta de reconocimiento de sus derechos. Varios/as participantes destacaron que, al tratarse de un documento indispensable para acceder a los servicios básicos, cualquier complicación añadía estrés y podía incluso derivar en periodos en los que quedaban sin cobertura efectiva:



*“Me quejo específicamente del personal de ventanilla, que pareciera que siempre están predispuestos a ponerte pegas para todo. Una vez tuve que acudir a renovar la tarjeta sanitaria, entonces, me dijeron que no se podía, que necesitaba padrón, no sé qué... como 10 papeles me pidieron. Entonces fui al hospital, a la oficina de tarjeta sanitaria. Allí la señora me atendió bien, me resolvió todo el problema, y me entregó mi tarjeta sanitaria en cuestión de 10 minutos. Me dijo que la próxima vez que me pasara, que pusiera una reclamación, porque eso está pasando mucho allí [en mi centro de salud] y no era lo correcto porque ellos lo podían resolver porque era simplemente imprimirme la tarjeta sanitaria iones por racismo”. – **Mujer de 50-59 años, originaria de América del Sur.***

La segunda barrera señalada por los/as personas participantes es la experiencia de recibir comentarios que tendían a juzgar o invalidar su estado de salud en el momento de solicitar una cita médica. En múltiples ocasiones, relatan que perciben una actitud de desconfianza por parte del personal administrativo, que cuestionaba la legitimidad o la gravedad de sus síntomas. Esta dinámica les genera una sensación de escrutinio constante, en la que las personas migrantes sienten que debían “demostrar” su necesidad de atención sanitaria. Varios participantes explicaron que, ante esta situación, se ven obligados a exagerar o detallar con excesivo énfasis su sintomatología para evitar ser juzgados o para que su solicitud fuera considerada válida. De acuerdo con sus experiencias, esta estrategia no surge de un intento deliberado de manipulación, sino de la percepción de que, si no lo hacen, corren el riesgo de que se les negara la cita o se les derive a servicios que no correspondían a sus necesidades reales:



*“En mi centro de salud el problema mayoritariamente siempre ha sido recepción, que o no responden correctamente o aplazan las citas y otra cosa de la que me he dado cuenta es que a veces invalidan el dolor. Es como que percibieran que uno tiene más capacidad a soportar el dolor por ser inmigrante, es como que minimizaran el dolor. Porque yo recuerdo haber ido una vez quejándome de un dolor de brazo y que me dijeran que exageraba”. –*  
**Mujer de 60 años o más, originaria de América del Sur.**

Estas experiencias generan malestar emocional y alimentaban sentimientos de desconfianza y vulnerabilidad frente al sistema sanitario. Para algunos/as participantes, el cuestionamiento reiterado de sus síntomas refuerza la idea de que su palabra tiene menos valor que la de otras personas usuarias, lo que puede interpretarse como una forma sutil de discriminación basada en su origen o en su situación administrativa. Además, este tipo de interacciones afecta directamente a la continuidad asistencial: el temor a ser nuevamente cuestionados lleva a algunas personas migrantes a evitar solicitar atención, o a esperar hasta que los síntomas fueran lo suficientemente graves como para resultar incuestionables.



*“[Al dar a luz] El viernes ya no podía más y llamé a la ambulancia [...] Vinieron, pero uno de los que vino me dijo: “¿No puedes ir caminando? Si estás muy cerca...”. Yo le dije que no podía, que tenía mucho dolor y no tenía a nadie que me acompañara. Me miraban raro, como dudando de mí. El mismo hombre que conducía la ambulancia, en el trayecto, iba murmurando cosas en catalán. Me daba cuenta de que hablaba mal de mí, como diciendo que era floja, que ni se me notaba el embarazo. Como si esperara que gritara del dolor para justificar que me trajeran. Cuando llegamos, me dijo: “Bájate, bájate”, y me dejó ahí. Escuché que cuchicheaba con la chica del mostrador, también en catalán. Me sentí humillada”. –*  
**Mujer de 18-29 años, originaria de América del Sur.**

Esta invalidación del dolor o de la sintomatología que describen las personas migrantes se alinea con numerosos estudios han documentado que los sesgos implícitos y explícitos de los profesionales de la salud, basados en el origen étnico, la apariencia o el habla del paciente, pueden influir en la forma en que se perciben, interpretan y responden a los síntomas clínicos. Por ejemplo, revisiones sistemáticas han encontrado que actitudes implícitas hacia grupos raciales/étnicos pueden afectar la relación médico-paciente y las decisiones de tratamiento, lo que contribuye a disparidades en atención sanitaria y en la valoración del dolor y otros síntomas reportados por pacientes de grupos minoritarios (Hall et al., 2015; Maina et al., 2018; Meghani et al., 2012).

La condición de persona migrante cuya lengua materna no es el castellano intensifica los sentimientos de frustración, impotencia y pesimismo frente a las situaciones descritas. La combinación de barreras lingüísticas, falta de información clara y experiencias previas de trato desalentador generan la percepción de no disponer de las herramientas necesarias para desenvolverse adecuadamente en el sistema sanitario. En algunos de estos casos, esta sensación de incapacidad para afrontar los trámites o las interacciones administrativas llega incluso a traducirse en un rechazo explícito a solicitar atención sanitaria, aun cuando existe una necesidad real de asistencia. Este retraimiento no solo respondía a obstáculos prácticos, sino también al impacto emocional que implica anticipar, una vez más, situaciones de incomprensión o juicio. Para algunos/as participantes, la expectativa de ser cuestionados, malentendidos o desatendidos pesa tanto que prefieren evitar el contacto con el sistema, aun siendo conscientes de los riesgos que ello supone para su salud. Este fenómeno evidencia cómo las barreras comunicativas, cuando se entrelazan con experiencias discriminatorias, pueden derivar en estrategias de evitación que profundizan las desigualdades en el acceso efectivo a la atención sanitaria:



*“Tengo varices y me duelen, tengo mucho. No duermo por la noche de dolor. Fui a pedir cita y me dijo, “no te preocupes, que todos vamos a morir”. Tenía tanta rabia que no sabía que contestarle en español [...] Tuve una hemorragia [ginecológica] y me dijeron que no fuera a urgencias hasta que viera como si sangrara un cordero. De la desesperación fui al médico en marruecos [...] Como no sé hablar correctamente, no puedo enfrentarme a estas cosas”. –*  
**Mujer de 30-39 años, originaria del Magreb.**

Respecto a las actitudes y al trato negativo hacia las personas migrantes, varios participantes describen experiencias en las que se les negaba o dificultaba el acceso a la atención sanitaria sin una justificación clara, lo que genera sentimientos de desconcierto, arbitrariedad y desprotección. Estas situaciones no solo evidencian una falta de criterios homogéneos en los procedimientos administrativos, sino también dinámicas de trato desigual que afectan directamente a la confianza en el sistema:



*“[El personal administrativo] No saben del todo tratar. O no se bien si con otras personas es igual o como sería. Por ejemplo, cuando tuve que pedir un documento para ponerlo en la seguridad social vi que a una señora que se lo hizo allí en el mismo momento. Yo como vi que la chica había entrado fui y me dijeron “no, es que necesitas cita y no me quedan citas de aquí a 8 días”. Y le dije que acababa de ver a una chica que lo acaba de hacer ahora. Y me dijo: “Sí, pero ella vino más temprano”. Entonces vino la compañera y le dijo: “¿por qué no se lo haces ya? Házselo ahora y ya está, que no es necesario cita””. –*  
**Mujer de 30-39 años, originaria de América del Sur.**

A la hora de buscar explicaciones a estos casos de trato discriminatorio, la percepción general de las personas migrantes es que estas situaciones responden a una actitud generalizada del personal administrativo, que puede afectar a cualquier usuario del sistema. No obstante, en algunos casos también se interpreta que estas experiencias negativas están estrechamente vinculadas a la condición de persona migrante, percibiendo un trato diferenciado que no siempre se aplica de forma homogénea al resto de la población:



*“Había una persona [administración] que me tenía amargada, pero ahora la han cambiado. Me di cuenta del trato que tenía hacia los magrebíes. Una vez fue mi hijo al médico y le dijo que no podía ir solo, que tenía que ir con sus padres. Tenía ya 17 años. Mi hijo Llamó al padre y se lo dijo y que cuando llegó el padre le dijeron no podía entrar, que el niño entraba solo. Ahora ya no está, la han quitado. Era siempre la misma persona”. – **Mujer de 40-49 años, originaria del Magreb.***

En contraste con las interacciones descritas con el personal administrativo, los/as participantes señalan que, en términos generales, el trato recibido por parte del personal sociosanitario es considerablemente más amable y cordial. Este contraste se hace especialmente evidente en situaciones donde la escucha activa, la empatía y la disposición a resolver dudas tiene un papel central en la relación asistencial. Para las personas migrantes, el contacto con profesionales sociosanitarios (medicina, de enfermería o trabajo social) genera una sensación de mayor cercanía, trato humanizado y reconocimiento de sus necesidades, lo que contribuye a reducir la tensión o la frustración acumulada durante los trámites administrativos previos:



*“El médico no me discrimina. Sólo me pasa con las recepcionistas. Las administrativas, sí. Es como bastante frecuente. Siento que hay una diferencia porque cuando estoy en la cola yo miro cómo está hablando la persona que está delante y cuando llega mi turno la manera de hablar es diferente”. – **Mujer de 30-39 años, originaria del Magreb***

A pesar de esta clara diferencia entre la parte administrativa y asistencial, a través de las experiencias narradas también se identifican tres factores asociados con experiencias percibidas como discriminatorias en el ámbito clínico:

1. Necesidades comunicativas no cubiertas.
2. Barreras lingüísticas.
3. Creencias erróneas o inseguridades en torno a sus derechos como pacientes.

