

La atención sanitaria de la población racializada: de lo estructural a lo interpersonal¹

Abril 2026

Yolanda González-Rábago²
Maria Kamila Góngora Manrique

*Departamento de Sociología y Trabajo Social, Universidad del País Vasco (UPV/EHU)
Grupo de investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico - OPIK*

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo analizar los factores estructurales, organizacionales e interpersonales que condicionan la atención a la población racializada en España. Para ello, se desarrolló una investigación cualitativa con diseño descriptivo basada en entrevistas en profundidad realizadas entre mayo y julio de 2025 en distintas ciudades del País Vasco y Cataluña. En el estudio participaron profesionales expertas en la atención sanitaria de población racializada, incluyendo personal sanitario, representantes de organizaciones del tercer sector, profesionales del ámbito institucional e investigadoras. La selección de participantes se llevó a cabo mediante un muestreo intencional a partir de perfiles previamente identificados, ampliado posteriormente con la técnica de bola de nieve hasta alcanzar la saturación del discurso. Los datos obtenidos fueron analizados mediante un análisis de contenido temático.

Los resultados muestran que diversos factores estructurales e interpersonales condicionan la calidad de la atención sanitaria ofrecida a las personas racializadas. Entre ellos destacan la falta de información clara y accesible sobre el sistema sanitario, la limitada adaptación de este a la diversidad sociocultural de la población, la insuficiente formación del personal sanitario en competencias interculturales y la presencia de prácticas de estereotipación racial y cultural. Estas dinámicas tienen repercusiones tanto en el ámbito clínico como en otros aspectos de la atención, afectando de manera significativa la experiencia asistencial de esta población.

En conclusión, el estudio señala que la mejora de la atención sanitaria a las personas racializadas requiere intervenciones orientadas tanto a la organización de los servicios sanitarios como a la formación del personal profesional. En particular, resulta necesario promover una atención más competente desde el punto de vista sociocultural e incorporar de forma transversal un enfoque de equidad en salud que permita responder adecuadamente a la diversidad de necesidades de la población.

¹ Proyecto de investigación financiado por la Convocatoria de Proyectos Universidad-Empresa-Sociedad 2023 de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU) y realizado en colaboración con Médicos del Mundo Euskadi. Más información: www.ehu.eus/opik/racismhealthcare

² Autora para la correspondencia: yolanda.gonzalezr@ehu.eus

Índice

Introducción	1
Metodología	2
Resultados	3
I. Políticas migratorias y sanitarias que generan exclusión sanitaria.....	3
II. Organización y gestión del sistema sanitario.....	8
a. Desconocimiento y dificultades de interpretación en la aplicación normativa	8
b. Falta de información sobre derechos y sobre la organización del sistema sanitario	9
c. Falta de adecuación de los servicios a la diversidad de población a atender	11
d. Falta de formación del personal sanitario.....	13
e. Elementos arquitectónicos e informáticos facilitadores de prácticas discriminatorias	16
f. Sobrecarga del sistema y del personal sanitario	18
III. Prácticas discriminatorias en la interacción entre personal sanitario y pacientes 18	
a. Prácticas de estereotipación: atribución estereotipada de características personales y como pacientes en función del origen y la raza.....	19
b. Consecuencias clínicas y no clínicas de las prácticas de estereotipación.....	22
IV. Mecanismos de respuesta ante las barreras del sistema sanitario	24
a. Estrategias desarrolladas por profesionales sanitarios y organizaciones del tercer sector ...	25
<i>Acompañamiento en el acceso al sistema de salud</i>	<i>25</i>
<i>Mediación cultural y formaciones</i>	<i>27</i>
<i>Facilitar el acceso a medicamentos</i>	<i>30</i>
<i>Fomento de espacios de sensibilización y creación de proyectos</i>	<i>31</i>
b. Estrategias desarrolladas por la población racializada.....	33
Discusión.....	34
Bibliografía	35

Introducción

El acceso equitativo a la atención en salud significa tener la oportunidad de alcanzar y obtener servicios adecuados a las necesidades de salud de las personas(Levesque et al., 2013). A pesar de los avances en equidad en salud(Savas et al., 2024), y de los compromisos institucionales orientados a garantizar una atención sanitaria de calidad para toda la población, persisten barreras de acceso y desigualdades en la atención, especialmente relevante para determinados grupos, como la población migrante, las personas refugiadas y solicitantes de asilo, así como otros grupos racializados(Baeten et al., 2018).

La atención sanitaria a personas racializadas se encuentra atravesada por formas de racismo estructural que impregnan la organización y gestión de los sistemas sanitarios y configuran las interacciones entre profesionales sanitarios y pacientes(González-Rábago et al., 2025; Hamed et al., 2022). Así, el sistema de salud, como cualquier institución social, opera bajo lógicas que, incluso en sistemas considerados universales, establecen barreras tanto en el acceso como en la provisión de una atención de calidad(Levesque et al., 2013) que se traducen en desigualdades en la utilización de los servicios sanitarios(Gimeno-Feliu et al., 2016).

El racismo puede entenderse como un sistema estructural de estratificación social, inserto en las instituciones económicas, políticas y culturales de la sociedad, mediante el cual los grupos se categorizan y ordenan jerárquicamente a través de procesos de racialización históricamente arraigados(Bonilla-Silva, 1997). Numerosos estudios internacionales han evidenciado los efectos de las distintas dimensiones del racismo en la atención sanitaria, no sólo en forma de actitudes o conductas explícitamente discriminatorias(Maina et al., 2018), sino también a través de mecanismos más sutiles, como un menor esfuerzo diagnóstico y terapéutico(González-Rábago et al., 2025; Hamed et al., 2022; Pattillo et al., 2023).

En España, abundan los estudios que han analizado las barreras que enfrentan las personas migrantes, especialmente aquellas en situación administrativa irregular, para acceder a la atención sanitaria(Fagundo-Rivera et al., 2025a; Llop-Gironés et al., 2014), a la vez que se sigue mejorando la atención a aquellas recién llegadas(González Martínez et al., 2024). Sin embargo, sigue siendo limitada la investigación que sitúa especialmente el foco en las personas racializadas. Esto ocurre a pesar de que distintas voces han señalado la necesidad de comprender las desigualdades raciales en salud y en la atención sanitaria desde un enfoque que trascienda el estatus migratorio como eje central del análisis, incorporando los efectos específicos de los procesos de racialización tanto en personas con origen migratorio como en aquellas que no lo tienen(Bee Nchama et al., 2025; González-Rábago et al., 2024).

En este contexto, este artículo analiza las percepciones de personas expertas sobre los factores organizacionales e interpersonales que condicionan la atención a la población racializada en España, con el fin de identificar los elementos clave sobre los que avanzar tanto en la investigación de los sistemas de salud como en la mejora de la provisión de atención sanitaria.

Metodología

De acuerdo con el objetivo del estudio se optó por la metodología cualitativa orientada a la investigación en servicios de salud (Calderón Gómez, 2024). El diseño fue descriptivo y como técnica de generación de información se optó por la entrevista en profundidad dirigida a informantes clave. Se realizaron 16 entrevistas en profundidad, participando en tres de ellas dos personas (n=19) entre mayo y julio de 2025 con profesionales localizadas principalmente en el País Vasco y Cataluña, realizándose cuatro entrevistas de modo virtual. El muestreo fue intencional en base a la selección de personas expertas que, en el marco de su conocimiento y experiencia profesional, permitían identificar las dinámicas, mecanismos y puntos críticos que dificultan la atención sanitaria de personas racializadas. Partiendo de una selección de personas inicialmente definida en base a ámbitos profesionales (sanitario, tercer sector, institucional e investigación), se contactaron y se añadieron participantes mediante bola de nieve hasta la saturación del discurso. Los perfiles entrevistados fueron profesionales sanitarios/as (medicina y enfermería) (11), profesionales del tercer sector (6), una profesional en un servicio de atención a personas migrantes del Gobierno Vasco y una del ámbito de la investigación. Diez fueron profesionales racializados/as. Una persona invitada rechazó participar aludiendo falta de tiempo. Los perfiles de las participantes se especifican en la tabla 1. Dos investigadoras con experiencia en investigación cualitativa realizaron las entrevistas, ninguna de ellas con relación personal y/o profesional directa con las personas entrevistadas. Las entrevistas se realizaron habitualmente en los espacios laborales de las entrevistadas, o bien en centros públicos municipales; tuvieron una duración media de 1 hora y 17 minutos y se tomaron notas durante y después de las entrevistas.

Tabla 1. Perfil de personas entrevistadas y especialidad

Persona entrevistada	Sector profesional	Especialidad	Racializada
1	Tercer sector	Trabajo Social	
2	Investigación	Psiquiatría Transcultural	
3	Profesional sanitario	Medicina de Atención Primaria	x
4	Tercer sector	Trabajo Social	x
5	Tercer sector	Integración Social	x
6	Tercer sector	Integración social	
7	Tercer sector	Acompañamiento sociosanitario	x
8	Tercer sector	Acompañamiento en ONG	x
9	Profesional sanitario	Enfermería	x
10	Profesional sanitario	Medicina de Atención Primaria	x
11	Profesional sanitario	Medicina de Atención Primaria	
12	Profesional sanitario	Medicina de Atención Primaria	
13	Profesional sanitario	Medicina de Atención Primaria	
14	Servicio Gobierno Vasco	Formación y servicios comunitarios	x
15	Profesional sanitario	Enfermería	x
16	Profesional sanitario	Enfermería y mediación intercultural	x

17	Profesional sanitario	Medicina Enfermedades Infecciosas
18	Profesional sanitario	Medicina Enfermedades Infecciosas
19	Profesional sanitario	Medicina de Atención Primaria

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la UPV/EHU (M10_2024_327). Todas las personas fueron detalladamente informadas de antemano acerca del estudio y dieron su consentimiento a participar por escrito. Las entrevistas fueron audiograbadas, posteriormente transcritas, y se analizaron siguiendo un análisis del contenido temático reflexivo (Braun et al., 2019), focalizándose en las dimensiones que generan barreras y procesos de discriminación en el acceso y atención sanitaria, algunas de las cuales fueron identificadas a priori a partir de una revisión de alcance de la literatura sobre racismo en la atención sanitaria en Europa (González-Rábago et al., 2025) realizada antes del estudio cualitativo y que permitió orientar el guion semiestructurado de las entrevistas (ver material suplementario), así como otras dimensiones identificadas a posteriori, mediante un proceso inductivo de análisis. Para mejorar la validez, el proceso de codificación se trianguló entre las dos personas investigadoras y se consensuaron los temas principales.

Resultados

A continuación, se presentan los resultados organizados en cuatro apartados, en donde los tres primeros podemos relacionarlos con expresiones del racismo sistémico que afectan la atención sanitaria de personas racializadas, mientras que el último, se refiere a las estrategias que se desarrollan para afrontar las consecuencias de dichas expresiones.

Así, el **primer apartado** se vincula al racismo estructural, en el que las políticas migratorias y sanitarias condicionan derechos según el estatus jurídico, sostienen desigualdades sociales en salud y limitan el acceso efectivo a la atención. En el **segundo**, vinculado al racismo institucional, se explican las formas en las que la organización y gestión del sistema sanitario favorece la aparición de barreras a la atención. El **tercer** apartado aborda las diversas prácticas discriminatorias que se producen en un nivel más interpersonal en la atención sanitaria. Y finalmente, el **cuarto** apartado, explicita los mecanismos de respuesta asumidos por distintos agentes para orientar y acompañar a las personas racializadas en el acceso al sistema de salud.

I. Políticas migratorias y sanitarias que generan exclusión sanitaria

El marco legal se identifica como uno de los puntos claves para comprender la inequidad en el acceso a la salud para determinados grupos sociales en el Estado español. Las **políticas migratorias y de ciudadanía** se construyen en base a criterios raciales que hunden sus raíces en la época colonial y, a su vez, alimentan hoy en día procesos de racialización de la población

al establecer una jerarquización sobre el acceso a derechos considerados fundamentales, como el derecho a la salud. En este sentido, este tipo de políticas tiene dos mecanismos de actuación en la limitación del acceso al sistema sanitario, por un lado, estableciendo quién es sujeto de derecho y, por tanto, beneficiario de atención sanitaria y, por otro lado, estableciendo lógicas discriminatorias en otros ámbitos como la vivienda o el mercado laboral, que terminan por dificultar e incluso imposibilitar el cumplimiento de los requisitos para acceder al sistema sanitario.

Así, en primer lugar, las voces entrevistadas perciben que las políticas sanitarias que regulan el acceso al sistema de salud siguen atravesadas por el **imaginario exclusionista** que emergió tras la crisis financiera de 2008. La interacción entre las leyes de extranjería que determina la situación administrativa en la que se encuentran las personas sin nacionalidad española que residen en territorio español, y las leyes sanitarias que regulan los sujetos del derecho a la asistencia sanitaria, tuvo su punto álgido en 2012 cuando el Real Decreto-ley 16/2012 desligó el derecho a la salud de la residencia y excluyó a quienes se encontraban en situación administrativa irregular.

En este sentido, a pesar de los esfuerzos de numerosas organizaciones del tercer sector por derogar lo que se denominó la "Ley de Exclusión Sanitaria", esto es, el Real Decreto-ley 16/2012, y de las relativas mejoras que introdujo el Real Decreto-ley 7/2018, que pretendía restablecer el acceso universal al Sistema Nacional de Salud, el imaginario social de exclusión sanitaria persiste. De hecho, esta mirada exclusionista afecta en buena medida a cualquier persona racializada, tanto a aquellas en situación administrativa regular, pero especialmente a aquellas en situación irregular.

P1: "Ya han pasado más de seis años desde que hemos recuperado la sanidad semi-universal, porque no es universal, pero no se ha revertido, y en el Departamento de Salud nos llegan a decir: *esto poco a poco va calando, con la nueva normativa no hay que hacer nada, esto va calando, esto va para abajo poco a poco, y la gente va haciéndolo, poniendo en práctica la nueva normativa, es como la gente lo va a entender*. Desde nuestro punto de vista no es así" (Organización del tercer sector).

P12: "Porque yo creo que desde que hubo la ley ésta que limitó [el acceso] si no tenía TIS³, como que ya eso también se ha quedado en el imaginario colectivo" (Profesional sanitario).

