Annals del Sagrat Cor

2026 | Volum 33. Número 3



Discriminació Sanitària

ISSN 1695-8942

annalsdelsagratcor.org

Annals del Sagrat Cor

Fundats el 1993 pel Dr. Josep Mª Puigdollers Colás

CONSELL DE REDACCIÓ / CONSEJO EDITORIAL / EDITORIAL BOARD

Editor en cap / Editor jefe / Editor in Chief
Jordi Delás Amat

Subdirector en cap / Subeditor jefe / Deputy Editor in Chief
María José Sánchez López

Editors Associats / Editores Asociados / Associated Editors
Margarita Aguas Compaired
Adrià Arboix Damunt
Miquel Bruguera Cortada
Eduardo González Marín
Lucía Mata Haya

Editors col·laboradors / Editores colaboradores / Contributing Editors

Cirurgia General / Cirugía General / General Surgery
Ramón Soliva Domínguez
Servei de Cirurgia General, H. U. Sagrat Cor, Barcelona.

C. Ortopèdica i Traumatologia / C. Ortopédica y Traumatología / Orthopedic Surgery
Aamer Malik
Servei de C. Ortopèdica i Traumatologia, H. U. Sagrat Cor, Barcelona.

Dermatologia / Dermatología / Dermatology
Maribel Iglesias Sancho
Servei de Dermatologia, H. U. Sagrat Cor, Barcelona.

Infermeria / Enfermería / Nursing
Mar Martí Ejarque
Coordinadora d'Investigació i Docència, H. U. Sagrat Cor, Barcelona

Farmàcia / Farmacia / Pharmacy
Marina de Temple Pla
Servei de Farmàcia, H. U. Sagrat Cor, Barcelona.

Pneumologia / Neumología / Respiratory Medicine
Olga Parra Ordaz
Servei de Pneumologia, H. U. Sagrat Cor, Barcelona.

Neurologia / Neurología / Neurology
Karol Uscamaita Amaut
Servei de Neurologia, H. U. Sagrat Cor, Barcelona.

Radiodiagnòstic / Radiodiagnóstico / Diagnostic Imaging
Anna Gallart Ortuño
Servei de Radiodiagnòstic, H. U. Sagrat Cor, Barcelona.

Consell assessor editorial / Consejo asesor editorial / Editorial Advisory Board
Victoria Andreu Solsona
Servei de Digestiu. H. U. Sagrat Cor, Barcelona.

Javier Bara Casaus
Cirurgia Oral i Maxil·lofacial. Instituto Bara-Gaseni, Barcelona.

Nuria Barrera Aguilera
Medicina Familiar. Cap La Sagrera. Barcelona

Xavier Beltrán Ramón
Servei de Cirurgia Vascular. H. U. Sagrat Cor, Barcelona.

Montse Bartroli Checa
Agència de Salut Pública de Barcelona

Josep Antoni Bombí Latorre
Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, Barcelona.

Eleuterio Cánovas Robles
Servei d'Otorrinolaringologia, H. U. Sagrat Cor, Barcelona.

Josep Maria Catalan Borrás
Servei de C. Ortopèdica i Traumatologia, H. U. Sagrat Cor, Barcelona.

Adrián A. Ceccato
Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí (I3PT), Sabadell, Barcelona.

Rosa Coll Collell
Servei de Medicina Interna, H. U. Sagrat Cor, Barcelona.

Vicente De Sanctis Briggs
Unitat del Dolor. H. U. Sagrat Cor, Barcelona.

Kira Diz Miserachs
Psicologia General Sanitària. Figueres, Girona.

Juan José Fibla Alfara
Servei de Cirurgia Toràcica. H. U. Sagrat Cor, Barcelona.

Marina Galdeano Lozano
Servei de Pneumologia, H. U. Germans Trias i Pujol, Badalona. Barcelona.

Alejandra Leticia Gandaras Tourcakis
Servei de Radiodiagnòstic, H. U. Sagrat Cor, Barcelona

Francisco Javier Gil López
Servei de Neurologia, H. U. Sagrat Cor, Barcelona.

Juan González Valdivieso
Servei de Farmàcia, H. U. Sagrat Cor, Barcelona.

Mercedes Ibarz Villamayor
Servei de Medicina Intensiva, H. U. Sagrat Cor, Barcelona.

Carmen Lombardía López
Departament d'Infermeria. H. U. Sagrat Cor, Barcelona.

Ana Lozano Miñana
Servei de Medicina Interna, H. U. Sagrat Cor, Barcelona.

Gemma Martín Ezquerra
Servei de Dermatologia. Hospital del Mar Research Institute, Barcelona.

María José Medina Gómez
Unitat del Dolor. H. U. Sagrat Cor, Barcelona.

Laureano Molins López-Rodó
Cirtórax, Centro Médico Teknon, Barcelona.

Mar Monerris Tabasco
Unitat del Dolor. H. U. Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona.

César Morcillo Serra
Direcció Mèdica, Hospital Digital Sanitas, Barcelona.

Felip Orient López
Servei de Medicina Física i Rehabilitació. H. U. Sagrat Cor, Barcelona.

Jordi Palés Argullós
Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, Barcelona.

Elena Ramió Montero
Servei de Farmàcia. Clínica Girona, Girona.

Carme Roca Saumell
Medicina Familiar. Cap el Clot de Barcelona.

Laura Ruiz Villa
Unitat del Dolor. Servei Anestèsia i Reanimació. Hospital Clínic i Provincial, Barcelona.

Rosario Salas Campos
Servei de Medicina Interna, H. U. Sagrat Cor, Barcelona.

Montserrat Salleras Redonnet
Servei de Dermatologia, H. U. Sagrat Cor, Barcelona.

Laura Tuneu Valls
Servei d'Endocrinologia. H. U. Sagrat Cor, Barcelona.

Miquel Vilardell Tarrés
Medicina Interna Reial Acadèmia de Medicina, Barcelona.

Comitè d'Honor / Comité de Honor / Honorary Committee
Cayetano Alegre de Miquel
Miquel Balcells Riba
Eduardo Basilio Bonet
Francesc Fernández Monrás
Pablo Umbert Millet
Gonzalo Vidal López
Eduardo Irache Esteban

Sumari / Índice / Contents

EDITORIAL 98

Discriminació sanitària

DEBAT 99

Discriminació en l'atenció sanitària
Jordi Delás, María José Sánchez, Chiara Ortolani

No me gusta que me traten así 100
Belén Ignacio

Discriminació davant la diversitat intel·lectual. No hi ha pitjor desigualtat que atendre igual al diferent: una visió humanista de l'acte mèdic .. 101
Jordi Lobo

Informe de l'Observatori de les Discriminacions a Barcelona 2024 102

ORIGINAL 103

Experiencias y percepciones del estigma relacionado con el VIH en el sistema sanitario español: integración de evidencia desde pacientes y profesionales
Experiències i percepcions de l'estigma relacionat amb el VIH al sistema sanitari espanyol: integració d'evidència des de pacients i professionals
Experiences and perceptions of HIV-related stigma in the Spanish healthcare system: integration of evidence from patients and healthcare professionals
Yelson Alejandro Picón-Jaimes, Iván David Lozada-Martínez, Mar Rosàs Tosas, Juan Tiraboschi

