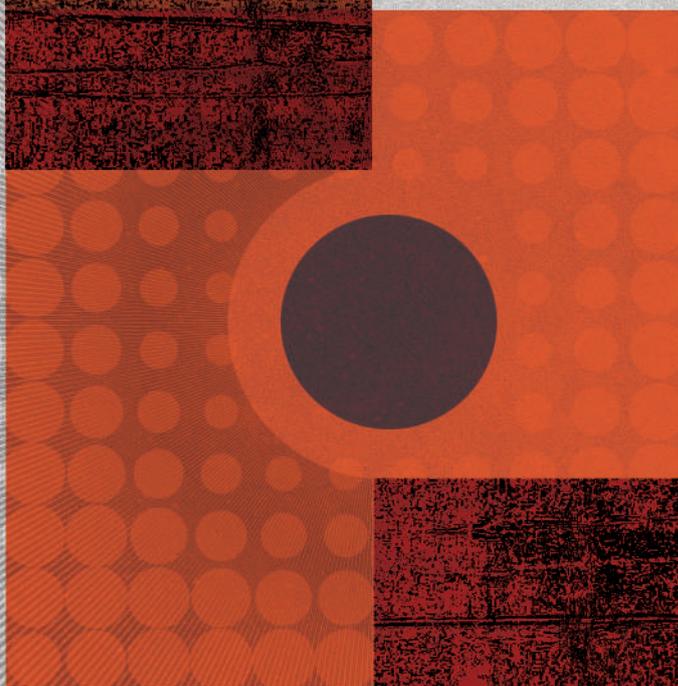
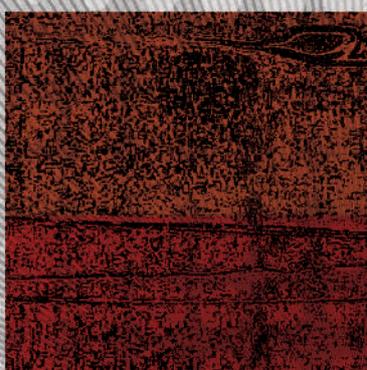




Formación y sensibilización para identificar **CONDUCTAS RACISTAS Y XENÓFOBAS** en el ámbito socio-sanitario