En Euskadi, la norma autonómica mantiene la **exigencia de acreditar la residencia efectiva durante un período previo de tres meses para las personas migrantes en situación irregular** para poder solicitar la Tarjeta Individual Sanitaria (TIS), dejándolas en situación de gran vulnerabilidad y expuestas a importantes riesgos en salud. Así, la norma establece por defecto un periodo de exclusión ineludible, una suerte de limbo en el que personas habitualmente con mayores necesidades en salud, en parte derivadas del proceso migratorio, no son consideradas sujeto de derecho.

³ Tarjeta Individual Sanitaria. Es el documento acreditativo de reconocimiento del derecho a recibir asistencia sanitaria en Osakidetza con cargo a financiación pública.

P5: “Entiendo que no es todo de sanidad, pero puedo entender, aunque no estoy de acuerdo, los 3 meses de estancia para poder yo tener acceso a sanidad. O sea, es como casi tienes que intentar que tu cuerpo absorba el problema sanitario, que va a tener 3 meses, que aguante ahí para que luego ya explote como pueda, pero no mucho, porque encima no vas a tener la atención tan rápida o la solución” (Organización tercer sector).

P1: “Hay un vacío, o sea, una persona extranjera, durante sus tres primeros meses de estancia aquí, pues sabemos que es turista, pero al mismo tiempo sabemos que muchas de las que, bueno, tienen esta necesidad de atención médica, la inmensa mayoría son turistas, entre comillas; o sea, los tres primeros meses son de tránsito administrativo, que estás en tierra de nadie, pero tu intención desde el principio es quedarte aquí, con lo cual esos tres primeros meses parecen que no tienen posibilidad de ir al médico, y son un problema, pues fundamental” (Organización tercer sector).

Asimismo, desde una mirada estructural, las **políticas migratorias condicionan el acceso al sistema sanitario de forma indirecta** mediante el efecto en otros ámbitos que exceden el sanitario, en especial, el **laboral y residencial**. Así, los procesos de racialización dificultan la incorporación al mercado de trabajo y en consecuencia limitan los recursos económicos, lo que a su vez dificulta el acceso a la vivienda. Por su parte, los estereotipos raciales también actúan al dificultar el acceso a una vivienda incluso a pesar de contar con ingresos suficientes. Estos efectos en las esferas laboral y residencial tienen finalmente un impacto en la obtención de la tarjeta sanitaria ya que dificultan el cumplimiento de los requisitos. En este sentido, las narrativas de las personas entrevistadas ponen de manifiesto las barreras relacionadas con el empadronamiento como elemento que permite demostrar una residencia efectiva en el territorio en el proceso de obtención de la TIS. Ello supone en muchos casos una barrera estructural insalvable dadas las dificultades para acceder a una vivienda para la población racializada, que no es directamente atribuible a las normas que regulan el acceso al sistema sanitario, pero que lo condicionan de manera decisiva.

P3: “Las barreras administrativas, toda la dificultad que hay con todo; todos esos sistemas que exigen ahora para estar en situación regular, la necesidad de padrón. El haber residido determinado tiempo en un sitio para poder acceder a determinadas cosas; eso yo también lo veo como barreras” (Profesional sanitario racializado).

P1: “Los requisitos administrativos para el reconocimiento del derecho todavía están muy pensados para una normalidad que consiste en que no tienes problemas para empadronarte, que no tienes problema para tener tu documentación en vigor” (Organización tercer sector).

En Euskadi, al igual que en otras Comunidades Autónomas, se han establecido algunas **vías alternativas al empadronamiento** para acreditar la residencia efectiva, no obstante, se hace énfasis nuevamente en la dificultad que tiene el sistema de salud en trasladar la información para que sea recibida y aprehendida tanto por personal de administración sanitaria, como por las personas que se encuentran en dicha situación.

P1: “En cuanto a problemas administrativos, es el empadronamiento, es el caballo de batalla. Y aquí, claro, pasa algo que para mí también ilustra un poquito esa falta de formación que hay en el sistema sanitario. En 2023 sale una instrucción en Euskadi que posibilita la obtención de la tarjeta

sanitaria sin tener empadronamiento aportando otro tipo de pruebas [de residencia en el territorio], y dos años después, todavía las personas extranjeras no conocen esta posibilidad” (Organización tercer sector).

La exclusión sanitaria no afecta únicamente a la población recién llegada al Estado español en situación administrativa irregular, sino que se manifiesta también para quienes experimentan situaciones de **irregularidad sobrevenida**, entendiendo ésta como personas que pasan a encontrarse en situación administrativa irregular como consecuencia de la no renovación, extinción o pérdida de su autorización de residencia o trabajo. Este fenómeno pone en evidencia vacíos normativos y barreras estructurales del sistema para gestionar las transiciones administrativas de las personas migrantes que terminan condicionando el acceso al sistema sanitario de Euskadi.

P7: “Es muy difícil y mucha gente no ha podido luego renovar su NIE⁴ porque tenías que renovar tu NIE con un contrato de trabajo similar a la formación que habías realizado [...] Toda la gente que se ha regulado por formación, por arraigo, que solamente tienen permiso de residencia y no de trabajo, ha sido, como todo, un jaleo a la hora de ir a Osakidetza porque claro, antes que iban con su tarjetita, de garantía para personas en exclusión, que ahí te hacías el registro con el pasaporte. Pues decía: *Ah no, pero ya tienes ya tienes NIE, me tienes que traer tu número, el T1 de la Seguridad Social*; y era de: *no, no, no, no porque si no a partir de ahora te vamos a cobrar la consulta*” (Organización tercer sector).

P1: “Tu situación administrativa ha podido variar, porque en 2022 tenías empadronamiento y ahora no lo tienes” (Organización tercer sector).

A esta dimensión estructural de la interacción de las políticas migratorias y sanitarias, se le suman las **condiciones socioeconómicas** que atraviesan las personas racializadas dada la desigual distribución de las condiciones de vida. Así, el perfil de personas que se encuentran en condiciones específicas de vulnerabilidad interactúa con los vacíos normativos o la falta de claridad al respecto del sistema sanitario. Ello sucede de manera habitual en relación al acceso a medicamentos y al coste de los servicios sanitarios que no se encuentran cubiertos. Así, se producen en **barreras de accesibilidad económica**, incluso cuando las personas han superado los obstáculos administrativos. Es paradigmático que las personas una vez que obtienen su tarjeta sanitaria dejan de ser incluidos en el programa de medicamentos de organizaciones del tercer sector como Cruz Roja, y deben asumir el copago de medicamentos.

P1: “Una de las principales barreras desde mi punto de vista es la económica. Porque en el momento que una persona tiene el derecho reconocido a la atención sanitaria, ya no puede recibir apoyo por parte del programa de medicamentos de Cruz Roja, por ejemplo [...] Entonces, hay un copago impuesto por la ley que no es justo” (Organización del tercer sector).

P4: “En lugar de ayudarla la perjudica porque, por ejemplo, entidades como Cruz Roja se dedican a dar, a proporcionar la asistencia a medicamentos a ciertos pacientes, pero que sean pacientes que no tengan el número TIS” (Organización tercer sector).

⁴ Número de Identidad de Extranjero.

P8: “Las personas con la tarjeta sanitaria, que no pueden costearlo porque es complicadísimo, sí que está Cruz Roja que les ayuda. Pero una vez que ya tienen la tarjeta sanitaria, ya no pueden. Ahí sí sabemos que las personas con las que trabajamos nosotros, que están en una situación de vulnerabilidad total absoluta; les cuesta encontrar recursos para pagar la medicina” (Organización tercer sector).

De igual forma personas que no cuentan con TIS, se ven expuestas a posibles **facturaciones** por prestación de los servicios de salud, condicionando su acceso y capacidad económica para asumir pagos directos. Dichas facturaciones, aunque no suelen ejecutarse, tienen un efecto inhibitorio de la atención en caso de necesidad, además de los efectos a nivel emocional que suponen la propia amenaza de pago.

P5: “Casi que parece ser de las primeras palabras que se dice de: *se te va a facturar la atención ya*” (Organización tercer sector).

P4: “Porque además de solo la consulta médica, es oye: *que he ido porque me había roto la pierna y me han llevado a [nombre del hospital] me han enyesado, pero luego me han dado una factura que tengo que pagar. O sea, ¿cómo hago yo esto?*” (Organización tercer sector).

P1: “Pero es que además tienen una factura que suele ser importante y que les angustia mucho, saben que les puede condicionar mucho la vida. Temen a las consecuencias de no poder pagar la factura” (Organización tercer sector).

En este mismo sentido, la **precariedad laboral** que sufre un gran parte de la población racializada también interactúa con el acceso al sistema sanitario dificultándolo. Así, las narrativas de las personas entrevistadas destacan a las mujeres trabajadoras en el servicio doméstico, y especialmente aquellas que trabajan como internas en hogares, procedentes en su mayoría de América Latina. Según las personas participantes, muchas veces estos empleos se producen en unas condiciones de precariedad que les impiden asumir el cuidado de su salud debido a las extensas horas de trabajo y la falta de autonomía en el uso del tiempo que restringen drásticamente su tiempo disponible. Ello se convierte en una barrera estructural para realizar trámites básicos como solicitar la tarjeta sanitaria y asistir a consultas médicas. Incluso cuando logran obtener un permiso para acudir al centro de salud, pueden encontrarse con obstáculos administrativos que impiden la atención.

P14: “Las personas, las mujeres que trabajan en el servicio doméstico de internas, tienen ahí una barrera adicional. No solo porque quienes están en el mostrador les pongan la barrera, sino porque ellas mismas no disponen del tiempo para ir a solicitar su TIS, para incluso ir a sus cuestiones médicas habituales a las que iría otra mujer de esa misma edad, todo por estar encerradas trabajando a veces 24-7” (Servicio Gobierno Vasco).

P1: “La trabajadora interna que tiene que rogar para poder ir al médico y se encuentra con una barrera administrativa. El único día que le han concedido. Que ahí también... O sea, el único problema no es el centro de salud sino también es la familia que la tiene explotada. Pero es la ventana de oportunidad que tienes; y esto no es anecdótico, es frecuente, tienes una ventana de oportunidad para poder ir al médico, y el día que lo consigues te rechazan, ¿no? Tienes la barrera

administrativa. Con lo cual hay un periodo ahí de enfriamiento hasta que yo me atreva a pedir tiempo para ir al médico otra vez, va a pasar tiempo” (Organización tercer sector).

II. Organización y gestión del sistema sanitario

El nivel estructural y el nivel institucional guardan una relación directa en tanto desde el primero permea hacia el segundo un marco de comprensión del derecho a la salud que establece barreras concretas en el acceso para la población. Entre los principales elementos relacionados con la forma de organización y de gestión del sistema sanitario que suponen barreras para la atención de la población migrante y racializada se destacan, por un lado, los déficits asociados al conocimiento y aplicación de la normativa vigente, así como también las dificultades en la interpretación sobre la misma por parte del personal sanitario. Por otro lado, la existencia de elementos de tipo informático y arquitectónicos que permiten la identificación y trato diferenciado de la población racializada puede facilitar las prácticas discriminatorias en el acceso y atención sanitaria de la misma. Así mismo, en este nivel institucional, las condiciones de trabajo del personal sanitario también parecen estar afectando a la manera en que se aborda la atención a esta población.

a. Desconocimiento y dificultades de interpretación en la aplicación normativa

En ocasiones, el desconocimiento de la normativa que regula el acceso al derecho a la salud o su no adecuada interpretación por parte de personal administrativo y/o del personal sanitario generan prácticas que niegan o condicionan el acceso a la atención. Así, aunque la normativa reconoce el derecho a la asistencia en casos de urgencia, la falta de conocimiento o interpretación errónea puede traducirse en barreras reales, negándose la atención incluso en situaciones que deberían ser atendidas.

P16: “Es que a partir de ese momento ya empieza el racismo, es el punto más importante al empezar cuando se atiende a esa persona... porque sí soy una persona migrante, o de origen migrante, yo vengo y te digo, *es que no tengo papeles, es que me encuentro fatal, o sea, es más, necesito que me vea alguien*. [Y la administrativa dice] *Pero es que si no tienes “eso” [Tarjeta Sanitaria] no te vamos a ver...* digo ya, pero es que esa persona igual sabe que al no tener papeles o lo que sea se le tiene que atender porque es una emergencia. Pero claro, pero la administrativa de turno puede que no se haya leído los derechos de los pacientes de Osakidetza” (Profesional sanitario racializado).

P14: “Cuando llegan allí, el personal administrativo no siempre tiene la información actualizada, la oficial y la que debe ser. El propio personal administrativo tiene falta de información, de formación y a veces también de sensibilización, de sensibilidad hacia esa otra persona” (Servicio Gobierno Vasco).

P3: “Sí, sí, bueno, los administrativos que tratan temas administrativos, pero también nosotros, o sea, los desconocimientos generalizados. Nosotros también desconocemos muchas cosas que van necesitándose o leyes que van saliendo” (Profesional sanitario racializado).

Algunas de las consecuencias de ese desconocimiento sobre derechos, trámites y procedimientos se traduce en el agotamiento de las personas racializadas. La falta de claridad, la exigencia de pasos administrativos innecesarios o incorrectos, y los tratos indebidos conllevan en ocasiones que las personas no continúen con la tramitación de su tarjeta sanitaria o que cejen en la búsqueda de atención.

P1: “Además, cuanto más contacto tienen con el sistema sanitario, más frustrados están, porque se les indica, pues en función de con quién estás. Incluso hay, a veces se refieren malas formas, se les indica que hagan algo que no tiene sentido a nivel administrativo, pues que hagan, pues pide otra vez la tarjeta sanitaria, ¿no? Pues para qué le estás diciendo. Se les indica que vayan a la Seguridad Social cuando no hay nada que hacer en la Seguridad Social. O sea, llegan a estar muy frustrados, muy preocupados. Hay gente que ha tirado la toalla también de decir, bueno, pues cuando me empadrone ya intentaré hacer esto o cuando saque el permiso de residencia” (Organización tercer sector).

b. Falta de información sobre derechos y sobre la organización del sistema sanitario

Dada la ausencia de información clara y accesible, una parte de la población desconoce cómo se organiza el sistema sanitario, sus diferentes niveles asistenciales y las vías de acceso a la atención. Así, existe una creencia generalizada de que la urgencia hospitalaria es el medio para solicitar asistencia, especialmente en el caso de las personas sin tarjeta individual sanitaria, quienes perciben e identifican este nivel de atención como su única manera de acceso al sistema sanitario. Este escenario pone de manifiesto **barreras de acceso informacional** que dificultan la navegabilidad dentro del sistema y el uso de los servicios de salud.