Varios participantes señalan que determinadas necesidades comunicativas que ellos perciben como no atendidas influyen de forma directa en cómo interpretan la calidad de la atención sanitaria recibida. En estos casos, la percepción de “mala atención” no se asocia necesariamente a la competencia técnica de los facultativos, sino a rasgos comunicativos y relacionales que transmiten distancia, desinterés o incluso rechazo. Entre los elementos más mencionados se encuentran un trato percibido como tajante o excesivamente seco, la sensación de agresividad o autoridad desmedida en la forma de dirigirse al paciente, la falta de contacto visual, así como la impresión de que el profesional no presta suficiente atención a la sintomatología o no profundiza en la exploración de sus malestares y preocupaciones.

Para las personas migrantes, estos comportamientos son interpretados como señales de que sus experiencias no son valoradas o legitimadas, lo que refuerza la idea de una atención clínica poco empática o culturalmente insensible. En algunos casos, estas interacciones son percibidas como una forma sutil de discriminación, especialmente cuando coindicen con otras barreras – como el idioma o el desconocimiento de sus derechos – que intensifican la sensación de vulnerabilidad frente al sistema sanitario:



*“La dermatóloga ni se ha puesto a mirar ni nada. Ni siquiera se dirigió a mí mirando así frente a frente. Solo lo escribe y dice: ya, ya está. Ni 5 minutos estuve ahí, con lo que me costó conseguir la cita... Ni siquiera me miró nada [...] [La atención] ese día con esa profesional, no fue adecuada para mí. Porque pienso que tendría que haber, por lo menos mirado, o por lo menos haberme mirado a mí a la cara y decirme: mira si esto te pasa por esto, no tienes que hacer esto o tienes que hacer esto... ¿Entiendes?”. – **Mujer de 30-39 años, originaria de América del Sur.***

Las necesidades comunicativas que señalan los/as participantes están estrechamente vinculadas al segundo factor identificado – las barreras lingüísticas. Aquellas personas migrantes cuyo idioma materno no es el castellano describen dificultades constantes para comunicarse eficazmente con los profesionales, señalando que el acceso a servicios de traducción o mediación cultural es insuficiente o irregular. En muchos casos, estos recursos están disponibles solo de forma puntual, y su uso depende de la iniciativa del profesional o no cubre adecuadamente sus demandas reales.

Además, incluso cuando dichos servicios existen, su mera presencia no siempre garantiza una atención culturalmente adaptada ni plenamente adecuada a las necesidades de la persona migrante. Algunos/as participantes relatan experiencias en las que la interpretación es demasiado breve, incompleta o centrada únicamente en traducir palabras, sin facilitar la comprensión de los matices personales o emocionales que acompañan la consulta clínica.

Esta situación refuerza la sensación de incomprensión, expone a errores o malentendidos y, en ocasiones, genera la percepción de una atención desigual en comparación con la población que no enfrenta barreras lingüísticas.



*"Antes se permitía hablar teléfono, pero ahora ya no habla teléfono los médicos, ¿sabes? Entonces eso fue muy fácil para mí y también a veces cuando no encontraba a mi marido en el teléfono yo lo escribía y la matrona lo metía en el ordenador para traducirla. Entonces así que tenemos así, lo he hecho toda mi visita así [...] Aún todavía hay solo una mediadora de cultural, pero esa mediadora de cultura no habla mi idioma. Ya sabes, habla mi inglés, pero mi idioma es de Bambara".* – **Mujer de 30-39 años, originaria del África Subsahariana.**

Entre aquellos/as participantes cuya lengua materna era el castellano, también se identifican barreras idiomáticas, aunque de naturaleza diferente. En estos casos, las dificultades están asociadas al uso de términos, expresiones y usos lingüísticos propios de sus países de origen, que en ocasiones no son comprendidos por los/as profesionales, generando malentendidos y dificultando una comunicación efectiva:



*"Yo creo que sí, creo que pasa regularmente en muchos ámbitos, hay palabras bastante distintas, sobre todo en la parte médica, y normalmente, así hablemos el mismo idioma, incluso en mi país, explicarle a un doctor lo que sientes no suele ser fácil, porque ya de por sí es difícil mostrar algo que físicamente a veces no está. O sea, es fácil si yo tengo un sarpullido en la piel y yo te puedo mostrar, pero si hay algo interno, ya normalmente es difícil explicarlo. Entonces sí, creo que se agrava más aún que el acento sea distinto, que la jerga sea distinta, sí, sí se complica más".* – **Mujer de 40-49 años, originaria de América del Sur.**

Las barreras lingüísticas son identificadas en la literatura científica como uno de los determinantes más relevantes de inequidad en salud, en tanto que la falta de comunicación efectiva entre médico y paciente asociado al idioma disminuye la calidad del cuidado y la seguridad del paciente e interfieren en la calidad de la atención desde el acceso hasta la continuidad de los cuidados (Al Shamsi et al., 2020; Díaz-Millón y Olvera-Lobo, 2025; Román-López et al., 2015). Este tipo de barreras y diferencias comunicativas se han observado incluso entre personas que comparten lengua materna, lo que refuerza el hecho de que compartir idioma no siempre garantiza una comunicación clínica efectiva (Handtke et al., 2019).

En relación con el tercer factor, las personas migrantes indican que distintas situaciones derivadas de la confusión sobre el funcionamiento del sistema sanitario español influyen negativamente en la atención recibida. Estas dificultades no están necesariamente vinculadas a actitudes discriminatorias, sino a la falta de información accesible y comprensible sobre aspectos básicos del sistema, lo cual genera incertidumbre, errores y malentendidos en el recorrido asistencial:



*“Cuando hemos llegado, hemos salido corriendo allí para coger el ascensor e ir al otro lado. Hemos llegado y justamente la enfermera del médico que iba a atender a mi hija ha cogido a otra persona [...] Nos habíamos equivocado de sitio, porque nos fuimos urgencias [...] Habían pasado más de 30 minutos. Salió el médico y le pregunte ¿la van a coger? Y me dijo que no, que no va a coger a mi hija. Yo le respondí que podíamos esperar más, que no tenía problema. Y me contestó de vuelta que, aunque esperáramos, no la iba a coger. Le expliqué al médico que nos habíamos perdido, le enseñé la pulsera y todo. Habíamos esperado a esa cita más de seis meses. Y el médico me dijo que cogiera otra cita. Había sólo otra persona en la sala”. – **Mujer de 30-39 años, originaria de América del Sur.***

Entre los elementos más mencionados se encuentran las coberturas sanitarias disponibles, las diferencias entre atención primaria y especializada, o las condiciones bajo las cuales pueden acceder a determinados servicios. Para algunas personas migrantes, especialmente recién llegadas, resulta complejo interpretar cuándo una prueba, consulta o derivación está incluida en su cobertura o qué trámites deben realizar para garantizar su acceso efectivo.

Asimismo, surgían dificultades relacionadas con el uso de la tarjeta sanitaria y su función dentro del circuito asistencial. En varios casos, los participantes explican que desconocen la necesidad de presentar la tarjeta en cada visita, cómo asociarla a su médico de cabecera o qué hacer cuando el documento caducaba o no disponible.

Otro ámbito frecuente de confusión era el acceso y la gestión de los medicamentos. Algunas personas migrantes no están familiarizadas con el sistema de receta electrónica, los porcentajes de copago, o el procedimiento para solicitar medicación crónica en la farmacia. Esto genera situaciones en las que acuden a la consulta sin conocer que podían renovar recetas de forma telemática, o se encuentran con que no podían retirar sus medicamentos por no haber actualizado previamente su tarjeta, lo que repercute directamente en su continuidad terapéutica.

Finalmente, ciertas dificultades también se relacionaron con los procesos administrativos necesarios para pedir citas, ya fuera por teléfono, de manera presencial o mediante plataformas digitales. La coexistencia de múltiples vías, junto con la predominancia de canales telemáticos, genera confusión entre quienes no dominaban el idioma, no tienen experiencia con herramientas digitales o desconocen los pasos concretos del proceso.

En conjunto, estas dimensiones muestran que el desconocimiento del funcionamiento del sistema sanitario supone una barrera relevante para las personas migrantes, afectando tanto su acceso oportuno a los servicios como la percepción de la calidad de la atención recibida. La ausencia de información clara, multilingüe y culturalmente adaptada contribuye a una experiencia asistencial más compleja y potencialmente frustrante, especialmente en los primeros momentos de integración en el sistema.

Ante estas situaciones, gran parte de los/as participantes afirma conocer la posibilidad de solicitar un cambio de facultativo o interponer una reclamación formal. Sin embargo, este derecho no siempre se ejerce. En varios casos, las personas migrantes expresan reticencias a presentar quejas debido a distintas creencias y temores: por un lado, la idea de que una reclamación puede tener un impacto negativo en su situación administrativa, especialmente entre quienes se encontraban en posiciones más vulnerables; por otro, la percepción de que el sistema no responde de forma útil o efectiva, lo que hace que el esfuerzo de denunciar se interpreta como poco provechoso.

