Atencion Primaria 58 (2026) 103581

Atención Primaria

www.elsevier.es/ap

ORIGINAL

La atención sanitaria de la población racializada: configuraciones organizacionales y elementos interpersonales desde la perspectiva de personas expertas

Yolanda González-Rábago[a,b,c,*] **y María Kamila Góngora Manrique**[a,b]

[a] *Departamento de Sociología y Trabajo Social, Universidad del País Vasco (UPV/EHU), Leioa, España*
[b] *Grupo de investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico-OPIK, Leioa, España*
[c] *Instituto de Investigación Sanitaria Biobizkaia, Barakaldo, España*

Recibido el 15 de abril de 2026; aceptado el 15 de junio de 2026

PALABRAS CLAVE
Racismo;
Atención sanitaria;
Equidad

Resumen
Objetivo: Analizar los factores organizacionales e interpersonales que condicionan la atención a la población racializada en España.
Diseño: Estudio cualitativo con un diseño descriptivo-interpretativo, a través de entrevistas en profundidad realizadas entre mayo y julio de 2025.
Emplazamiento: Las entrevistas se realizaron en diversas ciudades del País Vasco y Cataluña.
Participantes y/o contextos: Profesionales expertas en atención sanitaria de la población racializada, tanto personal sanitario, de organizaciones del tercer sector, ámbito institucional e investigador.
Método: Muestreo intencional a partir de una selección de perfiles previamente identificados, ampliado mediante bola de nieve y hasta la saturación del discurso. Se realizó un análisis de contenido temático.
Resultados: La falta de información clara y accesible, un sistema escasamente adaptado a la diversidad sociocultural, una insuficiente formación del personal sanitario, y prácticas de estereotipación racial y cultural que tienen consecuencias en el ámbito clínico y no clínico emergen como elementos clave que condicionan la atención sanitaria a las personas racializadas.
Conclusiones: La mejora de la atención a las personas racializadas precisa de abordar elementos de la organización sanitaria y la formación del personal que redunden en una asistencia socioculturalmente competente y con un enfoque de equidad en salud.
© 2026 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: yolanda.gonzalezr@ehu.eus (Y. González-Rábago).

https://doi.org/10.1016/j.aprim.2026.103581
0212-6567/© 2026 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

KEYWORDS
Racism;
Healthcare;
Equity

Healthcare for racialized populations: organizational configurations and interpersonal elements from the perspective of experts

Abstract
Aim: To analyse the organisational and interpersonal factors that shape healthcare for racialised populations in Spain.
Design: Qualitative study with a descriptive-interpretative design, based on in-depth interviews conducted between May and July 2025.
Location: Interviews were carried out in several cities of the Basque Country and Catalonia.
Participants and/or contexts: Professionals with recognised expertise in healthcare for racialised populations, including healthcare professionals, third-sector organisations, institutional actors, and researchers.
Method: Purposive sampling based on a pre-identified selection of profiles, subsequently expanded through snowball sampling until data saturation was reached. The data were analysed using thematic content analysis.
Results: The lack of clear and accessible information, a healthcare system insufficiently adapted to sociocultural diversity, inadequate training of healthcare professionals, and practices of racial and cultural stereotyping with both clinical and non-clinical consequences emerged as key factors shaping healthcare provision for racialised people.
Conclusions: Improving healthcare for racialised people requires addressing organisational aspects of the healthcare system and the training of healthcare professionals in ways that promote socioculturally competent care and an equity-oriented approach to health.
© 2026 The Author(s). Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

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[1]. A pesar de los avances en equidad en salud[2], 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[3].

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[4,5]. 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[1] que se traducen en desigualdades en la utilización de los servicios sanitarios[6].

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[7]. 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[8], sino también a través de mecanismos más sutiles, como un menor esfuerzo diagnóstico y terapéutico[4,5,9].

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[10,11], a la vez que se sigue mejorando la atención a aquellas recién llegadas[12]. 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[13,14].

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.

Participantes y métodos

De acuerdo con el objetivo del estudio, se optó por la metodología cualitativa orientada a la investigación en servicios de salud[15]. 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

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 del 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	

entrevistas en profundidad, participando en 3 de ellas 2 personas (n = 19) entre mayo y julio de 2025 con profesionales localizadas principalmente en el País Vasco y Cataluña, realizándose 4 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) (n = 11), profesionales del tercer sector (n = 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 h y 17 min y se tomaron notas durante y después de las entrevistas. 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[16], 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[5] realizada antes del estudio cualitativo y que permitió orientar el guion semiestructurado de las entrevistas (ver material adicional), 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. Asimismo, las personas entrevistadas revisaron y dieron *feedback* sobre un informe extenso de los resultados (https://doi.org/10.31235/osf.io/af7vz_v1).