P3: “La verdad es que no se hace mucho por informar a esa persona que va por un problema de salud que puede ser atendido más fácilmente en otro estrato; por ejemplo, los servicios de PAC (Puntos de Atención Continuada) que atienden las tardes, noches y los fines de semana motivos de problemas de salud que no requieren ir al hospital” (Profesional sanitario racializado).

P13: “Sí me acuerdo en la urgencia que me contó una paciente: *oye, mira, es que venía...* o sea porque le dije, *Oye, mira, para esto igual mejor puedes ir al PAC* porque era un día de estos catastrófico, pues que había como 8 horas de espera y venía por una tontería, que ya sabía que era una cosa menor y que no era algo que iba a poner en riesgo su salud, ni mucho menos; pero no sabía dónde consultar y vino a la urgencia del hospital, o sea, me explicó que había venido ahí porque no sabía dónde tenía que ir y pues ya ahí gestionamos un poco” (Profesional sanitario).

Ello produce a su vez **efectos en la aceptabilidad de las personas migrantes**, generando rechazo por parte del personal administrativo y de profesionales sanitarios por la frecuencia y no

adecuación en el uso de la urgencia hospitalaria. Además, como consecuencia de este rechazo, la población busca soluciones alternativas en organizaciones del tercer sector que generen confianza, aceptabilidad y atención a las demandas sobre el estado de su salud.

P12: “Yo creo que muchas veces en la urgencia hay como un rechazo a la gente que va mucho a la urgencia en general. Y entonces yo creo que también hay un círculo vicioso, porque muchas veces son personas que igual como no tienen la TIS, no se les atiende la atención primaria, aunque se les debería atender, pero no se les atiende; entonces su único recurso es ir a la urgencia. Entonces van mucho a la urgencia porque su único recurso igual va por cosas que tampoco son urgentes, pero es el único sitio al que tiene que ir al que pueden ir” (Profesional sanitario).

P9: “*No puedo ir al hospital, si puedes ir, o sea es algo grave, entonces sí que te pueden atender, no, mejor me voy a Médicos del Mundo, ¿no?* Entonces hay mogollón de gente que viene que podría ser atendido en urgencias, pero como en urgencias también les *dicen ¡vay! esto, nada, toma mucha agua*, pues nos vienen a nosotros [tercer sector] y es algo, pues eso alternativo, pero que no puede ser algo de lo que dependa el sistema sanitario” (Profesional sanitario racializado).

Esta falta de información clara y accesible se expresa a su vez en la **dificultad de navegabilidad y comprensión de un sistema sanitario** que no entienden ni han aprendido a utilizar. La barrera afecta generalmente a personas migrantes recién llegadas que pueden no dominar el idioma, tener limitaciones para acceder a servicios de internet, dispositivos tecnológicos y pueden carecer de redes de apoyo que les faciliten el conocimiento en el uso del sistema sanitario, que, en la mayoría de las ocasiones, es un sistema distinto al de sus países de origen.

P14: “La falta de información, porque las personas cuando llegan aquí no saben cómo funciona este sistema, no saben qué derechos tienen, y presuponen muchas cosas, por ejemplo, que por no tener su situación regularizada, o que por no estar trabajando no tienen derecho al sistema de salud, porque en los países de origen funcionan los sistemas sanitarios de otras maneras” (Servicio Gobierno Vasco).

La dificultad en la **gestión de las citas de manera virtual** lleva a las personas a acudir físicamente a los centros de salud, especialmente para quienes no dominan el castellano o tienen bajas competencias digitales. Esperan tener un acompañamiento y explicación en la gestión; sin embargo, se encuentran con indicaciones de que el proceso debía haberse realizado digitalmente. En ocasiones, se presentan situaciones y comentarios de rechazo del personal acusándoles de saturar el servicio.

P4: “Imagínate tú alguien que no tiene ni idea del idioma y muchas de las mujeres con las que trabajamos, muchas no saben ni leer, ni nada... *No, no. usted online no sé cuánto tal el día tal, no sé qué.* Entonces es lo que pasa, que muchas al final lo que hacen es directamente ir físicamente, y cuando van físicamente también dicen que no, que saturan porque esto podría ser online” (Organización tercer sector).

P11: “Pero si tú eres una persona que vive en unas condiciones de precariedad, que tienes un trabajo horroroso, donde no paras un minuto, ni para descansar ni mucho menos para contestar al teléfono; y la cita te la tienen que dar por teléfono porque no hay otra manera. No se adapta

tampoco el sistema de citaciones a estas cosas, o te lo mandan por correo y no tienes correo electrónico porque eres tonto en técnicas digitales” (Profesional sanitario).

Finalmente, y unido a esta frecuente falta de información sobre sus derechos, las personas entrevistadas aluden a la existencia de **dificultades para la presentación de quejas o reclamaciones** ante vulneraciones de derechos o tratos no adecuados. Así, se pueden estar produciendo situaciones discriminatorias que no tienen efectos administrativos o legales para los y las profesionales implicados ya que el sistema sanitario no es garantista de los derechos de los y las pacientes al no establecer de manera clara los mecanismos de tramitar quejas y reclamaciones. De esta manera la presentación de estas reclamaciones por parte de la población racializada no suele ser frecuente. Además, las personas suelen tener miedo a perder derechos que no se les han reconocido aún (por ejemplo, la TIS) o consideran que no tienen derecho a quejarse como parte de un racismo internalizado.

P9: “Luego nunca hay consecuencias porque esa persona, además, como no sabe hablar tampoco te va a denunciar, tampoco va a poner una reclamación, se va a ir pues cojeando o con esa herida abierta y no va a decir nada” (Profesional sanitario racializado).

P1: “La gente tiene miedo a decir algo, la gente tiene miedo a reclamar. A veces incluso se vive, bueno, ahora que ya por fin me han otorgado la tarjeta sanitaria, encima no me voy a quejar, ¿no? Si mi médico ha sido un poco brusco, fíjate que otros no tienen ni esto, ¿no? Si ha sido un poco más brusca o si me ha dicho algo que me ha gustado, pues muchas veces no lo van a decir tampoco. Y mucho menos poner una reclamación” (Organización tercer sector).

c. Falta de adecuación de los servicios a la diversidad de población a atender

Las voces de las personas entrevistadas coinciden en indicar que el sistema sanitario actualmente no está completamente adaptado a la realidad de la diversidad de población que es actualmente usuaria del mismo. En primer lugar, y de manera muy saliente, se identifica la **barrera idiomática** como elemento nuclear en la aceptabilidad del sistema. De hecho, indican que se ve afectada tanto la calidad de atención entre médico-paciente, pero también genera una inhibición de la búsqueda de atención en salud por parte de la población al no contar con herramientas facilitadoras que aseguren dicha atención.

Por un lado, el personal sanitario reconoce la complejidad de atender a personas de múltiples orígenes y la necesidad de encontrar soluciones. Por otro lado, la falta de dominio del idioma se traduce en una barrera de acceso, ya que muchas personas optan por no acudir al médico si no cuentan con una red de apoyo informal de amistades, de familiares o de vecindad, que puedan facilitar la interpretación y posibilitar la comunicación.

P10: “Pues eso de las 17 nacionalidades que puedo tener yo en un día, en una mañana o una tarde de alguna sé porque las conozco, porque las he vivido más de cerca y de otras no tengo ni idea, ¿no? Y la dificultad idiomática existe y obviamente no todos hablamos todas las lenguas y eso no ha de impedir que podamos trabajar con esa persona, pero también es verdad que vamos

a tener que encontrar maneras para poder trabajar con estas personas” (Profesional sanitario racializado).

P4: “La barrera idiomática es muy importante porque hay personas que directamente no van al médico porque no tienen un amigo que hable el idioma, una vecina, un primo, el marido, la prima, la cuñada que pueda ir con ellos para expresarse por ellos en el médico” (Organización tercer sector).

En ocasiones, las redes de apoyo no siempre se traducen en facilitadores para la atención equitativa y fluida en el diálogo entre profesionales y pacientes. De hecho, puede producirse una falta de autonomía de la población que debe ser atendida, cuestión que se agudiza, por ejemplo, en especialidades como ginecología y pediatría donde pueden presentarse dinámicas de relaciones de poder y carencia de intimidad para expresar síntomas en situaciones específicas mientras hay acompañamiento de un intérprete, en este caso, familiares como parejas o hijos/as.

P1: “Nosotros hemos hablado con pediatría, hemos hablado con ginecología, que igual son 2 puntos, un poco conflictivos, uno por los niños y otro por las mujeres, porque al final las mujeres vienen con sus maridos, el traductor es el marido. Tienen también, pues menos independencia para venir. Y yo creo muchas limitaciones de esas no se empatizan lo suficiente y tampoco están preparadas para atender eso” (Organización tercer sector).

Actualmente, existe un servicio de interpretación por teléfono, que se ofrece mediante una empresa subcontratada ajena al sistema sanitario. Aunque ello se ofrece como recurso que intenta superar la barrera idiomática, en los discursos de las expertas se indica que este servicio suele ser poco utilizado en la práctica, en unos casos por el desconocimiento del mismo y en otros por la insuficiencia del recurso para brindar la atención de manera equitativa.

P13: “El idioma que, aunque existan recursos para superar la barrera idiomática, muchas veces no se conocen, no se quieren utilizar o no se utilizan” (Profesional sanitario).

P9: “O sea, no tirar una ayuda fiable de una traductora, de una intérprete o algún programa que haya en ese sistema sanitario, porque lo hay y está financiado, pero no se usa. Yo nunca lo he visto [...] Yo, de hecho, pregunté una vez y les dije, por qué no tiramos de este recurso ya que está; pero eso no sabemos ni dónde está, ni siquiera si existe” (Profesional sanitario racializado).

P5: “Pues tienen que utilizar el famoso [nombre del programa] por ejemplo, pero no. Entonces, como también es verdad que ya sabemos por experiencia de que no lo usan” (Organización tercer sector).

Estas barreras lingüísticas sirven en ocasiones de excusa al personal sanitario para no proveer la atención o para no hacerlo de manera adecuada y bajo criterios de calidad. La dificultad idiomática puede llevar a un registro inadecuado o falso de la información del paciente que puede llegar a comprometer su salud.

P19: “Cuando ponen barrera idiomática y ya; cuando hay una persona que tiene dificultades con el idioma, ponen en el informe “barrera idiomática” y se inventan directamente los síntomas, casi, o sea...” (Profesional sanitario).

P18: “Quiere decir si sabe escribir y leer, con el móvil te puedes arreglar para cuatro cosas, y con el traductor para la mayoría de las cosas, para cosas gordas te arreglas. Entonces muchas veces nos ingresan pacientes, y dicen *no, no; es imposible de aclararse con la historia porque no habla el idioma...* bueno y porque no lo has intentado.

Los discursos destacan el **desinterés de la propia institución sanitaria** respecto a las barreras de la población racializada, percibiendo una actitud evasiva por parte del sistema sobre la complejidad y diversidad de la realidad social de la población que debe contemplar. Como indican las personas entrevistadas, la postura de no atender esta realidad proactivamente se interpreta como una forma de racismo por omisión, al desconocer y negar las dificultades de esta población.

P17: “La respuesta un poco era, vamos a crear un problema donde no lo hay, ¿no? Si esas personas están ahí, que no están acudiendo a ningún centro de salud, si no están pidiendo ayuda ¿para qué vamos proactivamente a buscarlo?” (Profesional sanitario).

P13: “Desgraciadamente el racismo no es un problema que se quede recluido en el sistema sanitario...Pero sí que creo que ¡joel!, si nosotras, que llevamos trabajando 4 años en el sistema público de salud, somos capaces de identificar ciertas tendencias; a la institución también le corresponde un poco responder poniendo medios para que esto no pase, ¿no?” (Profesional sanitario).

P6: “La precarización de la sanidad, puede condicionar mucho, pero también desconocimiento, racismo y no querer mirar” (Organización del tercer sector).

d. Falta de formación del personal sanitario

En esta misma línea, las personas expertas subrayan la falta de formación del personal sanitario para que se produzca una buena adecuación de los servicios de salud a la diversidad de la población usuaria. Así, indican la necesidad de **formación en competencias culturales, antirracistas, sobre inequidades en salud y perspectivas críticas** sobre cómo llevar a cabo una atención equitativa que responda a los diversos perfiles de poblaciones que acceden al sistema.

P12: “El estar formadas en el abordaje de las inequidades en salud es fundamental. O sea, fundamental porque nos lo encontramos todo, quiero decir, tengo que saber tratar un catarro, pero también tengo que saber cómo abordar eso, porque eso lo voy a ver todos los días” (Profesional sanitario).

P6: “Entonces para mí falta formación. O sea, tienen que formarles en algo más de lo que se les forma ahora mismo; o sea, tendrían que haber unas horas básicas obligatorias de perspectiva antirracista, de diversidad cultural, de un montón de cosas. Para mí eso sería clave: empezar a formar” (Organización tercer sector).

P16: “Yo creo que una formación en antirracismo, o sea en aspectos culturales, interculturales y racismo, yo creo que es lo que más falta a los profesionales de la salud” (Profesional sanitario racializado).

Los y las profesionales sanitarias entrevistadas hacen énfasis en las dificultades que puede presentar todo el personal sanitario al momento de brindar una atención integral a pacientes procedentes de distintos países de origen, con prácticas sociales y culturales diferentes a las de la población hegemónica, y con experiencias en sistemas sanitarios que funcionan de manera distinta en comparación con nuestro sistema nacional de salud.

P13: “O sea, aquí atendemos a mogollón de población árabe que, pues eso, en los meses de Ramadán, ¿cómo tomar la medicación cuando están haciendo Ramadán o qué hacen? o entender su particularidad cuando le vas a pedir una analítica y está haciendo Ramadán, pues y que sabes que se marea, pues es que igual no se la puede hacer, o sea un poco ahí intentar conocer la cultura de quién tienes en frente te ayuda a poder darle una atención adecuada” (Profesional sanitario).

P3: “Actualmente no se nos forma a los administrativos ni a nosotros [medicina] en atención a personas racializadas o a migrantes [...] Hay una carencia de formación en atención a personas migrantes, eso sí, porque todo es muy, muy empírico, hay mucha predisposición, pero no tenemos base de formación” (Profesional sanitario racializado).

P10: “El personal administrativo no siempre tiene la información actualizada y pues la oficial y la que debe ser. Entonces el propio personal administrativo tiene eso, falta de información, de formación y a veces también de sensibilización hacia pues esa otra persona” (Profesional sanitario racializado).