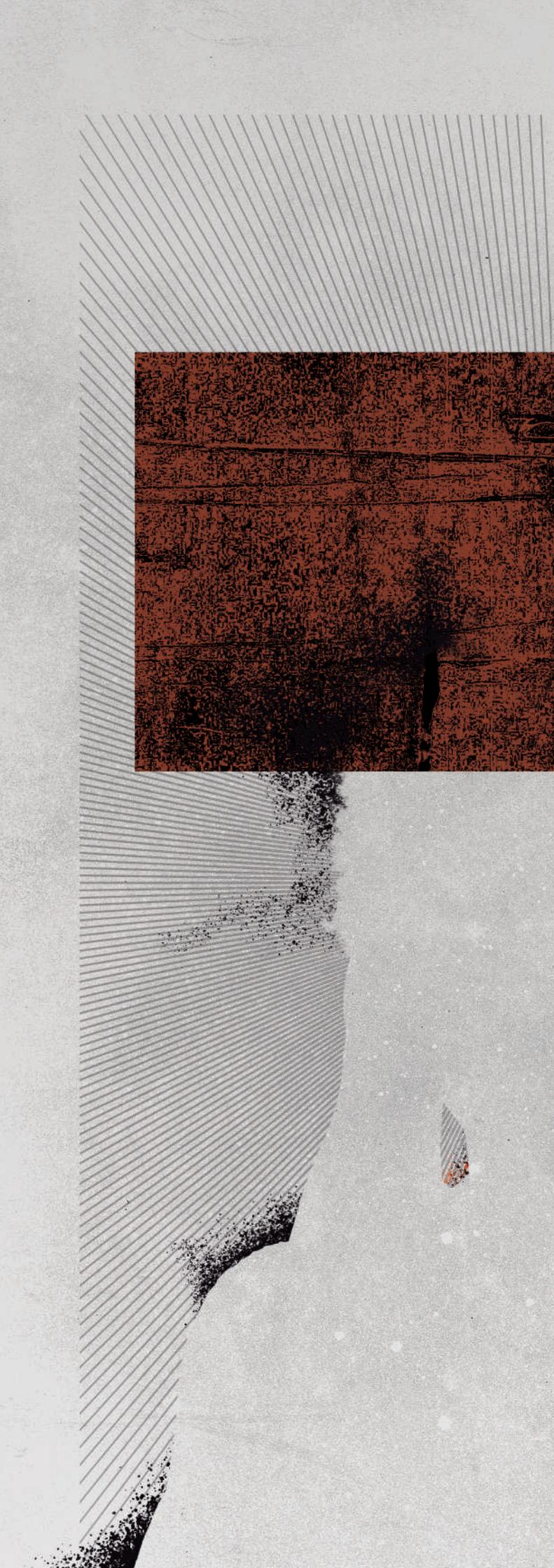
Cofinanciado por la UE



MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

SECRETARÍA DE ESTADO
DE MIGRACIONES

DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMAS
DE PROTECCIÓN INTERNACIONAL
Y AYUDA HUMANITARIA



Autoría

Médicos del Mundo

Diseño y maquetación

Alberto Sernández



**Formación
y sensibilización
para identificar
CONDUCTAS
RACISTAS
Y XENÓFOBAS
en el ámbito
socio sanitario**



Cofinanciado por la UE

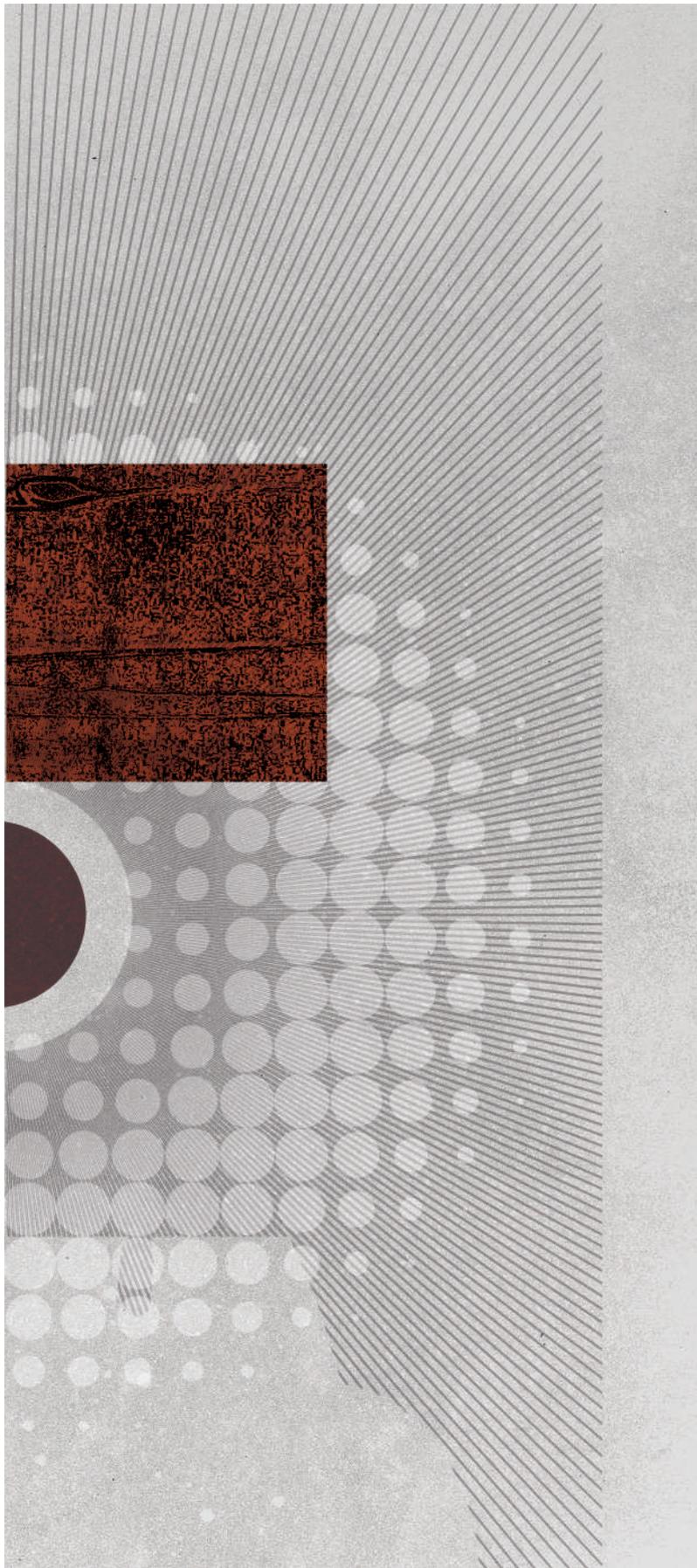


SECRETARÍA DE ESTADO
DE MIGRACIONES

DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMAS
DE PROTECCIÓN INTERNACIONAL
Y AYUDA HUMANITARIA

Índice

Objetivo	6
Objetivos específicos	6
Público objetivo	6
Unidad 1. La construcción de las razas	7
La raza como invención científica	9
Las razas como constructo social	
Unidad 2. Discriminaciones múltiples: Xenofobia y racismo	10
¿Qué es la xenofobia?	10
¿Qué es el racismo?	
Racismo estructural	
Racismo sistémico	11
Racismo institucional	
Racismo cotidiano	
Racismo y discriminación en el ámbito sanitario.	
Unidad 3. Determinantes sociales de la salud	13
Unidad 4. Impacto del racismo y de la discriminación en la salud	17
Duelo migratorio	
Impacto del duelo migratorio	
Unidad 5. Hacia una intervención antirracista	19
Recomendaciones para los centros sociosanitarios para una atención intercultural	
Actitudes de los y las profesionales	20
Prácticas de las y los profesionales	
Acciones transformadoras	21
Anexo. Racismo, xenofobia, discriminación y salud	22
Referencias bibliográficas	26



Objetivo

Fortalecer las capacidades de profesionales del ámbito socio sanitario para identificar conductas racistas, xenófobas y discursos de odio que se reproducen dentro del sistema sociosanitario y de protección.

Objetivos específicos

- Facilitar contenidos formativos sobre la construcción del racismo
- Conocer las diferentes expresiones de la xenofobia y del racismo
- Abordar el racismo en el ámbito sociosanitario
- Identificar conductas racistas, xenófobas y discurso de odio
- Visibilizar el impacto del racismo sobre la salud de las poblaciones migrantes
- Proponer acciones para una intervención sociosanitaria antirracista

Público objetivo

Personal sociosanitario que trabajan en entidades con una gran prevalencia de personas de origen diversos o migrantes.

Unidad 1. La construcción de las razas

La construcción de las razas es un proceso paralelo al proceso de modernización occidental que se ha basado en la subordinación e inferiorización de pueblos de otras civilizaciones. La modernidad occidental se ha basado en la jerarquización racial para legitimar el proceso de esclavización y colonización de otros pueblos. El Imperio español fue uno de los principales actores de dichos procesos.



Cuadro de castas, 1763. Miguel Cabrera, Museo de América

El cuadro de castas muestra como el Imperio español clasificó y jerarquizó las personas esclavizadas en las colonias (Virreinato de la Nueva España). El "español" está colocado en lo alto de la jerarquía racial y las personas "indias" y "negras" están en lo más bajo de la escala de jerarquización. Dicha presentación ha servido para legitimar la esclavización de millones de personas negras, en su inmensa mayoría, traída del continente africano, de manera forzosa por el Imperio español.



Esquema de la estructura social colonial

La jerarquización racial ha llevado a cabo una legitimación de la negación de la humanidad a las personas que se encuentran fuera de la concepción de blanquitud. La organización política se basaba en una estructura vertical racista legitimada por el ordenamiento religioso, político y pseudocientíficos. Algunos "intelectuales y humanistas" de la "Ilustración" consideraban que Europa poseía cualidades internas únicas que le habrían permitido desarrollar la racionalidad científico-técnica, lo cual explica la superioridad de su cultura sobre todas las demás (Dussel, 1992: 21-34).

Uno de los ejemplos de aquellos debates tuvo lugar en la Junta de Valladolid, también conocido como Controversia de Valladolid (15 de agosto de 1550 al 4 de mayo de 1551 en el Colegio de San Gregorio de Valladolid) que enfrentó dos formas de concebir las poblaciones indígenas esclavizadas, bajo el imperio español. La primera, representada por Bartolomé de las Casas, considerado hoy "pionero" de la lucha por los derechos humanos; y la segunda, por Juan Ginés de Sepúlveda, que defendía el derecho y la conveniencia del dominio de los españoles sobre los indígenas, a quienes además concibe

como inferiores. No hubo una resolución final, pero se reconoció que los indios tenían almas, la posición defendida por De las Casas, pero se los negaban a los negros. Es importante señalar que el debate no supo el fin de la explotación ni a la esclavización. Las poblaciones indígenas seguían siendo víctimas del sistema esclavista y la esclavización de poblaciones negro-africanas fue relegitimada.