Resultados

En primer lugar, las personas entrevistadas perciben que las políticas sanitarias que regulan el acceso al sistema de salud siguen atravesadas por el imaginario exclusionista que emergió con el Real Decreto-ley 16/2012 y que persiste hoy en día en la organización sanitaria y en sus profesionales (Verbatim 1.1, en tabla 2). En ocasiones, el desconocimiento de la normativa que regula el acceso al derecho a la salud o su interpretación errónea por parte de personal administrativo y/o del personal sanitario generan prácticas que niegan o condicionan el acceso a la atención (1.2-1.3).

La falta de información clara y accesible con escasa orientación institucional y profesional provoca que parte de la población desconozca la organización del sistema sanitario, sus niveles asistenciales y las vías de acceso, lo que dificulta su navegabilidad y uso adecuado, extendiéndose la percepción de que las urgencias hospitalarias son la principal vía de atención. Esta barrera informacional afecta sobre todo a personas migrantes recién llegadas, que pueden no dominar el idioma, tener dificultades de acceso a internet o a dispositivos tecnológicos, carecer de redes de apoyo y enfrentarse a un sistema distinto al de sus países de origen, lo que limita su comprensión y aprendizaje de su funcionamiento (1.4-1.5). Esto repercute en la aceptabilidad de la población migrante, generando rechazo por parte del per-

Tabla 2 Percepciones sobre la falta de información clara y accesible

Ref. en texto	Verbatims
1.1	«Porque yo creo que desde que hubo la ley ésta que limitó [el acceso] si no tenía TIS, como que ya eso también se ha quedado en el imaginario colectivo» (P12. Profesional sanitario)
1.2	«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» (P14. Servicio Gobierno Vasco)
1.3	«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» (P3. Profesional sanitario racializado)
1.4	«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» (P14. Servicio Gobierno Vasco)
1.5	«Me acuerdo en la urgencia que a una paciente le dije: ''Oye, mira, para esto igual mejor puedes ir al PAC (Puntos de Atención Continuada)'', porque era un día de estos catastrófico, pues que había como 8 horas de espera y venía por una tontería, que ya sabía ella 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» (P13. Profesional sanitario)
1.6	«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 es 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» (P12. Profesional sanitario)
1.7	«*No puedo ir al hospital, sí 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 ¡va! 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» (P9. Profesional sanitario racializado)

sonal administrativo y sanitario debido al uso frecuente e inadecuado de las urgencias hospitalarias. Como consecuencia, muchas personas buscan atención en organizaciones del tercer sector que les ofrecen mayor confianza y respuesta a sus necesidades de salud (1.6-1.7).

Las participantes señalan que el sistema sanitario no está adaptado a la diversidad de su población usuaria actual. El personal sanitario reconoce la complejidad de atender a personas de múltiples orígenes y la necesidad de encontrar soluciones, pero perciben desinterés institucional y una actitud evasiva de la institución que puede interpretarse como una forma de racismo por omisión (Verbatim 2.1-2.2-2.3, en tabla 3). Además, la falta de dominio del idioma se traduce en una barrera de acceso, ya que muchas personas optan por no acudir a un centro sanitario 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 (2.4-2.5). No obstante, estas redes no siempre son facilitadoras, ya que ahonda una falta de autonomía del paciente, 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 como intérprete de parejas o hijos/as (2.6). Finalmente, los servicios de interpretación por teléfono (mediante empresa subcontratada ajena al sistema sanitario) suelen ser poco utilizados (2.7-2.8). Las 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, así como puede llevar a un registro inadecuado o falso de la información del paciente que puede llegar a comprometer su salud (2.9-2.10).