Estas creencias, sustentadas en experiencias previas de desinformación, contribuyen a un escenario en el que las personas migrantes optan por “no complicar las cosas”, aun cuando se sienten tratados de manera injusta o insuficiente. De este modo, la falta de confianza en la utilidad real de los mecanismos de reclamación se convierte en una barrera adicional que perpetua el silencio frente a situaciones problemáticas:



*“Yo tuve una experiencia con eso que le pasó a un amigo mío [...] Un tiempo después le llegó una carta a su casa que decía que le agradecemos la atención, lamentamos lo sucedido y esperamos que en las próximas ocasiones se resuelvan. Y lo leyeron, ¿no? Era una carta ya hecha, y el señor como que había sido, como que se había quejado por algo. Copia y pega. Eso es muy lamentable, ¿no? Está claro que lo tenía ya preparado, y que están acostumbrados a que todo el mundo se queje”. – **Hombre de 40-49 años, originario de América del Sur.***

### 3.3. EL IMPACTO DE LA DISCRIMINACIÓN EN LA RELACIÓN CON EL SISTEMA SANITARIO

Aquellos participantes que manifestaron haber vivido situaciones de discriminación, incomprensión o trato desigual describen cambios significativos en la manera de interpretar, valorar y relacionarse con la atención sanitaria. A partir de sus experiencias se identifican dos perfiles diferenciados en la forma de responder ante estas experiencias negativas.

El primer perfil corresponde a personas que, tras haber sufrido episodios de maltrato percibido o falta de sensibilidad hacia sus experiencias, comienzan a retrasar o evitar el uso regular de los servicios sociosanitarios. Para estas personas migrantes, la atención sanitaria pasa a estar asociada a emociones negativas – desconfianza, miedo, frustración o anticipación de un nuevo trato injusto –, lo que los lleva a acudir al sistema únicamente ante situaciones que consideraban realmente graves. Este patrón de evitación no solo refleja un deterioro de la confianza en los servicios públicos de salud, sino también una forma de autoprotección frente a un sistema que percibe como hostil o poco receptivo a sus necesidades y experiencias:



*“Muchas veces he dejado de acudir, muchas. De hecho, la última vez que fui al médico no quería ir. Duré como dos meses en pedir la cita, precisamente porque sé que cada vez que uno va al médico es como, al final dices, para qué vine”. – Mujer de 40-49 años, originaria de América del Sur.*

El segundo perfil de personas migrantes expresa continuar utilizando los servicios de atención sanitaria, pero recurriendo a diversos mecanismos y estrategias personales para afrontar las barreras experimentadas en ocasiones anteriores. Estas personas no abandonaban el sistema, sino que desarrollan formas adaptativas de navegación dentro del mismo, como acudir solo a determinados profesionales con quienes habían generado confianza, solicitar acompañamiento de familiares o mediadores, preparar previamente la información que deseaban comunicar o elegir horarios y vías de acceso donde percibían menos riesgo de interacción negativa. En conjunto, estas estrategias reflejan un intento por minimizar la exposición a experiencias discriminatorias y, al mismo tiempo, asegurar la continuidad de su atención sanitaria dentro de un sistema que sienten parcialmente inaccesible o poco acogedor:



*“Porque yo he estado ahí en la fila y a mí me han atendido pésimo, pero a otras personas las han atendido excelentemente bien. Y la única diferencia que he visto es que esas personas son españolas y yo soy inmigrante [...] Con excepción de esa chica que te digo que es nueva y que trata bien a la gente. Si te soy sincera, cuando voy a acercarme a ventanilla lo primero que hago es ver si está la chica nueva para ir con ella. Y si no está ella pues ya estoy un poco predispuesta a lo que me vayan a decir y ya como que preparo respuestas, ¿no? Porque realmente el trato es muy inapropiado”.* – **Mujer de 50-59 años, originaria de América del Sur.**

En ambos perfiles de personas migrantes emerge un rasgo común: un estado de resignación que opera menos como emoción aislada y más como estrategia de autoprotección ante un entorno percibido como poco seguro e intimidatorio. Al anticipar que expresar dudas, incomodidades o desacuerdo no mejora el trato – e incluso puede empeorarlo – las personas migrantes reducen su interés comunicativo: preguntan menos, acortan su relato clínico, evitan confrontar decisiones y aceptan indicaciones sin negociación. Esta autopreservación disminuye el riesgo inmediato de conflicto, pero empobrece la relación clínica, limita la recogida de información relevante y dificulta la co-construcción de planes terapéuticos culturalmente ajustados:



*“No te quejas por miedo a que empeore. Quizás sí puedes, pero está ahí el miedo a que la situación empeore [...] Tú eres el que te haces menos, tú eres el que acepta que tus derechos sean pisoteados a veces, tú eres el que acepta la situación solo por minimizar daños. Yo de hecho no sabía que ese término existía hasta que vine a vivir aquí y lo de minimizar daños. Era aprender a callar hasta cuando tú sientes que han sido injustos contigo por no agravar más la situación”.* – **Mujer de 60 años o más, originaria de América del Sur.**

Ese patrón se asienta en mecanismos psicosociales como la anticipación negativa tras experiencias previas de invalidez o trato desigual, la sensación de indefensión (p.ej. mecanismos de queja percibidos como no efectivos) y el estrés minoritario que puede llegar a agotar los recursos emocionales, erosionando y reduciendo la confianza en el sistema sanitario. A ello se suma una disonancia moral entre la promesa institucional de trato equitativo (p.ej. normativas y leyes) y la práctica cotidiana (p.ej. aplicación arbitraria e inconsistente de normativas y procesos, rigidez en los procedimientos), que convierte la consulta en un espacio “necesario” para conseguir un diagnóstico o una baja médica pero relacionalmente peligroso. Las consecuencias de esta problemática se traducen en una subutilización y acceso tardío al sistema sanitario.

Si bien la evidencia sobre esta temática aún es escasa, la literatura científica describe cómo las personas migrantes adoptan estrategias como seleccionar determinados profesionales, prepararse de antemano para las consultas y buscar ayuda externa para trámites como formas de “navegación estratégica” en sistemas percibidos como hostiles o excluyentes (Allegri et al., 2025). Asimismo, experiencias discriminatorias repetidas en el tiempo funcionan como estresores psicosociales fuertemente asociados a ansiedad, depresión y otros impactos negativos de salud, procesos que también están implicados en el silenciamiento de preocupaciones y reducción de la agencia para reclamar atención o ejercer derechos (Szaflarski y Bauldry, 2019).

### **3.4. LA ATENCIÓN A PERSONAS MIGRANTES DESDE LA PERSPECTIVA DEL PERSONAL SOCIOSANITARIO**

Desde la perspectiva de los/as profesionales sociosanitarios/as se identifican tres barreras principales que dificultan la atención adecuada a las personas migrantes:

1. La degradación del funcionamiento de los servicios, evidenciada en la sobrecarga asistencial y el escaso tiempo disponible en consulta
2. La progresiva deshumanización del trato, condicionada por la presión asistencial, el estrés laboral y la falta de recursos.
3. La insuficiente formación específica y la baja motivación para abordar situaciones que requieren competencias interculturales.

La degradación del funcionamiento de los servicios sociosanitarios se manifiesta principalmente en la sobrecarga asistencial derivada del incremento de la demanda, la insuficiencia de recursos humanos y materiales, y la inestabilidad organizativa. Esta presión constante provoca que los profesionales trabajen con agendas saturadas, lo que limita su margen de actuación y reduce su capacidad de ofrecer una atención centrada en la persona:



*“Obviamente, la falta de recursos y de tiempo y de que el sistema sanitario está saturado y de que los profesionales sanitarios están hasta las narices de que hoy no hayas cubierto la plaza de mi compañera, que tenía que venir a alguien a sustituirla, no ha cerrado agenda y no solo tengo mis 60 pacientes, sino que tengo los 60 pacientes de mi compañera. A ver qué atención doy yo ahora, porque eso es que era día tras día, con lo cual ahí ya a mí, sinceramente, me parece que me estás maltratando laboralmente [...] Luego también la gente, los pacientes, y es normal, están hasta las narices de ir al centro médico y que no haya cita. Y muchas veces lo pagan contigo, que eres la enfermera, que tú, yo no tengo nada que ver con eso, porque yo no controlo la agenda. Yo solo puedo controlar cómo te trato”. – **Mujer de 40-49 años, enfermería.***

Una consecuencia directa de esta saturación es el escaso tiempo disponible en las consultas, tanto en atención primaria como en servicios especializados. Las citas se cierran en intervalos muy breves, insuficientes para abordar las necesidades de cada paciente, especialmente cuando existen barreras lingüísticas o culturales.

Este contexto organizativo deteriorado repercute de forma particular en la atención a personas migrantes, ya que las consultas se gestionaban bajo condiciones que favorecen la prisa, el abordaje exclusivamente biomédico y la reducción del espacio para la empatía o la escucha activa:



*“Hay que estar dentro del sistema para saber lo que se imponen y te dicen, mira, es que ahora hay 20 personas que tú tienes que atender. No, es que cuando tú vas a tu agenda y tienes 40 porque te han ido añadiendo, entonces o sale o sale en el tiempo que dispones. Entonces quiero decir que ahí conlleva, aunque puedas ser buena profesional, pero ocurre que hay veces que depende del tiempo y de las situaciones de cada de cada centro”. – **Mujer de 30-39 años, medicina.***

Con respecto a la deshumanización del trato, algunos/as profesionales lo asocian, en gran medida, a un modelo de atención cada vez más centrado en el uso de fármacos y en la resolución rápida de síntomas, en detrimento de una aproximación integral a la persona. Este enfoque prioriza la prescripción como principal respuesta asistencial, reduciendo el espacio para la escucha, la exploración del contexto vital y la comprensión de los determinantes sociales, culturales y emocionales de la salud.

