



RACISMO Y SALUD EN EL CONTEXTO ESPAÑOL: BASES PARA UNA EDUCACIÓN PARA LA SALUD TRANSCULTURAL

Racism and health in the Spanish Context: Bases for a transcultural health education

VERÓNICA C. CALA¹, ENCARNACIÓN SORIANO-AYALA¹ & RACHIDA DALOUH¹

¹ Universidad de Almería, Almería, España

KEY WORDS

*Racism
Health
Transcultural health
education*

ABSTRACT

This article aims to relate racial and colonial history of Spain with the persistence of racial inequalities in health contexts, in order to get key elements for a transcultural health education

PALABRAS CLAVE

*Racismo
Salud
Educación para la salud
transcultural*

RESUMEN

Este artículo relaciona la historia racial y colonial de España con la persistencia de desigualdades entre colectivos migrantes racializados en el ámbito de la salud, con el fin de extraer elementos para el desarrollo de una educación para la salud transcultural.

1. Introducción

El estudio del racismo y la discriminación étnica en España ha resurgido moderadamente a raíz del auge migratorio que se produjo a partir de los años 80 y de algunas políticas implementadas desde entonces. El aumento de inmigración hacia España se vio ligado a fenómenos como la entrada de España a la Comunidad Económica Europea y a los procesos de liberalización y flexibilización del mercado laboral que supusieron una gran demanda de mano de obra a bajo coste. Entre 1998 -2008 se produjo una llegada masiva de personas procedentes del norte de África, Europa del Este y Latinoamérica con un perfil eminentemente económico (Arango 2004, Reher, Requena y Sanz 2011). En 2008 la proporción de inmigrantes en la población española se había quintuplicado (Hernández & Jiménez, 2010).

En el ámbito de la salud, el aumento (leve) de investigaciones relacionadas con la inmigración puso de relevancia la relación entre las migraciones y la discriminación racial en el acceso y la atención sanitaria, describiéndose actitudes discriminatorias por parte los profesionales sanitarios y docentes hacia personas migrantes, no-blancas (Garret & Forero, 2006). Con la crisis de 2008 la situación se vio agravada con políticas centradas en la austeridad que afectaban directamente los colectivos migrantes más vulnerables. Una de estas medidas fue la aprobación en 2012 del Real Decreto-Ley 16/2012 “de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones” que suponía la exclusión de población inmigrada en situación administrativa irregular del derecho a recibir atención sanitaria (hasta ese momento, universal) y el repago de medicamentos y ciertas prestaciones sanitarias.

Este artículo aborda estos procesos de discriminación étnica y racial en la salud no tanto como un fenómeno contemporáneo, sino como el fruto de una historia de discriminación. Para ello, se presentan las particularidades de la cuestión racial, sus orígenes, transformaciones y nuevas formas de manifestación. A continuación, se esboza la historia de las relaciones étnico-raciales en España, a fin de entender las particularidades del caso español. Y, posteriormente se analiza el impacto de las mismas en el ámbito de la salud, para extraer aspectos fundamentales a los que la educación para la salud debe dar respuesta.

2. Conceptualizando la raza, el racismo y la racialización

La noción de raza es un lugar común por el que han pasado múltiples autores y corrientes de pensamiento, experimentando una gran evolución a

lo largo del tiempo (Higginbottom, 2004; Banton, 1980). Se considera que la idea de raza moderna tiene sus orígenes en el siglo XVI, coincidiendo con los albores de la modernidad, la globalización y los procesos de colonización europeos (Miles 1993, Arias y Restrepo 2010), momento en que se establecen las relaciones modernas de poder para los autores que definen el sistema-mundo moderno-colonial (Walsh, 2010; Quijano, 2000).

No obstante, en la actualidad la noción de raza ha sido relegada a un segundo lugar como categoría de análisis, siendo absorbida y subsumida bajo otros términos como el de inmigrante, grupos culturales o identidades culturales (Wade 2011, Segato 2013). La evitación del término “raza” es explicada en base a su asociación a hechos como la limpieza de sangre, el Holocausto (Zamora, 2012) y a la refutación del racismo biológico o científico, que establecía que la raza no respondía a categorías naturales, pero sí a construcciones y representaciones sociales (Stolcke, 1995). Estos hechos dieron lugar a nuevas articulaciones y nuevas formas de configurar lógicas, discursos y prácticas sobre las relaciones raciales (Wallerstein & Balibar, 1998). Asimismo, en el contexto español, a pesar de su importante historia migratoria, la cuestión racial ha desaparecido de la vida pública de una forma incluso más marcada que en el mundo anglófono (Dixon, 2005). La palabra raza ha se ha suprimido tanto de los estudios académicos como del sentido común. De esta forma, el racismo ha sido perdido su dimensión estructural y colectiva, relegándose a prácticas individuales minoritarias y extremistas. Las menciones que existen respecto a la cuestión racial y su relación con la pobreza se asocian a una fuerte culpabilización individual, obviando la forma en que la discriminación racial estructura las desigualdades.

A pesar de esta situación, las nociones de raza como construcción social (creencia en el imaginario colectivo) y el racismo siguen tan vigentes como antes. Las creencias raciales persisten y son utilizadas para construir un “otro” sobre el que generar una identidad de sí mismo. Para referir este uso de la “raza”, Miles (1993) propone recurrir al término racialización dado que este alude al “proceso de representaciones donde el significado social está anclado en ciertas dimensiones biológicas (fenotípicas) sobre las cuales la gente define un colectivo distinto” (Fanon, 1967). Se trata, por tanto, de cómo las lógicas y marcos raciales de referencia son desplegados para realizar una atribución de cualidades, actitudes o comportamientos en base a rasgos fenotípicos. Y de cómo la idea de raza se sigue utilizando para mantener las relaciones de poder (Donald & Rattansi, 1994).