Las personas expertas destacan la insuficiente formación del personal sanitario para adaptar los servicios de salud a la diversidad de la población usuaria. Señalan la necesidad de formación en competencias culturales, antirracistas, inequidades en salud y enfoques críticos que permitan una atención equitativa (Verbatim 3.1-3.2, en tabla 4). Los y las profesionales sanitarias entrevistadas enfatizan las dificultades para ofrecer una atención integral a pacientes de distintos orígenes, con prácticas socioculturales diversas (3.3-3.4). También se identifican carencias de formación clínica especializada para reconocer variaciones en síntomas y enfermedades según perfiles poblacionales, lo que puede derivar en diagnósticos tardíos, erróneos o no identificados (3.5-3.6-3.7). Ante ello se propone incorporar formación obligatoria en estas cuestiones durante los estudios en Ciencias de la Salud, mediante una reestructuración curricular que integre los determinantes sociales de la salud y la diversidad cultural como contenidos centrales y no optativos (3.8-3.9). Los servicios de salud tampoco están adecuadamente preparados para atender las necesidades específicas de salud mental de la población migrante y racializada.

Tabla 3 Percepciones sobre la necesidad de adaptación a la diversidad del sistema sanitario

Ref. en texto	Verbatim
2.1	«La respuesta [del Gobierno] 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?» (P17. Profesional sanitario)
2.2	«Desgraciadamente el racismo no es un problema que se quede recluido en el sistema sanitario...Pero sí que creo que ¡joe!, 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?» (P13. Profesional sanitario)
2.3	«La precarización de la sanidad puede condicionar mucho, pero también desconocimiento, racismo y no querer mirar» (P6. Organización del tercer sector)
2.4	«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» (P10. Profesional sanitario racializado)
2.5	«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» (P4. Organización tercer sector)
2.6	«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 que muchas limitaciones de esas no se empatizan lo suficiente y tampoco están preparadas para atender eso» (P1. Organización tercer sector)
2.7	«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» (P9. Profesional sanitario racializado)
2.8	«Pues tienen que utilizar el famoso [nombre del programa] por ejemplo, pero no, ya sabemos por experiencia que no lo usan» (P5. Organización tercer sector)
2.9	«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...» (P19. Profesional sanitario)
2.10	«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*... y yo digo: *bueno, porque no lo has intentado*» (P18. Profesional sanitario)

Esta población puede haber vivido experiencias traumáticas durante el proceso migratorio, además de enfrentar precariedad laboral, aislamiento social y estigmatización cultural, factores que aumentan su vulnerabilidad psicosocial y pueden repercutir también en su salud física (3.10-3.11).

Unida a la formación, la elevada carga asistencial y las condiciones laborales del personal sanitario, especialmente la falta de tiempo, no solo dificultan la atención, sino que es entendido por las y los profesionales como un fallo estructural en la gestión del sistema. Esta situación limita la calidad asistencial y desplaza la responsabilidad hacia las y los profesionales, particularmente en el abordaje de la complejidad vinculada a la atención de la población racializada (Verbatim 4.1-4.2 en tabla 5).

En el plano interpersonal, se identifica que hay prácticas de estereotipación basadas en etiquetajes raciales y culturales que generan discriminación en la atención a personas racializadas. Estos procesos se sustentan en conocimientos sesgados y narrativas cotidianas socialmente legitimadas. Así, mientras que a las personas de origen asiático se les atribuye menor demanda, a las personas latinoamericanas se las define como hiperdemandantes de servicios y se minimiza su sintomatología (4.3-4.4), especialmente en el caso de las mujeres, etiquetadas como «exageradas» o «locas» (4.5-4.6). En otros casos, el etiquetaje racial incorpora rasgos de deshumanización que orientan prácticas clínicas basadas en estereotipos, particularmente hacia hombres de origen magrebí (4.7-4.8). En las mujeres magrebíes nacidas en el Estado español o migrantes con dominio del idioma, la estereotipación adopta formas de inferiorización e infantilización que afectan la comunicación, volviéndola unidireccional y simplificada, sin reconocerlas como interlocutoras válidas en decisiones sobre su salud (4.9-4.10).