REVISIÓ 114

Limitacions del sistema sanitari en l'atenció a la població migrant racialitzada: revisió sistemàtica
Limitaciones del sistema sanitario en la atención a la población migrant racializada: revisión sistemática
Healthcare System Limitations in the Care of Racialized Migrant Populations: A Systematic Review
Lucía Bernad Garzón, Ernest Bragulat Baur

LLIÇÓ MAGISTRAL 128

Ética y profesionalismo en el ejercicio de la Medicina
Ètica i professionalisme en l'exercici de la Medicina
Ethics and Professionalism in the Practice of Medicine. Honorary Doctorate Acceptance Speech
Dr. Laureano Molins López-Rodó

CAS CLÍNIC

Fibrosis pulmonar idiopática: caso clínico 133
Fibrosi pulmonar idiopàtica: cas clínic
Idiopathic pulmonary fibrosis: case report
Andrea Elies Paradelo

Resecció de timoma per esternotomia en pacient de 80 anys 139
Resección de timoma por esternotomía en paciente de 80 años
Thymoma resection by sternotomy in an 80-year-old patient
Teo Herrero Jorge

L'HOSPITAL ÉS HISTÒRIA. METGES DEL SAGRAT COR 144

Marià Bretón Plandiura (1892-1955)
Miquel Bruguera Cortada

DECÀLEG DE BONES PRÀCTIQUES LINGÜÍSTIQUES 145

Annals del Sagrat Cor (ISSN: 1695-8942) és publica trimestralment amb 4 números l'any.
Annals del Sagrat Cor està disponible online a:
http://www.annalsdelsagratcor.org

Correspondència: Biblioteca. Hospital Universitari Sagrat Cor. c/ Viladomat 288. 08029 Barcelona.

Tel.: 933.221.111. mail: annals@annalsdelsagratcor.org

Disseny i maquetació: Sònia Poch · spoch44@gmail.com

D.L.: B-3794-93

Llicència d'ús: Annals del Sagrat Cor està subjecte a una llicència Reconeixement-CompartirIgual 4.0 Internacional de Creative Commons

Amb el suport de l'Associació Professional de Metges i Titulats Superiors

Discriminació sanitària

En l'atenció sanitària només ha d'haver-hi diferències derivades del propi problema de salut.

La magnitud del problema ordena l'assistència —i no l'ordre d'arribada— com s'ha instaurat en el triatge o selecció, en funció de la gravetat del motiu de consulta, en els serveis d'urgències. L'excel·lent traumatòleg del nostre Hospital, Joaquim Xicoy, relatava la història d' un membre de la cort del rei advertint al metge de tractar-lo de forma especial quan el visités: "Impossible, jo tracto a tots els meus pacients com a reis".

Hi ha malalties que per si mateixes discriminen. Durant les epidèmies, la por del contagi comporta que la malaltia assoleixi una dimensió social: el malalt pot passar de ser una persona que necessita ajuda a constituir una amenaça. Malalties infeccioses, com sarna, sífilis, tuberculosi han tingut mala consideració i generat preguntes inquisidores sobre com s'haurà contret.

El VIH és una malaltia que estigmatitza. En aquest mateix número dels Annals, Yelson A. Picón-Jaimes i col·labs. analitzen com l'estigma associat a aquesta malaltia dificulta l'abordatge equitatiu.

Discriminació per prejudicis o judicis previs. També en aquest número, Lucía Bernad proposa que els valors inherents a la medicina, integritat, altruisme i respecte a la dignitat humana, exigeixen que cada persona, independentment del seu origen, situació administrativa, llengua o cultura sigui tractada amb consideració i sense prejudicis.

Edat. L'experiència i l'adequada preparació ens ha de portar a tractar a les persones com volen ser tractades. La cerca de l'empatia no comporta infantilitzar persones joves, i encara menys a gent gran.

Jutjar per l'aspecte. No és procedent prioritzar circumstàncies socials a la mateixa malaltia. Sovint la referència a pobresa o problema social va per davant del diagnòstic.

Barreres administratives. Funcionen com entrebancs i poden ocasionar una pitjor assistència, una marginació que el professional no té cap dret de desencadenar.

Tractar adequadament al diferent. Cal reconèixer les nostres dificultats per tractar a les persones amb diversitat sensorial i, Jordi Lobo, reconegut pedagog terapeuta i logopeda, ens fa reflexionar al voltant que "No hi ha pitjor desigualtat que atendre igual al diferent".

El professionalisme mèdic ha d'oferir el marc ètic de la formació i la pràctica de la medicina. Així ho recorda el Dr. Laureano Molins en el seu discurs d'investidura com Doctor Honoris Causa de la Universitat CEU Abat Oliba i que es pot gaudir també en aquest número.



La por al problema social fa desatendre el problema sanitari sense que ningú se n'assabenti

Foto: Monica das Neves. www.instagram.com/monicad_photography

Visita la pàgina

https://annalsdelsagratcor.wordpress.com/about/

Les instruccions pels autors estan disponibles a la pàgina web

Las instrucciones para los autores

están disponibles en la página web

The instructions for authors

are available on the website

Discriminació en l'atenció sanitària

JORDI DELÁS[a], MARÍA JOSÉ SÁNCHEZ[a], CHIARA ORTOLANI[b]

[a]Editors d'Annals del Sagrat Cor. [b]Universitat de Trieste

La discriminació és el tracte injust o desigual cap a una persona o grup a causa de característiques com l'edat, la discapacitat, el gènere, la raça, la religió, l'orientació sexual o altres circumstàncies personals.

No sempre és evident. Pot ser directa i intencionada, o bé manifestar-se de manera indirecta a través de normes, pràctiques o sistemes que perjudiquen determinats col·lectius.

En l'àmbit sanitari i social, hi ha discriminació quan una persona rep un tracte desigual en accedir a serveis o durant la prestació de teràpia i suport.

La discriminació contradiu principis fonamentals com la dignitat, la igualtat i l'atenció centrada en la persona, a més d'incomplir les normes professionals i la legislació vigent. Encara que no sigui intencionada, pot afectar greument el benestar i la qualitat de vida dels qui reben atenció.

CAUSES

La discriminació no sempre respon a una intenció conscient. Sovint sorgeix per actituds, pràctiques organitzatives o condicions de treball que afavoreixen un tracte desigual. Identificar-ne les causes permet prevenir-la i corregir-la. Entre els factors més habituals hi ha:

- Manca de formació i sensibilització: el personal pot no reconèixer conductes discriminatòries ni comprendre'n les conseqüències.
- Prejudicis i estereotips.
- Polítiques o procediments inadequats, ja que algunes normes poden perjudicar certs col·lectius sense que hi hagi una intenció discriminatòria.
- Escàs coneixement cultural o discapacitat: pot provocar errors d'interpretació i una atenció poc adaptada a les necessitats reals.
- Pressió assistencial i manca de personal
- Lideratge deficient i cultura organitzativa negativa, ja que si no es promou la igualtat ni es corregeixen les conductes inadequades, la discriminació es pot normalitzar.

