



Racismo: el determinante social de la salud invisibilizado en España

Racism: the invisible social determinant of health in Spain

AUTORES

- | | | |
|---|--|--|
| (1,2) Mba Bee Nchama
[ORCID: 0000-0002-6253-9285] | (2,4) J. Isabel Zhang Yim
[ORCID: 0000-0002-4211-479X] | (7,8,9) Constanza Jacques-Aviñó
[ORCID: 0000-0001-8506-780X] |
| (2,3) Jaime Manzano
[ORCID: 0009-0009-2351-2424] | (5,6) Yolanda González-Rábago
[ORCID: 0000-0003-3387-5631] | (10) Daniel La Parra-Casado
[ORCID: 0000-0002-9096-3972] |
| (2) Melinda Gladys Pajunen | | |

FILIACIONES

- | | |
|---|--|
| (1) Universidad de La Laguna.
SANTA CRUZ DE TENERIFE, ESPAÑA. | (7) Fundació Institut Universitari per a la Recerca a l'Atenció Primària de Salut Jordi Gol i Gurina (IDIAPJGol).
BARCELONA, ESPAÑA. |
| (2) Plataforma para la Equidad Racial en Salud (PERSA) impulsada por la Fundación FÜNDEC.
SANTA CRUZ DE TENERIFE, ESPAÑA. | (8) Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra.
CERDANYOLA DEL VALLÈS (BARCELONA), ESPAÑA. |
| (3) Fundación Salud por Derecho.
MADRID, ESPAÑA. | (9) Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Promoción de la Salud (RICAPPS).
ESPAÑA. |
| (4) Institut Català de la Salut. Equipo de Atención Primaria El Fondo.
SANTA COLOMA DE GRAMANET (BARCELONA), ESPAÑA. | (10) Departamento de Sociología II, Universidad de Alicante.
ALICANTE, ESPAÑA. |
| (5) Departamento de Sociología y Trabajo Social. Universidad del País Vasco (UPV/EHU).
LEIOA, ESPAÑA. | |
| (6) Grupo de investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico-OPIK.
LEIOA, ESPAÑA. | |

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses

CONTRIBUCIONES DE AUTORÍA

CONCEPCIÓN, DISEÑO, REDACCIÓN DEL BORRADOR INICIAL: M Bee Nchama, J Manzano, MG Pajunen, JI Zhang Yim.

REVISIÓN, IMPORTANTES CONTRIBUCIONES A LA REDACCIÓN DEL BORRADOR INICIAL: D La Parra-Casado.

REVISIÓN CRÍTICA DE LA VERSIÓN FINAL: Y González-Rábago, D La Parra-Casado D, C Jacques-Aviñó.

Todas las personas firmantes aprobaron la versión final para su publicación.

FINANCIACIÓN

No hubo.

CORRESPONDENCIA

Mba Bee Nchama alu0100747782@ull.edu.es
C/ Mencey Benehar, 88, Bajo A. CP 38008. Santa Cruz de Tenerife. España.

CITA SUGERIDA

Bee Nchama M, Manzano J, Pajunen MG, Zhang Yim JI, González-Rábago Y, Jacques-Aviñó C, La Parra-Casado D. Racismo: el determinante social de la salud invisibilizado en España. Rev Esp Salud Pública. 2025; 99: 3 de noviembre e202511071.

RESUMEN

La pandemia de la COVID-19 ha catalizado un incremento en la atención hacia las estrategias para combatir el racismo como un problema de Salud Pública. Sin embargo, esta tendencia contrasta marcadamente con el estancamiento en la respuesta a estas inequidades en Europa y, en particular, en España. Este artículo ofrece un diagnóstico exhaustivo y propone una hoja de ruta para abordar el racismo como un determinante social de la salud en España. El paradigma en el que prevalece la invisibilización del racismo se manifiesta a través de la marginalización de la estratificación racial como un tema legítimo de discusión, la deslegitimación de la raza como una categoría analítica válida y la atribución de sus efectos a variables alternativas como la clase social o el estatus migratorio. Además, se observa que las iniciativas actuales tienden a presentar limitaciones significativas tanto en su enfoque como en su metodología. Estas iniciativas, a menudo, adoptan una perspectiva individual en detrimento de una visión estructural, y exhiben un sesgo culturalista que minimiza la importancia de las jerarquías de poder, así como priorizan la etnia y el interculturalismo sobre la raza y la equidad racial. El artículo concluye con una llamada a la acción, proponiendo una hoja de ruta dirigida a los actores institucionales para promover una mayor equidad racial en el ámbito de la salud en España. Se destacan líneas clave para la integración del racismo como un componente crítico en el análisis de la Salud Pública y la implementación de políticas más equitativas.

PALABRAS CLAVE // Equidad en Salud; Racismo; Determinantes Sociales de la Salud.