De acuerdo con lo mencionado, el racismo puede definirse como

un producto de la historia, es decir, de relaciones que se dieron, históricamente, entre pueblos, con sus respectivas marcas raciales. El racismo es la consecuencia de la lectura, en los cuerpos, de la historia de un pueblo". Es decir, es "el resultado de la lectura contextualmente informada de la marca en el cuerpo de la posición que se ocupó en la historia. Sugiere también que el arraigo de los sujetos en esas geografías organizadas por la historia colonial y en un mundo estructurado por relaciones de colonialidad señala racialmente como no-blancos a todos quienes habitamos fuera del Norte imperial (Segato, 2013, p. 11)

Las formas en las que se expresa el racismo también han ido variando con el tiempo. A partir de los años 60 el declive del racismo moderno tradicional, centrado en las diferencias biológicas, se fue transformando en un racismo simbólico por el que se imputan a las víctimas ya no rasgos físicos sino culturales (Wieviorka, 2007). Se atribuye una incapacidad de adaptación a los valores de la sociedad de acogida en base a las diferencias culturales. A esta transformación ha tratado de comprenderse mediante conceptos como: racismo diferencialista¹, racismo cultural —para Eduard Said o Ramón Grosfoguel²— o racismo postmoderno³.

2.1. Manifestaciones del racismo, racismo estructural e institucional.

Para clasificar las nuevas formas de racismo se han ido proponiendo diferentes sistematizaciones sobre sus manifestaciones. Segato (2007) plantea una clasificación sobre las cuatro actitudes racistas más frecuentes: racismo de convicción-axiológico, racismo político-partidario-programático, racismo emotivo y racismo "de costumbre", automático o "acostumbrado".

Las dos primeras actitudes serían aquellas reconocidas mayoritariamente como racismo tradicional porque manifiestan valores y creencias negativos (o positivos) en base al color de la piel, trazos físicos o al grupo étnico al que se pertenece. Es decir, defienden una desigualdad biológica o

cultural evidente. Por el contrario, las actitudes basadas en el racismo emotivo y el cotidiano o de costumbre son mucho más complejas porque se refieren a creencias más profundas y arraigadas en toda la población. Son mucho más sutiles. Su naturalización y establecimiento en el día a día dificulta enormemente su visibilidad. Para la autora, el racismo emotivo "se expresa a través del miedo, rencor o resentimiento con relación a personas de otra raza o grupo étnico" y el racismo "de costumbre" es aquel irreflexivo, naturalizado, culturalmente establecido, que no llega a ser reconocido como atribución explícita de valor diferenciado a personas de grupos raciales y étnicos. Se opone a los racismos fundamentados en una consciencia discursiva (Segato, 2007, p. 68-69). A partir de estas dos actitudes se producirían los efectos sociales que llamamos hoy racismo estructural y racismo institucional.

El racismo emocional y el cotidiano son transversales a todas las dimensiones de la vida, se reflejan y mantienen el racismo estructural e institucional. Estas dos nociones son claves para entender la interrelación de las opresiones. El racismo estructural se define como los sistemas de nivel macro, las fuerzas sociales, las instituciones, las ideologías y los procesos que interactúan entre sí para generar y reforzar las desigualdades entre grupos raciales y étnicos (Gee & Ford, 2011, p. 117). La estructura socioeconómica posee un papel fundamental en el racismo estructural de forma que clase social y raza son dos categorías estrechamente asociadas, pero no reducibles la una a la otra.

Por su parte, el racismo institucional refiere todas aquellas prácticas institucionales que reproducen las desventajas de la población no-blanca y que llevan a cabo una pedagogía discriminatoria sobre la sociedad. Se puede observar en los obstáculos que impiden el acceso a los servicios y recursos institucionales.

2.2. Mecanismos de reproducción social del racismo: la colonización del pensamiento

Para comprender por qué se mantienen las formas de racismo actuales, cómo se ha perpetuado hasta nuestros días, es necesario entender que la configuración del orden racial actual se ha sustentado sobre una colonización del ser, el hacer, el pensar, el saber y el poder. Esto es, cómo la estructura de relaciones sociales y raciales se ha ido expresando a distintos niveles (a) ontológico (b) epistemológico (c) en las relaciones de poder y en (d) las relaciones ecológicas. Eso supone una división subjetividades eurocéntricas, dominantes, y subjetividades periféricas, subalterna.

a. **Ontológica.** La dimensión ontológica se pregunta acerca de quién ostenta el estatuto de ser humano. Los procesos de colonización configuraron relaciones desiguales de poder entre

¹ André Taguieff incide en la aparición de una forma diferencialista de racismo, heterófila, "un racismo sin razas" basado en conservar las diferencias culturales entendidas como particulares e inmutables frente al racismo heterófilo que pretende asimilar todo atisbo de diferencia.

² "El racismo cultural enfoca su atención en la inferioridad de las costumbres, las creencias, el comportamiento o los valores de un determinado grupo de personas. Se encuentra cercano al racismo biológico en el sentido de que éste naturaliza y esencializa la cultura de los pueblos racializados e inferiorizados, tipificados como invariables en un espacio atemporal" (Grosfoguel, 2014, pág. 88).

³ Ramón Flecha analiza el tránsito del racismo moderno, caracterizado por la imposición de una cultura dominante a otros pueblos en nombre de la integración, a un racismo postmoderno que niega la capacidad de diálogo entre grupos diferentes y rechaza la coexistencia entre los mismos dentro de un territorio (Flecha, 2001).

conquistadores-colonizados. Se concedió al colonizado, no blanco ni occidental una condición ontológica inferior. En otros términos, se produce una deshumanización del otro, se ubica en la franja del “no ser” y se genera una representación ligada al salvajismo. En este sentido la medicina jugó un papel importante en la naturalización de la inferioridad tradicionalmente atribuida a los grupos no-blancos a través de diversos mecanismos como el estudio de la diferencia de forma craneal (Karlsen & Nazroo, 2006) y la transmitió una imagen animalizada de los mismos en los libros médicos (Fanon 1965)

b. **Epistemológica.** La construcción del conocimiento, el saber y la mirada desde las que se trata de comprender el mundo fue determinada por la posición que se ocupa en el orden social colonial. Así, las posiciones occidentales monopolizan la producción y comprensión del conocimiento. Esto es lo que se ha configurado un etnocentrismo occidental a la hora de pensar, comprender y actuar ante los problemas sociosanitarios.

c. **Del poder** (biopolítica del racismo). Para Alonso Quijano las identidades sociales fundadas en la idea de “raza”, mediante sus prácticas de dominación, explotación y control étnico-social, generaron relaciones racistas de poder (Quijano, 2001). En esta distribución desigual del poder el aparato médico sanitario también tuvo un papel determinante. Foucault (1992) sostiene que la medicina tuvo una función de regulación y ordenación social en la medida en que ha servido como aparato de control de los cuerpos (racializados). A través de la patologización, la consideración de irracionales a las personas racializadas y otros considerados “indeseables sociales”, una élite blanca capitalista occidental mantenía sus posiciones de dominio (Foucault, 1992).

d. **Ecológica.** En la misma línea que los anteriores, esta dimensión se refiere al dominio de las formas de relacionarse con la naturaleza y el medio ambiente. Este rechazo hacia otras formas no-occidentales de relación con la naturaleza, tachándolas de bárbaras o pseudocientíficas, consolidó una sola forma de concepción de las relaciones con el medio. Tiene una relación muy profunda con los estilos de vida, la comprensión de la enfermedad, la salud o la atención a la salud.