"No es un síntoma de salud estar bien adaptado a una sociedad profundamente enferma"

J. Krishnamurti

Según el psicoanalista, Frantz Fanon, la modernidad occidental ha creado un antagonismo entre una "zona del ser" y otra "zona del no ser". La primera está ocupada por ciudadanos de pleno derechos, occidentales y blancas que disfrutaban plenamente sus derechos. Por otro lado, la "zona del no ser", dónde los derechos y la humanidad de poblaciones del Sur global (no occidentales), son sistemáticamente negadas. Se trata de un lugar marcado por la violencia estructural, que no depende de las cualidades personales, sino de todo un complejo sistema racista.

La raza como invención científica

Las razas no existen científicamente hablando, aunque esa idea fue legitimada por pseudo científicos occidentales de la "Ilustración" para clasificar poblaciones humanas basadas en atributos físicos y biológicos con el fin de legitimar la colonización.

Algunos autores: Voltaire, David Hume, Charles Darwin, Karl Vogt, Gobineau etc.

Las razas como constructo social

Tal como se ha mencionado anteriormente, las razas no existen científicamente hablando, aunque algunos autores del siglo XIX desarrollaron todo un cuerpo pseudocientífico para legitimar su existencia. Sin embargo, las razas, como el género, son construcciones sociales que sirven de parámetro de análisis. Mientras siga existiendo el racismo, el concepto de "raza" como categoría social y de análisis seguirá teniendo su pertenencia para poder abordar las discriminaciones racistas.

Unidad 2. Discriminaciones múltiples: Xenofobia y racismo

¿Qué es la xenofobia?

La xenofobia es la discriminación u odio al extranjero o inmigrante, cuyas manifestaciones pueden ir desde el simple rechazo, pasando por diversos tipos de agresiones y, en algunos casos, desembocar en un asesinato. La xenofobia suele ser el caldo de cultivo de organizaciones políticas, componentes de la sociedad para señalar al extranjero como el origen de los males que acarean las sociedades de destinos. La xenofobia está interconectada con otras formas de discriminaciones: raciales, por identidad de género, diversidades etc.

¿Qué es el racismo?

“Es un sistema de dominación y de inferiorización de un grupo sobre otro basado en la racialización de las diferencias, en el que se articulan las dimensiones interpersonal, institucional y cultural. Se expresa a través de un conjunto de ideas, discursos y prácticas de invisibilización, estigmatización, discriminación, exclusión, explotación, agresión y despojo”¹.

El racismo se configura a partir de la clasificación de grupos humanos en categorías jerárquicas que han sido construida socialmente. Esta clasificación social se asienta en el concepto de raza, que exagera las diferencias biológicas y fenotípicas (color de la piel, rasgos físicos, características del pelo, aspectos morfológicos) entre las personas. Estas diferencias, apoyadas en bases pseudocientíficas, sirvieron en el pasado como argumentos para justificar la explotación de unos grupos humanos sobre otros. Como fruto de la herencia histórica y cultural, esta forma de etiquetar y clasificar las poblaciones se ha seguido reproduciendo, lo que ha propiciado que se generen relaciones de poder de unos grupos sobre otros. El racismo se expresa de diferentes maneras:

Racismo estructural

El racismo no consiste solo en actitudes individuales, sino que representa un eje alrededor del cual se organiza el sistema dominante, que tiene sus raíces en la lógica colonial. Los movimientos decoloniales han desarrollado un cuerpo teórico que sitúa el racismo como una dimensión estructural de la modernidad, estrictamente vinculada al proyecto “civilizatorio” de la experiencia colonial². El racismo está arraigado en nuestras

1. Aguilar-Idáñez, María José; Buraschi, Daniel. «Racismo institucional: ¿De qué estamos hablando?». The Conversation. Consultado el 29 de marzo de 2021.

2. Amzian y Garcés. 1492: por un antirracismo político 2017. A consultar en: [Racismo | 1492: por un antirracismo político - El Salto - Edición General \(elsaltodiario.com\)](#)

sociedades, no es solo un problema individual, sino también público. Como ciudadanos que formamos parte de la estructura social racista, no somos exento/as de reproducir actos racistas. Es por ello, que invitamos a una revisión individual y grupal de nuestras acciones para minimizar la reproducción del racismo.

Racismo sistémico

En el contexto actual, las narrativas racistas no se fundamentan solo en discursos biologicistas sobre la raza, sino que se alimentan más bien de las diferencias construidas en torno a la cultura, la etnia o la identidad. La racialización de la diferencia es lo que permea las relaciones sociales y reproduce dinámicas de discriminación en el ámbito de la vivienda, la educación, el empleo, la representación en posiciones de liderazgo, entre otras. Se traduce en la existencia de “fronteras simbólicas” que normalizan que una parte de la población no tenga acceso a las mismas oportunidades vitales. La construcción radical de la diferencia, el esencialismo y la estigmatización son los tres elementos que definen todas las formas de racismo, dando cuenta de su carácter sistémico³.

Racismo Institucional

Como estructura de poder, el racismo está presente en el ordenamiento normativo, pero también en un conjunto de agentes de socialización que conforman el contexto social y cultural en el que nos movemos. Los medios de comunicación, la escuela, las administraciones, el sistema sanitario, los actores sociales, económicos o culturales producen un horizonte de valores que perjudica e impide el acceso a derechos de grupos racializados. Este tipo de racismo es especialmente evidente en los casos de violencia policial, al acceso a la sanidad, a la vivienda etc. que en países muy distintos entre sí afectan de manera desproporcionada a las personas racializadas.

Racismo cotidiano

El racismo cotidiano se manifiesta de manera continua en nuestra sociedad a través de diferentes expresiones que usamos en nuestro cotidiano, como por ejemplo “trabajar en negro”, “trabajar como un chino”, “meriendas de negro”, “no hay moros en la costa” o “Dúchate, no seas gitano”⁴. El racismo cotidiano está muy presente en el espacio público, en las redes sociales. Se manifiesta también en los cánones de belleza, la hipersexualización de los cuerpos de origen diversos o el acoso sexual de las mujeres.