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic has catalyzed an increased focus on strategies to combat racism as a public health issue. However, this trend contrasts sharply with the stagnation in the response to these inequities in Europe, and in particular in Spain. This article offers a comprehensive diagnosis and proposes a roadmap to address racism as a social determinant of health in Spain. The paradigm in which the invisibilization of racism prevails manifests through the marginalization of racial stratification as a legitimate topic of discussion, the delegitimation of race as a valid analytical category, and the attribution of its effects to alternative variables such as social class or immigration status. In addition, it is noted that current initiatives tend to have significant limitations in both their approach and methodology. These initiatives often adopt an individual perspective to the detriment of a structural vision, and exhibit a culturalist bias that minimizes the importance of hierarchies of power. As a result, ethnicity is prioritized over race and inter-culturality over racial equity. The article concludes with a call to action, proposing a roadmap aimed at institutional actors to promote greater racial equity in the field of health in Spain. Key lines for the effective integration of racism as a critical component in public health analysis and the implementation of more equitable policies, are highlighted.

KEYWORDS // Health Equity; Racism; Social Determinants of Health.

AGRADECIMIENTOS

A Antonio Villafaina Barroso, Catalina Ramirez Arias, Adrián Alonso Ruiz y Daniel Buraschi por sus ideas, estructuras y ánimos.

INTRODUCCIÓN: UNA HISTORIA DE INVISIBILIZACIÓN

El resurgimiento del movimiento *Black Lives Matter* (BLM) y los cientos de declaraciones de racismo como crisis de Salud Pública que se aprobaron por todo Estados Unidos (1) se solaparon con una respuesta global a la pandemia de la COVID-19, marcada por la cuestión racial tanto en las desigualdades raciales en las tasas de incidencia, letalidad y mortalidad (2) como en la inequidad en el acceso a los medicamentos, diagnósticos y vacunas contra la COVID-19 (3). Así, el racismo se puso de manifiesto como uno de los determinantes estructurales de la salud más importantes a nivel global.

Europa, y particularmente España, se han mantenido distantes respecto al abordaje del racismo como un problema urgente de Salud Pública, a pesar de la tracción ganada internacionalmente por los movimientos generados a raíz de estas injusticias estructurales. ¿Cómo explicar este estancamiento sobre la cuestión racial en la agenda pública cuando la racialización es constitutiva del sistema colonial europeo y la formación del Estado moderno? (4) Una de las respuestas es que bajo el actual prisma político dominante, la jerarquización social basada en la raza es considerada como algo que le es ajeno a Europa, aceptándose únicamente el Holocausto como elemento definitorio del racismo en la historia europea (5).

Un ejemplo paradigmático del tratamiento de la cuestión racial en España está en que, mientras el Movimiento Antirracista se manifestaba en la mayoría de las ciudades españolas en mayo de 2020, el presidente del Gobierno, Pedro Sánchez, respondía que “España tiene una constitución antirracista” (6). Se reforzaba así el marco institucional de ceguera al color o la neutralidad racial existente en el país (7), lo que da a entender que solo existiría racismo si las leyes lo promovieran de manera explícita. Otro ejemplo es que la *Memoria de la Fiscalía General del Estado* correspondiente al año 2022 afirma, sin ningún tipo de explicación ni fundamento, que “España no es un país racista” (8).

Esta evasión del eje de discriminación racial no se limita a comentarios anecdóticos descontextualizados, ni a la narrativa de la extrema derecha, sino que es algo estructural e instaurado en todo el espectro político (9), el entorno académico y científico. En este sentido, la raza es frecuentemente presentada como una discriminación que, en realidad, es de clase (10). Este sesgo conlleva que en Salud Pública las investigaciones se limiten al impacto del estatus socioeconómico en las inequidades. Así, se olvida que clase, raza, género y otros ejes de opresión están, sin embargo, imbricadas como parte de las jerarquías múltiples y entrecruzadas que constituyen la matriz de poder global (11). Por tanto, el entendimiento de las inequidades en salud pasará por comprender la interseccionalidad de un mundo

Este artículo tiene una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional. Usted es libre de Compartir (copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato) bajo los siguientes términos: Atribución (debe darse el crédito apropiado, proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se realizaron cambios. Puede hacerlo en cualquier manera razonable, pero no de alguna manera que sugiera que el licenciente lo respalda a usted o su uso); No comercial (no podrá utilizar el material con fines comerciales); Sin derivados (si remezcla, transforma o construye sobre el material, no puede distribuir el material modificado); Sin restricciones adicionales (no puede aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros hacer cualquier cosa que la licencia permita).
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

que desde el siglo XV se ha estructurado en base a jerarquías múltiples y entrelazadas (12).

En el terreno académico, la sustitución del eje de raza por el uso de *grupos étnicos o culturales* muestra cómo los marcos de análisis también evaden la discriminación racial como parte de una construcción sociopolítica. Además, denota la preferencia por análisis interculturalistas que omiten las jerarquías de poder. En este sentido, existen dos tendencias opuestas respecto al eje racial. Por un lado, una corriente hegemónica que, desde el final de la Segunda Guerra Mundial, como una supuesta estrategia contra el racismo biologicista, desacredita el término *raza* (13) para sustituirlo por *grupos o diferencias étnicas/culturales*. Por el otro lado, la corriente contraria señala que la raza es una construcción sociopolítica basada en un sistema de dominación estructural e institucionalizado (14).