La necesidad de formación identificada por las narrativas también subraya las carencias de **formación clínica especializada** que dificultan el desarrollo de competencias técnicas frente a diagnósticos, síntomas y enfermedades diferenciales por tipo de población. Este vacío de conocimiento en torno a cómo se manifiestan las enfermedades en diversos perfiles poblacionales comprometen el estado de salud y cuidados respectivos de la población que se pueden manifestar en diagnósticos tardíos, erróneos o no identificados.

P4: “Yo creo que es muy necesario que los médicos de la sanidad pública rompan estas barreras étnico-culturales que tienen; tienen que empezar a intentar, aunque sea unos básicos: formarse, entender algo de las patologías [...] Por ejemplo la sarcoidosis es una enfermedad que afecta a las personas negras, especialmente el pulmón; o sea, les afecta el pulmón a las personas negras; a las personas nórdicas les afecta el corazón, a las personas asiáticas les afecta a los ojos” (Organización tercer sector).

P6: “Desconocimiento de muchas cosas, o sea, estoy recordando como igual algún caso de personas con la piel negra, y las médicas mismas dicen que no tenemos formación, no sabemos, pues todo lo que tenga que ver con enfermedades o no enfermedades, sino todo lo que tenga que ver con la piel, por ejemplo, de personas negras, hay muchísimo desconocimiento” (Organización tercer sector).

P4: “Por ejemplo, problemas de piel, muchas personas mestizas y personas negras tienen problemas de piel. ¿Qué necesita? Tú no le puedes mandar un yo qué sé que va a decir una crema de farmacia, no, no, la el PH no es del mismo. ¿Me explico? Y luego patologías, por ejemplo, de países de yo qué sé, el dengue, la malaria, que ahora la gente se mueve, la gente viaja un montón, o la gente que acaba de llegar y arrastra una tifoidea o ¿no? o sea, no están preparados, no están; y no tienen culpa (Organización tercer sector).

P11: “No es lo mismo el riesgo cardiovascular, una persona que viene de según qué país de América Latina, o que tiene un rasgo genético diferente. Infraestimamos el riesgo, seguro y eso además está hasta documentado que infraestimamos; pero nuestro sistema protocolario si estimas el riesgo de otra manera y actúas y tratas, te dice que estás sobretratando (Profesional sanitario).

Se menciona la necesidad de formación obligatoria durante el periodo de formación de los diferentes grados en las Ciencias de la Salud, argumentando la necesidad de una reestructuración curricular que posicione temáticas como los determinantes sociales de la salud y la diversidad cultural no como contenidos optativos, sino como asignaturas y prácticas obligatorias que formen de manera integral a las y los estudiantes para la diversa realidad del sistema sanitario.

P12: “Tan básico en la medicina que son los determinantes sociales de salud que sabemos que está, es super evidente que determinada nuestra salud lo que más y o sea, la formación en eso es irrisoria, muy depende de tu motivación y si te vas a estudiar por o sea aprenderlo por otro lado. Y eso es un problema heavy; eso, por un lado, y luego yo también creo a nivel global de un poco formación en quitar prejuicios, o sea, no sé cómo se hace eso, pero, o sea, sí...” (Profesional sanitario).

P9: “Yo creo que en el grado mismamente se puede en las prácticas dedicar pues no sé, 2-3 meses a estudiar lo que son las inequidades en salud, porque es algo que tratamos en la carrera, pero no tratamos, es para el examen como cualquier otro examen que te lo estudias y ya está y luego lo escribes, y luego presentas el examen. Pero intentar hacer cursos, formaciones o diversidad cultural en esta cultura, por ejemplo, no les gusta hablar tanto de es lo que decía, es tabú hablar sobre las relaciones sexuales, es tabú hablar sobre la sangre en algunas culturas porque es algo impuro, ¿no? Entonces, pues saber un poco abordar temas con ciertos grupos de ciertos grupos culturales” (Profesional sanitario racializado).

P14: “Que se empiecen a incluir estas temáticas, desde la formación en la universidad, como algo obligatorio, como una asignatura más” (Servicio Gobierno Vasco).

Finalmente, los servicios de salud tampoco resultan adecuados para atender **problemas de salud mental específicos de la población migrante y racializada**. Así, en ocasiones la población dado su proceso migratorio se encuentra expuesta a eventos traumáticos durante el tránsito migratorio, así como a condiciones laborales precarias, aislamiento social y estigmas culturales que aumentan su vulnerabilidad en términos de salud mental, y que en ocasiones tienen también impacto a nivel físico. El sistema sanitario no se encuentra actualmente adaptado para la comprensión de estas realidades de tránsitos y duelos migratorios, la indagación de condiciones sociales y económicas de la población y cómo estas afectan su salud física y mental.

P4: “Porque no podemos pretender que una persona que ha sufrido abusos, que ha visto morir a sus amigos ahogados en una patera, que han sufrido maltratos en Libia, en Túnez, que han estado esclavizados durante el tránsito migratorio. Que al llegar aquí esa persona siga normal... Es que no se puede pretender esto” (Organización tercer sector).

P7: “He visto muchas empleadas del hogar, mujeres mayores latinas que están en régimen de empleo de hogar interno. Claro, hay como mucha tendencia que, por la ansiedad, por el dolor migratorio, la mala alimentación y también como el poco ejercicio físico que se hace de repente pasa como que la mayoría sube de peso. Y eso lo comentaban las mujeres: *Ay, sí, mira cómo me he puesto, no sé qué, no sé cuánto*. O que se le disparaba el azúcar, la tensión y no sé qué. Y claro, o sea, el elemento es como que la mujer está súper deprimida, está muy mal, está con una ansiedad que se sube por las paredes. Y ahí no hay esa mirada” (Organización tercer sector).

P11: “Yo tengo un montón de pacientes que necesitan hacer terapia, pero la terapia te la tienes que hacer en tu lengua materna con alguien que te entienda. Si no, no va a funcionar igual, porque hay un montón de conceptos y expresiones emocionales extras que no van a estar como están, pero es que tampoco hay manera de hacer terapias del sistema público de salud de una manera real” (Profesional sanitario).

e. Elementos arquitectónicos e informáticos facilitadores de prácticas discriminatorias

En ocasiones, los sistemas de organización de la atención sanitaria propician un trato discriminatorio a población racializada y migrante. Un ejemplo paradigmático ocurre con los sistemas informáticos de registro de pacientes diseñados para la estructura de doble apellido propia del Estado español, lo cual implica que se completa automáticamente el campo vacío con la denominación “XX” en el caso de personas con un solo apellido. Así, lo que comienza como un aspecto técnico termina permitiendo la identificación rápida y sencilla por parte del personal sanitario de pacientes potencialmente racializados, incluso desde antes de tener contacto directo con estos, y de forma tecnológicamente mediada.

P12: “Las personas que han nacido en España no sé, tienen dos apellidos, entonces cuando alguien que no tiene dos apellidos, pues el segundo apellido se pone XX” (Profesional sanitario).

P19: “Que tú muchas veces entras [en el ordenador] Y son todos “XX”. Son todos con nombre o apellido de procedencia senegalesa o colombiana, hay un remezcla ahí de personas supuestamente que supone que son migradas, aunque igual es la tercera generación aquí” (Profesional sanitario).

P19: “En la urgencia, en un nivel 4 [menor gravedad] si se apellida con un único apellido, que las personas migrantes que tienen un único apellido tienen el segundo apellido un “XX” entonces pues [viendo en la pantalla del ordenador] igual coges antes a un paciente que se apellide García Uriarte, por ejemplo” (Profesional sanitario).

Por otro lado, se ha reportado que en algunos centros sanitarios existen elementos arquitectónicos que interactúan con los informáticos y que pueden favorecer prácticas discriminatorias. Así, la existencia de varias salas de espera de urgencias con distinto nivel de prioridad en la atención, en las que mediante el triaje se distribuyen los y las pacientes, puede estar retrasando la atención de personas racializadas. Para ello, varios procesos se suceden en paralelo y se refuerzan. En primer lugar, durante el triaje, los estereotipos raciales pueden estar jugando un papel importante en la atribución de una menor gravedad a la sintomatología que se expresa. A la vez, en ocasiones, la población racializada presenta una menor capacidad para explicar los síntomas dentro del marco biomédico o tiene dificultades lingüísticas, lo que deriva finalmente en otorgarles un menor nivel de prioridad para ser atendidas.

P12: “[En el triaje] la gravedad se pone 1, 2, 3, 4, 5. Entonces, 4 y 5 más o menos son los que suelen estar en la sala A, aunque hay nivel 4 y 5, es decir, esa misma gravedad en ambas salas (A y B). ¿Entonces, en base a qué se decide? Pues es un criterio un poco personal, de la persona que esté haciendo ese triaje, depende de que esa persona decida ponerle en la sala A o en la sala B” (Profesional sanitario).

P19: “Entonces cuando llega un paciente que tú lo vas a triar, que enfermería lo tría, hay un subtraje que está separando tanto arquitectónicamente como informáticamente. Pero yo no creo que sea algo concreto de enfermería. Creo que algo estructural que se repercute independientemente del profesional que esté (Profesional sanitario).

P19: “Y se le pasa a sala B [no prioritaria] porque se creen que tiene poca cosa, porque empieza el paciente: *me duele el abdomen*, igual tiene un aneurisma de aorta y ahora me duele mucho y como es senegalés que acaba de llegar, no sabe bien el idioma, tiene a lo mejor una rotura de aneurisma en plan, y se le deja en la sala B, pero por qué no ha sabido explicar su sintomatología (Profesional sanitario).

Así, atendiendo al nivel de gravedad, una de las salas es considerada prioritaria y se da preferencia a la atención a las personas que están en ella esperando ser atendidas. De hecho, las diferentes salas de espera físicas también tienen su reflejo en el sistema informático de gestión de pacientes, que ofrece la visualización prioritaria de una de las salas, dejando en manos del profesional la visualización proactiva de la segunda sala de espera.

P19: “Es muy fuerte porque tú entras en la sala B [no prioritaria], y es como “XX, XX, XX” Apellidos pues como los que os he dicho y luego te entras en sala A [prioritaria] y ves realmente gente pues que se ha supuesto desde la entrada que son de aquí, entendiendo lo de aquí como las personas de triaje quieran entender qué significa ser de aquí” (Profesional sanitario).

P12: “Y la cuestión es que van a ser primero atendidos los de [la sala prioritaria], porque la directriz es esa [...] Entonces lo que pasa de manera intuitiva, porque no hemos hecho un estudio respecto a eso, es que en la sala de espera no prioritaria van muchas más personas con apellido “XX” o con nombres, apellidos que no suenan a españoles ¿vale? Entonces bueno, pues una forma súper evidente y bastante heavy de ver cómo se da esa separación y cómo estas personas van a ser tratadas más tarde” (Profesional sanitario).

P19: “Nosotros tenemos la barrera informática y la barrera estructural. Entonces llega el paciente y se decide si tiene que ir a sala no prioritaria o a sala prioritaria. Entonces luego tú como profesional, [al coger pacientes] tienes que acordarte de que tienes que pinchar [en el ordenador] en sala no prioritaria para ver los pacientes que están ahí, porque los pacientes de esa sala “valen menos” (Profesional sanitario).

f. Sobrecarga del sistema y del personal sanitario

Finalmente, como parte de la situación en la que se encuentra el sistema sanitario actualmente, en la que los y las profesionales sanitarios tiene una alta carga asistencial, las personas entrevistadas hacen referencia a las condiciones laborales en las que el personal sanitario trabaja, especialmente la falta de tiempo para proveer una buena atención no solo como inconveniente operativo, sino como un fallo estructural de gestión del sistema sanitario que obstaculiza la calidad en la atención, delegando la responsabilidad a los y las profesionales sanitarios exclusivamente, especialmente en el abordaje de la complejidad asociada a la población racializada.

P3: “De todas formas, yo creo que lo que más, y eso sí que es a nivel de Osakidetza en general, de atención primaria, la falta de tiempo es una gran capa; yo creo que el principal escollo. No tenemos tiempo, hay mucha carga laboral, mucha necesidad, y es complicado, es un buen desafío prácticamente, porque tenemos muy poquito tiempo para problemas muy, muy gordos, muy amplios” (Profesional sanitario racializado).

P2: “Los sanitarios, desafortunadamente, trabajan en condiciones no tan aptas para su salud mental. Hay muchos que están frustrados, muchos que están a punto de burnout, muchos... que sí que trabajan en un cubículo muchas veces sin aire, sin ventilación, no tienen las condiciones para poder establecer una relación terapéutica. [...] No hay el tiempo; hacen lo mínimo, hacen lo mínimo porque...no creo que haya esta calidad de la consulta para poder diferenciar si hay uno que es de ahí y otro de allá” (Investigadora).

P12: “En general la carga del trabajo, la falta de tiempo, la falta de un médico estable en un lugar con un equipo de medicina, administración, enfermería que estén coordinados... O sea, todo eso, que el sistema sea peor, yo creo que al final, cuando el sistema es peor, es para todo el mundo peor, pero es todavía peor para la gente más vulnerable ¿no?” (Profesional sanitario).

P1: “El sistema de salud está muy tensionado, está muy sobrecargado y eso incide también. O sea, a veces yo creo que tengo la sensación de que lejos de buscar soluciones para los problemas que detectamos nosotros, se está buscando la manera de aligerar la carga del sistema sanitario, que eso a veces pasa por tener menos pacientes, entonces estamos viendo prácticas, bueno, pues que no son correctas (Organización del tercer sector).

III. Prácticas discriminatorias en la interacción entre personal sanitario y pacientes

En este apartado se abordan las prácticas discriminatorias que se producen en un nivel interpersonal entre el personal sanitario y la población racializada en el proceso de acceso y atención en el sistema sanitario. En este caso, se identifican las formas en que los prejuicios y estereotipos raciales se materializan en acciones concretas que condicionan la experiencia de las personas, expresando a su vez formas de deshumanización, violencia y discriminación hacia la población racializada, que tienen consecuencias tanto clínicas, es decir, en términos de salud, como también no clínicas, de tipo legal o administrativo.

a. Prácticas de estereotipación: atribución estereotipada de características personales y como pacientes en función del origen y la raza

Las personas entrevistadas señalan la existencia de prácticas de estereotipación en el sistema sanitario que operan a través de **procesos de etiquetaje racial y cultural**, y que derivan en formas de discriminación en la atención a personas migrantes y racializadas. Estos procesos se sustentan en conocimientos sesgados sobre determinados colectivos y se expresan en narrativas cotidianas que reproducen estereotipos socialmente legitimados. En particular, se indica que existe una definición de las personas latinas como más demandantes de servicios de salud, a la vez que se da menor valor a la expresión de su sintomatología, mientras que sucede lo contrario con personas de origen asiático.