Estas dimensiones se expresan a su vez a través de otros mecanismos de reproducción social y cultural como son las ya mencionadas instituciones, los medios de comunicación, etc.

3. Orígenes y evolución de la relación étnica y racial en el contexto español

¿Qué características propias tiene el contexto español? Fruto de la larga historia de migraciones y colonizaciones, la población española presenta una enorme variabilidad fenotípica. Paradójicamente, la

población española se considera a sí misma “blanca” aun cuando no sería considerada de tal forma en otros contextos culturales (San Román, 2013). La identidad española contemporánea se ha constituido en oposición a “lo judío”, “lo moro” (“lo musulmán e islámico”) y a “lo gitano”, en una reivindicación de lo “europeo”, lo “cristiano” y lo “civilizado” (lo blanco). Este proceso es explicado por Toasijé (2009) en base a una construcción identitaria de acuerdo a una desafricanización intencional del concepto de España. La presencia de pueblos procedentes de África en España se remonta a la prehistoria, con las colonizaciones de fenicios, cartagineses e íberos e incluye más de 7 siglos de convivencia con árabes del Norte de África.

Para Stallaert (1998) el proceso de etnogénesis española (constitución de las etnias modernas) tuvo varias fases. Comienza con la mencionada convivencia de las tres “castas” conformadas por judíos, moros y cristianos; las siguientes fases fija en los siglos XII y XIII cuando esta convivencia se ve truncada, con el proceso de la Reconquista cristiana, en el que se forzaron conversiones forzadas al cristianismo y la expulsión de moros y judíos. Con la expulsión de judíos y musulmanes y la degradación de los gitanos a la categoría de vagabundos se produjo una transición de una estructura social de tres castas en una sola en la que confluían cristianos viejos y nuevos, generando un proceso de homogenización cultural y limpieza étnica. Para Stallaert (1998) los “*estatutos de limpieza de sangre*” son la base sobre la que se erige la construcción de la religiosidad y etnicidad española y considera que estos principios mantuvieron su papel organizador de la vida social hasta el siglo XIX. Los estatutos de “pureza de sangre” (del XIII al XVI) forzaban a la dicotomía entre incivilizados, en oposición a lo europeo, lo cristiano y civilizado (Jordan 1968; Miles 1989). La idea de raza se utilizó para justificar la colonización y legitimar el poder occidental (Karlsen y Nazroo 2006). En los siglos XVI y XVII los españoles en América fueron estableciendo un sistema colonial de castas en los territorios ocupados en América (Hill, 2009). Las castas supusieron un dispositivo de poder y de gobierno sobre la población indígena y negra (trasladada desde África como esclavos). Las variables que fueron utilizadas para la diferenciación fueron la lengua castellana y la religión católica. La Iglesia, las Universidades y la Santa Inquisición ofrecieron argumentos escolásticos para justificar las castas y relacionar rasgos fenotípicos a la relación divina que mantenían los blancos, perpetuando las relaciones raciales-coloniales a través de las misiones cristianas civilizatorias. La condición racial era concebida como linaje transmisible a la descendencia (Banton, 1980).

La importancia del cristianismo en España, hizo que los avances científicos no tuvieran relevancia en la concepción racial hasta mucho más tarde que en

otros países europeos. En el siglo XVIII aparecieron algunas pseudociencias que ayudaron a la legitimación científica del racismo, como fueron por ejemplo los análisis filológicos que separaban las lenguas indoeuropeas (como el castellano) de las semitas que incluían el árabe y el hebreo (Bravo, 2012) y por otro lado el avance de la frenología, que argumentaba que el estudio de la forma y tamaño craneal permitía entender la inferioridad que les había sido tradicionalmente atribuida a los grupos no-blancos (Karlsen & Nazroo, 2006).

A partir de finales del XVIII se comenzaron a buscar ideas más precisas para explicar cuestiones como la raza y la etnia. A nivel europeo tuvieron importancia taxonomías como la del anatomista Cuvier que consideró la raza como un tipo "humano", diferenciando 3 tipos: el caucásico, el mongoloide y el etíope (Banton, 1980). En España algunos investigadores asumieron el evolucionismo darwiniano —concibiendo las razas como especies—, pero también se mantuvieron las posiciones monogénicas y poligénicas propias del cristianismo (Sánchez-Arteaga, 2006).

En el siglo XIX, con el auge de la ciencia positivista y el declive de la religión, el concepto de raza fue redefinido en términos biológicos (determinismo biologicista). El racismo científico naturalizó la superioridad caucásica sobre el resto (Haller, 1971) promoviendo la creación de un imaginario de inferioridad de aquellos sujetos no-blancos que pervive hasta la actualidad (Sánchez Arteaga, Sepúlveda, & El-Hani, 2013). En el periodo de mediados del siglo XIX hasta finales del XX, la España colonial pasó a ser un país emisor de migración. La pérdida de todas las colonias, el menoscabo de su posición global, el proceso de industrialización europeo, el surgimiento de un mercado internacional de mano de obra, y posteriormente las dos guerras mundiales y la dictadura franquista tuvieron saldos negativos migratorios (Colectivo Ioé, 1999). Con todo, una racionalidad racial y colonial persiste. Tres hechos del siglo XIX y XX simbolizan el mantenimiento de su concepción racial: por un lado, España es el último país europeo en abolir la esclavitud en 1870 y en 1880 en sus colonias; en segundo lugar, el fortalecimiento de los nacionalismos periféricos y un nacionalismo españolista (ligado al cristianismo) que refuerzan visiones racialistas de la sociedad y, en tercer lugar, la reivindicación de una "raza hispánica" durante el franquismo.

A pesar de la baja inmigración recibida durante el siglo XX la presencia de un discurso y un imaginario antisemita, islamófobo, antiafricanista y antigitano persiste, así como la idea de una España homogénea culturalmente.