Si el objetivo de la Salud Pública pasa por entender la distribución de la salud en la población, requiere que las herramientas metodológicas sean fiables, es decir, que midan lo que desean medir. Si el racismo impacta en la salud, no medirlo implica que dicho efecto está presente en los resultados, pero no se identifica como tal, convirtiéndose, por tanto, en inabordable a nivel de políticas públicas.

INEQUIDADES EN SALUD Y LA NECESIDAD DE VISIBILIZAR EL RACISMO

La presente inmovilidad en torno a la cuestión racial y su conceptualización determina, en última instancia, el análisis y abordaje de las

inequidades en salud. A pesar de la amplia adopción de aproximaciones individualistas que sobreenfatizan el papel de los individuos como responsables de su salud, la evidencia demuestra que las jerarquías sociales son las causas fundamentales que determinan las diferencias de acceso a bienes, servicios y oportunidades (15).

En materia de salud, las estructuras sociales establecen los grados de exposición a riesgos y oportunidades que determinan, en última instancia, las inequidades en salud, como ha sido reconocido a través del marco de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) (16). Por lo tanto, si el estudio de la salud de la población (incluso la basada en los DSS) excluye la recogida de datos y el análisis de categorías de estratificación social como la raza, se enmascaran causas fundamentales de la inequidad en salud.

La evidencia científica generada en países como Estados Unidos, Reino Unido o Canadá, en donde, a diferencia de en España, se recoge y estudia la construcción social de la raza, nos indica que existe un número significativo de mecanismos a través de los cuales el racismo se traduce en resultados negativos en la salud de las personas racializadas (17). Hasta la fecha, la investigación internacional sobre racismo y salud se ha centrado en la discriminación interpersonal como factor de estrés psicosocial, explorando su relación con la carga alostática (18), los marcadores inflamatorios y la desregulación hormonal (19), con una asociación clara entre la discriminación percibida y un mayor riesgo de tener peores resultados en salud mental y física (20). A pesar de esto, este nivel de análisis individual tiene limitaciones, ya que

igual que con el resto de las inequidades en salud, es en el nivel estructural donde encontramos los mecanismos sistémicos que perpetúan las diferencias en resultados en salud (21).

La evidencia acumulada señala que el **racismo institucional** es el mecanismo más importante a través del cual el racismo impacta negativamente a la salud (21), aunque sigue siendo poco estudiado. Por ejemplo, la evidencia muestra la relación entre la segregación racial residencial (22), escolar (23), social (24) y peores resultados en salud de la población racializada. Igualmente, se ha evidenciado la conexión entre las políticas migratorias como mecanismos inherentemente racializadores y los efectos negativos en la salud mental, física y la calidad de vida de personas racializadas (25).

Este cuerpo de evidencia pone el foco sobre mecanismos institucionales que no requieren de intención individual, y que, por acción u omisión, se manifiestan en inequidades raciales en salud. Considerar y estudiar en profundidad estos procesos, generando una cultura de equidad (26), puede aportar una mejor explicación a la esperanza de vida media del pueblo gitano, que es diez años menor en comparación con la población general (27), la segregación residencial de personas negras en Almería y la consecuente falta de infraestructura básica de Salud Pública (como el alcantarillado o los centros sociosanitarios) (28), la sobreexposición a altas concentraciones de dióxido de nitrógeno en diferentes grupos racializados en Madrid y Barcelona (29), así como con una gran e infraestimada segregación escolar (30).

ESTADO DE LA INVISIBILIZACIÓN EN ESPAÑA

Este estado de la cuestión sobre el abordaje del racismo como determinante social de la salud en España no pretende afirmar que no existen estudios ni estrategias institucionales que pretendan abordar el problema. Antes bien, existen algunos estudios destacables a la hora recoger la variable raza (31), propuestas formativas como el *Curso sobre Racismo y Salud Pública* de la Escuela de Salud Pública de Menorca (32), así como líneas institucionales, principalmente desde el Consejo para la Eliminación de la Discriminación Racial o Étnica (CEDRE), que ha mostrado recientemente que al menos el 14% de la población racializada ha sufrido discriminación por su origen racial o étnico en el ámbito sanitario (33).

Igualmente, han existido iniciativas legislativas como la *Ley Foral 13/2023, de 5 de abril, de lucha contra el racismo y la xenofobia en Navarra* que, a pesar de significativas limitaciones de enfoque y medidas, es la primera ley específica contra el racismo en el ordenamiento jurídico español, avanzando en aspectos como el compromiso institucional de "evaluar la calidad de la atención sanitaria pública y para valorar los efectos del racismo estructural en la salud de las personas racializadas" (34).

Sin embargo, dichos intentos de considerar la raza y el racismo siguen siendo escasos, discrecionales y sin una participación activa y vinculante de los titulares de derechos; los grupos racializados. El paradigma sobre el que se sostienen tiene, además, importantes limitaciones analíticas y conceptua-

les, contribuyendo, de forma paradójica, al estancamiento de esta cuestión en España.