En un contexto de consultas breves y alta presión asistencial, la medicalización pasa a ser una estrategia funcional de los/as profesionales para gestionar la demanda, pero contribuye a simplificar la complejidad de los problemas de salud y a transformar la relación médico-paciente en un intercambio principalmente técnico y deshumanizado. Como consecuencia, el paciente puede ser percibido más como un conjunto de síntomas que como un sujeto con una historia, necesidades y expectativas propias:



*"Me caí viniendo para acá y me fracturé la muñeca y fui a urgencias porque sabía que estaba rota. Y ya te digo que no me miraron en ningún momento a los ojos. Me tocaron 20 personas la muñeca con un dolor que llevaba venía uno, pum, pum, pum, pum, pum, pero sin mirarme. O sea, lo importante era doña muñeca yo no contaba para nada. Me sentí como que no era nadie allí ¿sabes?".* – **Mujer de 50-59 años, medicina.**

Estas dinámicas afectan especialmente a las personas migrantes, cuyas experiencias de salud están atravesadas por factores psicosociales, culturales y estructurales que difícilmente pueden abordarse desde una lógica exclusivamente biomédica. La ausencia de tiempo y de herramientas para incorporar estas dimensiones favorece intervenciones estandarizadas, con escasa adaptación cultural, y refuerza una atención no centrada en la persona.

Además, la centralidad del tratamiento farmacológico genera frustración tanto en los pacientes – que no se sienten escuchados ni comprendidos – como en los/as profesionales, quienes ven limitada su capacidad de ejercer una práctica clínica más reflexiva y humanizada. En este sentido, la deshumanización no responde únicamente a actitudes individuales, sino que es el resultado de condicionantes estructurales y organizativos que orientan la práctica asistencial hacia la eficiencia técnica en detrimento del cuidado centrado en la persona:



*"Teníamos un señor de origen cubano que estuvo tres semanas o cuatro ingresado y decían los enfermeros "fíjate la mujer que no se va, está todo el día ahí sentada y encima no para de preguntarnos cosas. Es una pesada y siempre nos pone pegas con el anticoagulante y con no sé qué" [...] Y yo a esa señora le pregunté que dónde eran y me contó: "es que aquí nadie me dice la pauta. Cuando yo estaba en Cuba, a mí mi médico, el médico nos decía todas las pautas médicas, nos decía las cosas y aquí no. Aquí no me dicen nada y simplemente me dan las pastillas y punto" [...] Y era como que la expectativa de la mujer, de cómo la trataban allí a cómo la tratábamos aquí, que fue como un malentendido. Le expliqué cómo funcionaba el tema y ella logró entenderlo*

*mejor. Y también les hice ver a mis compañeros que no es que sea una pesada que esté aquí siempre aquí porque quiera, sino que no podía irse porque tardaba dos horas y media en volver en autobús a su pueblo y claro, si se iba y pasaba el médico no le daba tiempo a ver qué le decían". – Mujer de 30-39 años, enfermería.*

En consecuencia, la evidencia indica que la competencia cultural de los profesionales sanitarios influye de forma significativa y directa en el compromiso y la participación de pacientes de minorías étnicas, afectando la confianza, la comunicación clínica y la continuidad asistencial, mientras que su ausencia puede favorecer el retraimiento comunicativo y la desconfianza hacia el sistema sanitario (Beach et al., 2005; Papadopoulos et al., 2019).

Por último, la falta de formación específica y continuada en materias como migración, interculturalidad y diversidad cultural es identificada como una barrera relevante en la atención a las personas migrantes. Los/as profesionales señalan que estos contenidos no forman parte de manera sistemática de los programas de formación continuada ni de los itinerarios de actualización profesional, lo que limita el desarrollo de competencias necesarias para abordar adecuadamente situaciones clínicas y sociales complejas. Este hallazgo es consistente con la evidencia, que describe cómo persisten brechas relevantes en conocimientos, habilidades y actitudes relacionadas con las competencias interculturales entre los/as profesionales sociosanitarios/as, especialmente en relación con la comunicación y el abordaje del racismo y las desigualdades estructurales (Flamarich-Gol et al., 2025; Verma, 2023).

Esta carencia formativa dificulta la comprensión de los determinantes sociales y culturales de la salud, así como el reconocimiento de diferentes modelos explicativos de la enfermedad, prácticas de autocuidado y expectativas respecto al sistema sanitario. Como consecuencia, muchos/as profesionales se enfrentan a situaciones complejas sin herramientas suficientes, recurriendo a estrategias que no siempre resultan adecuadas ni eficaces en contextos interculturales.

Asimismo, los/as profesionales ponen de manifiesto la ausencia de procesos estructurados de reciclaje profesional que permiten actualizar conocimientos y habilidades a lo largo de la trayectoria laboral. La formación disponible suele depender de la iniciativa individual, sin una planificación institucional que responda a los cambios demográficos, sociales y epidemiológicos del territorio. A esta situación se suma la falta de incentivos ofrecidos por el sistema sanitario para fomentar la formación continua, tanto en términos económicos como de reconocimiento profesional, promoción laboral o disponibilidad de tiempo dentro de la jornada laboral.

Esta escasa valoración institucional de la formación reduce la motivación del personal para seguir formándose, especialmente en áreas percibidas como no prioritarias frente a las exigencias asistenciales inmediatas:



*“Nos hemos reciclado quien ha querido, porque la institución como tal te han dicho que si quieres te vas a Madrid o te vas a algún congreso que te lo pagas tú [...] ¿Sabes cuándo ha habido obligatoriedad y voluntariedad de todo el personal? Cuando había carrera profesional y nos lo pagaban. Tú tenías que adquirir una serie de méritos y una serie de puntuación para que tú adquirieses un grado, para que luego te pagasen. Entonces había sesiones de enfermería todo el año [...] En mi hospital había una vez a la semana una sesión de enfermería e iban uno o dos. Cuando era la carrera profesional no había una persona”. – Hombre de más de 60 años, medicina.*

En conjunto, esta insuficiente formación y la ausencia de mecanismos de reciclaje profesional contribuyen a reforzar la inseguridad clínica en la atención de las personas migrantes, el desgaste profesional y la reproducción de prácticas poco adaptadas a la diversidad cultural (Al-Omary et al., 2026; Theodosopoulos et al., 2024). Los déficits formativos evidencian la necesidad de integrar de manera transversal la interculturalidad en los programas de formación continuada, así como de establecer políticas de incentivos que reconozcan y promuevan el desarrollo de competencias clave para una atención equitativa y de calidad (Merry et al., 2023; Mlambo et al., 2021).

### 3.5. PRIORIDADES PARA ACERCAR LA ATENCIÓN SANITARIA A LAS PERSONAS MIGRANTES

El proceso de cruce de saberes permitió identificar, analizar y priorizar propuestas de mejora orientadas a fortalecer y mejorar la atención sanitaria. A través de este trabajo colectivo emergieron categorías de análisis que reflejan tanto las barreras existentes como las posibles vías de transformación del sistema. Estas categorías se organizaron según su pertinencia temática y su potencial de impacto, lo que permitió construir una hoja de ruta orientada a la acción (**Figura 2**).

**FIGURA 2. ORGANIZACIÓN DE CATEGORÍAS EN LOS TALLERES DE CRUCES DE SABERES**



En primer lugar, surgen iniciativas vinculadas a las competencias relacionales del personal sanitario, donde se destaca la necesidad de fortalecer habilidades sociales como la escucha activa, la empatía y la inteligencia emocional. Según las participantes, estas capacidades inciden de manera directa en la calidad del trato y facilitan la creación de entornos de atención más respetuosos y culturalmente sensibles.

Un segundo bloque importante se centra en la comunicación y las barreras lingüísticas, contemplando tanto las dificultades del personal sanitario como de las personas migrantes. Como eje central se propone la importancia de promover el uso de un lenguaje claro, evitar tecnicismos, hablar despacio y reforzar los apoyos visuales e iconográficos. Paralelamente, se reconoce que la falta de dominio del idioma por parte de algunas personas migrantes requiere medidas sistemáticas y no respuestas improvisadas.

En el ámbito de los derechos y la seguridad, las propuestas inciden en fortalecer la protección de datos, mejorar los sistemas de quejas y reclamaciones, y reducir la brecha digital que afecta a muchas personas migrantes. Estas medidas se consideran esenciales para garantizar una atención segura, confiable y transparente. Este eje está relacionado con otras medidas orientadas a mejorar la gobernanza y el marco institucional, lo que incluye información sanitaria clara y multilingüe, coherencia legislativa entre comunidades autónomas y procedimientos administrativos más simples y accesibles. La burocracia fue señalada repetidamente como una barrera estructural que perpetúa desigualdades en el acceso efectivo al sistema.

Un conjunto amplio de propuestas también se relaciona con la falta de recursos y la organización interna del sistema sanitario. Entre las prioridades identificadas figuran el aumento de personal, el fortalecimiento de los servicios sociales, la incorporación estable de mediadores interculturales y traductores presenciales, y la mejora de las condiciones laborales del personal. También se señalan necesidades vinculadas a la salud mental, la adaptación de los centros a la realidad sociocultural del territorio y la ampliación del trabajo comunitario.