TIPUS DE DISCRIMINACIÓ

Discriminació directa. Es produeix quan una persona rep un tracte menys favorable a causa d'una característica personal, com ara l'edat, la discapacitat, la raça, la religió o el gènere.
Exemple: negar atenció o suport a una persona per la discapacitat o les creences religioses.

Discriminació indirecta. Ocorre quan una norma o pràctica aparentment neutral perjudica un grup determinat.
Exemple: oferir informació únicament en un idioma, dificultant-ne la comprensió a persones que no el dominen o tenen dificultats de lectura.

Discriminació institucional. Té l'origen en polítiques, procediments o estructures organitzatives que generen desigualtat de manera sistemàtica.
Exemple: l'absència d'instal·lacions o d'equips accessibles per a usuaris de cadira de rodes.

Assetjament. Consisteix en conductes no desitjades relacionades amb característiques personals que generen un entorn ofensiu, intimidatori o hostil.
Exemple: fer comentaris o bromes ofensives sobre la raça, la discapacitat, l'aspecte físic o la procedència d'una persona.

Victimització. Es produeix quan algú rep un tracte desfavorable per denunciar una situació discriminatòria o recolzar qui l'ha denunciat.
Exemple: excloure o perjudicar laboralment un treballador després de presentar una queixa per discriminació.

En la pràctica clínica, trobem exemples habituals de discriminació, alguns de manera absolutament inconscient com:

- Ignorar les necessitats culturals o religioses d'una persona.
- Adreçar-se a una persona amb discapacitat de manera paternalista o condescendent.
- Excloure parelles del mateix sexe de decisions relacionades amb l'atenció.
- No proporcionar intèrprets ni suports de comunicació quan calguin.
- Pressuposar limitacions o necessitats únicament per l'edat duna persona.

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-CompartirIgual 4.0 Internacional.

IMPACTE

Pel que fa a les persones, la discriminació pot afectar l'experiència assistencial, repercutint en la salut i el benestar, ja que genera una pèrdua de confiança en els serveis d'atenció, i la corresponent reticència a sol·licitar ajuda o suport.

En les persones més vulnerables, aquests efectes poden incrementar el risc de dany i limitar-ne la independència.

Respecte als serveis sanitaris i socials, la discriminació també afecta el seu funcionament. A més de l' evident manca de qualitat assistencial, es produeix un augment de queixes, un descens en la motivació del personal que genera més rotació i burnout professional, afectant la imatge i credibilitat dels serveis sanitaris.

DISCRIMINACIÓ I DIVERSITAT

La diversitat implica reconèixer i valorar les diferències entre les persones, incloent-hi cultura, idioma, creences, capacitats, edat, gènere i experiències personals.

Reconèixer les desigualtats, valorar la diversitat i promoure la igualtat a la pràctica diària permet proporcionar una atenció més justa, respectuosa i veritablement centrada en la persona.



No me gusta que me traten así

BELÉN IGNACIO

Integradora laboral

Hace bastantes años, una señora de cierta edad, se refería a mí, diciendo que no era ni hombre ni mujer, "es una cosa rara".

Mis amigas me decían que no se lo tuviera en cuenta, que lo que ocurría es que no tenía mayor información o educación y que por tanto no sabía cómo responder adecuadamente.

Pero no, no me gusta que me traten así. No me gusta que cuando voy al médico a mí o a otras compañeras nos llamen por el nombre que está en el DNI y no por el que he escogido.

Que me digan, "cómo no voy a llamarle por su nombre" y que, de manera reiterada, se dirijan a mí utilizando el género masculino cuando yo soy una mujer.

No me gusta sentirme juzgada con sus palabras y agredida mediante preguntas, como cuando deliberadamente me preguntan si soy artista o prostituta.

En la visita médica, no me gusta que no se me trate como espero ser tratada. Resulta muy violento que los profesionales no tengan la formación al respecto que se les supone, formación que tendría que ir mucho más allá y prevalecer sobre sus opiniones personales.

No me gusta que eviten explorarme, ni tampoco un exceso de curiosidad. Las actitudes que van desde un falso respeto hasta un franco rechazo. No me gusta que me traten así.

Por todo esto, en general, no me gusta ir al médico, no lo paso bien. Me siento excesivamente juzgada si me retraso o si falto a una cita. Y pienso que existe un abismo entre las declaraciones institucionales de la sanidad pública y el trato que recibo por parte de los profesionales.

Discriminació davant la diversitat intel·lectual. No hi ha pitjor desigualtat que atendre igual al diferent: una visió humanista de l'acte mèdic

JORDI LOBO

Pedagog Terapeuta i Logopeda

Quantes vegades, amb la millor intenció, es confon igualtat amb equitat. Les persones amb discapacitat intel·lectual tenen el dret a tenir igualtat d'oportunitats tot respectant i atenent la diferencia, la diversitat.

En atenció mèdica això es cabdal. L'atenció mèdica ha de prioritzar, més que la malaltia, al malalt; a la persona, a l'especificitat del pacient, tot acollint la personalització com a principi rector de l'actuació mèdica.

En definitiva, parlem d'aplicar el principi de discriminació positiva,(que no és pas el de la sobreprotecció). Es tractaria de propiciar un entorn i un ambient càlid, en el que el pacient es senti segur, sense límit de temps, per facilitar que pugui expressar tot el que li passa i necessita, sense aplicar en la interpretació, creences anteriors, o formes de relació estandarditzades i/o protocols establerts i pre-concebuts. que no es ambient càlid, en el que el pacient es senti segur, sense límit de temps, per facilitar que pugui expressar tot el que li passa i necessita, sense aplicar en la interpretació, creences anteriors, o formes de relació estandarditzades i/o protocols establerts i pre-concebuts.

Una vegada un company de feina em va dir "No per que sí , tenim dues orelles i una boca; és per escoltar el doble del que parlem (això, està clar, és vàlid en la primera part de la visita).

Saber escoltar i interpretar les indicacions que ens transmet el pacient i les conductes de fugida i/o disruptives,... amb una actitud d'empatia i sana escolta, ens ajudarà a aproximar-nos al malat i a la seva malaltia.

Més endavant quan haguem d'explicar-nos, es convenient emprar un llenguatge senzill, (que no pas infantilitzat si el pacient és un adolescent o un adult), amb frases curtes i amb molts suports visuals. Caldria, en tot moment, assegurar-se que el pacient té una comprensió correcta de les instruccions donades.

Molt recomanable emprar la "lectura fàcil" https://www.lecturafacil.net/ i pictogrames https://arasaac.org/index.html

Un altre principi que crec ha de regir l'acte mèdic és el principi de realitat. Sovint, amb les persones amb discapacitat intel·lectual, amb la intenció d'empoderar-les , hi ha tendència a fer comentaris que creen falses expectatives. Bo es evitar-ho: no només perquè no ajuda a la assumpció de límits i capacitats, sinó perquè interfereix en el benestar emocional. I, crec, que no col·labora a un tipus de relació construïda amb dignitat.

Altra cosa és, transmetre al pacient la percepció que tenim, o que detectem, de les seves capacitats. Aquest empoderament real sí ajuda a construir un idea de si mateix plena d'autoestima; tan necessària en persones que sempre han de conviure amb les seves limitacions i amb la difícil tasca de gestionar-les adequadament.