Un ejemplo de este enfoque sesgado es el marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud que maneja el Ministerio de Sanidad desde 2010. En este marco, que ha sido un avance clave respecto al marco original de DSS para reconocer el papel de ciertas jerarquías de poder en las desigualdades en salud, la *raza* es sustituida por la *etnia* como términos equivalentes (35). En la misma línea, la expresión institucionalmente asumida y promovida de *discriminación racial o étnica* (36) resulta inadecuada.

Las estrategias de abordaje étnico/cultural no son, necesariamente, antirracistas, ya que al ignorar las dinámicas de poder y el rol de las jerarquías en las instituciones (como el sistema sanitario) acaban infiriendo que la inequidad racial en salud se debe a las diferencias culturales entre etnias. Por lo tanto, el enfoque propuesto por este modelo para abordar el impacto del racismo en la salud pasa por sensibilizar a pacientes y profesionales contra los bulos sobre la inmigración, contra los prejuicios y las actitudes racistas o por conocer más las prácticas culturales de las comunidades racializadas. Lejos de suponer un cambio sistémico, estas medidas se centran exclusivamente en el individuo y sus creencias. *Cultura* o *etnia* se convierten, así, en *sustitutos eufemísticos* de la *raza* (37), constituyendo un obstáculo para la equidad racial en salud.

Frente a estas prácticas y discursos que promueven un antirracismo moral, despolitizado, ahistórico y reduc-

cionista, lo arriba expuesto permite entender el racismo como algo estructural y, por lo tanto, político, para así avanzar en comprender la creación de inequidades.

UNA HOJA DE RUTA PARA DEJAR ATRÁS LA INVISIBILIZACIÓN

Como se ha podido ver en este breve diagnóstico de los retos de España en el abordaje del eje racial en cualquier ámbito, pero especialmente en salud, está todo por comprender y por hacer. Por lo tanto, a continuación, se destacan los aspectos más urgentes para abandonar el estancamiento actual y avanzar hacia un mejor entendimiento del racismo y su efecto en la salud en el contexto español.

Romper el tabú: nombrar y visibilizar la raza. Urge visibilizar la variable raza como analíticamente válida y como el eje de inequidades estructurales en salud que constituye (38). Para ello, es necesario entender que, si bien la raza interseca con variables como el estatus migratorio, los efectos de este son distintos y resultan insuficientes para explicar la inequidad racial. Por lo tanto, no son variables intercambiables (39). Este trabajo requerirá acompañarse de pedagogía y revisión curricular para romper el miedo y la aversión que todavía genera en ciertos sectores sociales, profesionales e institucionales el mencionar siquiera la palabra *raza*.

El racismo es estructural y causa fundamental de las inequidades en salud. Cualquier acción debe partir del carácter estructural del racismo. Esto significa que vivimos en sistemas sociales racializados; es decir, sociedades

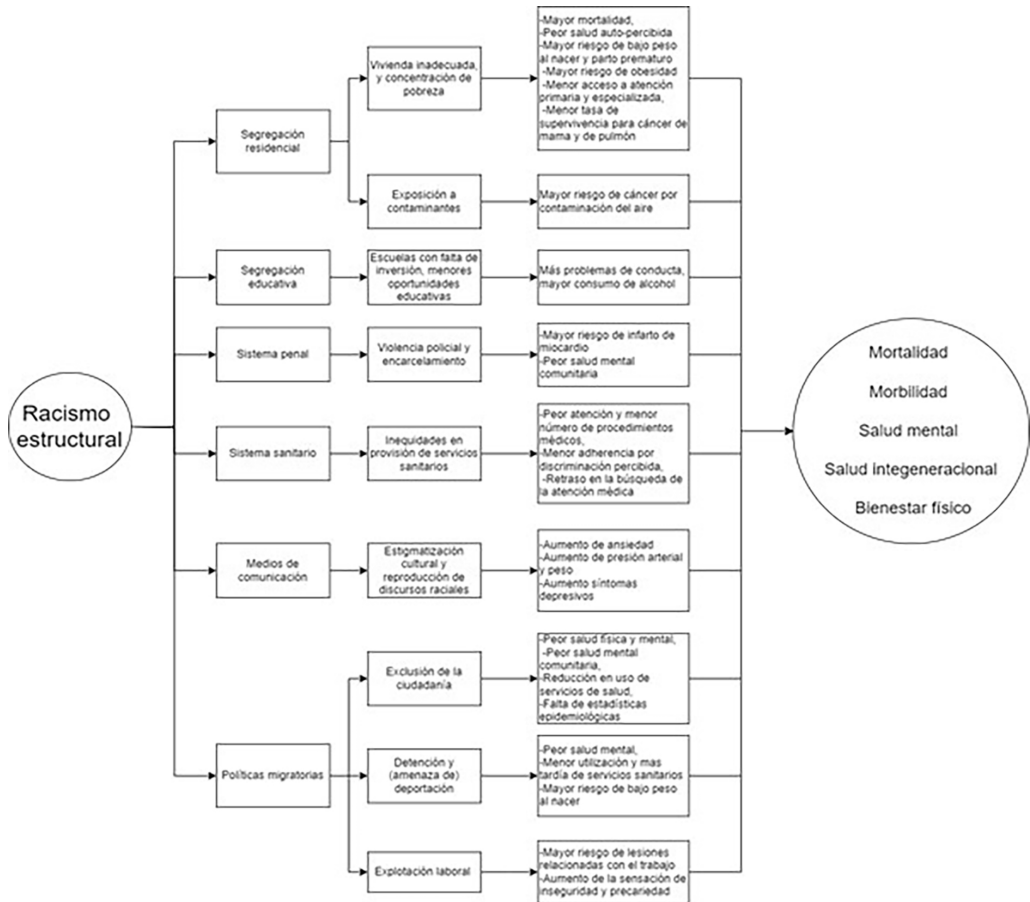
en las que la economía, la política, lo social o la ideología son resultado de sistemas de estratificación basados en categorías raciales (40). Por lo tanto, no se puede limitar el análisis del racismo ni a ideas, creencias o conductas individuales o extremistas, ni únicamente a la exclusión de las personas migrantes en el acceso al Sistema Nacional de Salud. Se trata, por tanto, de un eje transversal y sistémico que genera inequidades cotidianamente en todos los ámbitos, incluyendo múltiples determinantes sociales de la salud como la vivienda, la educación, el empleo y el sistema de justicia penal. El racismo debe entenderse, por tanto, como una causa fundamental de las inequidades en salud en sí misma y por su intersección con otras causas fundamentales (41). Así, los diagnósticos y acciones que no aborden las causas fundamentales no producirían un cambio en el resultado final en salud, dando lugar a reajustes en el sistema con la producción de nuevos mecanismos que mantendrían los resultados intactos (41). En este marco, la **FIGURA 1** constituye un marco conceptual basado en ejemplos y evidencia sobre mecanismos del impacto del racismo estructural en la salud.