P14: “En el caso de las personas de origen extranjero, yo creo que hay la percepción de que algunos colectivos son hiper demandantes, en concreto, por ejemplo, el latinoamericano, que como tiene más interiorizada la importancia de la prevención ante cualquier cuestión de salud que las afecte, enseguida quieren que sea resuelta, y si es por el especialista en esa materia mejor, entonces yo creo que ahí se puede dar alguna barrera (Servicio Gobierno Vasco).

P19: Luego pasa lo contrario con los orientales, con las personas orientales que creen que si vienen a la urgencia es porque realmente tienen algo grave, y no tiene por qué. Entonces creo que se les supradiagnostica y se les piden muchas más pruebas (Profesional sanitario).

Esta definición de las personas latinoamericanas, además, interacciona con el género produciendo una construcción estereotipada de las mujeres latinoamericanas como “locas” y “exageradas” que influye de manera directa en la forma en que son percibidas y, en consecuencia, en la atención sanitaria que reciben.

P12: “Pero yo sí lo que percibo es que lo que veo un montón en la sala de médicos son los prejuicios, por poner un ejemplo, a las mujeres latinas, en general de entre 40 y 60 años es como, o sea, es que les han puesto un nombre, *Sindy Crazy* les llaman los médicos [...] Y es como, *ah, pues ya viene otra Sindy Crazy* como un poco... lo que quieren decir es que siempre vienen por chorradas porque están locas, que lo que les pasa es le duele la tripa, pero en realidad es que está loca” (Profesional sanitario).

P14: “Entonces la forma de comunicación, tanto la verbal como la no verbal, la mayor gestualidad es interpretada a veces como que están exagerando, que están teatralizando, haciendo ver más grave la situación de lo que es realmente” (Servicio Gobierno Vasco).

De igual forma, los estereotipos dirigidos a colectivos concretos afectan a la manera en que son nombrados por su perfil racial, al que se le asocia una serie de características personales y de salud, que en ocasiones se nombran desde la **deshumanización y rechazo**. En este caso, la discriminación afecta directamente en la actuación médica al realizarse diagnósticos y exámenes clínicos basados en perfiles de racialización, y estereotipos preconcebidos de los mismos.

P19: “Entonces te llega una persona que no está identificada y no sabes cómo se llama. Entonces nosotros para pedir las pruebas necesitamos que a esa persona se le ponga un nombre, que lo hacen las personas de información, y suelen poner “desconocido”, pues si le han encontrado en [nombre pueblo], pues “desconocido [nombre pueblo]”. Pero nos ha pasado más de una vez que han puesto “negro intoxicado [nombre pueblo]” o una vez fue “moro”, que les dijimos no se puede identificar a gente por su raza o por lo que creen que representa y con lo que eso condiciona (Profesional sanitario).

P13: “Con perfil hombre joven magrebí, pues también como bueno, pues otro tipo de prejuicios, pero pues yo qué sé... desde pídele tóxicos en orina porque estará drogado, o bueno como se percibe mucho y se comenta mucho en alto y no hay ningún filtro en decir barbaridades en alto en ese contexto, que evidentemente van a condicionar la atención que luego le des a esa persona porque estás yendo con un prejuicio” (Profesional sanitario).

P16: “En vez de decir su nombre dice *el moro, el negro, el africano*, y digo: *no todos los negros son africanos*. Y no todas las personas que proceden del Magreb son de Marruecos, existe Argelia, Túnez y todo eso ¿no? Y no todas las mujeres que llevan velo son de Magreb y todo esto ¿no? (Profesional sanitario racializado).

Un reflejo de cómo los prejuicios raciales establecen distancia y rechazo con los pacientes, es la utilización por parte del personal sanitario de objetos o de prácticas de precaución o alerta diferentes a los de la población no racializada, y en concreto con los hombres de origen magrebí.

P9: “Ver que llega un Mohamed que vive en la calle y ponerse las mascarillas, perfumar toda la consulta, quitar los bolsos y encerrarlos en el armario, por si acaso ese Mohamed se atreve a abrir el armario... Porque claro, se llama Mohamed y seguramente sea un ladrón que además vive en la calle. [...] Tener ese cuidado de que no se acerque mucho porque quizás le haga daño como es marroquí no sé qué, pues hay que tener más cuidado [...] Y el hombre es como el abusador, dicen: *cuidar del bolso por si lo toca*. O decirme: *ven conmigo a la consulta* una médico mujer por si el Mohamed la hace algo, porque claro, el Mohamed es marroquí y claro, *ya saben lo que hace*” (Profesional sanitario racializado).

Por su parte, en el caso de las mujeres de origen magrebí nacidas en el Estado español o de las mujeres migrantes con completo dominio del idioma castellano la estereotipación opera en forma de **inferiorización o infantilización**, y es expresada en la comunicación y trato. Este etiquetaje racial tiene efectos negativos en la calidad de la atención en la medida en que la comunicación se vuelve unidireccional y expresada en gritos o explicaciones simplificadas, sin identificar a las

mujeres como interlocutoras válidas para informar y decidir sobre su propio cuerpo y procesos de salud.

P9: “Te tratan como si no supieses nada, como si no entendieses nada, además, te alzan la voz porque tú no entiendes, claro, tú entras con el velo o entras ya con algo de acento de otro país y es como si no entendieses [...] La mujer es verdad que se le ve como tonta porque parece que es tonta, entonces te alza la voz todo el rato esto: *8:00 horas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y yo decir: te estoy entendiendo, o sea, soy nacida aquí. Y eso me ha pasado a mí de gritarme y decirle: puedes bajar la voz que no soy sorda, o sea, no me grites [...]*” (Profesional sanitario racializado).

P15: “Ahí es donde te das cuenta de cómo que las infantilizan ¿no? como que son, no sé, empiezan a hacer de madres y padres todos con ellas, como si fuese pobrecita tal cual. Que eso también lo viví yo en su momento con mi madre [...] que llevaba el pañuelo que tenía unos cuantos hijos” (Profesional sanitario racializado).

En el marco de la inferiorización de las mujeres, se identifican prácticas en la atención especializada que implican intervenciones realizadas sin el consentimiento de mujeres racializadas, reproduciendo la **vulneración de su autonomía**. Las narrativas aluden a contextos de parto e intervenciones ginecológicas en los que la barrera lingüística es utilizada como justificación para omitir información clave o para no recabar el consentimiento informado previo a la realización de prácticas invasivas. Estas situaciones ponen de manifiesto la apropiación de las decisiones reproductivas por parte del personal sanitario, sustentada en estereotipos, actitudes de rechazo y procesos de deshumanización, que excluyen a las mujeres racializadas de las decisiones relativas a su propia salud y bienestar.

P4: “Una mujer que tiene miomas, que tiene ovarios poliquísticos, que tiene varios problemas de salud, le aconsejan en el hospital de [nombre del hospital]: *es que vamos a tener que quitarte una trompa porque no sé qué; porque esto es que los miomas no sé qué tal, pero no se preocupe usted que va a poder tener luego hijos sin problemas y no sé qué...* La vacían... Va a reclamar, y le dicen, ¿para qué quieres tener más hijos; si ya tiene uno? Es que de ahí donde venís estás acostumbrado a parir mucho” (Organización tercer sector).

P6: “Procesos que se han hecho o conductas o prácticas que se han hecho, que, si la mujer hubiera podido hablar, igual no se las hubieran hecho. Y ahí seguro que no se usa el traductor por el momento que es ¿no?” [...] Lo que comentaba antes de los partos, de que te corten cuando tú no quieres, o que te hagan una cesárea que igual no era tan necesaria, ¿no? Eso pues sí tengo, o sea, conocimiento de casos así” (Organización tercer sector).

Finalmente, se pone de relieve que el acceso a una atención sanitaria adecuada y de calidad por parte de las personas racializadas depende, en numerosas ocasiones, de un **“efecto suerte”**. Las decisiones relativas al diagnóstico, el tratamiento o el trato dispensado se perciben como discrecionales y quedan, en gran medida, supeditadas a la voluntad individual de los y las profesionales sanitarios, ante la ausencia de una formación adecuada como se ha indicado previamente. Esta amplitud en el margen de actuación puede derivar en prácticas arbitrarias, en las que la autonomía profesional, lejos de operar como garantía de calidad, se convierte en un

factor que complejiza y condiciona las experiencias de discriminación vividas por la población racializada.

P4: “Pero también digo de lo bueno, que luego también hay gente muy humana, muy profesional y que dices *chapó*; pero hay otros que madre mía de mi vida” (Organización tercer sector).

P14: “Sabemos que no todo el personal está suficientemente sensibilizado, que no ve de manera positiva la diversidad, que directamente tiene actitudes xenófobas, racistas” (Servicio Gobierno Vasco).

P3: “Seguramente habrá pues falta de respeto, faltas de empatía, desentendimiento de los problemas sí que seguramente va a haber [...] La falta de sensibilidad no es solo, pues los equipos tanto de medicina, enfermería y administrativos también, ¿no? no es lo mismo un administrativo de 60 que uno de 25. Hay una sensibilidad diferente, y también una normalización de estas realidades, de las necesidades de estas realidades; que sí que hace que en generaciones más jóvenes haya más predisposición, haya un poco más de entendimiento” (Profesional sanitario racializado).

P16: “El idioma de alguna manera genera que... es decir, yo no puedo expresar lo que me está pasando y esto hace que la persona que hace el triaje si no está sensibilizado, entre otras cosas, sí que vas a sufrir esa discriminación” (Profesional sanitario racializado).

b. Consecuencias clínicas y no clínicas de las prácticas de estereotipación

En primer lugar, las prácticas de estereotipación pueden evidenciar un riesgo para la salud de las personas racializadas al traducirse en decisiones clínicas que no tienen en cuenta las demandas de ciertos perfiles de población racializada. La consideración como pacientes hiperdemandantes o que no tienen capacidad para tomar buenas decisiones en salud, supone en ocasiones una mala praxis al no atender las necesidades que demanda la persona se produce un **retraso diagnóstico** que tiene consecuencias graves para la salud.

P19: “Esté o no fingiendo, esta señora no se pone de pie, Y la enfermera *ésta no tiene nada*. Viene el enfermero *dale el alta ya a ésta, ¿no?* Entonces tú escuchas, ya estás cansada y escuchas todo el rato *dale el alta, no tiene nada, ésta es una exagerada*, [...] yo ya estoy cansada, no puedo pensar, no me estoy enterando. *Yo creo que no tiene nada, pero bueno, déjalo un rato y si no le das el antes para casa*. Y finalmente tenía una metástasis cerebral que le estaban ocasionando a una deficiencia neurológica” (Profesional sanitario).

P19: “Claro, porque pasa muchas veces que sí, que hemos tenido veces que mujeres latinoamericanas, 50 años. “Me duele mucho la cabeza, me duele mucho la cabeza” Le ponen nivel 4 [menos gravedad], 8 horas esperado. “Qué me duele mucho” y luego una hemorragia subaracnoidea que es bastante grave de ingreso. (Profesional sanitario).

Las creencias sobre los y las pacientes racializadas pueden conllevar modos de atención diferentes y pueden suponer un **menor esfuerzo diagnóstico**, tanto en términos de la entrevista clínica, como en las pruebas complementarias que se solicitan para este tipo de pacientes.

P10: “Consideras que el hecho de tener que atender a esta persona te va a costar más tiempo, al final muchas veces acabas utilizando menos tiempo [...] pero como es un tiempo que pones mucho esfuerzo en intentar entender lo que pasa, que muchas veces no lo consigues, te parece más largo, y yo creo que muchas veces sí que acabas haciendo la entrevista más corta o acabas guiándola mucho más, o sea, no dejas preguntar tanto, no haces tanta pregunta abierta, no haces tanta entrevista motivacional, sino que como que quieres acabarla pronto, encontrar lo que tú consideras que es el motivo pronto (Profesional sanitario racializado).

P19: “Cuando se atiende a mujeres latinoamericanas de unos 50 años o así, pues creo que se tiende a infradiagnosticar. Esto son intuiciones todo, ¿eh? Creo que se tiende a infradiagnosticar y porque está la idea de que son unas exageradas. O sea, sí vienen con dolor abdominal, no se les cree tanto o no se le pide... Y yo creo, en el caso en el que se midiese de forma cuantitativa, sí que habría como menos cantidad de pruebas pedidas, unos diagnósticos más inespecíficos” (Profesional sanitario).

Este menor esfuerzo diagnóstico se justifica entre el personal sanitario por la barrera lingüística, que puede ser utilizada como argumento o justificación para ofrecer una atención inequitativa a pacientes que no dominan el idioma y requieren atención para eliminar o reducir dolores.

P10: “Esta está súper escrito y súper estudiado, que son personas a las que se les pregunta menos, se les diagnostica menos y una vez diagnosticadas les trata menos, es decir, con los mismos diagnósticos. Hay de muchísimos pacientes que lo primero que hay escrito en la historia clínica y que, además, se copia y se pega de uno a otro es: barrera idiomática muy importante; y a partir de aquí se justifica que tu actuación en todos los otros campos sea irregular” (Profesional sanitario racializado).

Por otro lado, las consecuencias de las prácticas de estereotipación se manifiestan también en situaciones de retraso en el uso de fármacos. Las narrativas recogen decisiones clínicas que se justifican desde actitudes de rechazo hacia población joven de origen magrebí con consumo de sustancias psicoactivas, configurando perfiles que son percibidos como menos merecedores de atención sanitaria urgente. Estas representaciones ponen de relieve cómo determinados profesionales sanitarios relativizan la necesidad de intervención clínica en función de estereotipos, lo que compromete la calidad y equidad de la atención prestada.

P19: “[...], chico de 21 años, magrebí que estaba drogado, pero en plan de todo lo que podéis imaginar. Y llegó y me tocó atenderlo a mí y llegó casi inconsciente, pero ya había venido otras veces a la urgencia, o sea, no respondía al dolor, tenía un ojo de, o sea, era como... Y ves que realmente da igual, o sea, era como *“oye, que no estás respondiendo ponerle ya el [medicamento], ponerle ya”* y da igual o se pasan diciendo *“madre mía, qué olor de pies”*, *“madre mía, qué asco, date prisa, quítate de aquí”*. Y sabes que eso no pasaría si esa persona no fuese una persona racializada” (Profesional sanitario).