Per aconseguir, per part del metge, aquesta "actitud sana", col·laborativa, pròxima, eficient i honesta, que ajudarà, sense cap mena de dubte, a ser un bon actor de la millora i cura del pacient, i al èxit de la comprensió i, per tant de l'aplicació del tractament, per tal d'aconseguir-ho, el metge és bo que tingui coneixement profund del que és i suposa la discapacitat intel·lectual. I això passa per una formació transversal ja en els estudis de medicina.

Tota persona que emprengui els estudis de medicina, hauria de tenir en el currículum, una bona formació (humanista) de la discapacitat (sobre tot els pediatres!). També el currículum hauria de contemplar un bon programa de practiques, per conèixer i viure de primera mà aquesta complexa realitat; la de la persona, la de la família i la del entorn més proper.



Informe de l'Observatori de les Discriminacions a Barcelona 2024

A continuació es detallen les dades clau sobre la discriminació en hospitals i centres sanitaris recollides a l'informe de 2024:

1. **Incidències en centres hospitalaris com a espai.**

Segon espai públic amb més casos: els centres hospitalaris van registrar 110 situacions de discriminació, sent el segon espai públic amb més incidències de la ciutat, només per darrere dels carrers, parcs, platges i places (155 casos).

2. **La salut com a eix de discriminació**

Volum de denúncies: la salut es va situar com el tercer motiu principal de discriminació a Barcelona, amb un total de 267 incidències.

Perfil de les persones afectades: el 62 % de les persones afectades per discriminació en l'àmbit de la salut van ser dones.

Àmbits més destacats: dins d'aquest eix, van destacar les discriminacions vinculades a la salut mental, la salut sexual i reproductiva i la serofòbia (a persones que viuen amb el virus de la immunodeficiència adquirida VIH).

Agent discriminador: el principal agent discriminador identificat en els casos relacionats amb la salut va ser l'Administració pública.

3. **Discriminació lingüística en l'atenció sanitària**

Atenció en centres sanitaris: Moltes de les 192 incidències registrades per raó de llengua (on el 100 % dels casos van ser pel tracte rebut en fer servir el català) van tenir lloc durant la prestació d'atenció en centres sanitaris.

4. **Discriminació interseccional i col·lectius vulnerables**

Atenció sexual i reproductiva: Es va registrar una forta discriminació interseccional (creuament de racisme, gènere i salut) que va afectar especialment dones joves i d'origen estranger en contextos d'atenció a la salut sexual i reproductiva.

Accés a la sanitat pública: Es van detectar dificultats específiques d'accés a la sanitat pública per a persones trans d'origen estranger.

5. **Accions de millora realitzades**

Es van impartir tallers de sensibilització al personal sanitari per millorar l'atenció a persones del col·lectiu LGTBI+ i es van fer acompanyaments a persones trans per garantir el seu dret a la salut pública.



Direcció de Serveis de Drets Humans, Justícia Global i Cooperació Internacional; Àrea de Drets Socials, Salut, Cooperació i Comunitat. Informe de l'Observatori de les Discriminacions a Barcelona 2024. Barcelona: Ajuntament de Barcelona; 2025. Disponible a: https://ajuntament.barcelona.cat/dretsidiversitat/sites/default/files/InformeDiscriminacions2024_Online_CAT.pdf

Experiencias y percepciones del estigma relacionado con el VIH en el sistema sanitario español: integración de evidencia desde pacientes y profesionales

Experiències i percepcions de l'estigma relacionat amb el VIH al sistema sanitari espanyol: integració d'evidència des de pacients i professionals

Experiences and perceptions of HIV-related stigma in the Spanish healthcare system: integration of evidence from patients and healthcare professionals

YELSON ALEJANDRO PICÓN-JAIMES[a], IVÁN DAVID LOZADA-MARTÍNEZ[b], MAR ROSÀS TOSAS[c], JUAN TIRABOSCHI[d]

[a]Facultad de Ciencias de la Salud- Blanquerna, Universitat Ramon Llull; Centro de Atención Primaria La Pau, Instituto Catalán de la Salud, Barcelona, España.

[b]Unidad de Cienciometría Biomédica e Investigación Basada en Evidencia, Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad de la Costa, Barranquilla, Colombia.

[c]Facultad de Ciencias de la Salud- Blanquerna, Universitat Ramon Llull, Barcelona, España.

[d]Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Bellvitge-IDIBELL–Universidad de Barcelona, Hospitalet de Llobregat, España.

Palabras clave: Actitud del Personal Sanitario; España; Estigma Social; Infecciones por VIH/ psicología; Minorías Sexuales y de Género/ psicología.

Paraules clau: Actitud del Personal Sanitari; Espanya, Estigma Social; Infecció pel VIH/ psicologia; Minories sexuals i de gènere/ psicologia.

Keywords: Attitudes of Health Personnel; HIV Infections/ psychology; Sexual and Gender Minorities/ psychology; Social Stigma; Spain.

Recibido: 1-junio-2026

Aceptado: 3-septiembre-2026

Correspondencia: ypicon@unab.edu.co

Picón-Jaimes YA, Lozada-Martínez ID, Rosàs Tosas M, Tiraboschi J. Experiencias y percepciones del estigma relacionado con el VIH en el sistema sanitario español: integración de evidencia desde pacientes y profesionales. Ann Sagrat Cor. 2026; 33(3): 103-113.

RESUMEN

Introducción: El estigma asociado al VIH continúa limitando el acceso equitativo a la atención sanitaria en España, incluso con cobertura casi universal de tratamiento antirretroviral. El objetivo de este estudio fue sintetizar los hallazgos de dos estudios de métodos mixtos realizados con personas con VIH y profesionales sanitarios para caracterizar de forma integrada el estigma relacionado con el VIH en el sistema sanitario español y proponer líneas de intervención.

Métodos: Síntesis integrativa de dos estudios observacionales, descriptivos y transversales con componente cualitativo, ambos aprobados por el Comité de Ética de la Investigación Clínica del Hospital Universitario de Bellvitge (Acta 03/24, Ref. PR352/23). El primero evaluó el estigma autopercibido (interiorizado, anticipado y experimentado) en 525 personas con VIH mediante un cuestionario validado y diez entrevistas semiestructuradas. El segundo evaluó conocimientos, actitudes y miedo al contagio en 1.013 profesionales sanitarios mediante el cuestionario CAP HIV/AIDS y doce entrevistas semiestructuradas.

Resultados: El estigma interiorizado fue bajo en personas con VIH (65,9–79,4 %), mientras que el estigma anticipado y experimentado fue alto: 35,6 % reportó discriminación y cerca de la mitad refirió evitación del contacto físico. Los profesionales mostraron alto conocimiento (90–99 %), pero baja preparación (57,9 %) y 60,3 % reportó miedo al contagio. Cualitativamente se observaron conductas evitativas asociadas a falta de formación específica.