Racismo institucional: una dimensión crucial. El concepto de racismo institucional fue acuñado en 1967 por Kwame Turé y Charles V. Hamilton en el marco del *Movimiento Black Power*, precursor del *Black Panther Party*. Se trata, en su planteamiento, de un racismo no explícito, que solo se puede documentar mediante el análisis de las inequidades que genera (42). Sin embargo, la conceptualización más actual, consecuencia de su evolución hacia un constructo más medible, aunque más despolitizado, describen patrones sistemáticos, procedimientos y prácticas que ope-

ran en el interior de las instituciones (como el Sistema Nacional de Salud) y que afectan negativamente a grupos raciales no blancos (43), impidiendo que alcancen la igualdad, además de un fracaso colectivo de una organización a la hora de ofrecer un servicio profesional a personas racializadas (44). El nivel institucional debe ser central para la Salud Pública, al estar situado por encima de la corriente como un determinante de mayor impacto, y porque, en el caso español, está particularmente parapetado tras una narrativa de ceguera al color (45), o como se viene planteando en el contexto europeo, de *race-evasiveness* (46), que imposibilita cualquier avance en cuestión de justicia racial. Para ello, es necesario un reconocimiento legal explícito del racismo institucional, que actualmente se recoge como *discriminación indirecta* en la *Ley 62/2003, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social*. Para identificar y monitorizar las prácticas racistas desde las instituciones y reorientarse hacia la equidad, una herramienta útil son los Análisis del Impacto en la Igualdad Racial (AIIR) aplicados a programas, políticas y decisiones presupuestarias públicas, para poder anticipar, valorar y prevenir posibles impactos adversos para los grupos racializados (47). Como buena práctica de su aplicación, es relevante el caso de la Prestación del Ingreso Mínimo Vital (48), mediante el *Cuestionario de Estudio y Diagnóstico sobre Igualdad Racial en España* (Cuestionario EDIRE) (49).

Incluir y mejorar la operacionalización de la variable raza. Urge debatir y avanzar sobre la manera óptima de registrar y desagregar datos por raza tanto en estudios académicos como en registros, encuestas, Sistemas de Informa-

Figura 1
Ejemplos de mecanismos del racismo estructural y su impacto en la salud.



Fuente: Elaboración propia a partir de referencias 17, 20, 22, 23 y 41.