3. Buraschi y Aguilar, 2019

4. Moha Gerehou, [Seis expresiones racistas que se nos escapan cada día - YouTube](#)

El iceberg del racismo



Buraschi y Aguilar (2019)

Racismo y discriminación en el ámbito sanitario.

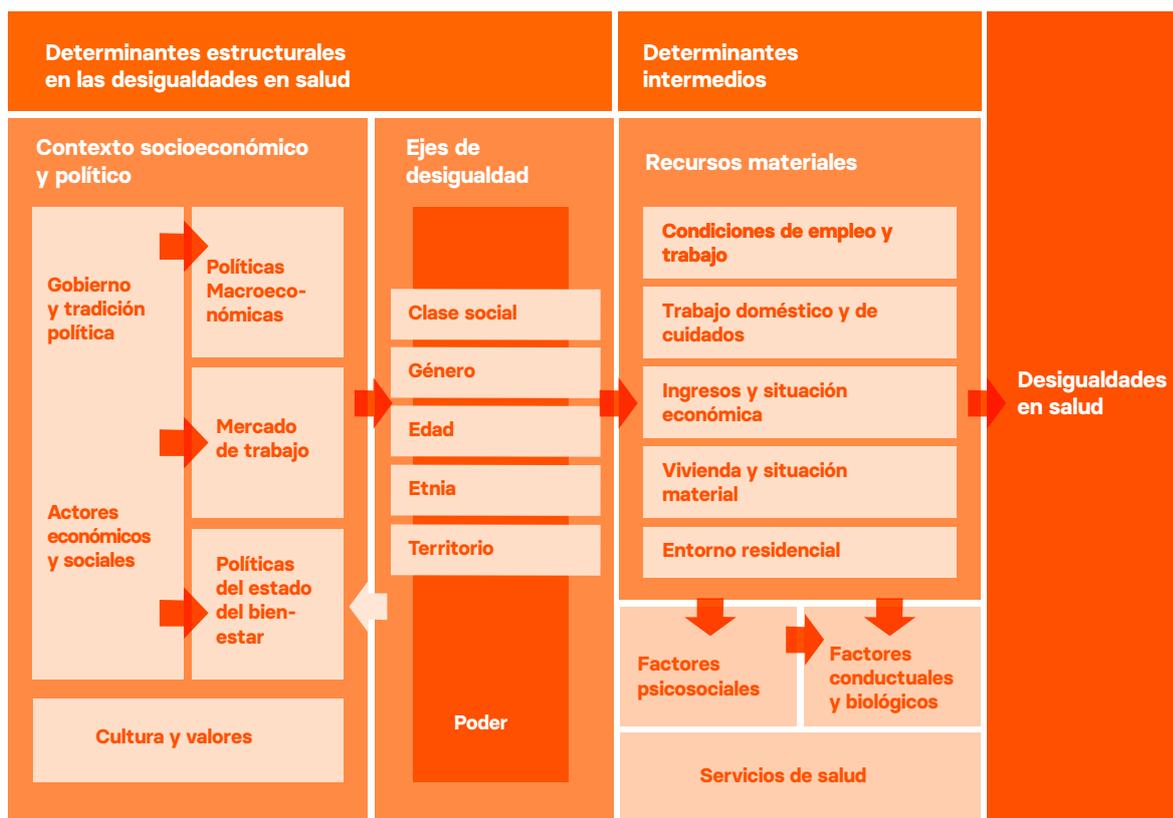
Unidad 3. Determinantes sociales de la salud

La Declaración Universal de Derechos Humanos⁵ afirma que "toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios". A su vez, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales⁶ de las Naciones Unidas, establece que los Estados Parte reconocen "el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental". En la misma línea, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU considera que los servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista cultural.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud define los determinantes sociales de la salud (DSS) como "las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana". El disfrute pleno de la salud dependerá de factores socioeconómicos, de normas políticas y sociales. Las condiciones de acceso a la salud pueden ser altamente diferentes para varios subgrupos de una población y pueden dar lugar a diferencias en los resultados en materia de salud. Categorías sociales tales como la raza, el género, la clase social, entre otras determinan el acceso a la salud a poblaciones que no gozan de ciertos privilegios socioeconómicos.

5. Declaración Universal de los Derechos Humanos, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en París, el 10 de diciembre de 1948 Art. 25.1 disponible en: [spn.pdf \(ohchr.org\)](#)

6. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 16 de diciembre de 1966 Art.12.1, disponible en: [Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales | OHCHR](#)



Gac. Sanitaria. 2012; 26:182-9

Situación actual del racismo y de la discriminación en el ámbito sociosanitario:

Según el informe *Percepción de la discriminación por origen racial o étnico por parte de sus potenciales víctimas (2020)*⁷ del Consejo para la Eliminación de la Discriminación Racial o Étnica (CEDRE), del ministerio de Igualdad, el 12% de las personas encuestadas que acudieron a un centro médico, señalaron haber sufrido algún tipo de trato discriminatorio por origen étnico durante el último año en el entorno sanitario. En relación con las mediciones anteriores, este hecho aumenta en 3 puntos porcentuales.

Una de las quejas más frecuente es la atención recibida en los centros sanitarios por sus barreras culturales. Hasta un 11,6% de los encuestados aseguran que han tenido problemas por el idioma "bastante a menudo" o "en algunas ocasiones". Los grupos que se sintieron más discriminados por este motivo fueron la población indo-pakistaní (20,9%) y la población magrebí (20,8%).

7. Ver el estudio completo en: Consejo No Discriminación - Percepción de la discriminación por origen racial o étnico por parte de sus potenciales víctimas en 2020. (igualdad.gob.es)

Con respecto al género, la tasa de rechazo percibida en el ámbito sanitario es mayor en las mujeres (13%) que en los hombres (10%). Por su parte, por rango de edad, informa de una mayor exclusión las personas de entre 24 y 40 años (14%), seguida del rango 41-75 años (11%) y de 16-24 años (10%). Por otra parte, se sienten más discriminados quienes viven en ciudades de más de 200.000 habitantes (14%), junto a quienes residen en poblaciones de entre 20.000 y 200.000 (11%) y, por último, quienes viven en los municipios de menos de 20.000 (8%).