En cuanto a la formación, se identifica como prioritaria la incorporación de contenidos sobre diversidad cultural, género, igualdad y extranjería tanto en la formación reglada como en la formación continua. Los/as participantes destacaron que la falta de competencias culturales y de conocimiento sobre derechos sanitarios limita la capacidad del sistema para responder adecuadamente a la diversidad.

Finalmente, se debaten propuestas dirigidas específicamente a las personas migrantes, como talleres de empoderamiento, alfabetización en derechos, información sobre bulos relacionados con la atención sanitaria y articulación con asociaciones y abogados solidarios. Estas acciones buscan reforzar la autonomía, la seguridad y la capacidad de interlocución de los pacientes en un sistema que a menudo perciben como opaco o inaccesible.

En cuanto a cómo los/as participantes priorizan cada una de estas propuestas, el análisis permiten distinguir entre medidas de alto impacto y fácil implementación, como la comunicación clara, la mejora de sistemas de quejas o la formación breve en habilidades sociales; medidas de impacto alto y dificultad media, como la simplificación de trámites o el fortalecimiento de alianzas comunitarias; y medidas de impacto alto pero difícil implantación, que incluyen cambios estructurales, ampliación de plantillas, mediación intercultural estable o reformas legislativas (**Tabla 2**).

**TABLA 2. PRIORIDAD DE ACCIONES PARA MEJORAR LA ATENCIÓN SANITARIA DESDE LA ACEPTABILIDAD**

| ÁREA                                 | INICIATIVA                                                        | PRIORIDAD |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------|
| Habilidades sociales                 | Formación en habilidades sociales con enfoque intercultural       | ●         |
| Comunicación y barreras lingüísticas | Usar lenguaje sencillo y hablar despacio                          | ●         |
| Derechos y seguridad                 | Mejorar sistema de quejas y reclamaciones                         | ●         |
| Información                          | Cartelería multilingüe, clara y culturalmente adaptada            | ●         |
| Burocracia                           | Simplificar y flexibilizar trámites                               | ●         |
| Recursos humanos                     | Mediación intercultural y otros recursos estables                 | ●         |
| Marco legal                          | Ley nacional para garantizar atención equitativa                  | ●         |
| Formación                            | Formación continua en diversidad cultural, igualdad y extranjería | ●         |
| Empoderamiento (personas migrantes)  | Talleres de derechos, bulos y empoderamiento                      | ●         |

La experiencia recogida en el cruce de saberes ofrece un diagnóstico compartido que subraya la idea central de que mejorar la aceptabilidad en la atención sanitaria exige actuar simultáneamente en varias dimensiones. Por un lado, se requieren intervenciones inmediatas que transformen las prácticas cotidianas – especialmente en la comunicación, el trato y la relación clínica –. Por otro, son necesarias reformas más profundas a nivel organizativo, normativo y estructural, capaces de sostener cambios duraderos.

Las propuestas identificadas durante el proceso constituyen una hoja de ruta situada y construida colectivamente, que aporta elementos claves para nutrir la guía de aceptabilidad de la pluralidad de voces y experiencias que participaron en los talleres, integrando saberes profesionales, comunitarios y vivenciales (Médicos del Mundo, 2025). De esta manera, la guía se convierte en una herramienta que no solo orienta la toma de decisiones, sino que también fortalece el compromiso institucional con una atención más inclusiva, equitativa y respetuosa de la diversidad, facilitando su incorporación en políticas, protocolos y prácticas asistenciales.



## 4. CONCLUSIONES

Los hallazgos de esta investigación de carácter participativo ponen de manifiesto que la aceptabilidad del sistema sanitario constituye una dimensión clave para garantizar una atención verdaderamente equitativa a las personas migrantes, y no puede reducirse únicamente a la existencia formal de acceso a los servicios de salud o al uso marginal de recursos como la mediación intercultural o los recursos de teletraducción. A través de la visión y experiencias de expertos/as en antirracismo, personas migrantes y profesionales sociosanitarios/as, la aceptabilidad emerge como un proceso relacional, dinámico y bidireccional, que exige tanto la adaptación de las personas usuarias al funcionamiento del sistema como, de manera fundamental, la transformación activa del propio sistema sanitario para incorporar la diversidad social, cultural y lingüística de la población a la que atiende.

Los hallazgos muestran que, aunque el sistema sanitario español cuenta con un marco normativo que reconoce el derecho a la atención sanitaria, persisten importantes brechas entre la atención sanitaria culturalmente adaptada y las experiencias reales de atención. Garantizar el acceso al sistema sanitario no asegura, por sí solo, la construcción de vínculos de confianza, la adherencia a los tratamientos ni el uso continuado y efectivo de los servicios.

La aceptabilidad depende en gran medida del trato recibido, de la capacidad del sistema para reconocer las necesidades socioculturales de las personas migrantes y de su disposición a generar condiciones que favorezcan una relación asistencial comprensible y respetuosa.

En este sentido, la investigación evidencia que la falta de inversión institucional sostenida, la ausencia de protocolos claros y homogéneos, de una formación sistemática dirigida a todo el personal de los centros sanitarios y la escasa sistematización de recursos clave como la mediación intercultural o la traducción profesional debilitan de manera estructural la aceptabilidad del sistema sanitario. Las iniciativas existentes, cuando las hay, tienden a ser fragmentarias, reactivas y dependientes de la voluntad individual de determinados profesionales o equipos directivos, lo que genera profundas desigualdades territoriales y entre centros sanitarios.

La mediación intercultural, identificada ampliamente en la literatura como una herramienta estratégica para reducir desigualdades y mejorar la comunicación, aparece en el contexto español como un recurso poco reconocido, escasamente institucionalizado y utilizado de forma puntual, principalmente para resolver conflictos o situaciones de urgencia. Esta mirada instrumental limita su potencial transformador y dificulta que pueda incidir en aspectos estructurales como la formación del personal, la revisión de circuitos administrativos o la adaptación de los procedimientos asistenciales. De forma similar, los servicios de teletraducción, aunque útiles para salvar barreras lingüísticas inmediatas, resultan insuficientes si no se integran dentro de una estrategia más amplia que contemple las dimensiones culturales, relacionales y emocionales de la atención, especialmente en ámbitos sensibles como la salud mental.

Asimismo, una parte significativa de las experiencias de discriminación y exclusión percibidas por las personas migrantes se concentra en el ámbito administrativo, considerado la principal puerta de entrada al sistema. Las trabas burocráticas, la invalidación del dolor o de la necesidad de atención, el trato poco respetuoso y la aplicación arbitraria de criterios administrativos generan sentimientos de inseguridad, desconfianza y desprotección, y afectan directamente a la relación de las personas migrantes con el sistema sanitario. Estas dinámicas no solo vulneran los derechos de las personas migrantes, sino que favorecen estrategias de evitación, retraso en la búsqueda de atención o resignación, con consecuencias negativas para la salud individual y colectiva.

Desde la perspectiva de los/as profesionales sociosanitarios/as, las dificultades para ofrecer una atención culturalmente adecuada se explican en gran medida por condicionantes estructurales como la sobrecarga asistencial, el escaso tiempo disponible en consulta, la presión organizativa y la falta de recursos. Estas condiciones favorecen prácticas centradas en la resolución rápida de las consultas y en la prescripción farmacológica, en detrimento de una atención integral y humanizada. A ello se suma la ausencia de formación continuada y de procesos de reciclaje profesional en materia de migración, interculturalidad y derechos humanos, así como la falta de incentivos institucionales que reconozcan y promuevan estas competencias. Estas situaciones sufridas por los/as profesionales contribuye tanto al desgaste profesional como a la reproducción de prácticas poco adaptadas a la diversidad cultural.

Estas experiencias y lecciones sirvieron para elaborar una guía de aceptabilidad con el propósito de impulsar transformaciones estructurales y organizativas en los centros sanitarios, orientadas a garantizar una atención más respetuosa, culturalmente

adecuada y alineada con los principios del enfoque de derechos. Esta guía no solo sistematiza los elementos clave del principio de aceptabilidad, sino que traduce estos criterios en orientaciones prácticas, aplicables a distintos niveles de la organización sanitaria – desde la gestión de recursos y protocolos asistenciales hasta la relación clínica y las dinámicas de acogida.

Un aspecto central de la guía es que integra y formaliza las propuestas de mejora surgidas durante el proceso de IAP. A través de los talleres, se identificaron barreras, se discutieron experiencias y se generaron recomendaciones construidas colectivamente por profesionales, personas migrantes y otros actores implicados. La guía recoge estas aportaciones y las convierte en acciones concretas, facilitando que las instituciones puedan utilizarlas como base para revisar procedimientos, mejorar la comunicación intercultural, fortalecer la formación en competencias culturales y reducir prácticas discriminatorias.

En este sentido, la Guía de Aceptabilidad se consolida como una herramienta estratégica, diseñada no solo para resolver problemas puntuales, sino para acompañar procesos de cambio sostenidos en el tiempo, favorecer la coherencia institucional y promover entornos sanitarios más inclusivos, equitativos y sensibles a la diversidad (Médicos del Mundo, 2025).

En conjunto, los resultados evidencian que mejorar la aceptabilidad del sistema sanitario requiere algo más que recursos aislados o medidas puntuales. Es imprescindible una estrategia institucional integral, sostenida en el tiempo, que articule políticas claras, financiación adecuada, formación obligatoria y continua, y la incorporación efectiva de recursos como la mediación intercultural dentro del funcionamiento ordinario del sistema. Asimismo, resulta clave avanzar hacia un enfoque que sitúe la aceptabilidad al mismo nivel que otras dimensiones de la atención sanitaria como la accesibilidad, la calidad y la continuidad, reconociéndola como un pilar fundamental para garantizar el derecho a la salud en contextos de diversidad cultural.