ción Sanitaria e Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Para ello, se debe trabajar en una adecuada conceptualización de esta variable, mediante marcos conceptuales, guías metodológicas, protocolos y ejemplos de buenas prácticas en la práctica clínica, el diseño de políticas o la investigación, de manera que sea posible, entre otras cuestiones, distinguir entre *raza* y *etnia* y no establecer una relación de identi-

dad entre ambas. La etnia responde a una (auto)identificación más horizontal que diferencia a una comunidad de otra a partir de las prácticas culturales, lingüísticas o espirituales. La identidad étnica presenta mayor maleabilidad y agencia, ya que una persona puede decidir expresarla públicamente o no, mientras que la verticalidad de la raza no es elegida ni es susceptible de disimulo. La raza es, en esencia, una impo-

sición externa y una posición específica en una jerarquía de poder estructural y perdurable en el tiempo (40). Por lo tanto, *raza* no es lo mismo que *etnia*, ni la una tiene el mismo efecto que la otra en términos de resultados en salud. Además, los instrumentos de medición deben intentar recoger la multidimensionalidad de la construcción social de la raza, reflejando su carácter relacional en los ámbitos sociales e institucionales (50). Cuando sea necesario utilizar medidas étnicas como forma de operativizar la variable *raza*, esto se debe explicar y justificar adecuadamente. Esta tarea requiere, por un lado, de un enfoque participativo, involucrando a los grupos sociales concernidos, centrando en los márgenes (51). Por otro lado, dada la necesidad de desarrollo técnico, mediante diversas aproximaciones que garanticen la fiabilidad y validez de los datos, así como su aceptabilidad y protección.

Sobre la necesidad de recoger datos desglosados por raza, España sigue justificando su no avance en la protección de datos personales. Sin embargo el informe del Relator Especial sobre cuestiones de las minorías ha dado respuesta a esta cuestión considerando que se trata de un argumento fuera de lugar que dificulta especialmente la identificación efectiva de las personas que sufren discriminación y la formulación adecuada de políticas públicas (52). Además, es posible proteger los datos personales, mediante distintos sistemas y criterios de seguridad a aplicar en la obtención, almacenamiento, acceso, análisis y reporte de la información.

CONCLUSIÓN

Es crucial reducir el impacto en salud de las formas de racismo estructural con acciones concretas. En particular, un primer paso para la acción es abordar la dimensión institucional del racismo dentro del Sistema Nacional de salud y los efectos que produce: desigualdad en el acceso y en la calidad de los servicios de salud recibidos. Ello implica la participación activa de las poblaciones racializadas en la definición e identificación de los problemas, en el diseño de las intervenciones para afrontarlos, en su implementación y en el seguimiento y evaluación de las mismas. En cualquier caso, el abordaje de las desigualdades en salud excede el ámbito de los servicios de salud, dada su naturaleza estructural, y las acciones deben dirigirse al conjunto de procesos sociales que deterioran la salud de las poblaciones.

La tarea dista de ser sencilla y requerirá la documentación y análisis del impacto del racismo en la salud, así como de operativizaciones empíricas coherentes con su naturaleza. En todo caso, la acción de la Salud Pública no puede limitarse al diagnóstico del impacto del racismo en las inequidades en salud, sino que ha de conseguir reducirlo mediante acciones y políticas efectivas. Para evitar la desigual distribución de poder que caracteriza los procesos de dominación racial, esta labor ha de hacerse con la participación activa de las poblaciones concernidas en la toma de decisiones que afectan a su salud. 15