Además, producto de la inferiorización se puede derivar una **omisión de explicación de tratamientos, diagnósticos y procedimientos** basados en ideas preconcebidas sobre la incapacidad de la población en tomar medicamentos, asumir los costos, o estar interesados en seguir las recomendaciones clínicas.

P9: *“Ni siquiera vamos a explicar los riesgos de lo que va a tomar porque ni lo va a tomar. Ese estigma continuo, de ni siquiera preguntarte, ¿oye, estás dispuesto a tomar esto? Esto hay que tomarlo cada x horas. No, ni siquiera preguntarte ni nada. ¿Eres marroquí? Ni siquiera te vamos a poner el tratamiento”* (Profesional sanitario racializado).

Finalmente, se identifican **consecuencias no clínicas** que también están basadas en la estereotipación. Los espacios de consultas y diagnósticos pueden ser usados como escenarios de control y vigilancia que tiene consecuencias en las composiciones familiares de personas racializadas. La narrativa describe el uso de los diagnósticos clínicos como justificación para la suspensión de la patria potestad o la retirada de custodia de menores de edad. En el caso de mujeres, las problemáticas asociadas a su salud mental derivada de la misma pérdida de la custodia, termina siendo otra herramienta usada como argumento de la incapacidad de las madres para el cuidado de sus hijos; a estos argumentos, se suma el rechazo a la frecuencia en el seguimiento médico de los menores, siendo interpretado erróneamente como negligencia.

P7: *“Hay muchas quita custodias a personas, a familias migrantes, especialmente monomarentales y claro, les retiraban a los niños y tal; y sí que es verdad, como que ahí, claro, sí que sumaba en contra, pues a lo mejor el informe médico que decía del de la mujer no, pues está deprimida, toma esta medicación, no sé qué, no sé cuánto, pero claro, la señora estaba así, mal, pues porque les habían quitado a los niños. Pero eso se utilizaba como de una manera como perversa, pues para decir que bueno está incapacitada para tener a los niños todavía. Entonces, eso sí que era como muy, muy cruel el uso del diagnóstico” [...] ¿Cómo una madre va a llevar 3 veces al niño, al médico? Y lo catalogaron como que había negligencia por parte de la familia, que la mujer no cuidaba bien a los niños y era de pues está lo está cuidando, lo está llevando al médico; pero fue como leído como una negligencia y a partir de ahí, le retiraron al menor, sí, o sea, como que fue muy, muy rápido”* (Organización tercer sector).

En el caso de los hombres racializados, especialmente de origen magrebí, se impone sobre ellos una hipervigilancia médica que funciona como control hacia la paternidad a través de exámenes de toxicología y seguimientos psiquiátricos. Hábitos o consumos que son socialmente aceptados o minimizados en hombres autóctonos, se transforman en informes clínicos que cuestionan la paternidad y custodia de los menores de edad.

P7: *“Otra de las cosas es de que sí se sí que se era como muy estricto, por ejemplo, para que te hagan tus pruebas de orina un padre, a lo mejor pues te fumas un porro y ya está, pero puede ser un estupendo padre. Hay muchos padres que beben 3 cañas al día y son yo qué sé, ¿no? Pues, pero con el prejuicio de que este era un hombre marroquí. Ay que esto siempre fuma, claro, al hombre le obligaba a tener a estar limpio. Pero claro, era como una exigencia a la paternidad, pues que a lo mejor no se lo hacía la, o sea, a otro hombre vasco que le han quitado a los a los hijos. Y entonces ahí sí que había, como mucho seguimiento médico”* (Organización tercer sector).

IV. Mecanismos de respuesta ante las barreras del sistema sanitario

En este último nivel de análisis se identifican las redes y estrategias desplegadas por distintos actores para hacer frente a las barreras de acceso y atención descritas en los niveles anteriores

en relación con la población racializada. Se distinguen las estrategias impulsadas por profesionales sanitarios, organizaciones del tercer sector y por la propia población racializada, orientadas a paliar carencias estructurales que, en última instancia, deberían ser asumidas por el sistema sanitario público.

a. Estrategias desarrolladas por profesionales sanitarios y organizaciones del tercer sector

Acompañamiento en el acceso al sistema de salud

La población que accede y hace uso de los servicios ofrecidos por las organizaciones del tercer sector responde, en su mayoría, a perfiles de extrema vulnerabilidad. Entre ellos se encuentran personas en situación administrativa irregular, con graves dificultades económicas que pueden derivar en situaciones de sinhogarismo, así como personas que, debido a la complejidad del sistema sanitario, las barreras idiomáticas u otros factores, perciben a estas **organizaciones como espacios de confianza y credibilidad** para abordar sus problemáticas.

P1: “O sea, [nombre de la organización] atiende a la gente que no tiene tarjeta sanitaria o gente que está viviendo en la calle y no tiene un domicilio habitual entonces no tienen la residencia, pero no puede abarcar a toda esa gente” (Organización tercer sector).

El acompañamiento de las organizaciones a las personas no responde exclusivamente a una gestión logística, pues está también interviniendo en el trato diferencial negativo que pueda recibir la persona sin un acompañamiento de un actor externo que conoce y valida el mismo sistema sanitario.

P7: “Si esa persona va sola, le atienden de otra forma y ahí, como ya hay un antes y un después, entonces como en el acompañamiento, si qué le quieres dar como el protagonismo que esta persona también se desenvuelva, pero es que hay momentos donde pues sí o sí tenías como que intervenir porque lo primero es que la mayor parte de las personas no van a llevar el documento de identidad a la mano, uno porque no tiene ni permiso de residencia y dos, nadie que está en calle lleva pasaporte, siempre lo dejas pues yo qué sé en casa de alguna persona de confianza en el centro de día o lo que fuese” (Organización tercer sector).

Personas racializadas destacan en algunas ocasiones el miedo frente a posibles escenarios de discriminación en el sistema de salud o mismamente por los costos de tratamientos derivados de las consultas, inclusive cuando cuentan con documentación vigente y tarjeta individual sanitaria. En estos casos, las organizaciones del tercer sector junto con profesionales sanitarios voluntarios e implicados en ofrecer una atención equitativa, están desempeñando funciones de apoyo emocional hacia la población.

P9: “O gente que quizás tenga la tarjeta sanitaria y venga a [nombre de la organización] porque le da miedo cómo le van a tratar en el hospital. Pero le da miedo ir al hospital por ese estigma, es que igual me dice, no sé qué vivo en la calle, no tengo recursos, igual me recetan algo que luego no puedo comprar” (Profesional sanitario racializado).

En algunos casos, las personas que están terminando sus grados en Ciencias de la Salud, que son racializadas o cuentan con el dominio de distintos idiomas y se encuentran realizando sus prácticas profesionales, terminan siendo, a su vez, una vía para responder a las necesidades que presente el sistema sanitario. En algunos casos, estas personas, de manera voluntaria acompañan a poblaciones en la atención directa, inclusive cuando tienen ya otras responsabilidades al evidenciar los malos tratos que pueden recibir por parte de otros profesionales sanitarios.

P9: “Y de yo coger y decirle, mira, sabes qué lo voy a atender yo, o sea tú, vete, atiende a otro paciente que ya me quedo yo con este porque me sienta hasta mal... Y esto de prácticas, o sea, yo ni siquiera tenía el acceso al ordenador para meterle nada a la historia clínica; pero le decía al médico o a la enfermera que estuviese *tú atiende a otro porque ya sé que no te gusta este Mohamed que vive en la calle, pues ya lo atiendo yo* (Profesional sanitario racializado).

Estos acompañamientos, en los que destacan profesionales sanitarios sensibilizados e implicados, estudiantes en prácticas dentro del sistema de salud y el papel desempeñado por las organizaciones del tercer sector, están contribuyendo a la generación de espacios de confianza para la población racializada. Todo ello ocurre, no obstante, en un contexto marcado por las propias dificultades y limitaciones de estos actores para garantizar de forma efectiva el acceso y la atención sanitaria. En este sentido, se subraya la importancia de contar con perfiles especializados en mediación cultural e interpretación, de modo que el acceso al sistema de salud no dependa exclusivamente de la disponibilidad de redes de apoyo informales.

P6: “Muchas veces también es como depende quién la acompañe. No quiere decir que nosotras lo vayamos a hacer perfecto, porque a veces tampoco yo no tengo todo el vocabulario, ¿no?, pero al menos establecer esa base de confianza de que la persona pueda decir, luego ya veremos como conseguimos que nos entiendan [...]” (Organización tercer sector).

P3: “La figura de mediador cultural, que facilite la comunicación que permita salvar esa distancia cultural que siempre existe, aunque hablemos el mismo idioma, existe” (Profesional sanitario racializado).

P9: “Poner intérpretes. Yo creo que es imprescindible y nos ayudaría. O sea, es algo que todos los profesionales estarían de acuerdo conmigo en esto; porque dificulta mucho tanto tu tiempo, porque te lleva tiempo también estar explicando en la persona [...] Pero bueno, como no hay otra solución, pues hay que hacerlo. Pero los intérpretes, me parece que es algo fundamental y para eso hay una carrera, gente formada en este ámbito, que nosotros, los sanitarios, no somos intérpretes; yo a pesar de haber ayudado a mucha gente, puedo llegar a cometer algún error porque no es mi trabajo, tampoco estar traduciendo, ¿no?” (Profesional sanitario racializado).

Frente al acompañamiento y guía sobre el conocimiento del sistema sanitario público, las organizaciones del tercer sector asumen la tarea de **informar sobre el funcionamiento del sistema sanitario y los derechos** con que cuenta a la población racializada.

P16: “Nosotros lo que hacemos con los grupos de personas migrantes con los que trabajamos, con los colectivos nosotros les exponemos, pues todo, de que cómo funciona el sistema, en cómo

se accede al sistema y en qué situaciones puedes acceder a al sistema [...] Las mediadoras y los mediadores son los primeros en explicar al paciente, a la persona de que esos son sus derechos. Eso es lo que tienes que hacer y si un médico te atiende mal, pues le tienes que decir, y si consideras que esa persona no te está dando la suficiente información que te debe de transmitir o lo que sea, pues te lo dices y cambias de médico porque es tu derecho” (Profesional sanitario racializado).

La divulgación sobre la información sobre el sistema por parte de organizaciones del tercer sector busca reconocer los derechos de las personas y su adecuada adaptación al sistema, y optimizar el uso de los recursos públicos como es el caso de la demanda de servicios de urgencias por parte de la población, que no siempre tiene conocimiento sobre los Puntos de Atención Continuada (PAC).

P16: “También explicamos el funcionamiento de otros servicios que no sean las urgencias. *En tu ambulatorio, en tu centro de salud tienes servicios de urgencia hasta x horas y a partir de las 5 ya vas al PAC y sabes que hay diferentes puntos, que puedes ir a acudir allí*, que tardarás menos en atenderte, y así no se colapsa urgencias” (Profesional sanitario racializado).

El **apoyo y explicación sobre la emisión de quejas y reclamaciones** por parte de organizaciones del tercer sector hacia población racializada es un mecanismo clave para abordar casos de discriminación en los que las personas no siempre cuentan con las herramientas para defender sus derechos para saber identificar las practicas o experiencias discriminatorias que han vivido dentro del sistema.

P1: “De hecho nosotros ayudamos a poner reclamaciones en estos casos porque no es lo mismo que te operen una hernia si tú estás de baja en casa con cuidados o más o menos con una vida más o menos autónoma, que vivir esa misma situación en situación de calle, teniendo que desplazarte cuatro kilómetros todos los días para desayunar, o sea, nos parece que eso también se debería tener en cuenta, ¿no?” (Organización tercer sector).

P16: “Lo que hacemos, es decirles mira, existe este servicio, que es el SAP y cualquier cosa que pueda pasar de inmediato tienes que hacer la denuncia, tienes que poner una reclamación de en el SAP; y luego después ya se hace una denuncia por racismo, pero ya empezando desde el SAP. Entonces, a partir de allí, ya, claro, el 90% no sabe que existe este servicio. Y luego pues decimos siempre, si tú sufres un acto racista, en el momento se lo notificas a la persona de que estás sufriendo y lo vas a denunciar *¿Y eso qué genera?* que las personas que te atienden ya sienten que esa persona algo sabe...” (Profesional sanitario racializado).

Mediación cultural y formaciones

Ante la carencia de servicios de mediación cultural y la ineficiencia de los sistemas de interpretación y traducción, las organizaciones del tercer sector han asumido el papel de dar respuesta a esta barrera mediante la **formación técnica en mediación cultural**. Este mecanismo busca atender las necesidades comunicativas y disponer de personas cualificadas con las herramientas necesarias para desempeñar una función que el sistema sanitario tiende a ignorar. No obstante, estas iniciativas ponen de relieve las limitaciones económicas que

conlleven dichos esfuerzos, especialmente en lo que respecta a garantizar una remuneración adecuada para quienes ejercen como mediadores y mediadoras culturales y a ofrecer un servicio continuado y suficiente cuando esta responsabilidad recae exclusivamente en el tercer sector.

P16: “Nosotros [nombre de la organización] ya formamos a mediadores, o sea, el primer año formamos como 5, luego el segundo año formamos otros 5-6, incluso con [nombre de la organización], y este año hemos formado otras 8 personas de diferentes orígenes [...] Nosotros les pagamos, o sea, nosotros solicitamos una subvención, y con esa subvención se les forma, bueno una vez formadas, pues nosotros lo que intentamos es contratar algunos de ellos, pues no, de forma continua porque no tenemos suficiente presupuesto, pero es nuestro objetivo a largo plazo” (Profesional sanitario racializado).

Respecto a otro tipo de formaciones que atiendan temas sobre **antirracismo, atención equitativa, conocimientos sobre temas administrativos sobre la tarjeta individual sanitaria, inequidades en salud**, entre otros. Las narrativas identifican que, desde el interior del sistema sanitario, suelen ser iniciativas individuales o de autogestión entre los profesionales sanitarios sensibilizados y organizaciones del tercer sector.

P13: “O sea, quiero decir, la formación esta que han dado en la urgencia ha sido porque a una médica adjunta se le ha ocurrido hablar con la organización” (Profesional sanitario).

P10: “Entonces yo la verdad es que los últimos años he puesto muchísimo esfuerzo en toda la parte de formación. Yo hago un taller antirracista que además al principio me pidieron que lo hiciera para médicos y yo les dije que no quería hacerlo para médicos, que lo quería hacer para todo el mundo porque es que necesitaba que el administrativo que recibe a la persona; la enfermera a la auxiliar, todos supieran de lo que estamos hablando, porque es que si les barras la entrada, da igual que luego al final lleguen a un profesional más sensible o menos sensible, o todo el proceso acompaña” (Profesional sanitario racializado).