4. Actualidad de las migraciones y el racismo en la salud en el estado español

En 2016 la población residente nacida fuera de España supuso 6123769, un 13,15% de la población española. Los tres grupos de población más numerosos por orden fueron: Marruecos (12,9%), Rumanía (10,5%) y Ecuador (6,7%) (INE, 2016). Y el colectivo étnico reconocido más numeroso es la población gitana (se estima que entre 700.000-900.000) se convive desde hace más de cinco siglos (del Olmo, 1997). La encuesta que realiza el Centro de Investigaciones Sociológicas muestra que el colectivo gitano es el grupo social más rechazado, seguido del colectivo musulmán y en tercer lugar del "inmigrante", siendo peor valorados que otros colectivos vulnerables como las personas con VIH, transexuales, discapacitados, etc. (CIS, 2013).

El estudio de las desigualdades étnicas y raciales en salud como trae consigo una serie de sesgos y limitaciones a considerar, como son: la escasez de estudios que profundicen en la situación concreta de cada colectivo (Gascón, et al. 2011, Diez y Peiró 2004) y una pobre conceptualización sobre las cuestiones raciales en el ámbito de la salud (Paradies, 2006). La ausencia de estudios que aborden específicamente la cuestión racial obliga a recurrir a los estudios con personas inmigrantes para estudiar indirectamente el papel de lo racial, es esa traslación hay que asumir la imprecisión y la heterogeneidad de la categoría "migrante".

Respecto al impacto de la cuestión racial sobre la salud, se han identificado cinco cuestiones que reflejan el papel de que juega la raza como constructo en la salud, estos son: 1. Las problemáticas concretas de salud que presenta la población racializada. 2. la subordinación de aquellos modelos de salud no occidentales. 3. La racialización de patologías y 4. El racismo institucional, en relación con el cuarto punto, 5. la existencia de actitudes discriminatorias por parte de los profesionales sanitarios.

4.1. Situación y problemas de salud de grupos étnicos, población migrante y racializada

Los estudios de salud con población inmigrante muestran resultados variables y en ocasiones contradictorios. Tal y como expone Rodríguez, et al. (2014) existen algunos estudios que sugieren la existencia de un *efecto del inmigrante sano*, que afirman que los migrantes poseen mejores percepciones y autovaloración de la salud que los autóctonos principalmente debidos a las condiciones de buena salud y la juventud de los migrantes económicos. Sin embargo, la mayoría de

estudios realizados en España afirman que existe una relación directa entre el tiempo que están en España y el empeoramiento de la salud. Este empeoramiento se asocia al estrés aculturativo, las dificultades económicas, las condiciones de vida, la discriminación, etc. Por último, existe un tercer grupo de estudios, el mayoritario, que refleja peor una peor valoración de salud y peor salud mental fundamentalmente asociada a las peores condiciones de vida. El racismo ha demostrado asociarse a efectos negativos hacia todas las dimensiones de la salud, pero de forma mucho más marcada en la salud mental (Gil-González, Vives-Cases, & Álvarez-Dardet, 2007).

A su vez se reconoce una estrecha interacción entre la clase social, el género y la etnia/raza. Las personas migrantes en España ocupan las posiciones de menor prestigio, poseen las peores condiciones económicas (Malmusi & Ortiz-Barreda, Desigualdades sociales en salud en poblaciones inmigradas en España: revisión de la literatura., 2014), ocupan las profesiones con mayores niveles de precariedad y menos remuneradas, con altos niveles de pobreza (Agudelo-Suárez, y otros, 2009). También muestran mayores niveles de hacinamiento e infravivienda, fundamentalmente los procedentes de África (Malmusi & Gotsens, 2014). Por su parte, el pueblo Roma presenta altos niveles de analfabetismo y enormes desigualdades sociales y económicas.

Los estudios epidemiológicos y demográficos realizados sobre la población gitana muestran que la esperanza de vida de la población gitana es aproximadamente 9 años inferior a la de los autóctonos, muestran niveles más elevados de mortalidad infantil, mayores cifras de enfermedades crónicas e infectocontagiosas y síntomas de envejecimiento prematuro. Con respecto a los estilos de vida, se observa presenta mayores niveles de tabaquismo y alcoholismo, y de muertes asociadas a ello (La Parra, Gil-González, & Jiménez, 2013).

La reciente llegada de inmigrantes hace que no existan datos sobre esperanza de vida, ni enfermedades crónicas. Los datos sí manifiestan un mayor porcentaje sobre muertes accidentales y agresiones, así como es un mayor consumo de psicotrópicos entre la población migrante en España (Gil-González, et al., 2014).

4.2. Modelo de salud hegemónico frente a los modelos tradicionales

Los modelos de salud aluden al conjunto de concepciones sobre la salud, la enfermedad y la atención sanitaria. Estas concepciones comprenden dimensiones no sólo biológicas sino sociales, culturales, políticas y económicas. Es decir que expresan los valores, medios y estrategias que una población o sociedad pone en práctica para hacer frente a la promoción de la salud, prevención, el tratamiento y la atención de enfermedades.

A partir del siglo XIX, el modelo de salud hegemónico en España ha sido el modelo biomédico, coincidiendo con el que predominaba en todo occidente (Fernández Díaz, 2012). El modelo hegemónico, incluso cuando se propuso el tránsito a un modelo biopsicosocial, entraña una oposición a los llamados modelos de Salud Tradicionales, “populares”, “Folk”, que engloban todos aquellos no occidentales. En este sentido El Modelo de Salud Hegemónico universaliza la forma Occidental de entender la salud, la sintomatología, las formas de expresión de los padecimientos, las relaciones sanitarias, el abordaje de las enfermedades, el cuidado, la medicalización de las enfermedades, la visión mercantilizadora de la educación para la salud y la atención. En la superioridad, paternalismo y autoridad con la que se refiere a los modelos tradicionales subyace un racismo ontológico, epistemológico, del poder y ecológico.