Conclusiones: Existe una brecha entre conocimiento y práctica clínica en profesionales sanitarios que perpetúa el estigma hacia el VIH, impulsada por el miedo al contagio y una formación insuficiente. Se requiere formación continuada específica prioritaria y coste-efectiva.

RESUM

Introducció: L'estigma associat al VIH continua limitant l'accés equitatiu a l'atenció sanitària a Espanya, fins i tot amb cobertura quasi universal de tractament antiretroviral. L'objectiu d'aquest estudi va ser sintetitzar les troballes de dos estudis de mètodes mixtos realitzats

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-CompartirIgual 4.0 Internacional.

amb persones amb VIH i professionals sanitaris per caracteritzar de manera integrada l'estigma relacionat amb el VIH al sistema sanitari espanyol i proposar línies d'intervenció.

Mètodes: Síntesi integrativa de dos estudis observacionals, descriptius i transversals amb component qualitatiu, tots dos aprovats pel Comitè d'Ètica de la Recerca Clínica de l'Hospital Universitari de Bellvitge (Acta 03/24, Ref. PR352/23). El primer va avaluar l'estigma autopercebut (interioritzat, anticipat i experimentat) en 525 persones amb VIH mitjançant un qüestionari validat i deu entrevistes semiestructurades. El segon va avaluar coneixements, actituds i por del contagi en 1.013 professionals sanitaris mitjançant el qüestionari CAP HIV/AIDS i dotze entrevistes semiestructurades.

Resultats: L'estigma interioritzat va ser baix en persones amb VIH (65,9–79,4 %), mentre que l'estigma anticipat i experimentat va ser alt: el 35,6 % va reportar discriminació i prop de la meitat va referir evitació del contacte físic. Els professionals van mostrar alt coneixement (90–99 %), però baixa preparació (57,9 %) i 60,3 % va reportar por al contagi. Qualitativament es van observar conductes evitatives associades a manca de formació específica.

Conclusions: Hi ha una escletxa entre coneixement i pràctica clínica en professionals sanitaris que perpetua l'estigma cap al VIH, impulsada per por del contagi i de la formació insuficient. Cal formació continuada específica prioritària i cost-efectiva.

ABSTRACT

Introduction: HIV-related stigma continues to limit equitable access to healthcare in Spain, even in the context of near-universal coverage of antiretroviral therapy. The aim of this study was to synthesize the findings of two mixed-methods studies conducted among people living with HIV and healthcare professionals to comprehensively characterize HIV-related stigma within the Spanish healthcare system and propose intervention strategies.

Methods: An integrative synthesis of two observational, descriptive, cross-sectional studies with a qualitative component, both approved by the Clinical Research Ethics Committee of Hospital Universitari de Bellvitge (Acta 03/24, Ref. PR352/23). The first study assessed self-perceived stigma (internalized, anticipated, and experienced) in 525 people living with HIV using a validated questionnaire and ten semi-structured interviews. The second study assessed knowledge, attitudes, and fear of contagion in 1,013 healthcare professionals using the CAP HIV/AIDS questionnaire and twelve semi-structured interviews.

Results: Internalized stigma was low among people living with HIV (65.9–79.4 %), whereas anticipated and experienced stigma was high: 35.6 % reported discrimination and nearly half reported avoidance of physical contact by healthcare workers. Professionals showed high levels of knowledge (90–99 %), but low perceived preparedness (57.9 %) and 60.3 % reported fear of HIV transmission. Qualitative findings revealed avoidance behaviors associated with a lack of specific training.

Conclusions: A gap exists between knowledge and clinical practice among healthcare professionals that perpetuates HIV-related stigma, driven by fear of contagion and insufficient training. Targeted, continuous, and cost-effective educational interventions are required as a priority.

INTRODUCCIÓN

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ha pasado, gracias al tratamiento antirretroviral, de ser una enfermedad mortal a una condición crónica manejable; sin embargo, el estigma asociado a esta infección sigue representando una de las principales barreras para una atención sanitaria equitativa [1,2]. El estigma puede entenderse como un proceso social mediante el cual ciertas diferencias humanas son etiquetadas, vinculadas a estereotipos negativos y utilizadas para justificar la pérdida de estatus y la discriminación de quienes las presentan [2,3], fenómeno que Goffman describió ya en la década de 1960 como un atributo profundamente desacreditador [3]. Según la clasificación más utilizada en la literatura especializada, el estigma relacionado con el VIH puede manifestarse como interiorizado (cuando la propia persona con VIH asume los prejuicios sociales hacia sí misma), anticipado (la expectativa de ser discriminado en el futuro) o experimentado (episodios reales de discriminación vividos), y puede a su vez ser ejercido por terceros, incluyendo al personal sanitario [4,5].

En el contexto sanitario, el estigma por parte de los profesionales de la salud reviste una especial gravedad, ya que quienes deberían constituir una red de apoyo para las personas con VIH (PVIH) pueden convertirse, mediante conductas evitativas o discriminatorias, en una fuente adicional de sufrimiento [4-6]. La evidencia internacional documenta comportamientos como la evitación del contacto físico, el uso desproporcionado de medidas de protección, la revelación no consentida del diagnóstico o el trato displicente, observados tanto en países de ingresos bajos y medios, como en sistemas sanitarios de altos ingresos [6-9]. Estas conductas no solo vulneran los derechos de las PVIH, sino que generan estigma anticipado, un retraso en la búsqueda de atención y una menor adherencia al tratamiento antirretroviral, perpetuando así un ciclo que compromete los objetivos globales para el control de la pandemia del VIH [10,11].

En España, los indicadores epidemiológicos del VIH se encuentran próximos a los objetivos 95-95-95 de ONUSIDA; según datos del Ministerio de Sanidad, el 92,5 % de las PVIH conoce su diagnóstico, el 96,6 % de quienes lo conocen recibe tratamiento antirretroviral y el 90,4 % de quienes lo reciben alcanza supresión viral [12,13]. Sin embargo, este progreso clínico convive con la persistencia de actitudes estigmatizantes, según señala el propio Ministerio de Sanidad en su

Pacto Social para la No Discriminación asociada al VIH [13]. Estudios previos en estudiantes de enfermería españoles sugieren actitudes mayoritariamente positivas hacia las PVIH, en línea con hallazgos de cohortes europeas más amplias, aunque persisten lagunas relevantes en la comprensión de cómo se traduce este conocimiento teórico en la práctica clínica diaria, especialmente desde la perspectiva de quienes reciben la atención [14,15].

Para abordar esta laguna de conocimiento, se diseñaron dos estudios complementarios de métodos mixtos en el marco de una investigación doctoral: el primero centrado en el estigma autopercibido por las PVIH en España; el segundo en los conocimientos, actitudes y miedo al contagio entre profesionales sanitarios españoles [16,17]. El objetivo del presente artículo es sintetizar e integrar los hallazgos de ambos estudios para ofrecer una caracterización conjunta desde la doble perspectiva de pacientes y profesionales sanitarios sobre el estigma relacionado con el VIH en el sistema sanitario español, y derivar de ello recomendaciones para su mitigación.