Estas prácticas de estereotipación pueden suponer un riesgo para la salud de las personas racializadas al traducirse en decisiones clínicas que no atienden adecuadamente sus necesidades. Su consideración como pacientes hiperdemandantes o incapaces de tomar decisiones informadas puede derivar en mala praxis como retrasos diagnósticos, menor esfuerzo diagnóstico y omisión de explicaciones sobre diagnósticos, tratamientos o procedimientos, sustentada en prejuicios sobre la supuesta incapacidad de las personas para comprender, costear o seguir las recomendaciones médicas (Verbatim 5.1-5.2-5.3, en tabla 6). Además, la este-

Tabla 4 Percepciones sobre insuficiente formación del personal sanitario

Ref. en texto	Verbatim
3.1	«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» (P12. Profesional sanitario)
3.2	«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» (P16. Profesional sanitario racializado)
3.3	«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 quien tienes en frente te ayuda a poder darle una atención adecuada» (P13. Profesional sanitario)
3.4	«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» (P3. Profesional sanitario racializado)
3.5	«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» (P4. Organización tercer sector)
3.6	«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» (P6. Organización tercer sector)
3.7	«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» (P11. Profesional sanitario)
3.8	«Tan básico en la medicina que son los determinantes sociales de salud que sabemos que está, es súper evidente que determina nuestra salud lo que más, y, o sea, la formación en eso es irrisoria, depende mucho 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...» (P12. Profesional sanitario)
3.9	«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 eso, 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» (P9. Profesional sanitario racializado)
3.10	«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» (P4. Organización tercer sector)
3.11	«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» (P7. Organización tercer sector)

reotipación genera consecuencias no clínicas. Los espacios de consulta pueden operar como escenarios de control y vigilancia mediante el uso de diagnósticos, por ejemplo, como justificación para retirar custodias o suspender la patria potestad. En el caso de las mujeres, los problemas de salud mental asociados a la pérdida de custodia pueden emplearse como prueba de su supuesta incapacidad para maternar, junto con la interpretación como negligencia de la frecuen-

Tabla 5 Percepciones sobre prácticas de estereotipación a población racializada

Ref. en texto	Verbatim
4.1	«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» (P2. Investigadora)
4.2	«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?» (P12. Profesional sanitario)
4.3	«En el caso de las personas de origen extranjero, yo creo que hay la percepción de que algunos colectivos son hiperdemandantes, en concreto, por ejemplo, el latinoamericano, que como tiene más interiorizada la importancia de la prevención ante cualquier cuestión de salud que las afecte» (P14. Servicio Gobierno Vasco)
4.4	«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» (P19. Profesional sanitario)
4.5	«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 que le duele la tripa, pero en realidad es que está loca» (P12. Profesional sanitario)
4.6	«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» (P14. Servicio Gobierno Vasco)
4.7	«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 (P19. Profesional sanitario)
4.8	«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» (P13. Profesional sanitario)
4.9	«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* [...]» (P9. Profesional sanitario racializado)
4.10	«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 y que tenía unos cuantos hijos» (P15. Profesional sanitario racializado)

cia del seguimiento médico de sus hijos/as. En los hombres racializados, especialmente de origen magrebí, se describe una hipervigilancia médica que actúa como control de la paternidad a través de pruebas toxicológicas y seguimientos psiquiátricos, donde consumos socialmente normalizados en hombres autóctonos se transforman en informes clínicos que cuestionan su idoneidad como padres (5.4-5.5).

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[17–19], 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 dispo-

Tabla 6 Percepciones sobre las consecuencias de las prácticas de discriminación a población racializada

Ref. en texto	Verbatim
5.1	«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, si 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» (P19. Profesional sanitario)
5.2	«Son personas a las que se les pregunta menos, se les diagnostica menos y una vez diagnosticadas se 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» (P10. Profesional sanitario racializado)
5.3	«*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» (P9. Profesional sanitario racializado)
5.4	«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 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 leído como una negligencia y a partir de ahí, le retiraron al menor, sí, o sea, como que fue muy, muy rápido» (P7. Organización tercer sector)
5.5	«Otra de las cosas es de que sí sé 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 este siempre fuma, claro, al hombre le obligaba a tener que estar limpio. Pero claro, era como una exigencia a la paternidad, pues que a lo mejor no se lo hacía, o sea, a otro hombre vasco que le han quitado a los hijos. Y entonces ahí sí que había, como mucho seguimiento médico» (P7. Organización tercer sector)

nibles 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[20–22]. Por ello, es preciso mejorar los canales de comunicación e información del sistema[23], así como reducir las carencias formativas del personal en competencias culturales y estructurales —antirracistas y de equidad en salud—, elemento clave mencionado en nuestro estudio y ampliamente evidenciado internacionalmente[24,25].