Un ejemplo de la distinta comprensión de la salud y la inadaptación al sistema sanitario ha sido reflejado en estudios con colectivos subsaharianos en España (Goldberg 2003, 2010). La visión del sistema sanitario “biomédico” es percibida por los senegaleses como propia de blancos, asociada a la iglesia, ya que durante toda la colonización francesa la iglesia, la escuela y los centros de salud sirvieron como espacios de control social, “civilizatorios” y evangelizadores católicos”. En el estudio de Cala, Soriano & Ruiz (2017) se detalla el rechazo a la medicalización que experimentan en los sistemas sanitarios la población senegalesa residente en Andalucía y la necesidad de recurrir al envío de medicina tradicional desde sus países de origen “*Ahora tengo tomar algunas pastillas todos los días por la vida.*” y cierto abandono del uso de las hierbas medicinales para resolver problemas de salud leves “*Antes tomaba algunas hojas de árboles para suavizar mi tensión arterial...*”. “*En mi caso sigo manteniendo la tradición, mi madre me sigue mandando safara, gris-gris, amuletos. A veces lo pongo a veces no.*”

4.3. Patologización de las migraciones o racialización de la enfermedad

La falta de formación en diversidad cultural y discriminación en materia de salud es otro síntoma de la mirada occidentalizada que vive la salud española. Los planes de estudio de las carreras de medicina, enfermería o fisioterapia no contemplan o lo hacen de forma deficiente el papel de la cultura o la discriminación étnica y racial sobre la salud.

Por otro lado, sigue existiendo una patologización de los migrantes económicos a través de las categorías médicas y enfermedades asociadas a la migración. Tal y como sostiene Espósito (2009) “se conoce la dimensión a la vez social, política y jurídica del fenómeno de la inmigración. Pero no pocas veces se lo presenta desde los medios no sólo como una amenaza para el orden público, también como un potencial riesgo biológico en relación con el país hospedante según un modelo de patologización del extranjero con

raíces trágicamente profundas en el imaginario europeo del siglo recién transcurrido” (p 13).

En el marco de las categorías médicas que estigmatizan las personas migrantes podemos encontrar infectocontagiosas. Si bien es cierto que las diferentes zonas geográficas poseen diferentes prevalencias en las enfermedades, existen dos factores que denotan la discriminación que entrañan: 1. El turismo occidental es muchas veces la primera causa de entrada. 2. Se generaliza la condición de enfermo sobre los migrantes.

Los episodios de Ébola son un caso significativo sobre cómo se construye una representación de los sujetos racializados como potenciales factores de riesgo para la salud y el contacto con migrantes africanos como una “amenaza” para la supervivencia. Los casos de ébola en Europa fueron instrumentalizados para aumentar los discursos racistas y los estereotipos sobre el continente africano. Este proceso de subalternización y patologización a quienes históricamente fueron considerados razas inferiores forma parte de la racialización de la inmigración.

4.4. Racismo institucional sanitario

El racismo institucional en el sistema sanitario puede observarse en los obstáculos para proporcionar los recursos y servicios a las personas por su color, cultura, o el origen étnico. Este racismo institucional suele ser parte de un racismo sistémico y estructural que afecta transversalmente.

Esta discriminación institucional en ocasiones viene asociado a políticas discriminatorias. Un ejemplo de ello es el ya mencionado Real Decreto-Ley 16/2012 que aprobó la exclusión del derecho a prestaciones sanitarias a inmigrantes en situación irregular. Estas medidas fueron justificadas en base a la necesidad de generar sostenibilidad del sistema sanitario mediante el control del abuso sanitario de las personas inmigrantes y sobre el llamado “turismo sanitario” y el “efecto llamada” (Morero & Ballesteros, 2014). Tanto el abuso sanitario como el turismo sanitario y el efecto llamada de la salud a los inmigrantes ha sido refutado por diferentes estudios. Olmos Alcaraz (2012) afirma que la reforma sanitaria construyó un discurso que entendía nuevamente la inmigración como “amenaza” para el mantenimiento de las prestaciones sociales y el empleo. En relación a la reforma, las Organizaciones no gubernamentales denunciaron situaciones de exclusión grave e injustificada, más restrictivas que la propia ley, debidas al desconocimiento del contenido del Real Decreto entre el personal administrativo y sanitario y la falta de seguimiento por los responsables de los servicios sanitarios sobre cómo se aplica la normativa (Médicos del Mundo, 2013). Se han estado impidiendo el acceso a servicios sí reconocidos como las urgencias, ginecología o

pediatría y se han producido facturaciones no recogidas en la ley, con requerimientos de pago por los servicios prestados (Red Acoge, 2015). El impacto del llamado “Apartheid Sanitario” ha tenido un impacto negativo sobre la salud (Pérez-Molina & Pulido, 2012) al negar a más de 830.000 personas la asistencia sanitaria. Se reconocen las 3 muertes directas debidas a esta política.

Otro indicador de los obstáculos que existen, y que ya se daba previo al RD16/2012, es la menor asistencia de las personas inmigrantes a los servicios de atención primaria y a las consultas de los especialistas. Por el contrario, se analiza un mayor uso de las urgencias y los servicios de emergencia (Llop-Gironés, Vargas Lorenzo, Garcia-Subirats, Aller, & Vázquez, 2014; Sanz, et al., 2011). También se aprecia un menor gasto farmacéutico en los mismos (Regidor, y otros, 2009).

Los obstáculos que encuentran las personas inmigrantes se han clasificado en distintas barreras que existen para responder a sus demandas específicas (Bas-Sarmiento, Fernández-Gutiérrez, Albar-Marín, & García-Ramírez, 2015; Jiménez-Rubio & Hernández-Quevedo, 2011): problemas en el acceso debidas a horarios de consulta no adaptados a las jornadas laborales, falta de información sobre servicios y programas, largos tiempos de espera; problemas comunicativos debidos a la falta de intérpretes, uso de tecnicismos por los profesionales, distinta comprensión de los procesos de salud-enfermedad, prevención, etc.

4.5. La relación personal sanitario-paciente

Por su parte, respecto a la relación de los profesionales de la salud con los pacientes, se reconoce una falta de información y formación sobre la salud de los colectivos migrantes, grupos étnicos y minorías que, en ocasiones, lleva a representarse de forma estereotipada y cargada de mitos (Roca & Balanzó, 2006).

Los estudios realizados en España muestran la existencia de actitudes discriminatorias por parte los profesionales sanitarios y docentes, refiriendo un peor trato a personas migrantes, no-blancas y musulmanas (Garret & Forero, 2006). De igual modo, estudios como el realizado por Plaza del Pino, (2012) muestran una asociación generalizada la conflictividad y la delincuencia, concretamente hacia la población magrebí. Los pacientes marroquíes a su vez tienen una alta percepción de discriminación por parte de los profesionales y debido a las barreras (Rubio-Rico, Roca-Biosca, & Molina-Fernández, 2005).