MÉTODOS

Diseño del estudio

Se presenta una síntesis integrativa de dos estudios observacionales, descriptivos, de corte transversal y con un componente cualitativo complementario. Ambos están enmarcados en el mismo proyecto de investigación doctoral y conducidos siguiendo las recomendaciones STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology) para la fase cuantitativa y COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research) para la fase cualitativa [16,17].

Contexto

Ambos estudios se desarrollaron en el ámbito sanitario español, que ofrece atención a PVIH a través de un sistema nacional de salud descentralizado y de financiación pública, complementado en ocasiones por un sector privado. La atención a las PVIH se realiza principalmente en unidades hospitalarias multidisciplinares de medicina interna o por médicos de familia con formación específica, dado que la infectología no constituye una especialidad médica formal independiente en España.

Participantes

En el primer estudio se incluyeron personas de 18 años o más con VIH, residentes en España y que otorgaron su consentimiento informado; se excluyeron quienes no residían en el país, viajeros, estudiantes con estancias inferiores a seis meses y migrantes en tránsito. En el segundo estudio se incluyeron profesionales sanitarios mayores de 18 años, en ejercicio activo y autorizados para ejercer en España, que atendieran o pudieran atender a PVIH; se excluyeron profesionales jubilados y personal dedicado exclusivamente a labores administrativas.

Variables

En el estudio con PVIH, las variables sociodemográficas incluyeron sexo, edad, orientación sexual, nivel educativo, comunidad autónoma y tipo de servicio sanitario, junto con variables clínicas como el tiempo transcurrido desde el diagnóstico. El estigma autopercibido se evaluó en sus tres dimensiones (interiorizado, anticipado y experimentado), mediante el cuestionario validado de Earnshaw et al. [18], compuesto por 25 ítems tipo Likert. En el estudio con profesionales sanitarios, las variables incluyeron datos demográficos y profesionales (profesión, nivel educativo, años de experiencia, tipo de centro donde trabajaban y servicio), conocimientos sobre transmisión y prevención del VIH, actitudes hacia las PVIH, formación previa recibida y miedo al contagio, evaluados mediante el cuestionario "Conocimientos, Actitudes y Prácticas hacia el VIH/SIDA" (CAP HIV/AIDS) de la Federación Internacional de Planificación Familiar. Las variables cualitativas en ambos estudios incluyeron las definiciones personales de estigma, experiencias vividas, factores percibidos como contribuyentes y estrategias propuestas para su reducción.

Fuentes de datos y mediciones

En el estudio con PVIH, los datos se recogieron en 2024 mediante un cuestionario en línea, adaptado culturalmente y piloteado con 20 voluntarios. En el estudio con profesionales, el cuestionario CAP HIV/AIDS, validado en español, también fue piloteado con 20 participantes. En ambos estudios, las entrevistas cualitativas semiestructuradas se realizaron por videollamada, fueron grabadas con autorización expresa y transcritas; en el estudio con PVIH las entrevistas duraron entre 40 y 60 minutos, alcanzándose saturación teórica con 10 participantes, mientras que en el estudio con profesionales se entrevistó a 12 participantes seleccionados intencionalmente entre quienes completaron la fase cuantitativa.

Sesgos

Dada la sensibilidad del tema y la dificultad de alcanzar a una población reticente a participar por temor al estigma, en el estudio con PVIH se empleó un muestreo no probabilístico de bola de nieve, diversificando las semillas iniciales de reclutamiento (profesionales sanitarios con VIH, activistas LGBTQ+ y grupos de apoyo entre pares) para reducir la sobrerrepresentación de una úni-

ca red social. En el estudio con profesionales se realizó una convocatoria abierta en redes sociales para ampliar el alcance geográfico, y se garantizó el anonimato de las respuestas. En ambos casos se reconoce que el muestreo no probabilístico limita la representatividad y puede distorsionar la prevalencia real del fenómeno estudiado.

Tamaño de la muestra

Para el estudio con profesionales, el tamaño muestral se calculó con la fórmula para una proporción en población infinita (>10.000), con un nivel de confianza del 95 % (Z=1,96) y un margen de error del 5 %, resultando en un mínimo necesario de 384 participantes. Para el estudio con PVIH no se fijó un tamaño muestral mínimo a priori, dada la naturaleza exploratoria del muestreo no probabilístico empleado.

Métodos estadísticos

En ambos estudios se realizó un análisis univariante mediante frecuencias absolutas y relativas, y medidas de tendencia central (mediana, RIQ), tras comprobar mediante Kolmogorov-Smirnov que las variables no seguían una distribución normal. En el estudio con PVIH se aplicaron pruebas de Kruskal-Wallis para comparar el estigma según sexo, orientación sexual y nivel educativo, con comparaciones post hoc de Wilcoxon, y una matriz de correlación de Spearman entre edad, tiempo desde el diagnóstico y los tres tipos de estigma. En el estudio con profesionales se aplicaron Kruskal-Wallis y Friedman para el miedo al contagio según sexo y profesión, con comparaciones de Durbin-Conover. Los análisis cuantitativos se realizaron con IBM SPSS v.29, y los cualitativos con ATLAS.ti v.24, mediante codificación temática inductiva por dos investigadores independientes (YAPJ e IDLM) con resolución de discrepancias por consenso.

Consideraciones éticas

Ambos estudios se ajustaron a los principios de la Declaración de Helsinki y al Reglamento Europeo de Protección de Datos 2016/679. Todos los participantes otorgaron consentimiento informado, y el protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación Clínica del Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona (Acta 03/24, Ref. PR352/23). En la Figura 1 se muestra un resumen de las principales características.

RESULTADOS

Estudio con personas con VIH

Tras la difusión de la convocatoria de participación, se estimó que unas 4.000 personas tuvieron acceso a ella, de las cuales 525 respondieron (tasa de respuesta 13,1 %). La mediana de edad fue de 38 años (RIQ 19) y la mediana de tiempo desde el diagnóstico fue de 4 años (RIQ 4). El 53,3 % eran hombres, el 41,9 % mujeres y el 4,8 % personas no binarias; el 61,0 % se identificó como heterosexual y el 23,8 % como homosexual, con un 12,4 % bisexual. En cuanto al nivel educativo, el 32,4 % tenía formación técnica y el 25,7 % titulación universitaria. Casi la totalidad (96,2 %) recibía atención por el sistema público, y el 95,2 % en hospital público. La distribución geográfica mostró mayor concentración en Madrid y la Comunidad Valenciana, con representación de prácticamente todas las comunidades autónomas. La Tabla 1 resume las características sociodemográficas. La Figura 2 es un mapa que representa la participación según comunidad autónoma en ambos estudios.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes en ambos estudios.

Característica	PVIH (n=525)	Profesionales sanitarios (n=1.013)
Edad, mediana (RIQ)	38 años (19)	38 años (13)
Sexo femenino	41,9 % (*n*=220)	57,6 % (*n*=583)
Sexo masculino	53,3 % (*n*=280)	39,9 % (*n*=404)
No binario	4,8 % (*n*=25)	2,6 % (*n*=26)
Atención en el sistema público	96,2 % (*n*=505)	65,5 % (*n*=664)
Variable clínica/ profesional distintiva	Tiempo desde diagnóstico: mediana 4 años (RIQ 4)	Experiencia profesional: mediana 12 años (RIQ 13,3)
Orientación sexual / Profesión más frecuente	Heterosexual 61,0 %; homosexual 23,8 %	Técnico 30,2 %; enfermero 28,5 %; médico 22,8 %

PVIH: personas con VIH; RIQ: rango intercuartílico.