En cuanto al tiempo de permanencia, se quejan de un peor trato en los centros sanitarios quienes llevan menos tiempo en España, entre 6 meses y un año (27%), junto con quienes llevan entre 2 y 5 años (18%). Es de un 9% en las personas que llevan más de 10 años en España. Finalmente, la percepción de una mayor discriminación es ligeramente superior entre las personas desempleadas (14%) que entre las ocupadas (12%) y las personas inactivas (10%).

El análisis detallado de cada una de las situaciones de discriminación vividas en los centros médicos permite obtener una mirada más precisa de las circunstancias percibidas por los distintos grupos analizados. Cabe mencionar que las consecuencias psicológicas varían según el sexo. Las mujeres muestran una mayor prevalencia que los hombres en efectos psicológicos derivados del trato discriminatorio (47% frente al 39% de hombres), aislamiento de la sociedad y espacios públicos (19% frente al 15% de hombres), y el deseo de abandonar el país (13% frente al 10% de hombres).

El tipo de consecuencias que afecta más a los hombres se relaciona con el hecho de acudir en menor medida a servicios públicos como centros sanitarios (12% frente al 9% de mujeres), y el sentir un rechazo mayor hacia la sociedad mayoritaria y desconfianza (35% frente al 25% de mujeres). Desde la mirada experta se menciona que las consecuencias pueden ser variadas, afectando no solo las oportunidades en ámbitos laborales y en las trayectorias de vida, sino en la salud mental de las personas. Además, se reconoce que se trata de una cuestión subjetiva e individual, y que a su vez depende del tipo de trato discriminatorio sufrido. Es de común consenso de parte de la población experta, que muchas de las actitudes discriminatorias son de compleja detección, y que muchas veces existe un proceso de normalización de dichas experiencias

El *Análisis de los factores de discriminación en el acceso a la salud, la educación, el empleo, la vivienda y los servicios sociales*⁸ se han producido importantes avances en el reconocimiento de la necesidad de un abordaje intercultural de dichos servicios, pero los resultados de la presente investigación muestran que persisten obstáculos que tienen su raíz en la discriminación, el racismo y la exclusión ejercidos sobre las mujeres de ascendencia africana, en ocasiones derivados de la falta de reconocimiento y valorización de sus culturas. El 47% de las mujeres encuestadas considera que su condición de mujer africana o afrodescendiente dificulta de alguna manera su acceso a la salud. Además, el 33% se ha sentido discriminada por el color de su piel en el ámbito de la salud, considerando muchas de ellas que sus demandas y necesidades espe-

8. Esther Mamadou Isabelle Mamadou María Chaqués Serrano. Mujeres africanas y afrodescendientes en España. Análisis de los factores de discriminación en el acceso a la salud, la educación, el empleo, la vivienda y los servicios sociales (Movimiento por La paz, julio 2021)

cíficas no son tenidas en cuenta en las atenciones sanitarias. Muchas veces no se sienten escuchadas, sienten que su opinión no es válida y en ocasiones es minusvalorada.

Las principales dificultades que encuentran son conseguir la tarjeta sanitaria, la barrera idiomática, la desconsideración y las referencias negativas a su vestimenta tradicional, la falta de empatía con su contexto sociocultural y el trato despectivo. Las situaciones antes descritas generan desconfianza y miedo a la hora de acudir a los centros sanitarios. Por ello, cuando las mujeres encuestadas necesitan información sobre los servicios de salud a los que tienen acceso, sólo un 39% recurre a la Administración Pública. Del resto, un 11% acude a asociaciones, un 25% a consulta su entorno más cercano y un 25% utiliza otros medios de acceso a la información.

Unidad 4. Impacto del racismo y de la discriminación sobre la salud de las personas migrantes

Duelo migratorio

El duelo migratorio no es una patología, sino un proceso de elaboración de las pérdidas asociadas a la experiencia migratoria. Estos son algunos de sus componentes:

Duelo parcial	Duelo recurrente	Duelo múltiple
Lo que perdemos no se hace de manera definitiva, sino que está ahí y no desaparece, siempre tenemos la posibilidad de volver y reencontrarlo	Se reactiva una y otra vez tras un viaje, una llamada de teléfono, o una conversación	Por muchos factores: familia, los seres queridos, lengua, cultura, estatus social, contactos

Impacto del duelo migratorio:

- Afecta a la identidad
- Regresión psicológica
- Vivir en ambivalencia
- Vivir en el limbo
- Marginación
- Desubicación
- Desarraigo
- Síndrome de Ulises

El síndrome de Ulises:

El síndrome de Ulises⁹, también conocido como síndrome del emigrante con estrés crónico y múltiple, se trata de un fuerte malestar emocional que viven las personas que han tenido que dejar atrás su hogar y familia. Es un cuadro psicológico reactivo de estrés ante situaciones de duelo migratorio extremo que no pueden ser elaboradas

Síntomas área depresiva	Síntomas área de la ansiedad
<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza y llanto • Culpa 	<ul style="list-style-type: none"> • Tensión • Insomnio • Pensamiento recurrentes e intrusivos • Irritabilidad
Síntomas área de somatización	Síntomas del área confusional
<ul style="list-style-type: none"> • Fatiga • Molestias osteoarticulares • Cefalea • Migraña • Síntomas gastrointestinales 	Fallos de la memoria, de la atención, sentirse perdido, incluso perderse físicamente, hallarse desorientados a nivel temporal.

Elaboración propia a partir del artículo de Achotegui, J., 2012

9. Achotegui, J. (2012). Emigrar hoy en situaciones extremas. El síndrome de Ulises.

Unidad 5. Hacia una intervención antirracista

Una intervención antirracista debe partir desde la toma de conciencia del lugar desde dónde intervenimos, ser conscientes desde dónde actuamos, teniendo siempre en cuenta las particularidades de los titulares de derechos. Buraschi y Aguilar (2022:12), señalan que es fundamental para los/as profesionales, que pretenden llevar a cabo una intervención antirracista, contribuir a la deconstrucción de la lógica racista que en muchos casos reproducen nuestros principales agentes de socialización: instituciones educativas, familias, amigos, medios de comunicación y, sobre todo, reflexionar sobre los modelos implícitos que condicionan nuestra intervención y que son el reflejo de los elementos racistas integrados en nuestro horizonte cultural.

Recomendaciones para los centros sociosanitarios para una atención intercultural

- **Adaptación a la Realidad:**

Vivimos en una sociedad diversa, así que los y las profesionales sociosanitarios deben adaptarse a esta realidad, teniendo en cuenta las diferentes particularidades de los y las pacientes.