Finalmente, nuestro estudio pone de manifiesto la presencia de prácticas de estereotipación racial y cultural en la atención clínica, que pueden traducirse en una menor calidad asistencial, retrasos u omisiones diagnósticas y decisiones clínicas diferenciales[5,9], y que en nuestro estudio afectan de forma particular a algunos grupos de origen en su intersección con el género, como es el caso de los hombres magrebíes y las mujeres latinoamericanas. Si bien en España algunas poblaciones han sido más ampliamente estudiadas, como es el caso de las mujeres del África subsahariana y del Magreb[26–28], nuestro estudio refleja la discriminación dirigida hacia las mujeres latinoamericanas, de gran presencia en España, pero cuyas experiencias de discriminación han sido escasamente analizadas y a las que, dada su invisibilidad, debe prestárseles especial atención. En este sentido, la deslegitimación de las demandas en salud de estas mujeres puede interpretarse, en palabras de Miranda Flicker[29], 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 estos resultados es que recogen únicamente voces expertas, como fase exploratoria de un estudio más amplio con personal sanitario y con pacientes. Sin embargo, estas voces nos han permitido identificar elementos relativos al nivel institucional del sistema de salud, así como procesos de estereotipación hacia grupos raciales específicos, que producen y reproducen formas de racismo sistémico. Asimismo, aunque las expertas entrevistadas pertenecían sólo a dos comunidades autónomas, sus discursos consideraron elementos que eran extensibles al conjunto del Estado, no siendo objetivo del estudio analizar aspectos especialmente vinculados a la organización del sistema de salud en cada región.

Los hallazgos del estudio nos interpelan para, sin dejar de atender a las poblaciones migrantes recién llegadas o más vulnerabilizadas, ampliar y dirigir el foco hacia el análisis de los sesgos presentes en la atención a todo tipo de personas racializadas. Ello permitiría abordar, desde un enfoque crítico y antirracista, las barreras estructurales,

organizacionales e interpersonales que pueden condicionar la equidad y la calidad de la atención sanitaria en un contexto social, cultural y racialmente diverso.

Lo conocido sobre el tema

- En España persisten barreras de acceso y desigualdades en la atención sanitaria que afectan especialmente a población racializada.
- La investigación previa ha descrito sobre todo obstáculos administrativos y de acceso, especialmente en personas migrantes en situación administrativa irregular.
- Existe menor evidencia sobre cómo los procesos de racialización y las prácticas de estereotipación racial y cultural influyen en la atención sanitaria.

Qué aporta este estudio

- Los déficits de información dificultan la navegabilidad de un sistema sanitario con escasa adaptación a la diversidad sociocultural.
- Existen importantes carencias formativas del personal sanitario en competencias culturales, antirracismo, equidad en salud y especificidades clínicas de la diversidad poblacional.
- La estereotipación racial y cultural puede traducirse en menor calidad asistencial y decisiones clínicas sesgadas.

Autoría

Todas las autoras han leído y aprobado el manuscrito desde el inicio del proceso de redacción hasta su versión definitiva cumpliendo rigurosamente los requisitos para la autoría. Todas las autoras han participado de forma relevante en el diseño y desarrollo del estudio habiendo contribuido sustancialmente a la concepción y diseño, la adquisición de datos, así como al análisis e interpretación de los datos y la redacción del artículo asumiendo por ello la responsabilidad de los contenidos expuestos en el mismo.

Consideraciones éticas y consentimiento informado

La investigación ha sido aprobada por el Comité de ética de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU) con número de referencia: M10_2024_327. Todas las personas participantes en el estudio firmaron un consentimiento informado al inicio de la investigación en el que se constata la voluntariedad y gratuidad de su participación. Las participantes autorizaron la publicación, reproducción y divulgación en soporte papel y en internet de los resultados obtenidos en revistas de divulgación científica como Atención Primaria.

De conformidad con el Reglamento Europeo de Protección de Datos (UE2016/679), los datos personales que nos ha facilitado para este proyecto de investigación han sido tratados con absoluta confidencialidad y sólo se utilizarán para fines investigativos y de manera completamente anonimizada. Los datos facilitados se encuentran en un fichero con código «TI0741» y cuyo responsable del tratamiento de datos es la Universidad del PaísVasco/Euskal Herriko Unibertsitatea.

Por todo ello podemos confirmar que el estudio ha cumplido rigurosamente todas las consideraciones éticas necesarias para su realización.