En cuanto al estigma interiorizado, la mayoría rechazó las afirmaciones estigmatizantes: el 72,2 % manifestó estar totalmente en desacuerdo con que el VIH les convirtiera en "una mala persona", el 71,8 % rechazó sentirse "inferior", el 65,9 % dijo no sentir vergüenza por su diagnóstico (aunque un 7,8 % sí estuvo de acuerdo con la afirmación de sentir vergüenza por el diagnóstico y un 3,2 % totalmente de acuerdo), y entre el 78,9 % y el 79,4 % rechazó asociar el VIH con suciedad o repulsión.

El estigma anticipado mostró un patrón más heterogéneo. En el entorno familiar, alrededor de la mitad consideró improbable ser evitado (51,0 %) o menospreciado (50,9 %) por su familia, aunque un tercio se mostró indeciso. En el entorno sanitario predominó la incertidumbre: el 49,7 % no tenía la certeza de que el personal fuera a tomar en serio sus necesidades (con un 20,2 % que sí lo consideró probable), el 60,8 % no tenía certeza sobre si iba a sufrir discriminación, y el 49,7 % tampoco

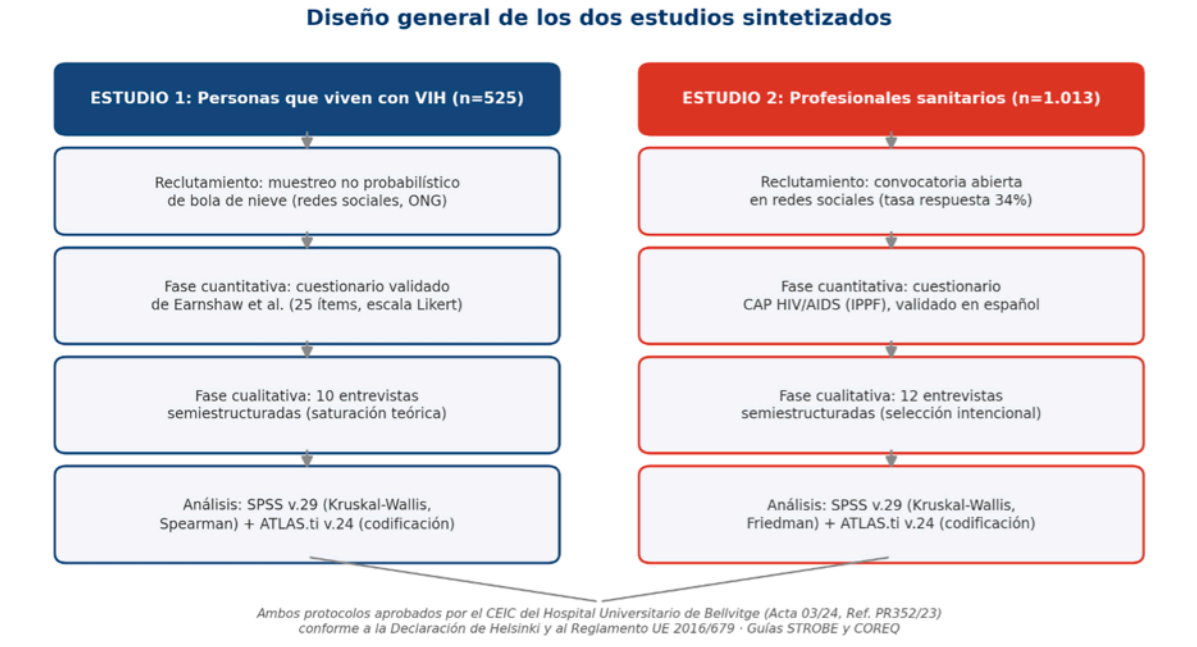


Figura 1. Diseño metodológico comparado de los dos estudios sintetizados, desde el reclutamiento hasta el análisis de datos.

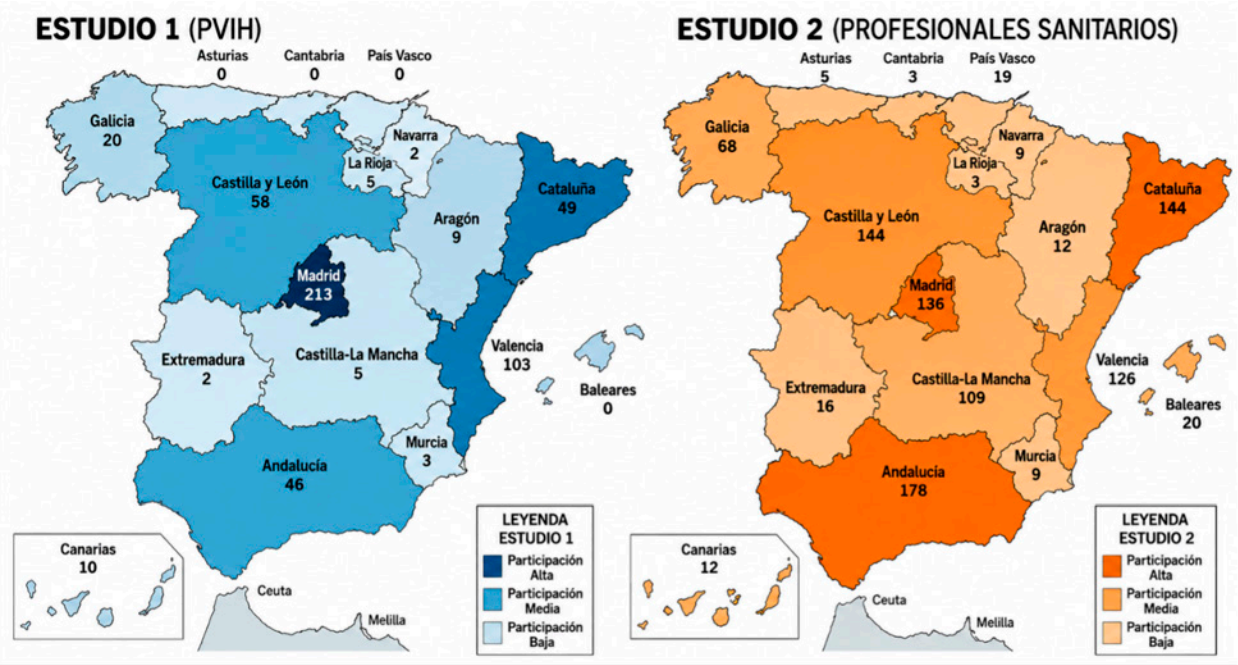


Figura 2. Distribución por comunidades autónomas de los participantes de ambos estudios.

tenía claro si el personal de salud iba a evitar el contacto físico; no obstante, el 17,3 % sí anticipó específicamente esa evitación del contacto físico, y un 45,0 % consideró que el personal podría tratarlo con menos respeto que a otros pacientes.