- **Formación a profesionales sociosanitarios.**

Debido a la falta de contenidos formativos dirigidos a profesionales sociosanitarios, hay que llevar a cabo planes formativos, en colaboración con organizaciones y colectivos involucrados para sensibilizar y educar sobre actitudes discriminatorias: racismo, xenofobia o discursos de odio.

- **Incorporación de mediadores interculturales**

La figura de los y las mediadoras interculturales son imprescindibles para una intervención eficaz. Ejercen de enlace entre profesionales y pacientes, para derribar las barreras culturales e idiomáticas, romper con la desconfianza hacia los sistemas sociosanitarios y desmontar los prejuicios de ambas partes.

- **Derecho a la información sanitaria**

Los y las pacientes tienen derecho a conocer, al menos verbalmente todas las actuaciones asistenciales obtenidas. Tienen también derecho a estar informada antes cualquier intervención sus dolencias, la finalidad y la naturaleza de la intervención que se le proponga a realizar, sus riesgos y consecuencias.

- **Programas de salud comunitaria**

Según las recomendaciones de la guía del servicio vasco de salud (Osakidetza: 2016), define la salud comunitaria como “la expresión colectiva de la salud de una comunidad definida, determinada por la interacción entre las características de las personas, las familias, el medio social, cultural y ambiental, así como por los servicios de salud y la influencia de factores sociales, políticos y globales”. Por tanto, una intervención comunitaria en salud debe llevar a cabo acciones con y desde la comunidad mediante un proceso de participación.

Actitudes de los y las profesionales

- **No juzgar ni prejuizar**

Hay que evitar juzgar ni mucho menos prejuizar a los pacientes porque se suele caer en estereotipo que tengas consecuencias nefastas sobre los y las pacientes.

- **Tener en cuenta los códigos culturales**

Hay que tener en cuenta a lo largo de las intervenciones las diversidades culturales de las personas procedentes de culturas no hegemónicas desde un enfoque intercultural.

- **Ser consciente de las identidades múltiples de los y las pacientes**

Hay que ser consciente que las personas podemos pertenecerá diferentes identidades. En el caso del género, hay que tener en cuenta que hay pacientes que se identifican con el binarismo (mujer-hombre), en caso de la raza, hay personas no blancas procedentes de otras comunidades, la clase social también es una variable a tener en cuenta. Por lo tanto, las intervenciones deben de hacerse desde una perspectiva interseccional que tengas en cuenta las distintas categorías sociales.

Prácticas de las y los profesionales

- **Comunicación: escucha activa, respeto, empatía**

Una escucha activa conlleva un esfuerzo para centrar toda la atención en aquello que nos están comunicando la otra persona. No solo hay que esforzarse a entender la comunicación verbal, sino también, hay que prestar mucha atención a la comunicación no verbal (gestos, expresiones faciales etc.). Dicha comunicación ha de desarrollarse desde el respeto y la empatía para un buen desarrollo de la intervención.

- **Trabajo en red**

Hay que coordinar con las diferentes organizaciones, asociaciones y colectivos de una manera horizontal para facilitar el acceso a los recursos en beneficio de los y las pacientes y la comunidad.

- **Atención integral**

La atención integral debe abordar todas las necesidades de los y las pacientes desde la promoción y la prevención hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos

- **Respuesta individualizada**

Los y las profesionales sociosanitarios han de brindar una respuesta individualizada, adaptándose en las particularidades y en los contextos.

Acciones transformadoras

- **Ser conscientes de los privilegios**

Hay que ser consciente del lugar de poder donde estamos interviniendo, se trata de una posición de poder.

- **Descolonizar nuestra cultura y mente**

Las sociedades occidentales han impuesto históricamente su visión, a la vez, que se negaba las aportaciones de otros pueblos en la historia de la humanidad. Hemos de deconstruir dicha visión, ser autocríticas e intentar no reproducir dichas prácticas.

- **Visibilizar y comprender el carácter estructural del racismo**

Hay que tener una visión estructural del racismo que se manifiesta de manera estructural, pasando por las instituciones, los individuos etc. Al vivir en dicho sistema, no estamos exento de reproducir actitudes racistas, consciente o inconscientemente.

- **Incorporar la perspectiva de personas racializados y migrantes en la atención**

Hay que incorporar la perspectiva de personas o colectivos históricamente excluidos, como pueden ser migrantes, personas racializadas (no blancas ni hegemónicas).

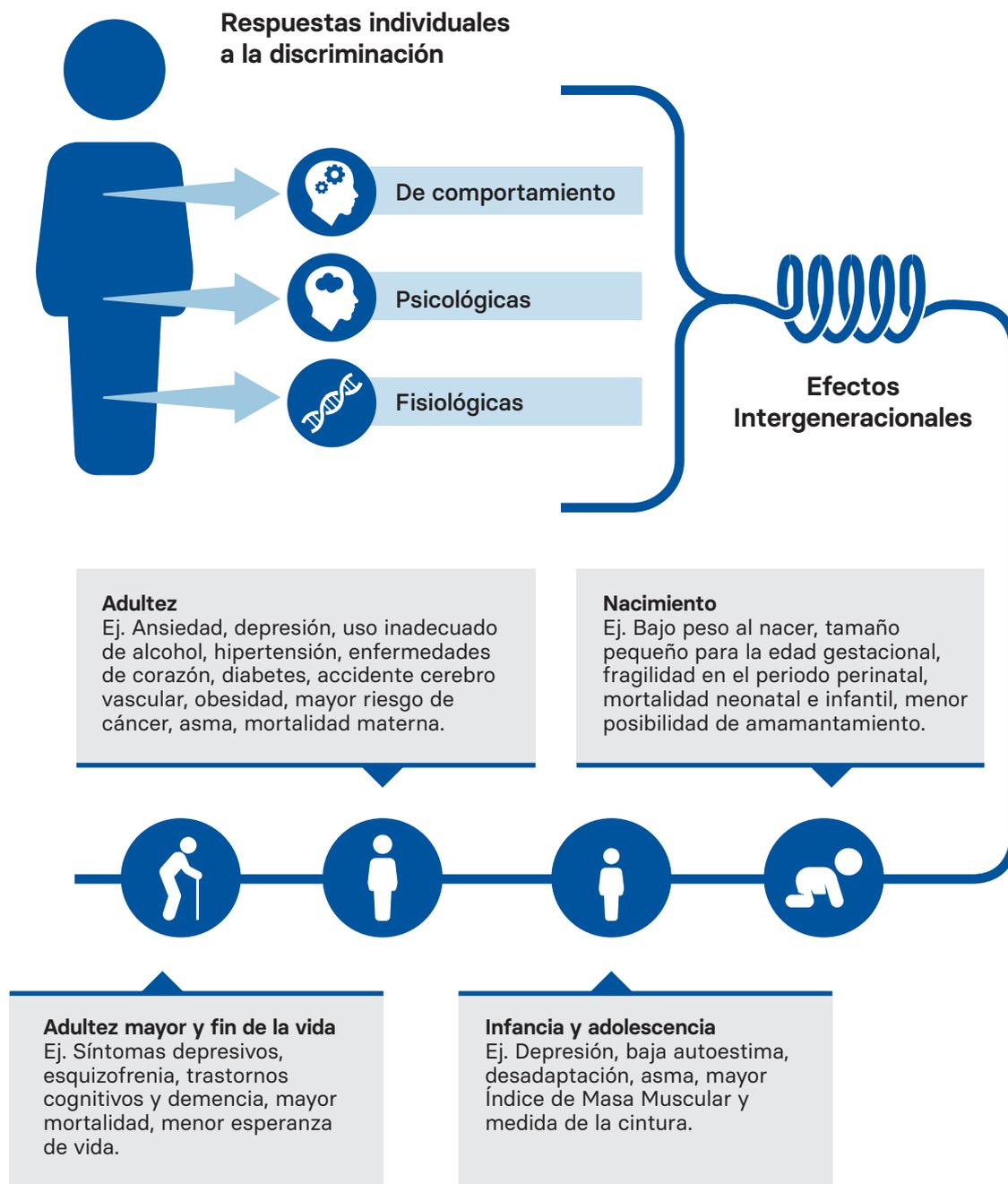
- **Usar el privilegio para denunciar y acompañar las resistencias**