5. Elementos para una educación para la salud transcultural

La necesidad de generar cambios que afronten las desigualdades y discriminaciones étnicas y raciales en la salud pasa por un cambio de paradigma. En

ese sentido, el marco teórico y conceptual que se construye en torno a la educación para la salud transcultural puede ser una herramienta válida para, al menos, afrontar desde la perspectiva educativa todas las cuestiones planteadas.

Entendemos con Papadopoulos (2006) que la salud transcultural se trata fundamentalmente del

estudio y la investigación de las diversidades y similitudes culturales en los procesos de salud / enfermedad, así como las estructuras sociales y organizativas que subyacen a los mismos, con el fin de entender el comportamiento actual y contribuir a su desarrollo futuro de una manera culturalmente sensible (p. 13).

Para que este enfoque pueda ser efectivo es necesaria una conceptualización de la cultura no esencialista ni folclorizante. La reificación de las diferencias culturales, como diferencias insalvables entre grupos es precisamente lo que alimenta el racismo diferencialista de hoy día.

De igual modo, hay que tener en cuenta que la forma en la que las culturas se entrelazan y relacionan no es de igual a igual. Las formas culturales, las estructuras sociales e institucionales son configuradas a partir de una etnohistoria colonial, atravesándolas de relaciones de poder.

En este sentido, el enfoque transcultural debe absorber e integrar diversos enfoques (Higginbottom et al., 2011) con el fin de:

- Desvelar y transformar la herencia colonial que existe en las formas de saber, hacer, conocer y estar. Para ello debe ser capaz de identificar y cuestionar el problema del poder, reconocer los patrones de racialización que operan en las relaciones sociales.
- Considerar los determinantes sociales de la salud (clase social, etnia/raza, sexo, etc.) entendidas como estructuras sociales y económicas que influyen en el estado de salud.
- Analizar la intersección de los diversos ejes de poder/opresión, existen y se cruzan múltiples ejes de desigualdad: género, etnia, edad, orientación sexual, nivel educativo o condición económica. Los ejes de poder/opresión condicionan las posiciones sociales y también construyen identificaciones sociales (la categoría mujer, la categoría negra, la categoría homosexual, poder, etc. van constituyendo procesos de reconocimiento colectivos).
- Concebir el racismo como una estructura social e ideológica que se inserta en todas las dimensiones de la vida, un fenómeno multifactorial que involucra lo histórico, económico, político, cultural, psicológico, etc.
- Abrazar la diferencia étnico-cultural al tiempo que se reconoce el derecho de conservar una identidad cultural única.

- Integrar la visión del contexto o ambiente que se requiere para dar sentido a la conducta humana en el marco de las migraciones.

La educación para la salud transcultural (como generadora de procesos de aprendizaje orientados al autocuidado, al cuidado de los demás y el entorno, al empoderamiento en salud y a la promoción de una vida saludable en contextos multiculturales Sánchez Gómez et al. (2015)) debe centrarse en la adaptación de los contenidos y la capacitación transcultural de todos los agentes implicados. Entre los objetivos que debe perseguir la EPS transcultural se encuentran los siguientes:

- Alfabetización en conocimientos de salud y las prácticas de salud propias a otros modelos de salud, potenciando a su vez fórmulas de mediación intercultural.
- Educación en prejuicios, estereotipos y formas de discriminación para evitar la racialización de patologías y formas de racismo cotidiano.
- Formación básica y aplicada competencias culturales a profesionales de la salud.
- Estrategias que favorezcan la comunicación intercultural.
- Capacitación en estrategias de resolución de conflictos y en habilidades psicoemocionales.
- Abordar de forma positiva los procesos de identificación cultural de las personas migrantes, racializadas o pertenecientes a grupos étnicos.
- Conocer y aceptar las diferencias religiosas y culturales en la percepción y concepto de salud, sin esencializarlas ni folclorizarlas.

Esto implica a nivel metodológico y procedimental, tomar una serie de medidas:

- Evaluar las necesidades desde una perspectiva transcultural, utilizando herramientas adaptadas. Para la identificación debe considerarse: condicionantes sociales económicos y ambientales que subyacen a la salud; factores de riesgo y comportamientos de riesgo; uso del sistema de asistencia sanitaria.
- Elaborar instrumentos de medición transculturales o validarlos transculturalmente para ajustar las situaciones de partida.
- Generar espacios de socialización basados en el respeto y el reconocimiento de las identidades y las diferencias culturales, en los que se aborden cuestiones comunes a los participantes.
- Adaptar los contenidos en salud a través de una mirada decolonial y transcultural. Esto supone incluir conocimientos, saberes y prácticas subalternos (modelo marroquí y rumano de salud) que presenten otras formas de entender la salud, el cuidado y la enfermedad. La adaptación no debe obviar el conocimiento hegemónico, ni entrar en un relativismo cultural que obvie los efectos sobre la salud.

- Trabajar una conciencia transcultural para comprender la alteridad desde posiciones críticas a cada cultura y pensar las formas de comunicación transcultural.

6. Conclusiones

Este trabajo trata de ser una pequeña muestra de cómo «el racismo contemporáneo en Europa no es una invención nueva, sino que continúa una larga tradición, y no está causado por la inmigración, sino por la descripción sistemáticamente negativa de los otros en las representaciones sociales a lo largo del tiempo» (Van Dijk, 2006).

El caso de España no es una excepción. Sobre su historia de proyectos homogeneización cultural está en la base de un racismo estructural que hoy se manifiesta en ámbitos como el de la salud. La presencia de un discurso y un imaginario antisemita, islamóforo, antiafricanista y antigitano se manifiesta en distintas dimensiones de la salud.

Recuperar la mirada desde las teorías raciales y coloniales hacia la salud parece una tarea crucial para tomar medidas en materia de acaben con desigualdades innecesarias, evitables e injustas (Whitehead, 1992). Una de las estrategias con potencial transformador es la educación para la salud transcultural.