Desde una perspectiva de acción para las organizaciones sociales y del tercer sector, esta investigación refuerza la necesidad de incidir políticamente, visibilizar las experiencias de las personas migrantes y promover cambios estructurales que permitan avanzar hacia un sistema sanitario más inclusivo, equitativo y respetuoso con la diversidad. La aceptabilidad no es solo una cuestión técnica, sino una condición indispensable para construir un sistema de salud que no excluya no revictimice y no reproduzca desigualdades, sino que acompañe de manera efectiva los procesos de integración y bienestar de toda la población.

# 5. BIBLIOGRAFÍA

- Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. (2023). *Fundamental rights report*. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea. <https://fra.europa.eu/en/publication/2023/fundamental-rights-report-2023>
- Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. (2023). *Fundamental rights report*. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea. <https://fra.europa.eu/en/publication/2021/fundamental-rights-report-2021>
- Allegri, C., Barbiano di Belgiojoso, E., & Rimoldi, S. M. L. (2025). *Immigrants' self-perceived barriers to healthcare: A systematic review of quantitative evidence in European countries*. Health Policy, 154, 105268. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2025.105268>
- Al-Omary, H., Soltani, A., Stewart, D., & Nazar, Z. (2026). *Behavioural determinants influencing professional development in healthcare practice: A qualitative study*. International Journal of Clinical Pharmacy. <https://doi.org/10.1007/s11096-025-02079-8>
- Al Shamsi, H., Almutairi, A. G., Al Mashrafi, S., & Al Kalbani, T. (2020). *Implications of language barriers for healthcare: A systematic review*. Oman Medical Journal, 35(2), e122. <https://doi.org/10.5001/omj.2020.40>
- Asad, T. (2003). *Formations of the secular: Christianity, Islam, modernity*. Stanford: Stanford University Press. ISBN 978-0-8047-4768-4
- Azarmina, P., & Wallace, P. (2005). Remote interpretation in medical encounters: *A systematic review*. Journal of Telemedicine and Telecare, 11(3), 140–145. <https://doi.org/10.1258/1357633053688679>
- Bailey, Z. D., Krieger, N., Agénor, M., Graves, J., Linos, N., & Bassett, M. T. (2017). *Structural racism and health inequities in the USA: Evidence and interventions*. The Lancet, 389(10077), 1453–1463. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30569-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30569-X)
- Beach, M. C., Price, E. G., Gary, T. L., Robinson, K. A., Gozu, A., Palacio, A., Smarth, C., Jenckes, M. W., Feuerstein, C., Bass, E. B., Powe, N. R., & Cooper, L. A. (2005). *Cultural competence: A systematic review of health care provider educational interventions*. Medical Care, 43(4), 356–373. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000156861.58905.96>

Boas, F. (1911). *The mind of primitive man*. Nueva York: Macmillan.

Burnes, L. B., Giger, J. N., & Georges, C. A. (2004). *Structural and racial barriers to health care*. Annual Review of Nursing Research, 22, 39–58.

Centro de Investigaciones Sociológicas. (2017). *Actitudes hacia la inmigración X*. Secretaría General de Inmigración y Emigración/CIS.  
<https://expinterweb.mites.gob.es/libreriavirtual/detalle/WSFC0328>

Chiarenza, A., Dauvrin, M., Chiesa, V., Baatout, S., & Verrept, H. (2019). *Supporting access to healthcare for refugees and migrants in European countries under particular migratory pressure*. BMC Health Services Research, 19(1), 513.  
<https://doi.org/10.1186/s12913-019-4353-1>

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000). *Observación general N° 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*. Naciones Unidas.  
<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>

De-María, B., Topa, G., & López-González, M. A. (2024). *Cultural competence interventions in European healthcare: A scoping review*. Healthcare, 12(10), 1040.  
<https://doi.org/10.3390/healthcare12101040>

Díaz-Millón, M., & Olvera-Lobo, M. D. (2025). *Systematic meta-review on migrant healthcare access: Language barriers and the role of translation*. Journal of Migration and Health, 12, 100358.  
<https://doi.org/10.1016/j.jmh.2025.100358>

Driedger, M., Mayhew, A., Welch, V., Agbata, E., Gruner, D., Greenaway, C., Noori, T., Sandu, M., Sangou, T., Mathew, C., Kaur, H., Pareek, M., & Pottie, K. (2018). *Accessibility and acceptability of infectious disease interventions among migrants in the EU/EEA: A CERQual systematic review*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 15(11), 2329.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph15112329>

Lévi-Strauss, C. (1993). *Raza y cultura / Raza e historia*. Madrid: Cátedra.  
ISBN 978-84-376-1188-4.

- 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, Article 206.  
<https://doi.org/10.1186/s12939-024-02290-5>
- 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.
- Federación de Asociaciones de SOS Racismo. (2025). *Informe anual sobre el racismo en el Estado español 2025*. Federación de Asociaciones de SOS Racismo. ISBN 978-84-09-80512-9.  
<https://sosracismo.eu/wp-content/uploads/2025/12/Informe-SOS-Racismo-2025.pdf>
- Flamarich-Gol, C., Feijoo-Cid, M., Bielsa-Pascual, J., Almazán-Gómez, M., Ramos-Roure, F., Moreno-Gabriel, E., Toran-Monserrat, P., & Garcia-Sierra, R. (2025). *Cultural competence in the public health system: A cross-sectional study in the northern metropolitan area of Barcelona*. Journal of Primary Care & Community Health, 16, Article 21501319251385072. <https://doi.org/10.1177/21501319251385072>
- Foucault, M. (1992). *Genealogía del racismo: De la guerra de las razas al racismo de Estado*. Madrid: Las Ediciones de La Piqueta. ISBN 978-84-7731-130-0
- Gee, G. C., & Ford, C. L. (2011). *Structural racism and health inequities: Old issues, new directions*. Du Bois Review: Social Science Research on Race, 8(1), 115–132.  
<https://doi.org/10.1017/S1742058X11000130>
- Gil-Salmerón, A., Katsas, K., Riza, E., Karnaki, P., & Linos, A. (2021). *Access to healthcare healthcare for migrant patients in Europe: Healthcare discrimination and translation services*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(15), 7901.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph18157901>
- González-Rábago, Y., La Parra-Casado, D., Jacques-Aviñó, C., Nchama, M. B., & Manzano Lorenzo, J. (2024). *Raza, salud y sistema sanitario: la necesidad de abordar el racismo institucional en España*. Gaceta Sanitaria, 38, 102425.  
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102425>

- Hall, W. J., Chapman, M. V., Lee, K. M., Merino, Y. M., Thomas, T. W., Payne, B. K., Eng, E., Day, S. H., & Coyne-Beasley, T. (2015). *Implicit racial/ethnic bias among health care professionals and its influence on health care outcomes: A systematic review*. American Journal of Public Health, 105(12), e60–e76.  
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302903>
- Handtke, O., Schilgen, B., & Mösko, M. (2019). *Culturally competent healthcare – A scoping review of strategies implemented in healthcare organizations and a model of culturally competent healthcare provision*. PLoS ONE, 14(7), e0219971.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219971>
- Hoffman, K. M., Trawalter, S., Axt, J. R., & Oliver, M. N. (2016). *Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites*. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 113(16), 4296–4301. <https://doi.org/10.1073/pnas.1516047113>
- Maina, I. W., Belton, T. D., Ginzberg, S., Singh, A., & Johnson, T. J. (2018). *A decade of studying studying implicit racial/ethnic bias in healthcare providers using the implicit association test*. Social Science & Medicine, 199, 219–229.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.05.009>
- Meghani, S. H., Byun, E., & Gallagher, R. M. (2012). *Time to take stock: A meta-analysis and systematic review of analgesic treatment disparities for pain in the United States*. Pain Medicine, 13(2), 150–174. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2011.01269.x>
- Merry, L., Castiglione, S. A., Rouleau, G., Létourneau, D., Larue, C., Deschênes, M.-F., & Gonsalves, D. M. (2023). *Continuing professional development (CPD) system development, implementation, evaluation and sustainability for healthcare professionals in low- and lower-middle-income countries: A rapid scoping review*. BMC Medical Education, 23, 498. <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04427-6>
- Médicos del Mundo. (2025). *Guía práctica para mejorar la integración y atención de las personas migrantes y racializadas en los centros sanitarios*. Médicos del Mundo. <https://www.medicosdelmundo.org/actualidad/publicaciones/guias/guia-practica-para-mejorar-la-integracion-y-atencion-de-las-personas-migrantes-y-racializadas-en-los-centros-sanitarios/>
- Mlambo, M., Silén, C., & McGrath, C. (2021). *Lifelong learning and nurses' continuing continuing professional development, a metasynthesis of the literature*. BMC Nursing, 20(1), 62.  
<https://doi.org/10.1186/s12912-021-00579-2>