BIBLIOGRAFÍA

1. American Public Health Association. *Analysis: Declarations of Racism as a Public Health Crisis*. 2021. https://www.apha.org/-/media/files/pdf/topics/racism/racism_declarations_analysis ashx
2. Fu J, Reid SA, French B, Hennessy C, Hwang C, Gatson NT et al. *Racial Disparities in COVID-19 Outcomes Among Black and White Patients With Cancer*. *JAMA Network Open*. 2022;5(3): e224304. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.4304>
3. Ahlberg BM, Bradby H. *Ethnic, Racial and Regional Inequalities in Access to COVID-19 Vaccine, Testing and Hospitalization: Implications for Eradication of the Pandemic*. *Front Sociol*. 2022;Aug 9;7:809090. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2022.809090>
4. Quijano A. *Colonialidad Del Poder y Clasificación Social*. *Journal of World-Systems Research*. 2000; 342-386. <https://doi.org/10.5195/jwsr.2000.228>
5. Goldberg DT. *Racial Europeanization*. *Ethnic and Racial Studies*. 2006;29(2): 331-364. <https://doi.org/10.1080/01419870500465611>
6. La Moncloa. *Conferencia de prensa del presidente del Gobierno*. 2020. https://www.lamoncloa.gob.es/multimedia/videos/presidente/Paginas/2020/07062020_cpsanchez.aspx
7. Rodríguez-García D. *The Persistence of Racial Constructs in Spain: Bringing Race and Colorblindness into the Debate on Interculturalism*. *Social Sciences*. 2022;11(1): 13. <https://doi.org/10.3390/socsci11010013>
8. Fiscalía General del Estado. Ministerio de Justicia. *Memoria de la Fiscalía General Del Estado 2022*. 2023.
9. Gil-Benumeña D. *Islamofobia, racismo e izquierda: discursos y prácticas del activismo en España*. [<http://purl.org/dc/dcmitype/Text>] Universidad Complutense de Madrid; 2019.
10. Gil-Benumeña D. *Nativa o extranjera, la misma clase obrera. Apuntes sobre antirracismo e izquierda blanca*. *Viento sur: Por una izquierda alternativa*. 2020;(172): 88-100.
11. Grosfoguel R. *La Descolonización de La Economía Política y Los Estudios Postcoloniales: Transmodernidad, Pensamiento Fronterizo y Colonialidad Global*. *Tabula Rasa*. 2006;(4): 17-48. <https://doi.org/10.25058/20112742.245>
12. Crenshaw K. *Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics*. *The University of Chicago Legal Forum*. 1989;140: 139-167.
13. UNESCO. *Cuatro Declaraciones Sobre La Cuestión Racial*. 1969.
14. Azarmandi M. *Colonial Continuities*. *Peace Review*. 2016;28: 158-164. <https://doi.org/10.1080/10402659.2016.1166738>
15. Bey G. *Health Disparities at the Intersection of Gender and Race: Beyond Intersectionality Theory in Epidemiologic Research*. En: *Quality of Life-Biopsychosocial Perspectives*. IntechOpen; 2020. <https://doi.org/10.5772/intechopen.92248>
16. Commission for the Social Determinants of Health. *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health*. 2008.
17. Williams DR, Lawrence JA, Davis BA. *Racism and Health: Evidence and Needed Research*. *Annual Review of Public Health*. 2019;40(1): 105-125. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040218-043750>
18. Berger M, Sarnyai Z. "More than Skin Deep": *Stress Neurobiology and Mental Health Consequences of Racial Discrimination*. *Stress*. 2015;18(1): 1-10. <https://doi.org/10.3109/10253890.2014.989204>
19. Paradies Y, Ben J, Denson N, Elias A, Priest N, Pieterse A et al. *Racism as a Determinant of Health: A Systematic Review and Meta-Analysis*. *PLoS ONE*. 2015;10(9): e0138511. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138511>
20. Williams DR, Mohammed SA. *Discrimination and Racial Disparities in Health: Evidence and Needed Research*. *Journal of behavioral medicine*. 2009;32(1): 20. <https://doi.org/10.1007/s10865-008-9185-0>
21. Gee GC, Ford CL. *Structural Racism and Health Inequities: Old Issues, New Directions*. *Du Bois review: social science research on race*. 2011;8(1): 115-132. <https://doi.org/10.1017/S1742058X11000130>
22. Morello-Frosch R, Jesdale BM. *Separate and Unequal: Residential Segregation and Estimated Cancer Risks Associated with Ambient Air Toxics in U.S. Metropolitan Areas*. *Environmental Health Perspectives*. 2006;114(3): 386-393. <https://doi.org/10.1289/ehp.8500>

23. Walsemann KM, Bell BA. *Integrated Schools, Segregated Curriculum: Effects of Within-School Segregation on Adolescent Health Behaviors and Educational Aspirations*. American Journal of Public Health. 2010;100(9): 1687-1695. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.179424>

24. Wang G, Schwartz GL, Kim MH, White JS, Glymour MM, Reardon S et al. *School Racial Segregation and the Health of Black Children*. Pediatrics [Internet]. 1 de mayo de 2022 [consultado 29 de julio de 2025];149(5). Disponible en: <https://publications.aap.org/pediatrics/article/149/5/e2021055952/186781/School-Racial-Segregation-and-the-Health-of-Black>

25. Brinkley-Rubinstein L, Cloud DH. *Mass Incarceration as a Social-Structural Driver of Health Inequities: A Supplement to AJPH*. Am J Public Health. Enero de 2020;110(S1):S14-5. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305486>

26. Misra S, Kwon SC, Abraído-Lanza AF, Chebli P, Trinh-Shevrin C, Yi SS. *Structural Racism and Immigrant Health in the United States*. Health Education & Behavior. 2021;48(3): 332-341. <https://doi.org/10.1177/10901981211010676>

27. Todic J, Cook SC, Spitzer-Shohat S, Williams JS Jr, Battle BA, Jackson J, Chin MH. *Critical Theory, Culture Change, and Achieving Health Equity in Health Care Settings*. Academic Medicine 97(7);p 977-988, July 2022. DOI: <https://dx.doi.org/10.1097/ACM.0000000000004680>

28. FRA, Fundamental Rights Agency. *Roma in 10 European Countries*. Main Results. ROMA SURVEY 2021. 2022. <https://fra.europa.eu/en/publication/2022/roma-survey-findings>

29. Checa Olmos JC, Arjona Garrido Á. *Segregación y condiciones residenciales de los inmigrantes africanos en Almería (España)*. Migraciones Internacionales. 2017;3(10):81-106. <https://doi.org/10.17428/rmiv31101204>

30. Moreno-Jiménez A, Cañada-Torrecilla R, Vidal-Domínguez MJ, Palacios-García A, Martínez-Suárez P. *Assessing Environmental Justice through Potential Exposure to Air Pollution: A Socio-Spatial Analysis in Madrid and Barcelona, Spain*. Geoforum. 2016;69: 117-131. <https://doi.org/10.1016/j.geoforum.2015.12.008>

31. Jiménez Delgado M, Jareño Ruiz D, El-Habib Draoui B. *La expansión de la educación infantil en España: entre la igualdad de oportunidades y la segregación*. Revista Iberoamericana de Educación. 2016;72(1): 19-44.