En estos escenarios, se reconoce entre el personal sanitario la necesidad de un aprendizaje continuo y una autocrítica constante frente a sus propios sesgos, esto con el fin de incorporar en sus conocimientos competencias culturales como herramienta indispensable para una atención equitativa.

P10: “Y que luego muchas veces también te das cuenta tú de que igual tu planteamiento tampoco es el mejor ¿no? Y que tienes que estar aprendiendo todo el tiempo y tienes que estar formándote, y tienes que darte cuenta de que hay otra gente que es verdad que ahora se habla más, e que hace unos años esto ni siquiera se hablaba, con lo cual era como bueno, a mí me gusta, no sé por qué, y en los últimos años cada vez es más fácil encontrar gente que sí que le gusta hablar de esto, que sí que entiende que la medicina es más cosas, que un listado de enfermedades y de tratamientos farmacológicos. Y todo eso pues ayuda” (Profesional sanitario racializado).

Esta voluntad individual se manifiesta en el esfuerzo de profesionales que deciden **adquirir competencias lingüísticas por su cuenta** como respuesta a la realidad de población de otros orígenes que también conforma el sistema sanitario.

P8: “A la asociación ha venido una matrona para aprender árabe. Porque por su propia voluntad y en su tipo nivel que quiere aprender árabe, ningún motivo. Y es que dice tengo tantas pacientes que ahora me gustaría pues poder, o sea, no de hacerte es un poco” (Organización tercer sector).

P9: “Bueno, *este déjame a mí que he aprendido algunas palabras en árabe*, porque muchos saben lo que es, fiebre, dolor, calor, frío; ya empiezan a aprender y dicen, *buah, tenemos que empezar a estudiar en lugar del euskera el árabe, porque va a empezar a convalidar en las OPES del sistema sanitario*, o sea, metimos en bromas, pero es verdad; o sea, algunos ya empiezan incluso a saber árabe, de tanto atender a pacientes árabes, yo lo digo desde mi perspectiva” (Profesional sanitario racializado).

Se encuentran profesionales sanitarios que trabajan también como voluntarios en organizaciones del tercer sector, o por cuenta propia acompañan a personas racializadas a las consultas con el esfuerzo de actuar como intérpretes garantizando que la consulta y atención sean adecuadas. Estas situaciones ocurren también en escenarios donde la población racializada es quien acude a los profesionales en búsqueda de apoyo.

P9: “Muchas veces han tirado, por ejemplo, yo hay gente que no conozco mucho qué me han dicho, oye, yo te he visto hablar muy bien, no sé si podrías acompañarme a la consulta para que me digan esto que llevo sintiendo durante desde hace 3 años para que me digan lo que es y por qué no se hace desde que ha empezado los síntomas y todo, pues porque no he encontrado y no me han dicho, no me ha sabido decir y yo con ella y que ahí sí, que me expliquen y decirle sobre todo que soy sanitaria; entonces hay cómo más, más respeto decir, voy a explicarte las cosas mejor porque me vas a ir a pillar ¿no? [...] También soy voluntaria en [nombre de organización] en la consulta y pues bueno, veo también un poco las diferencias que hay en salud, las inequidades, los determinantes de la salud y la influencia que tienen en las consultas” (Profesional sanitario racializado).

P16: “Yo colaboro con [nombre de organización] porque yo pues bueno, como he comentado, soy enfermero, pero mi trayecto, o sea, mi experiencia personal, pues bueno, como persona migrante, pues también me ha ayudado a entender muchas cosas y a también a hacer activismo en relación con el racismo que sufren las personas migrantes, las personas racializadas, pero no solo el sistema sanitario, sino en todos los servicios públicos” (Profesional sanitario racializado).

Respecto a las **traducciones en las consultas**, entre algunos profesionales y centros de salud se han generado alianzas con organizaciones del tercer sector para intentar garantizar que la información médica esté siendo transmitida y comprendida de manera adecuada a la población esperando así asegurar una atención de calidad.

P5: “Si también del propio Centro de Salud nos ha contactado alguna vez alguna médica o médico para pues eso, como para igual asegurarse de que se están entendiendo que están realmente como transmitiéndose bien y saben eso, como para facilitarlo para mejorar esa atención [...] Tenemos aquí una articulación bastante trabajada, tanto con el ayuntamiento y como en este caso algo menos con el ambulatorio” (Organización tercer sector).

P8: “Pues algunas veces hacemos atención o a veces algunas veces también se llama desde el hospital para hacer para eso se llama, pues desde las trabajadoras sociales, porque tenemos relaciones fluidas tanto [nombre de hospital] como en [nombre de hospital] para hacer alguna

traducción o para intervenir en algún caso. Pues eso, interpretar o pues o explicar o lo que sea o que no expliquen directamente ayuda porque la familia está en situación complicada. Alguien hospitalizado” (Organización tercer sector).

Facilitar el acceso a medicamentos

En casos de situaciones de extrema vulnerabilidad, las condiciones de vida inestables y de precariedad como personas en situación de calle dificultan o eliminan la capacidad de seguir las indicaciones médicas para el consumo de medicamentos; esto incluso, cuando la medicación está garantizada, pero son, además, las condiciones de vida las que impiden el cumplimiento; las organizaciones del tercer sector hacen un esfuerzo por acompañar en ese seguimiento en medio de la dificultad que esta situación de no residencia conlleva.

P7: “Cuando estás en calle pues no sabes muchas veces en qué día estás y qué hora es y te lo tienes que tomar cada 8 horas o cada 12. Y claro, lo que es como más difícil para un equipo de calle es como regular la medicación de alguien, porque claro, tú guardas su medicación, pero es eso, tienes que estar como detrás de la persona para para seguir el tratamiento y demás” (Organización tercer sector).

Estas organizaciones su vez cumplen un rol articulador entre las mismas entidades del tercer sector para facilitar el conocimiento y servicios que ofrecen a la población, especialmente resaltan el trabajo de Cruz Roja en el suministro de fármacos que el sistema sanitario no cubre, y que, personas sin Tarjeta Individual Sanitaria pueden acceder.

P1: “Y desde [nombre de la organización] por ejemplo, lo que hacemos es derivarle a la Cruz Roja, que ahí sí que les ofrece; o sea, Cruz Roja les da como un vale para que vayan a la farmacia y cojan ahí los fármacos en caso de que sean fármacos necesarios realmente para su salud, porque está pasando por algún proceso donde necesite ese ese fármaco” (Organización tercer sector).

Los y las profesionales sanitarias sensibilizadas también forman parte de las respuestas emergentes ante el acceso y uso de medicamentos, sus intervenciones también responden a tener una vigilancia del trato que reciben las personas racializadas y cumplir el rol que debieron garantizar otros profesionales en la atención, como la explicación de las recetas médicas y el uso adecuado de medicamentos; como la entrega directa de medicación para garantizar la adherencia a tratamientos de enfermedades graves o por tratamientos sencillos que pueden implicar costos que no siempre pueden ser cubiertos.

P9: “[...] Y de ir yo y decirle, coge las hojas de suelo, decirle, esto tienes que tomarlo a las 8:00 H de la mañana, luego después a la una, o sea explicarle todo bien porque le daba pena, sinceramente” (Profesional sanitario racializado).

P18: “Hay algunas medicaciones que no es que sean especialmente caras, pero nosotros las facilitamos dándolas en mano en la consulta para que el paciente no tenga que dar vueltas. Por ejemplo, hay tratamientos muy sencillos, que son solo dos o tres pastillas para tomar un único día, pero que para conseguirlos exigen trámites complejos como hacer informes, acudir a oficinas de sanidad exterior o ingresar dinero en una cuenta corriente. Luego están los otros tratamientos, los

que son largos como la tuberculosis o la lepra, donde la adherencia es fundamental para la curación. Al final, en ambos casos, lo que intentamos es facilitar el proceso y entregar la medicación directamente para asegurar que el tratamiento se cumpla” (Profesional sanitario).

Fomento de espacios de sensibilización y creación de proyectos

En ocasiones, los y las profesionales sanitarias participan de forma activa y voluntaria, tanto a título individual como a través de organizaciones del tercer sector. En estos casos, las estrategias superan los mecanismos basados exclusivamente en motivaciones individuales y se orientan hacia procesos colectivos, en los que se generan espacios de sensibilización entre distintos perfiles profesionales. Entre otras colaboraciones, se identifican **redes tanto formales como informales entre profesionales, instituciones de salud y organizaciones del tercer sector**. Asimismo, desde posicionamientos críticos, se consolidan y articulan actores que impulsan la creación de nuevas organizaciones del tercer sector, con el objetivo de aunar esfuerzos con instituciones sanitarias y promover proyectos dirigidos al fortalecimiento del sistema sanitario público.

P16: “Y eso es una de las cosas que yo, pues bueno, he ido luchando también, peleando tanto en colaboración con [nombre de la organización] como con otras entidades. De hecho, o sea, yo creé una asociación en el año 2019 para trabajar con el tema del acceso a los servicios públicos y luego también trabajamos, en cooperación al desarrollo en [nombre de país], pero también trabajamos mucho aquí con la población migrante y uno de los proyectos que tenemos ahora, es el proyecto de mediación intercultural en los servicios públicos mediante servicios de interpretación, mediación intercultural en servicios públicos [...]” (Profesional sanitario racializado).

P9: “Participo en un grupo que está formado por, sobre todo médicos, pero bueno, sanitarios que tratan el ámbito de las inequidades en salud y lo que hacemos son talleres de teatro y un poco reflejamos lo que vemos en nuestro día a día con las personas racializadas [...] Hacemos eso, talleres, grupos de como de discusión, charlas; invitamos a MIRs o estudiantes de la carrera. Entonces hay mucha gente, pues igual viene 20 personas o 30 personas, que ya es bastante gente interesada en cómo mejorar su atención con gente racializada, entonces eso ya es un avance” (Profesional sanitario racializado).

Estas redes permiten identificar personas en condiciones de vulnerabilidad que no son visibles en el sistema, como es el caso de las trabajadoras internas. En estos escenarios, médicos que realizan visitas a domicilio pueden informar a organizaciones del tercer sector sobre casos puntuales que necesitan tanto acceso a salud como servicios sociales.

P6: “Aunque luego ellos no tengan todas las fuerzas, pero sí que tiene una sensibilidad de médicos que hacen atención a domicilio que nos han contado el caso de *Oye, vale, yo estoy atendiendo a la persona, a la persona dueña de la casa, pero veo, veo que la trabajadora de hogar interna necesita atención de alguna manera como esa...* o sea, médicos que hagan eso tampoco se dan muchos. ¿No?, entonces algo en casa, sí, sí. que hemos tenido, del médico, intentar también conseguir que la trabajadora de hogar salga y venga a estos recursos” (Organización tercer sector).

Dentro de las redes formales, la colaboración entre instituciones hospitalarias y organizaciones del tercer sector están encaminadas a la generación de proyectos que incidan en la necesidad estructural de garantizar acceso y atención de manera equitativa a la población.

P16: “Nos pusimos a trabajar con pues con el hospital de [nombre de hospital] para permitir un acceso equitativo a las personas migrantes o racializadas, porque muchas veces ya no solo hablamos de personas migrantes, sino de personas que se les llama migrantes, pero que personas que nunca han migrado, en ese caso, las personas que sus padres migraron entonces han nacido aquí, pero tienen pues ese problema de identidad, desde problema de identidad” (Profesional sanitario racializado).

Desde el ámbito más institucional, un servicio del Gobierno Vasco imparte formaciones hacia profesionales sanitarios quienes de manera voluntaria deciden participar en los espacios; dentro de los procesos que realizan, también realizan divulgación de información hacia la población racializada sobre el sistema mediante traducciones en distintos idiomas.

P14: “En las formaciones sobre diversidad cultural que impartimos a personal del sistema sanitario quienes inscriben lo hacen de manera voluntaria, y ya tienen esa sensibilidad, esa apertura a lo diverso” (Servicio Gobierno Vasco).

P14: “Hacemos traducciones de soportes colectivos para que las personas que tienen la barrera lingüística puedan acceder a los mismos mensajes que accede el resto de la población, aquí todo se traduce, se publicita en castellano y euskera, entonces que además pueda estar en los idiomas que mayormente hablan las personas de origen extranjero” (Servicio Gobierno Vasco).

Entre los procesos de articulación que se han gestionado se incluyen **propuestas de investigación lideradas por profesionales sanitarios**, centradas en enfermedades infectocontagiosas y enmarcadas en estrategias de prevención y promoción de la salud dirigidas a personas migrantes. Estas iniciativas identifican como problemática central la fragmentación de la atención dentro del sistema sanitario público, evidenciando la falta de integración entre distintas áreas que permita la identificación oportuna de enfermedades infectocontagiosas mediante chequeos generales en poblaciones en situación de vulnerabilidad.

P17: “O sea, en la actualidad el problema es que no llegan. O sea, quiero decir, si un migrante recién llegado tiene un problema de salud, pero si le duele el tobillo, pues sí, va al ambulatorio, pero le mira exclusivamente el tobillo y si se lo solucionan bien y si no, se irá, pero no hacen un chequeo general” (Profesional sanitario).

P18: “Nuestro interés era hacer un chequeo y de ahí, pues, filtrar un poquito quién realmente tiene patología y necesita algo más o quién realmente no necesita nada” (Profesional sanitario).

P17: “El interés también en mejorar, porque es lo que vemos, es que sí que hay una buena proporción de pacientes dentro de la de la comunidad migrante, pues que hay problemas sociales, problemas económicos, problemas de acceso a la sanidad y eso pues nos ha hecho ir dando pasitos y bueno [...] Desde hace unos años ya lo que habíamos intentado es que personas migrantes, principalmente recién llegadas, o llegadas en los últimos meses hacerles un chequeo de salud, porque se ha visto eso, no lo hemos inventado nosotros, que generalmente son más

vulnerables, porque vienen de lugares donde las condiciones sanitarias son peores, porque han hecho un viaje muchas de ellas en unas situaciones muy malas y porque muchos de ellos no se han hecho una revisión en toda su vida [...] Por medio de la investigación nos interesa demostrar que es eficiente hacerles unos chequeos para evitar más adelante problemas gordos económicamente y en salud pública” (Profesional sanitario).

Estos **espacios de sensibilización y acción** impulsados por profesionales sanitarios son, en ocasiones, sus propios **entornos laborales cotidianos**, en los que presencian prácticas discriminatorias, tanto directas como indirectas, hacia la población racializada. Ante estas situaciones, profesionales conscientes de los procesos de estereotipación y deshumanización confrontan de manera directa a quienes reproducen y perpetúan dichas prácticas, con el fin de evidenciar su gravedad y promover su transformación.