Como profesionales sociosanitarios el puesto que ocupas te otorga generalmente un privilegio que te permite denunciar actitudes racistas en los órganos correspondientes. Frente a discriminaciones o racismo, no te calles, para así ser cómplice, denuncia y acompaña a las víctimas en este difícil momento.

Anexo. Racismo, xenofobia, discriminación y salud.

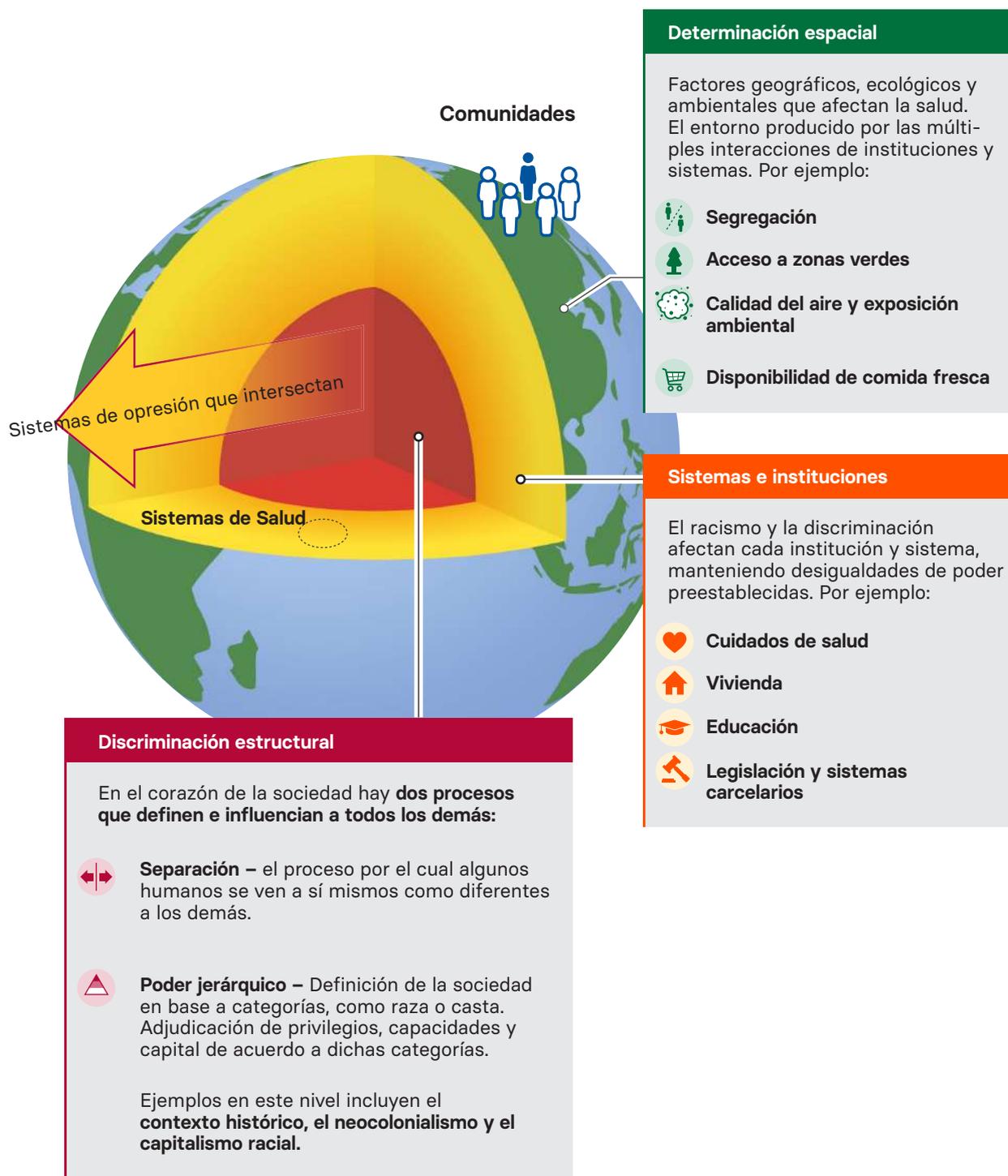
La discriminación se produce en todos los lugares, afectando adversamente la salud física y mental a través de todas las edades, contribuyendo a inequidades en salud.

Una perspectiva individual



El panorama general

La salud y las inequidades en salud son determinadas por procesos activos, complejos y en constante evolución. Enfocarse sólo en lo individual, mantiene los procesos estructurales que han permitido que estas manifestaciones individuales se produzcan. A continuación, representamos visualmente esos estratos y procesos sociales como capas de nuestro mundo.