Referencias

- Agudelo-Suárez, A., Gil-González, D., Ronda-Pérez, E., Porthé, V., Paramio-Pérez, G., García, A. M., & Garí, A. (2009). Discrimination, work and health in immigrant populations in Spain. *Social science & medicine*, 68(10), 1866-1874.
- Arango, J. (2004). Immigration in Spain at the beginning of the XXI century. En J. Maldonado, *Report on the demographic situation in Spain* (pp. 161-186). España: Fernando Abril Martorell.
- Arias, J., & Restrepo, E. (2010). Historizando la raza: propuestas conceptuales y metodológicas. *Crítica y emancipación*, 3, 40-64.
- Banton, M. (1980). The idiom of race: A critique of presentism. *Research in Race and Ethnic Relations*, 2(2014), 21.
- Bas-Sarmiento, P., Fernández-Gutiérrez, M., Albar-Marín, M. J., & García-Ramírez, M. (2015). Perceptions and experiences of access to health services and their utilization among the immigrant population. *Gaceta Sanitaria*, 29(4), 244-251.
- Bravo, F. (2012). *En casa ajena. Bases intelectuales del antisemitismo y la islamofobia*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Colectivo Ioé. (1999). Inmigrantes, trabajadores, ciudadanos. Una visión de las migraciones desde España.
- Del Olmo, M. (1997). Una introducción al análisis del racismo: el contexto español como caso de estudio. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, 2(2), 187-203.
- Dixon, K. (2005). *Sketches of Spain: Race, Justice and the Struggle for Human Rights*. ACES Cases.
- Domingo, A., & Recaño, J. (2009). La inflexión en el cambio migratorio internacional en España. Impacto y consecuencias demográficas. En E. Aja, J. Arango, & J. Oliver, *Anuario de Inmigración en España. La inmigración en tiempos de crisis* (págs. 183-207). Barcelona: Fundación CIDOB.
- Espósito, R. (2009). *Inmunitas. Protección y negación de la vida*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fanon, F. (1965). Medicine and Colonialism. En F. Fanon, *A dying colonialism* (pp. 121-146). New York: Grove Press.
- Fanon, F. (1999). *Los condenados de la tierra* (1961). México: Txalaparta.
- Fernández Díaz, N. (2012). La historia de la medicina y las enfermedades. Metáforas del cuerpo y las instituciones. De la Edad Media al siglo XIX. *Thémata. Revista de filosofía*, 109-117.
- Flecha, R. (2001). Racismo moderno y postmoderno en Europa: enfoque dialógico y pedagogías antirracistas. *REIS*, 79-103.
- Foucault, M. (1992). *La historia de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación*. Buenos Aires: Editorial Alianza.
- Freeman, H. P. (1998). The meaning of race in science--considerations for cancer research. *Cancer*, 82, 219-225.
- Garret, P., & Forero, R. (2006). Racism and healthcare: experiences of Arabic-speaking patients. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 30, 389-390.
- Gee, G. C., & Ford, C. L. (2011). Structural racism and health inequities. *Du Bois review: social science research on race*, 8(1), 115-132.
- Gil-González, D., Vives-Cases, C., & Álvarez-Dardet, C. (2007). ¿Es el racismo relevante para la salud pública española? *Gaceta Sanitaria*, 21(5), 431-2.
- Gil-González, D., Vives-Cases, C., Borrel, C., Agudelo-Suárez, A. A., Davó-Blanes, M. C., Miralles, J., & Álvarez-Dardet, C. (2014). Racism, Other Discriminations and Effects on Health. *Journal of Immigrant Minority Health*, 16, 301-309.
- Goldberg, A. (2003). Ser inmigrante no es una enfermedad. Inmigración, condiciones de vida y de trabajo. El proceso de salud/ enfermedad/ atención de migrantes senegaleses en Barcelona. Departamento de antropología, filosofía y trabajo social. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
- (2010). Exploración antropológica sobre la salud/enfermedad/atención en migrantes senegaleses de Barcelona. *Cuicuilco*, 49, 139-156.
- Gould, S. J. (1977). Why we should not name human races: a biological view. En S. J. Gould, *Ever Since Darwin* (págs. 231-236). New York: W.W. Norton.
- Grosfoguel, R. (2014). Las múltiples caras de la islamofobia. *De Raíz Diversa*, 1(1), 83-114.
- Haller, J. S. (1971). *Outcasts from Evolution: Scientific Attitudes of Racial Inferiority, 1859-1900*. Carbondale: Southern Illinois University Press.
- Hernandez-Rivas, E., Flores-Le Roux, J. A., Benaiges, D., Sagarra, E., Chillaron, J. J., Paya, A., Pedro-Botet, J. (2013). Gestational diabetes in a multiethnic population of Spain: Clinical characteristics and perinatal outcomes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 100, 215 - 221.
- Higginbottom, G. M. A. (2004). The meaning and consequences of hypertension for individuals of African Caribbean origin: Perceptions of Primary Health Care System. PhD thesis. Sheffield, UK: University of Sheffield.