32. Buraschi D, Oldano N, Godenau D. *¿Cuáles son las Experiencias de Discriminación de las Personas Migrantes en Tenerife?* 2022. <https://doi.org/10.25145/robitfact.2022.01>

33. Ramos L. *Melinda Pajunen: «Poblaciones migrantes tienen limitado el acceso a la salud»* [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.menorca.info/menorca/local/2023/09/26/2019105/melinda-pajunen-poblaciones-migrantes-tienen-limitado-acceso-salud.html>

34. Suso A, Morel M, Robles J, Guilló C, Mamán D. *Percepción de la discriminación por origen racial o étnico por parte de sus potenciales víctimas en 2024*. CEDRE. Ministerio de Igualdad; 2025. Disponible en: https://igualdadynodiscriminacion.igualdad.gob.es/wp-content/uploads/2025/03/El_impacto_del_racismo_en_Espana_Accesible.pdf

35. Gobierno de Navarra. *Ley Foral 13/2023, de 5 de Abril, de Lucha Contra El Racismo y La Xenofobia*. 2023.

36. Ministerio de Sanidad. *Propuestas de Políticas e Intervenciones para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España*. 2015.

37. Naciones Unidas. *Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia*. Declaración y Programa de Acción. 2002.

38. Dubow S. *Ethnic Euphemisms and Racial Echoes*. Journal of Southern African Studies. 1994;20(3): 355-370. <https://doi.org/10.1080/03057079408708407>

39. Feagin J, Bennefield Z. *Systemic racism and U.S. health care*. Social Science & Medicine. febrero de 2014;103:7-14. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.09.006>

40. Erel U, Murji K, Nahaboo Z. *Understanding the contemporary race-migration nexus*. Ethnic and Racial Studies. 20 de junio de 2016;39(8):1339-1360. <https://doi.org/10.1080/01419870.2016.1161808>

41. Bonilla-Silva E. *Rethinking Racism: Toward a Structural Interpretation*. American Sociological Review. 1997;62(3): 465. <https://doi.org/10.2307/2657316>

42. Phelan JC, Link BG. *Is Racism a Fundamental Cause of Inequalities in Health?* Annual Review of Sociology. 2015;41(1): 311-330. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-073014-112305>

43. Carmichael S, Hamilton CV. *Black Power: The Politics of Liberation in America*. En: *Racism: Essential Readings*. London: SAGE Publi-

cations Ltd; 1967. p. 111-121. <https://doi.org/10.4135/9781446220986>

44. Bernasconi R. *Theorising and Exposing Institutional Racism in Britain: The Contribution of Ann and Michael Dummett to Critical Philosophy of Race*. Journal of Applied Philosophy. 2017;34(4): 593-606.

45. Macpherson of Cluny W. *The Stephen Lawrence Inquiry: Report*. Stationary office. 1999.

46. UN Human Rights Council Working Group of Experts on People of African Descent, Secretariat UHRC. *Report of the Working Group of Experts on People of African Descent on its mission to Spain*. Note by the Secretariat. 2018;

47. Walsemann KM, Bell BA. *Integrated Schools, Segregated Curriculum: Effects of Within-School Segregation on Adolescent Health Behaviors and Educational Aspirations*. Am J Public Health. septiembre de 2010;100(9):1687-1695. <https://doi.org/10.1080/13673324.2016.1248837>

48. Besser LM, Bean C, Foor A, Hoermann S, Renne J. *Evaluating Racial/Ethnic Equity in Planning-Related U.S. Health Impact Assessments Involving Parks and Greenspaces*. Journal of the American Planning Association. 2023;89(4): 472-486. <https://doi.org/10.1080/01944363.2022.2096100>

49. Rights International Spain. *Análisis de Impacto sobre Igualdad Racial (AIIR) a la Prestación de Ingreso Mínimo Vital* [Internet]. Rights International Spain; 2021. Disponible en: <https://rightsinternationalspain.org/wp-content/uploads/2022/05/Analisis-de-Impacto-Sobre-Igualdad-Racial-a-la-Prestacion-de-Ingreso-Minimo-Vital-INFORME1.pdf>

50. Rights International Spain. *Cuestionario Estudio y Diagnóstico sobre Igualdad Racial en España (EDIRE)*. 2021. Disponible en: <http://www.rightsinternationalspain.org/es/campanias/24/analisis-de-impacto-sobre-igualdadracial/109/cuestionario-edire-imprimible>

51. White K, Lawrence JA, Tchangalova N, Huang SJ, Cummings JL. *Socially-Assigned Race and Health: A Scoping Review with Global Implications for Population Health Equity*. International Journal for Equity in Health. 2020;19(1): 25. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-1137-5>

52. Ford CL, Airhienbuwa CO. *The public health critical race methodology: Praxis for antiracism research*. Social Science & Medicine. Octubre de 2010;71(8):1390-8. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.07.030>

53. Consejo de Derechos Humanos. *Visita a España. Informe del Relator Especial sobre Cuestiones de las Minorías (A/HRC/43/47/Add.1)*. 2020.