Declaración sobre el uso de la IA generativa y de las tecnologías asistidas por la IA en el proceso de redacción

Durante la preparación de este trabajo las autoras utilizaron ChatGPT a fin de seleccionar las ideas principales para el resumen y los puntos clave «Lo conocido sobre el tema» y «Qué aporta este estudio», así como para mejorar la síntesis en la redacción del manuscrito. Tras utilizar dicha herramienta/servicio, las autoras revisaron y editaron el contenido según necesidad, asumiendo la plena responsabilidad del contenido de la publicación.

Financiación

El estudio ha contado con la financiación de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU) y Médicos del Mundo Euskadi a través de la Convocatoria de Proyectos Universidad-Empresa-Sociedad 2023 (Ref. US23/16). Dicha fuente de financiación no ha tenido ninguna participación en el diseño del estudio, ni en la recopilación, análisis e interpretación de datos, la redacción del informe o la decisión de enviar el artículo para su publicación.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

A las personas participantes, por su tiempo y valiosa contribución, fundamentales para el desarrollo del estudio. A Xabier Aguirre por su apoyo en la selección y contactación de personas participantes.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en doi:10.1016/j.aprim.2026.103581.

Bibliografía

1. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. Int J Equity Health. 2013;12:18, http://dx.doi.org/10.1186/1475-9276-12-18.
2. Savas ST, Knipper M, Duclos D, Sharma E, Ugarte-Gurrutxaga MI, Blanchet K. Migrant-sensitive healthcare in Europe:

advancing health equity through accessibility, acceptability, quality, and trust. Lancet Regl Health Eur. 2024;41:100805, http://dx.doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100805.
3. Baeten R, Spasova S, Vanhercke B, Coster S. Inequalities in access to healthcare. A study of national policies, European Social Policy Network (ESPN). Brussels: European Commission; 2018.
4. Hamed S, Bradby H, Ahlberg BM, Thapar-Björkert S. Racism in healthcare: a scoping review. BMC Public Health. 2022;22:1–22, http://dx.doi.org/10.1186/s12889-022-13122-y. PMID: 35578322.
5. González-Rábago Y, Lanborena N, Rodríguez-Álvarez E. Barriers to healthcare for racialised populations in Europe: a scoping review of reviews. Int J Equity Health. 2025;24:212, http://dx.doi.org/10.1186/s12939-025-02577-1.
6. Gimeno-Feliu LA, Calderón-Larrañaga A, Diaz E, Poblador-Plou B, Macipe-Costa R, Prados-Torres A. Global healthcare use by immigrants in Spain according to morbidity burden, area of origin, and length of stay. BMC Public Health. 2016;16:450, http://dx.doi.org/10.1186/s12889-016-3127-5.
7. Bonilla-Silva E. Rethinking racism: Toward a structural interpretation. Am Sociol Rev. 1997;62:465–80.
8. Maina IW, Belton TD, Ginzberg S, Singh A, Johnson TJ. A decade of studying implicit racial/ethnic bias in healthcare providers using the implicit association test. Soc Sci Med. 2018;199:219–29, http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.05.009. PMID: 28532892.
9. Pattillo M, Stieglitz S, Angoumis K, Gottlieb N. Racism against racialized migrants in healthcare in Europe: a scoping review. Int J Equity Health. 2023;22:201, http://dx.doi.org/10.1186/s12939-023-02014-1.
10. Fagundo-Rivera J, García-Lozano MS, Portero-Prados FJ, Romero-Castillo R, Badillo-Sánchez N, Fernández-León P. Barriers to healthcare access for irregular immigrants after their arrival in Spain: a systematic review. Eur J Public Health. 2025;35:407–22, http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckaf042.
11. Llop-Gironés A, Vargas Lorenzo I, Garcia-Subirats I, Aller MB, Vázquez Navarrete ML. Acceso a los servicios de salud de la población inmigrante en España. Rev Esp Salud Publica. 2014;88:715–34, http://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272014000600005.
12. González Martínez MÁ, Castaño Suero MJ, Guerrero Muñoz M, Francisco Rossetti A, Sequeira Aymar E, Roca Saumell C. Atención inicial al paciente inmigrante en atención primaria. Aten Primaria. 2024;56:102896, http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2024.102896.
13. Bee Nchama M, Manzano J, Pajunen MG, Zhang Yim JI, González-Rábago Y, Jacques-Aviñó C, et al. Racismo: el determinante social de la salud invisibilizado en España. Rev Esp Salud Publica. 2025;99:e202511071.
14. González-Rábago Y, La Parra-Casado D, Jacques-Aviñó C, Bee Nchama M, Manzano Lorenzo J. Raza, salud y sistema sanitario: la necesidad de abordar el racismo institucional en España. Gac Sanit. 2024;38:102425, http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102425.
15. Calderón Gómez C. Investigación cualitativa. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, Gené Badía J, editores. Atención Primaria Principios, organización y métodos en Medicina de Familia. Barcelona: Elsevier; 2024. p. 457–86.
16. Braun V, Clarke V, Hayfield N, Terry G. Thematic analysis. En: Liamputtong P, editor. Handbook of Research Methods in Health Social Sciences. Singapore: Springer Singapore; 2019. p. 843–60, http://dx.doi.org/10.1007/978-981-10-5251-4_103.
17. Suess A, Pérez IR, Azarola AR, Cerdà JCM. The right of access to health care for undocumented migrants: A revision of comparative analysis in the European context. Eur J Public Health. 2014;24:712–20, http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/cku036. PMID: 24723691.
18. Fagundo-Rivera J, García-Lozano MS, Portero-Prados FJ, Romero-Castillo R, Badillo-Sánchez N, Fernández-León P. Barriers to healthcare access for irregular immigrants after their arrival in Spain: a systematic review. Eur J Public Health. 2025;35:407–22, http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckaf042.
19. Gea-Sánchez M, Alconada-Romero Á, Briones-Vozmediano E, Pastells R, Gastaldo D, Molina F. Undocumented immigrant women in Spain: a scoping review on access to and utilization of health and social services. J Immigr Minor Health. 2017;19:194–204, http://dx.doi.org/10.1007/s10903-016-0356-8.
20. Luiking ML, Heckemann B, Ali P, Dekker-van Doorn C, Ghosh S, Kydd A, et al. Migrants' healthcare experience: a meta-ethnography review of the literature. J Nurs Scholarsh. 2019;51:58–67, http://dx.doi.org/10.1111/jnu.12442.
21. Nyikavaranda P, Pantelic M, Jones CJ, Paudyal P, Tunks A, Llewellyn CD. 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. Int J Equity Health. 2023;22:196, http://dx.doi.org/10.1186/s12939-023-01990-8.
22. Fair F, Raben L, Watson H, Vivilaki V, van den Muijsenbergh M, Soltani H. Migrant women's experiences of pregnancy, childbirth and maternity care in European countries: A systematic review. PLoS One. 2020;15:1–26, http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0228378. PMID: 32045416.
23. Evangelidou S, Schouler-Ocak M, Movsisyan N, Gionakis N, Ntetsika M, Kirkgoeze N, et al. Health promotion strategies toward improved healthcare access for migrants and refugees in Europe: MyHealth recommendations. Health Promot Int. 2023;38:daac047, http://dx.doi.org/10.1093/heapro/daac047.
24. Diaz E, Gimeno-Feliu LA, Czapka E, Suurmond J, Razum O, Kumar BN. Capacity building in migration and health in higher education: lessons from five European countries. Lancet Reg Health Eur. 2024;41:100818, http://dx.doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100818.
25. Metzl JM, Hansen H. Structural competency: Theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. Soc Sci Med. 2014;103:126–33, http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.06.032.
26. Pérez-Urdiales I, Goicolea I, Sebastián MS, Irazusta A, Linander I. Sub-Saharan African immigrant women's experiences of (lack of) access to appropriate healthcare in the public health system in the Basque Country, Spain. Int J Equity Health. 2019;18:1–11, http://dx.doi.org/10.1186/s12939-019-0958-6. PMID: 31014337.
27. Bas-Sarmiento P, Fernández-Gutiérrez M, Albar-Marín Ma, García-Ramírez JM. Percepción y experiencias en el acceso y el uso de los servicios sanitarios en población inmigrante. Gac Sanit. 2015;29:244–51, http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.03.008. PMID: 25977136.
28. Ugarte-Gurrutxaga MI, Ulla Diez SM, Molina-Gallego B, Humanes-García M, Melgar de Corral G, Plaza del Pino FJ. Interaction processes between health professionals and Moroccan immigrant women in reproductive healthcare: the disagreement in the encounter—a qualitative study. Healthcare (Basel). 2024;12:1577, http://dx.doi.org/10.3390/healthcare12161577.
29. Fricker M. Injusticia epistémica: el poder y la ética del conocimiento. Barcelona: Herder; 2017.