- Higginbottom, G. M., Richter, M. S., Mogale, R. S., Ortiz, L., Young, S., & Mollel, O. (2011). Identification of nursing assessment models/tools validated in clinical practice for use with diverse ethno-cultural groups: an integrative review of the literature. *BMC nursing*, 10(1), 16.
- Hill, R. (2009). Categories and Crossing: Critical Race Studies and the Spanish World. *Journal of Spanish Cultural Studies*, 10(1), 1-6.
- Jimenez-Rubio, D., & Hernandez-Quevedo, c. (2011). Inequalities in the use of health services between immigrants and the native population in Spain: what is driving the differences? *European Journal Health Economy*, 12, 17-28.
- Jordan, W. D. (1968). First Impressions. En W. D. Jordan, *White Over Black: American Attitudes to the Negro, 1550-1812* (págs. 3-38). University of North Carolina Press.
- Karlsen, S., & Nazroo, J. Y. (2006). Defining and measuring ethnicity and "race" Theoretical and conceptual issues for health and social care research. En J. Y. Nazroo, *Health and Social Research in Multiethnic Societies* (pp. 20-39). New York: Routledge.
- La Parra, D., Gil-González, D., & Jiménez, A. (2013). Social exclusion processes and the health status of the Roma people in Spain. *Gaceta Sanitaria*, 27(5), 385-386.
- Lander, E. S., Linton, L., Birren, B., Nusbaum, C., Zody, M. C., Baldwin, J., (2001). Initial sequencing and analysis of the human genome. *Nature*, 409(6822), 860-921.
- Llop-Gironés, A., Vargas Lorenzo, I., Garcia-Subirats, I., Aller, M. B., & Vázquez, M. L. (2014). Immigrants' access to health care in Spain: a review. *Revista Española de Salud Pública*. 88(6), 715-34.
- Malmusi, D., & Gotsens, M. (2014). Estado de salud, determinantes y uso de servicios de la población inmigrada en España. Encuestas Nacionales de Salud 2006 y 2012. CIBERESP.
- Malmusi, D., & Ortiz-Barreda, G. (2014). Desigualdades sociales en salud en poblaciones inmigradas en España: revisión de la literatura. *Revista Española de Salud Pública*, 88(6), 687-701.
- McKenzie, K. (2003). Racism and health: Antiracism is an important health issue. *BMJ: British Medical Journal*, 326(7380), 65-66.
- Médicos del Mundo. (2013). El impacto de la reforma sanitaria sobre el Derecho a la Salud. (accessed Nov 25, 2013). Madrid: Médicos del Mundo. Obtenido de http://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.conts/mem.detalle_cn/reلمenu.111/id.3306.
- Miles, R. (1993). Apropos the Idea of 'Race'...Again. En R. Miles, *Racism after race relations* (pp. 27-52). London: Routledge.
- Morero, A., & Ballesteros, A. (2014). Las consecuencias de la aplicación del Real Decreto-Ley de Regulación Sanitaria RD 16/2012 sobre la salud de las mujeres inmigradas. *Investigaciones Feministas*, 5, 317-341.
- Olmos Alcaraz, A. (2012). Discurso político e inmigración. *Discurso & Sociedad*, 6(4), 739-758.
- Papadopoulos, I. (2006). The Papadopoulos, Tilki and Taylor model of developing cultural competence. In *Transcultural health and social care. Development of culturally competent practitioners*, 7-24.
- Paradies, Y. (2006). A systematic review of empirical research on self-reported racism and health. *International Journal of Epidemiology*, 35, 888-901.
- Pera, C. (2010). La cultura de la salud: Un reto del siglo XXI. Barcelona: FEM Salud.
- Pérez-Molina, J. A., & Pulido, F. (2012). Evaluación del impacto del nuevo marco legal sanitario sobre los inmigrantes en situación irregular en España: el caso de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 472-478.
- Plaza del Pino, F. J. (2012). Prejudices of the Nurses towards the immigrant population: An outlook from the South of Spain. *Enfermería Global*, 27, 87-96.
- Quijano, A. (2000). Colonialidad del poder y clasificación social. *Journal of World-Systems Research*, 6(2).
- Red Acoge. (2015). *Los efectos de la Exclusión Sanitaria en las Personas Inmigrantes más Vulnerables*. Madrid: Red Acoge.
- Regidor, E., Sanz, B., Pascual, C., Lostao, L., Sánchez, E., & Olalla, J. (2009). La utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en España. *Gaceta sanitaria*, 23, 4-11.
- Reher, D., Requena, M., & Sanz, A. (2011). ¿España en la encrucijada? Consideraciones del cambio de ciclo migratorio. *Revista Internacional de Sociología*, 9-44.
- Restrepo, L. M. (2009). Racismo institucional, violencia y políticas culturales. Legados coloniales y políticas de la diferencia en Colombia. *Revista historia critica*, 362, 218-245.
- Roca, C., & Balanzó, X. (2006). Enfermedades importadas en inmigrantes: mito y realidad. *Anales Sistema Sanitario Navarro*, 29, 139-44.
- Rodríguez, E., González-Rábago, Y., Bacigalupe, A., Martín, U., & Lanborena, N. (2014). Immigration and health: Social inequalities between native and immigrant populations in the Basque Country (Spain). *Gaceta Sanitaria*;28(4): 24(8), 274-280.
- Rubio-Rico, L., Roca-Biosca, A., & Molina-Fernández, I. (2015). Perceived discrimination among Ma-ghrebi users of health services in Tarragona (Spain). *International Journal of Equity in Health*, 144-158.

- San omán, B. (2013). "I am white... even if I am racially black"; "I am Afro-Spanish": Confronting belonging paradoxes in transracial adoptions. *Journal of Intercultural Studies*, 34(3), 229-245.
- Sánchez Arteaga, J. M., Sepúlveda, C., & El-Hani, C. (2013). Scientific Racism, Alterations Processes and Science Education. *Magis*, 55-67.
- Sánchez-Arteaga, J. M. (2006). Antropología física y racismo científico en España durante la segunda mitad del siglo XIX. *Llull: Revista de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias y de las Técnicas*, 29(63), 143-166.
- Sanz, B., Regido, E., Galindo, S., Pascual, C., Lostao, L., Díaz, J. M., & Sánchez, E. (2011). Pattern of health services use by immigrants from different regions of the world residing in Spain. *International Journal of Public Health*. 56(5), 567-76.
- Segato, L. R. (2013). Los cauces profundos de la raza latinoamericana: una relectura del mestizaje. *Crítica y emancipación*, 3, 11-39.
- Segato, R. (2007). Racismo, discriminación y acciones afirmativas: herramientas conceptuales. En *Educación intercultural Experiencias y retos en la formación de estudiantes universitarios indígenas*, (págs. 63-90). Lima: Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Sevillano, V., Basabe, N., Bobowik, M., & Aierdi, X. (2014). Health-related quality of life, ethnicity and perceived discrimination among immigrants and natives in Spain. *Ethnicity & Health*, 19(2), 178-197.
- Soriano, E., Ruíz, D., & Cala, V. C. (2017). Perception of Health and Healthcare amongst Senegalese Immigrants in Andalusia. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 237, 70-76.
- Stallaert, C. (1998). Etnogénesis y etnicidad en España: una aproximación histórico-antropológica al casticismo. Barcelona: Anthropos Editorial.
- Stolcke, V. (1995). Talking culture: new boundaries, new rhetoric's of exclusion in Europe. *Current anthropology*, 1-24.
- Vázquez, M. L., Vargas, I., & Aller, M.-B. (2014). Reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la atención sanitaria de la población inmigrante. Informe SEESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 142-146.
- Wallerstein, I., & Balibar, E. (1998). Raza, nación y clase (Vol. 16). Madrid: IEPALA.
- Walsh, C. (2010). "Raza", mestizaje y poder: horizontes coloniales pasados y presentes. *Crítica y emancipación*, 3, 95-124.
- Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International journal of health services*, 22(3), 429-445.
- Wieviorka, M. (2007). La mutación del racismo. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 49(200), 13-23.
- Zamora, J. A. (2012). Racism, xenophobia, Antisemitism on the Horizons of migration *Flows: Thoretical approaches and critical Theory*. *ARBOR Ciencia, Pensamiento y Cultura*, 188, 591-604.