Sistemas de salud

Mostramos algunos factores complejos e interconectados que son debilitados por la discriminación disminuyendo colectivamente la calidad de los sistemas de salud.



Seis principios clave

El desafío de responder a la discriminación no es sencillo. Sin embargo, la serie de The Lancet sugiere seis principios para abordar el daño a la salud que causan:

- | | | | |
|----------|--|----------|--|
| 1 | Descolonización | 4 | Justicia reparativa y transformativa |
| 2 | Entender las intersecciones entre múltiples ejes de discriminación | 5 | Promoción activa de la equidad racial mediante la oposición al racismo |
| 3 | Incrementar la diversidad e inclusión | 6 | Enfoques basados en derechos humanos |



Fuente:

Las series de Lancet sobre racismo, xenofobia, discriminación en salud. The Lancet 2022. Publicado en línea el 8 de Diciembre de 2022.

www.thelancet.com/series/racism-xenophobia-discrimination-health

Referencias bibliográficas

Estudio del Consejo para la Eliminación de la Discriminación Racial o Étnica (CEDRE)

Amzian y Garcés. 1492: por un antirracismo político 2017. A consultar en: Racismo | 1492: por un antirracismo político - El Salto - Edición General (elsaltodiario.com)

Buraschi y Aguilar (2019): RACISMO Y ANTIRRACISMO Comprender para transformar. *Universidad de Castilla-La Mancha*

Buraschi, D., & Aguilar-Idáñez, M. J. (2022). Apuntes críticos para una pedagogía social antirracista. *Quaderns d'animació i educació social*, (36), 1.

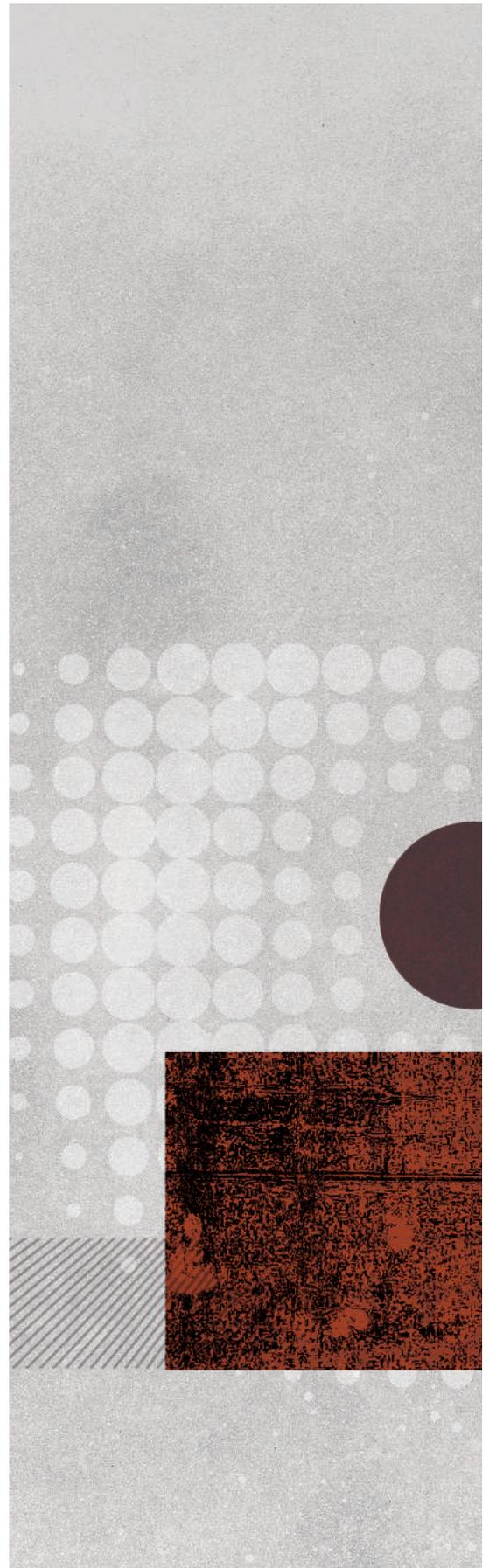
Osakidetza (2016). Guía metodológica para el abordaje de la salud desde una perspectiva comunitaria. *Gobierno Vasco*.

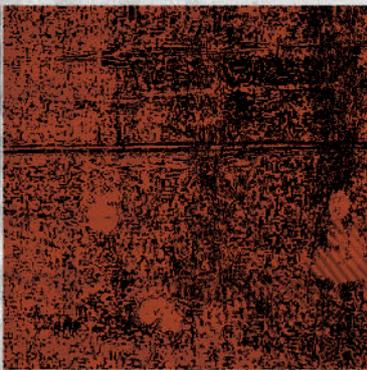
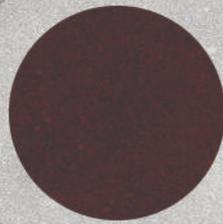
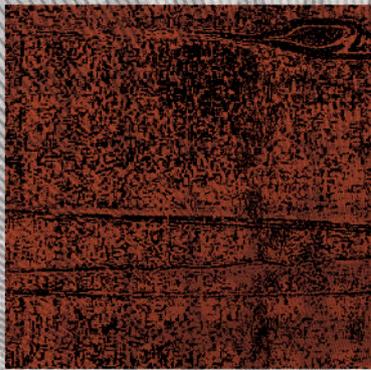
Santiago Castro-gómez (2005): LA HYBRIS DEL PUNTO CERO ciencia, raza e ilustración en la nueva granada (1750-1816). *Editorial Pontificia Universidad Javeriana*.

Achotegui, Joseba. "Emigrar hoy en situaciones extremas. El síndrome de Ulises." *Aloma: Revista de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport* 30.2 (2012).

Médicos del Mundo. Guía para la atención de personas migrantes o de origen extranjero dirigida a profesionales sociosanitarios. Abril 2021

Esther Mamadou, Isabelle Mamadou, María Chaqués Serrano. Mujeres africanas y afrodescendientes en España. Análisis de los factores de discriminación en el acceso a la salud, la educación, el empleo, la vivienda y los servicios sociales (Movimiento por La paz, julio 2021)





Cofinanciado por la UE



SECRETARÍA DE ESTADO DE MIGRACIONES
DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMAS DE PROTECCIÓN INTERNACIONAL Y AYUDA HUMANITARIA