- Muniesa, M.<sup>a</sup> P, T., Villazala, T. F., Máñez Cortinas, C. J., Colás Fuentes, E., Méndez Matos, G., Gómez Esteban, J., González González, M., Amado Hernández, M. P., Buquerín Pascual, S., & Matilla Molina, A. (2024). *Informe sobre la evolución de los delitos e incidentes de odio en España 2024*. Ministerio del Interior.
- Naciones Unidas. (1965). *Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las las Formas de Discriminación Racial*. Naciones Unidas.
- Nguyen, N. H., Subhan, F. B., Williams, K., & Chan, C. B. (2020). *Barriers and mitigating strategies to healthcare access in Indigenous communities of Canada: A narrative review*. Healthcare, 8(2), 112. <https://doi.org/10.3390/healthcare8020112>
- 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
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Strengthening primary health care to tackle racial discrimination, promote intercultural services and reduce health inequities: research brief*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. ISBN 978-92-4-005710-4
- Papadopoulos, I., Shea, S., & Foley, E. (2019). *What is the role of cultural competence in ethnic minority consumer engagement?* International Journal for Equity in Health, 18, 191. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1104-1>
- Reid, P., Cormack, D., & Paine, S. J. (2019). *Colonial histories, racism and health: The The experience of Māori and Indigenous peoples*. Public Health, 172, 119–124. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.03.027>
- Román-López, P., Palanca-Cruz, M. del M., García-Vergara, A., Román-López, F. J., Rubio-Carrillo, S., & Algarte-López, A. (2015). *Barreras comunicativas en la atención sanitaria a la población inmigrante = Communication barriers in health to immigrants*. Revista Española de Comunicación en Salud, (6)2, 204–212. <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/2939>
- Ruiz, A., Chen, J., Brown, T. T., Cai, X., Hernandez Fernandez, P., & Rodriguez, H. P. (2025). *Comparing remote and in-person interpretation experiences for clinicians and Spanish-speaking patients with limited English proficiency: A mixed methods study*. BMJ Open Quality, 14(2), e003227. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-003227>

- Said, E. W. (1978). *Orientalism*. Nueva York: Pantheon Books. ISBN 978-0-394-74067-6
- Samnani, F., Deering, K., King, D., Magagula, P., Braschel, M., Shannon, K., & Krüsi, A. (2024). *Stigma trajectories, disclosure, access to care, and peer-based supports among African, Caribbean, and Black im/migrant women living with HIV in Canada: Findings from a cohort of women living with HIV in Metro Vancouver, Canada*. BMC Public Health, 24, 3148. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20439-3>
- Santamaría-Rodríguez, S., Martínez-Negro, I., Jiménez-Viseu-Pinheiro, I., Pulido-Manzanero, J., & Ares-Blanco, S. (2025). *Acceso al sistema sanitario de la población inmigrante en España según posición socioeconómica*. Revista Clínica de Medicina de Familia, 18(1), 21–28. <https://doi.org/10.55783/rcmf.180105>
- Savas, S. T., Knipper, M., Duclos, D., Sharma, E., Ugarte-Gurrutxaga, M. I., & Blanchet, K. (2024). *Migrant-sensitive healthcare in Europe: advancing health equity through accessibility, acceptability, quality, and trust*. The Lancet Regional Health – Europe, 41, 100805. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100805>
- Smith, A., Herington, E., & Loshak, H. (2021). *Tuberculosis stigma and racism, colonialism, and migration: A rapid qualitative review*. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. <https://doi.org/10.51731/cjht.2021.56>
- Sociedad Española de Epidemiología. (2024). *Posicionamiento: La discriminación racial en el el Sistema Nacional de Salud*. <https://seepidemiologia.es/posicionamiento-la-discriminacion-racial-en-el-sistema-nacional-de-salud/>
- Suso, A. A., Morel, M. J. R., Robles, J. S., Guilló, C. G., & Mamán, D. S. (2025). *El impacto del racismo en España: Percepción de la discriminación por origen racial o étnico por parte de sus potenciales víctimas en 2024*. Ministerio de Igualdad.
- Szaflarski, M., & Bauldry, S. (2019). *The effects of perceived discrimination on immigrant and refugee physical and mental health*. Advances in Medical Sociology, 19, 173–204. <https://doi.org/10.1108/S1057-6290>
- Theodosopoulos, L., Fradelos, E. C., Panagiotou, A., Dreliozzi, A., & Tzavella, F. (2024). *Delivering culturally competent care to migrants by healthcare personnel: A crucial aspect of delivering culturally sensitive care*. Social Sciences, 13(10), 530.

- Truong, M., Allen, D., Chan, J., & Paradies, Y. (2022). *Racism complaints in the Australian health system: An overview of existing approaches and some recommendations*. Australian Health Review, 46(1), 1–4. <https://doi.org/10.1071/AH21189>
- Verma, A. (2023). *Intercultural gaps in knowledge, skills and attitudes of public health professionals: A systematic review*. Journal of Public Health, 45(Suppl\_1), i35–i44. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdac166>
- Verrept, H. (2019). *What are the roles of intercultural mediators in health care and what is the evidence on their contributions and effectiveness in improving accessibility and quality of care for refugees and migrants in the WHO European Region?* (Health Evidence Network Synthesis Report No.64). Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa. ISBN 978-92-890-5435-5. <https://iris.who.int/handle/10665/327321>
- Winters, M., Rechel, B., de Jong, L., & Pavlova, M. (2018). *A systematic review on the use of healthcare services by undocumented migrants in Europe*. BMC Health Services Research, 18(1), Article 30. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2838-y>
- Yearby, R. (2020). Structural racism and health disparities: *Reconfiguring the social determinants of health framework to include the root cause*. Journal of Law, Medicine & Ethics, 48(3), 518–526. <https://doi.org/10.1177/1073110520958876>

# 6. ANEXOS

## 6.1. ANEXO I. GUION TALLER VIVENCIAL PERSONAS MIGRANTES

**Objetivo general:** Generar un espacio seguro, creativo y participativo donde se visibilicen experiencias, se activen procesos colectivos de reflexión y se propongan mejoras concretas para la aceptabilidad del sistema público de salud desde un enfoque antirracista.

**Metodología:** participativa.

**Formato:** Presencial.

**Grupo:** 8 personas migrantes seleccionada en cada sede de Médicos del Mundo

**Duración:** 2 horas (aproximadas)

**Lugares:** 7 CCAA/provincias: Málaga, Melilla, Mallorca, Madrid, Barcelona, Badajoz, Pamplona.

### 1.Sesión de relatos de experiencia: “Lo que mi cuerpo cuenta”

**Objetivo:** Visibilizar vivencias racializadas en el sistema de salud.

**Formato:**

- Círculo de palabra con ambientación íntima (luz cálida, música suave).
- Participantes comparten relatos personales (5-7 minutos cada uno).
- Facilitación con enfoque de escucha activa y cuidado emocional.

**Recomendaciones técnicas:**

- Micrófonos de solapa o ambiente.
- Espacio sin ruido externo.
- Consentimiento informado para la grabación.

## 2. Dinámicas grupales creativas: “Imaginarios para sanar”

**Objetivo:** Explorar colectivamente cómo se vive y se imagina una atención en salud digna y antirracista.

### Propuesta de dinámicas:

- Mapa emocional del cuerpo: dibujar en siluetas dónde se sienten las violencias y los cuidados.
- Teatro imagen: representar escenas de discriminación y transformarlas colectivamente.
- Collage colectivo: crear un mural con recortes, palabras y símbolos de una salud pública justa.

## 3. Propuestas concretas: “Lo que queremos y necesitamos”

**Objetivo:** Formular propuestas viables para mejorar la aceptabilidad del sistema de salud desde una perspectiva antirracista.

### Metodología:

- Trabajo en grupos pequeños con preguntas guía:
  - ¿Qué prácticas deben cambiar?
  - ¿Qué políticas deben implementarse?
  - ¿Qué formación necesitan los profesionales?
- Puesta en común en plenario.
- Sistematización en un mural o documento visual.



## 6.2. ANEXO II. GUION TALLER VIVENCIAL PROFESIONALES SOCIO SANITARIOS/AS

**Objetivo general:** Generar un espacio seguro, creativo y participativo donde se visibilicen experiencias, se activen procesos colectivos de reflexión y se propongan mejoras concretas para la aceptabilidad del sistema público de salud desde un enfoque antirracista.

**Metodología:** participativa.

**Formato:** Presencial.

**Grupo:** 8 profesionales sociosanitarios/as de diferentes perfiles seleccionada en cada sede de Médicos del Mundo

**Duración:** 1-1:30 horas

**Lugares:** 7 CCAA/provincias: Málaga, Melilla, Mallorca, Madrid, Barcelona, Badajoz, Pamplona.

### 1.Sesión de relatos de experiencia: “Lo que mi cuerpo cuenta”

**Objetivo:** Visibilizar vivencias relacionadas con el racismo y el choque cultural en el sistema de salud.

**Formato:**

- Círculo de palabra con ambientación íntima (luz cálida, música suave).
- Participantes comparten relatos personales (5-7 minutos cada uno).
- Facilitación con enfoque de escucha activa y cuidado emocional.
- Cierre con una reflexión colectiva o una frase potente de cada participante.

### 2.Dinámicas grupales creativas: “Imaginar para sanar”

**Objetivo:** Explorar colectivamente cómo se vive y se imagina una atención en salud digna y antirracista.

**Propuestas dinámicas:**

- **Teatro imagen:** representar escenas de discriminación y transformarlas colectivamente.
- **Collage colectivo:** crear un mural con recortes, palabras y símbolos de una salud pública justa.

**3.Propuestas concretas: “Lo que queremos y necesitamos”**

**Objetivo:** Formular propuestas viables para mejorar la aceptabilidad del sistema de salud desde una perspectiva antirracista.