P16: “Yo tengo muchas discusiones con médicos o enfermeras, cuando dicen: *en la habitación X está ingresado un pues un magrebí*, en vez de decir su nombre” (Profesional sanitario racializado).

P19: “Han salido algunas veces discusiones. Una vez en una guardia con una adjunta decirle oye, *es que vosotros sistemáticamente traéis a gente racializada fuera porque pensáis realmente que exageran los síntomas*, y hay una confrontación grave *es que ellos no saben, es que vienen aquí por una chorrada*” (Profesional sanitario).

b. Estrategias desarrolladas por la población racializada

Finalmente, entre los mecanismos de respuesta identificados en el análisis de los resultados, se observa que las personas racializadas, inmersas en distintos niveles de barreras y discriminación, recurren a sus propias capacidades para intentar suplir aquellas necesidades que el sistema no logra satisfacer. En este contexto, los **apoyos informales en traducción e interpretación** proporcionados por personas conocidas o familiares se han consolidado como un primer mecanismo de respuesta para quienes no dominan el idioma. En algunos casos, estas estrategias se encuentran mediadas por el acompañamiento de niños, niñas y adolescentes, así como de parejas de las mujeres, durante los procesos de acceso y consulta en los servicios de salud.

P10: “Tenemos muchísimo hijo, que viene a traducir, que no, yo ahí sí que intento que no, que no, que no sea una figura, pero la verdad es que tenemos mucho porque los niños al final hablan muy bien [...]” (Profesional sanitario racializado).

P13: “Me viene a la cabeza el clásico de cuando vine a la consulta, pues acompañada por el marido y la única persona que habla es él [...] Casi parece que la atención se la das a quien la acompañe; y, o sea, sí, esa situación es sí, que tengo la sensación de haberlas visto y haberlas y haberlas vivido bastante, sí” (Profesional sanitario).

P9: “Yo, por ejemplo, yo recuerdo haber ido a consultas con mi tía o con mi madre a traducirlo, sobre todo por esa barrera idiomática que existe, que siempre está ahí muchas veces” (Profesional sanitario racializado).

P15: “Yo sinceramente lo viví con mi madre porque yo la hacía de traductora en las consultas, por ejemplo, desde este lado” (Profesional sanitario racializado).

En otros casos, cuando no hay aún redes de apoyo consolidadas, principalmente entre la población recién llegada, se contacta a cualquier persona conocida que domine ambos idiomas para que acompañe y actúe en escenarios clínicos como interprete.

P9: “Y también es frustrante para el paciente porque hay pacientes que vienen acompañados de su amigo, de su gente de que conoce en el bar mismamente y le explica, pero también viene con ciertas barreras de identidad” (Profesional sanitario racializado).

Por último, otra de las estrategias por parte de la población racializada frente a la dificultad de acceder a medicamentos dentro del sistema de salud, es la **automedicación** por dos vías: el uso de remedios o recetas naturales que no atienden la problemática de salud que puede llegar a ser crónica; como entre destinas personas compartirse entre ellos los distintos medicamentos que tengan, aunque no siempre cuentan con el conocimiento adecuado sobre el consumo de estos.

P4: “Yo conozco mucha gente que se automedica y que están con jengibre, miel, ajo, hoja de, perejil, hoja de no sé qué, agua y un menjurje me lo tomo y a ver qué pasa. Luego muchos ya acaban yendo al médico” (Organización tercer sector).

P9: “Muchas veces también he escuchado de compartirse entre ellos, de uno conseguir un paquete de un antibiótico y el otro como le duele la cabeza y cree que con un antibiótico va a solucionarle, pues se comparten el antibiótico ¿no? *O mira, yo he conseguido un [nombre de medicamento], vamos a repartírnoslo como el otro está con dolor de piernas, el otro no sé qué*” (Profesional sanitario racializado).

Discusión

El estudio refleja la persistencia de barreras estructurales, institucionales e interpersonales que limitan el acceso equitativo y la calidad de la atención sanitaria de la población racializada en España. Si bien existen una gran cantidad de estudios en nuestro contexto que han venido mostrando las barreras administrativas que las personas migrantes en situación administrativa irregular tienen en el acceso al sistema de salud (Fagundo-Rivera et al., 2025b; Gea-Sánchez et al., 2017; Suess et al., 2014), mucha menor atención se ha prestado hasta el momento a las dinámicas de estereotipación racial que suponen prácticas discriminatorias para el conjunto de la población racializada con consecuencias en la calidad de la atención y en su salud.

La falta de información suficiente y adaptada acerca del funcionamiento del sistema sanitario y los servicios disponibles se destaca como uno de los principales elementos que producen dificultades en el acceso y la navegación dentro del sistema y generan ineficiencia, como se constata en muy diversos estudios a nivel internacional (Fair et al., 2020; Luiking et al., 2019; Nyikavaranda et al., 2023). Por ello, es preciso mejorar los canales de comunicación e

información del sistema(Evangelidou et al., 2023), así como reducir las carencias formativas del personal en competencias culturales y estructurales -antirracista y de equidad en salud-, elemento clave mencionado en nuestro estudio y ampliamente evidenciado internacionalmente(Díaz et al., 2024; Metzl & Hansen, 2014).

Finalmente, nuestro estudio pone de manifiesto la presencia de prácticas de estereotipación racial y cultural en la atención clínica, especialmente de algunos grupos de origen, que pueden traducirse en una menor calidad asistencial, retrasos u omisiones diagnósticas y decisiones clínicas diferenciales(González-Rábago et al., 2025; Pattillo et al., 2023). Si bien en España algunos grupos de origen han sido más ampliamente estudiados, como la población del África Subsahariana o del Magreb(Bas-Sarmiento et al., 2015; Pérez-Urdiales et al., 2019; Ugarte-Gurrutxaga et al., 2024), nuestro estudio refleja la discriminación dirigida también hacia otros grupos como las mujeres latinoamericanas, de gran presencia en España, pero cuyas experiencias de discriminación han sido escasamente analizadas. La deslegitimación de sus demandas en salud puede interpretarse, en palabras de Miranda Flicker(Flicker, 2017), como un tipo de «injusticia testimonial», esto es, un déficit de credibilidad que niega su capacidad de ser sujeto de conocimiento y, por tanto, de realizar demandas y tomar decisiones en salud.

La principal limitación de los resultados consiste en que recoge únicamente voces expertas, como fase exploratoria de un estudio más amplio con personal sanitario y pacientes. Sin embargo, los hallazgos del estudio muestran que, sin dejar de atender a las poblaciones migrantes recién llegadas o más vulnerabilizadas, la atención a personas racializadas debe ampliar su mirada para comprender, desde una perspectiva antirracista, las barreras estructurales, organizacionales e interpersonales que impiden una atención sanitaria equitativa y de calidad.

Bibliografía

- Baeten, R., Spasova, S., Vanhercke, B., & Coster, S. (2018). *Inequalities in access to healthcare. A study of national policies, European Social Policy Network (ESPN)*. European Commission.
- Bas-Sarmiento, P., Fernández-Gutiérrez, M., Albar-Marín, M. a. J., & García-Ramírez, M. (2015). Percepción y experiencias en el acceso y el uso de los servicios sanitarios en población inmigrante. *Gaceta Sanitaria*, 29(4), 244–251. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.03.008>
- Bee Nchama, M., Manzano, J., Pajunen, M. G., Zhang Yim, J. I., González-Rábago, Y., Jacques-Aviñó, C., & La Parra-Casado, D. (2025). Racismo: el determinante social de la salud invisibilizado en España. *Revista Española de Salud Pública*, 99(1 SE-Colaboraciones especiales), 11 páginas.
- Bonilla-Silva, E. (1997). Rethinking racism: Toward a structural interpretation. *American Sociological Review*, 62(3), 465–480.

- Braun, V., Clarke, V., Hayfield, N., & Terry, G. (2019). *Thematic Analysis BT - Handbook of Research Methods in Health Social Sciences* (P. Liamputtong, Ed.; pp. 843–860). Springer Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-10-5251-4_103
- Calderón Gómez, C. (2024). Investigación cualitativa. In A. Martín Zurro, J. F. Cano Pérez, & J. Gené Badía (Eds.), *Atención Primaria Principios, organización y métodos en Medicina de Familia* (pp. 457–486). Elsevier.
- Díaz, E., Gimeno-Feliu, L. A., Czapka, E., Suurmond, J., Razum, O., & Kumar, B. N. (2024). Capacity building in migration and health in higher education: lessons from five European countries. *The Lancet Regional Health – Europe*, 41. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100818>
- Evangelidou, S., Schouler-Ocak, M., Movsisyan, N., Gionakis, N., Ntetsika, M., Kirkgoeze, N., Denial, A., & Serre-Delcor, N. (2023). Health promotion strategies toward improved healthcare access for migrants and refugees in Europe: MyHealth recommendations. *Health Promotion International*, 38(3), daac047. <https://doi.org/10.1093/heapro/daac047>
- Fagundo-Rivera, J., García-Lozano, M. S., Portero-Prados, F. J., Romero-Castillo, R., Badillo-Sánchez, N., & Fernández-León, P. (2025a). Barriers to healthcare access for irregular immigrants after their arrival in Spain: a systematic review. *European Journal of Public Health*, 35(3), 407–422. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaf042>
- Fagundo-Rivera, J., García-Lozano, M. S., Portero-Prados, F. J., Romero-Castillo, R., Badillo-Sánchez, N., & Fernández-León, P. (2025b). Barriers to healthcare access for irregular immigrants after their arrival in Spain: a systematic review. *European Journal of Public Health*, 35(3), 407–422. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaf042>
- Fair, F., Raben, L., Watson, H., Vivilaki, V., van den Muijsenbergh, M., & Soltani, H. (2020). Migrant women's experiences of pregnancy, childbirth and maternity care in European countries: A systematic review. *PLoS ONE*, 15(2), 1–26. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228378>
- Fricker, M. (2017). Injusticia epistémica: el poder y la ética del conocimiento. In *Pensamiento Herder TA - TT*. Herder.
- Gea-Sánchez, M., Alconada-Romero, Á., Briones-Vozmediano, E., Pastells, R., Gastaldo, D., & Molina, F. (2017). Undocumented Immigrant Women in Spain: A Scoping Review on Access to and Utilization of Health and Social Services. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 19(1), 194–204. <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0356-8>
- Gimeno-Feliu, L. A., Calderón-Larrañaga, A., Díaz, E., Poblador-Plou, B., Macipe-Costa, R., & Prados-Torres, A. (2016). Global healthcare use by immigrants in Spain according to morbidity burden, area of origin, and length of stay. *BMC Public Health*, 16(1), 450. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3127-5>
- González Martínez, M. Á., Castaño Suero, M. J., Guerrero Muñoz, M., Francisco Rossetti, A., Sequeira Aymar, E., & Roca Saumell, C. (2024). Atención inicial al paciente inmigrante en atención primaria. *Atención Primaria*, 56(7). <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.102896>
- González-Rábago, Y., La Parra-Casado, D., Jacques-Aviñó, C., Bee Nchama, M., & 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/https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102425>

- González-Rábago, Y., Lanborena, N., & Rodríguez-Álvarez, E. (2025). Barriers to healthcare for racialised populations in Europe: a scoping review of reviews. *International Journal for Equity in Health*, 24(1), 212. <https://doi.org/10.1186/s12939-025-02577-1>
- Hamed, S., Bradby, H., Ahlberg, B. M., & Thapar-Björkert, S. (2022). Racism in healthcare: a scoping review. *BMC Public Health*, 22(1), 1–22. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13122-y>
- Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
- Llop-Gironés, A., Vargas Lorenzo, I., Garcia-Subirats, I., Aller, M. B., & Vázquez Navarrete, M. L. (2014). Acceso a los servicios de salud de la población inmigrante en España. *Revista Española de Salud Pública*, 88, 715–734. <https://doi.org/10.4321/S1135-57272014000600005>
- Luiking, M.-L., Heckemann, B., Ali, P., Dekker-van Doorn, C., Ghosh, S., Kydd, A., Watson, R., & Patel, H. (2019). Migrants' Healthcare Experience: A Meta-Ethnography Review of the Literature. *Journal of Nursing Scholarship: An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 51(1), 58–67. <https://doi.org/10.1111/jnu.12442>
- Maina, I. W., Belton, T. D., Ginzberg, S., Singh, A., & Johnson, T. J. (2018). A decade of studying implicit racial/ethnic bias in healthcare providers using the implicit association test. *Social Science and Medicine*, 199, 219–229. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.05.009>
- Metzl, J. M., & Hansen, H. (2014). Structural competency: Theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Social Science & Medicine*, 103, 126–133. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.06.032>
- Nyikavaranda, P., Pantelic, M., Jones, C. J., Paudyal, P., Tunks, A., & Llewellyn, C. D. (2023). Barriers and facilitators to seeking and accessing mental health support in primary care and the community among female migrants in Europe: a “feminisms” systematic review. *International Journal for Equity in Health*, 22(1), 196. <https://doi.org/10.1186/s12939-023-01990-8>
- Pattillo, M., Stieglitz, S., Angoumis, K., & Gottlieb, N. (2023). Racism against racialized migrants in healthcare in Europe: a scoping review. *International Journal for Equity in Health*, 22(1), 201. <https://doi.org/10.1186/s12939-023-02014-1>
- Pérez-Urdiales, I., Goicolea, I., Sebastián, M. S., Irazusta, A., & Linander, I. (2019). Sub-Saharan African immigrant women's experiences of (lack of) access to appropriate healthcare in the public health system in the Basque Country, Spain. *International Journal for Equity in Health*, 18(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-0958-6>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100805>
- Suess, A., Pérez, I. R., Azarola, A. R., & Cerdà, J. C. M. (2014). The right of access to health care for undocumented migrants: A revision of comparative analysis in the European context. *European Journal of Public Health*, 24(5), 712–720. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku036>

Ugarte-Gurrutxaga, M. I., Ulla Diez, S. M., Molina-Gallego, B., Humanes-García, M., Melgar de Corral, G., & Plaza del Pino, F. J. (2024). Interaction Processes between Health Professionals and Moroccan Immigrant Women in Reproductive Healthcare: The Disagreement in the Encounter—A Qualitative Study. In *Healthcare* (Vol. 12, Number 16, p. 1577). <https://doi.org/10.3390/healthcare12161577>