**Metodología:**

- Trabajo en grupos pequeños con preguntas guía:
  - ¿Qué prácticas deben cambiar?
  - ¿Qué políticas deben implementarse?
  - ¿Qué formación necesitan los profesionales?
- Puesta en común en plenario.
- Sistematización en un mural o documento visual.
- Lectura de las propuestas finales por parte de los grupos.

**6.3. ANEXO III. GUION TALLER CRUCE DE SABERES**

**Objetivo general:** Con este taller se busca facilitar el diálogo horizontal entre personas migrantes y personal de salud para compartir saberes y co-crear un decálogo o herramienta (toolkit) con puntos clave y estrategias que puedan aplicarse para mejorar la aceptabilidad y calidad de la atención dentro del sistema sanitario desde un enfoque antirracista, de género y antropológico.

**Resultados esperados:**

- Identificar barreras culturales y estructurales.
- Reconocer la valía de los saberes y las necesidades de las personas migrantes.
- Elaborar propuestas concretas para mejorar la atención.
- Fortalecer vínculos entre comunidad y profesionales.

**Duración sugerida:** 2–2.5 horas

**Participantes:** 16 personas (50% personal de salud, 50% personas migrantes).

**Facilitadores/moderadores:** 1-2. En caso de poder ser dos, uno se encargaría de dinamizar el taller mientras el otro debería recoger la información referente a las estrategias creadas.

**Materiales necesarios:** rotafolios, post-its o similares de varios tamaños (que permitan escribir), marcadores, fichas de colores y grabadora (o cualquier otro dispositivo de grabación).

### 1.Fase 1: Romper el hielo a través del reconocimiento mutuo (10 minutos)

**Actividad:** “Historias de Llegada”

- Se busca que cada participante comparte brevemente su historia personal para saber cómo llegó a trabajar en salud (en caso de profesional sanitario) o cómo llegó al país (en caso de persona migrante).
- Se forman parejas mixtas (migrante + profesional) para compartir sus historias.
- Se deberán destacar emociones y pensamientos comunes, desafíos, motivaciones y expectativas de vida/laborales.

### 2.Fase 2: Mapeo de saberes y experiencias (20 minutos)

**Actividad:** “Lo que sé, lo que vivo”

- Se forman parejas mixtas (migrante + profesional) para responder a las siguientes preguntas.
  - ¿Qué desafíos encuentro en el sistema de salud actual?
  - ¿Cuáles son mis percepciones con respecto a la atención a personas migrantes en el sistema de salud actual?
- Se escribirán las respuestas resumidas en post-its grandes y se agrupan en un mural colectivo por temas que elegirán los propios participantes del taller: comunicación, confianza, acceso, etc.

### 3.Fase 3: Cruce de saberes y co-creación (30 minutos)

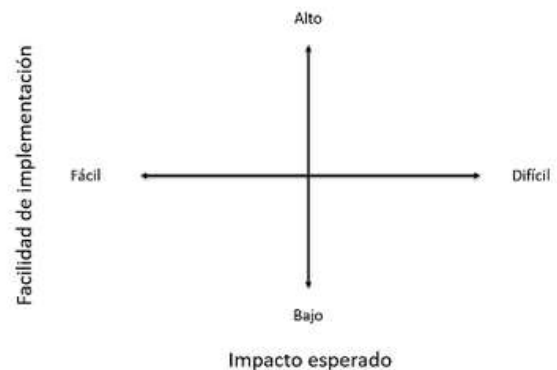
**Actividad:** “Los puentes son posibles”: Se divide a los participantes en grupos mixtos. Se recomienda unas 3-4 personas por grupo, pero la división dependerá del número de asistentes al taller. Se le pide a cada grupo elegir un tema del mural y proponer:

- Una práctica, estrategia, dinámica o actividad que podría servir para mejorar la atención relacionada con el tema elegido desde el saber migrante, buscando mejorar la aceptabilidad del sistema sanitario. A parte de las ideas propuestas por los participantes, estos son ejemplos para incluir que podrán tenerse previamente preparados en pos-it grande:
  - Mediación intercultural en salud
  - Uso de intérpretes o herramientas de traducción en consultas
  - Adaptación de los servicios de salud a las necesidades específicas de la población migrante (a desarrollar con ejemplos)
  - Programas de formación a profesionales sanitarios (todos los ámbitos) sobre atención intercultural
  - Protocolos de atención para casos de violencia de género en mujeres migrantes
  - Estrategias de promoción de la salud dirigidas a colectivos migrantes
  - Promoción de la figura del trabajador comunitario en salud para acercar los servicios de salud a las comunidades migrantes
  - Creación de canales de comunicación, queja y consulta para valorar la calidad de la atención sanitaria recibida (desarrollar qué dimensiones evaluar)
- Se presentan las propuestas en conjunto, buscando responder al siguiente listado de preguntas (por cada idea) y se escriben en pos-it grandes o cartulinas.
  - **¿Barreras?** -> ¿Qué barreras existen actualmente en este tema?
  - **¿Qué?** -> ¿Qué saberes o prácticas concretas podrían aplicar en el sistema sanitario o centro de salud para superarlas?
  - **¿Para quién?** -> ¿Cuáles son los diferentes actores (p.ej. médicos, personal de administración) que deberían recibir la propuesta?
  - **¿Quién?** -> ¿Quiénes serían los actores que deberían llevar a cabo/estar implicados en la propuesta?
  - **¿Cómo?** -> ¿Qué estrategias o actividades se tendrían que llevar a cabo
  - **¿Recursos?** -> ¿Qué recursos/medios serían necesarios para llevarla cabo?
  - **¿Impacto?** -> ¿Qué impacto tendría esta propuesta en la comunidad migrante a corto y largo plazo?

#### 4.Fase 4: Priorizando las necesidades (60 minutos)

**Actividad:** “Lo Urgente y lo Importante”: Se usan las propuestas generadas en la fase anterior, las cuales se ordenan en el mural priorizando su importancia/impacto.

- Se dibuja en el mural o pizarra una matriz con dos ejes:
  - Eje X: Facilidad de implementación (de fácil a difícil)
  - Eje Y: Impacto esperado (de bajo a alto)
- Cada participante recibe 4 pegatinas o puntos adhesivos para votar las propuestas que considera más importantes.
- Se colocan las propuestas en la matriz según:
  - Los votos recibidos
  - Una breve discusión grupal sobre su viabilidad e impacto
- Se identifican las propuestas que caen en el cuadrante “Alta facilidad + Alto impacto”. Estas serán las prioridades consensuadas.



#### 5.Fase 5: Cierre y compromisos (15 minutos)

**Actividad:** “Semillas de cambio”: Cada participante expone brevemente:

- Un compromiso personal para mejorar la atención intercultural.
- Una idea que se lleva del encuentro.

Se rellenan y recogen cuestionarios de satisfacción de las formaciones y talleres vivenciales (Fase III). Los distintos modelos están en la carpeta compartida.

## 6.4. ANEXO IV. GUIÓN ENTREVISTA A EXPERTOS/AS EN ANTIRRACISMO

Guion base: Se trata de un guion en donde las preguntas nos sirven para no salirnos de la temática, pero vosotras podéis seguir profundizando si lo que os dicen os parece interesante o aporta información que os parece relevante.

### 1. Consentimiento.

Antes de comenzar, te comentamos la siguiente información. Su participación en esta investigación es completamente voluntaria. En cualquier momento, puede negarse a responder o abandonar la entrevista sin que esto le suponga perjuicio alguno. Su decisión de participar o retirarse se respetará sin necesidad de justificación. ¿Aceptas participar en la investigación y confirmas que has comprendido la información proporcionada? ¡Muchas gracias por participar!

### 2. Presentación de experto/a (cargo, experiencia en la materia, institución)

### 3. ¿Conocer el concepto de aceptabilidad de los servicios de salud? ¿nos los puedes explicar? ¿has trabajado con este concepto?

\*Nota entrevistador/a: Si desconoce leer: Desde Médicos del Mundo "Aceptabilidad: Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética profesional y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar la situación social de las personas."

### 4. ¿Creéis que desde los servicios de salud (por servicios de salud entendemos: atención primaria, atención especializada, atención hospitalaria y urgencias) ponen a disposición recursos y/o servicios adaptados a las necesidades de las personas migrantes y/o racializadas que acuden? ¿Consideráis que algunos los hacen más que otros?

\*Nota entrevistador/a: que pongan ejemplos, que argumenten sus respuestas

5. Menciona/identifica buenas prácticas (protocolos, herramientas, casos observados...) de aceptabilidad en servicios de salud con migrantes y personas racializadas ¿nos puedes comentar en profundidad?

\*Nota entrevistador/a: Para poder profundizar en las buenas prácticas podéis hacerle otro tipo de preguntas incluso malas prácticas.

6. ¿Conoce alguna política/normativa/ proceso que hagan referencia a la aceptabilidad en salud con migrantes en otros países?

\*Nota entrevistador/a: Para poder profundizar en esta pregunta que nos digan en donde se aplica, en que país, si hay investigaciones al respecto, como fue la implementación.

7. Propuesta o sugerencia: ¿Algún comentario o idea que creas interesante abordar en este tema?



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL  
Y MIGRACIONES

SECRETARÍA DE ESTADO  
DE MIGRACIONES

DIRECCIÓN GENERAL  
DE GESTIÓN MIGRATORIA



Financiado por  
la Unión Europea