El estigma experimentado reveló cifras de mayor relevancia clínica: el 35,6 % refirió haber sido discriminado por profesionales sanitarios en, al menos, una ocasión, frente a un 31,0 % que nunca lo experimentó. El 53,9 % señaló que sus necesidades no fueron tomadas en serio en algunas ocasiones (20,8 % adicional manifestó que esto sucedía con frecuencia), y el 49,0 % percibió que el personal evitaba tocarles en algunas ocasiones (12,6-14,9 % adicional mencionó que esto sucedía con frecuencia o muy frecuentemente), frente a solo un 3,6 % que nunca percibió esta evitación. El 59,0 % indicó que sus preocupaciones no eran escuchadas en algunas ocasiones, y un 21,5 % adicional señaló que esto ocurría con frecuencia. En contraste, la denegación explícita de atención fue menos frecuente: el 54,1 % afirmó que nunca le fue negada la atención. La Tabla 2 y la Figura 3 presentan los principales hallazgos del estigma anticipado y experimentado en el ámbito sanitario.

Tabla 2. Estigma anticipado y experimentado en el entorno sanitario, según las PVIH encuestadas (n=525).

Dimensión / ítem (entorno sanitario)	Estigma anticipado	Estigma experimentado
El personal no tomaría/no tomó en serio mis necesidades	49,7 % sin certeza	53,9 % alguna vez; 20,8 % con frecuencia
El personal me discriminaría/ discriminó	60,8 % sin certeza; 13,7 probable; 2,9 % muy probable	35,6 % discriminado alguna vez
El personal evitaría/evitó tocarme	49,7 % sin certeza; 17,3 % probable	49,0 % alguna vez; 14,9 % con frecuencia; 12,6 % muy frecuente
El personal no escucharía/ no escuchó mis preocupaciones	51,8 % sin certeza	59,0 % alguna vez; 21,5 % con frecuencia
El personal me denegaría/denegó la atención	45,9 % improbable	54,1 % nunca; 14,7 % alguna vez/con frecuencia

Los porcentajes corresponden a las categorías de respuesta más representativas de cada ítem; las categorías intermedias se omiten.

El análisis de correlación de Spearman mostró que la edad se correlacionó negativamente con el estigma anticipado (Rho =-0,348; p < 0,001) y experimentado (Rho =-0,124; p = 0,004), sin asociación significativa con el estigma interiorizado (Rho = 0,006; p = 0,896). El tiempo desde el diagnóstico se correlacionó negativamente con las tres dimensiones (interiorizado: Rho = -0,214; anticipado: Rho = -0,272; experimentado: Rho = -0,154; p < 0,001 en todos los casos), indicando que tanto la edad como una mayor distancia temporal respecto al diagnóstico se asocian a menor estigma percibido. Las tres dimensiones se correlacionaron positivamente entre sí (anticipado-interiorizado: Rho = 0,523; experimentado-anticipado: Rho = 0,737; experimentado-interiorizado: Rho = 0,574; p < 0,001), sugiriendo que no son independientes, sino que se refuerzan mutuamente; es decir, que quienes interiorizan más estigma también tienden a anticiparlo y experimentarlo con mayor frecuencia.

Las pruebas de Kruskal-Wallis revelaron diferencias significativas según el sexo en las tres dimensiones del estigma (interiorizado: χ^2 = 8,42, p = 0,015; anticipado: χ^2 = 8,59, p = 0,01; experimentado: χ^2 = 8,39, p = 0,015), con el grupo no binario reportando niveles superiores a los grupos femenino y masculino, sin diferencias significativas entre estos dos últimos. También se identificaron diferencias según la orientación sexual (interiorizado: χ^2 = 9,17, p = 0,011; anticipado: χ^2 = 8,94, p = 0,012; experimentado: χ^2 = 9,02, p = 0,011), con las personas homosexuales reportando niveles de estigma entre un 23 % y un 27 % superiores a las heterosexuales en todos los dominios, las bisexuales mostrando diferencias particularmente marcadas en el estigma interiorizado (diferencia de medias = 1,8 puntos; IC 95 % 1,1-2,5; p = 0,007), y quienes prefirieron no especificar su orientación mostrando valores intermedios, con significación estadística únicamente en el estigma anticipado frente a heterosexuales (p = 0,032). No se hallaron diferencias significativas según el nivel educativo, la provincia de residencia o el tipo de centro de atención. El análisis de fiabilidad de la escala mostró valores de alfa de Cronbach y omega de McDonald superiores a 0,85 en todas las subescalas, confirmando su consistencia interna en esta muestra.

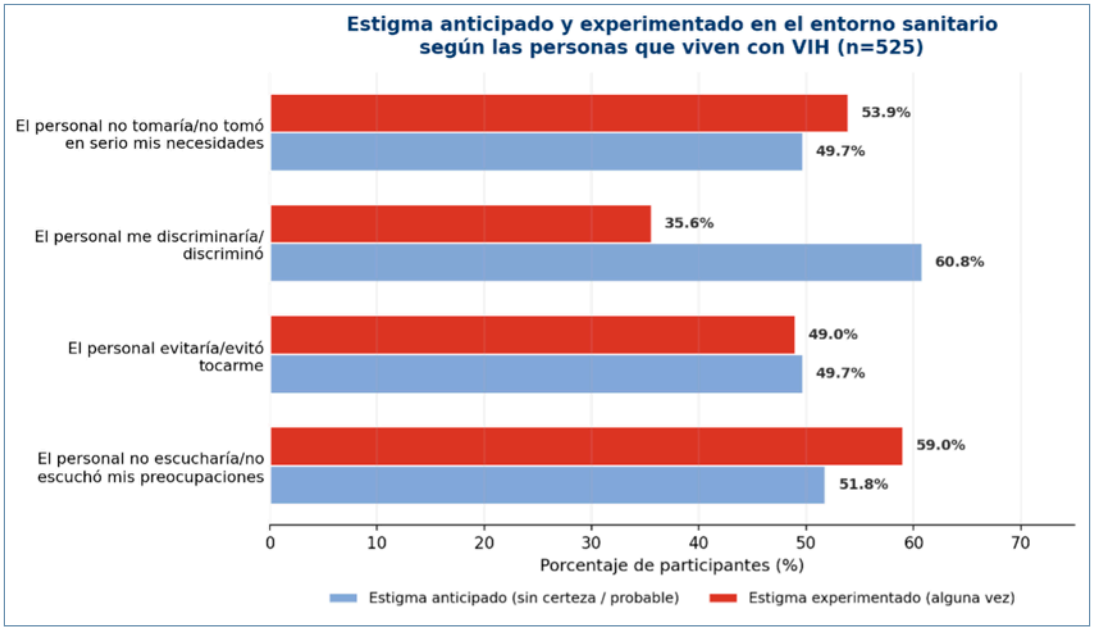


Figura 3. Comparación entre el estigma anticipado (sin certeza/probable) y el estigma experimentado (alguna vez) en el entorno sanitario, según las PVIH encuestadas.

En la fase cualitativa, realizada con diez PVIH de perfiles diversos (estudiantes, profesionales, jubilados y un rango de tiempo viviendo con VIH entre 1 y 20 años), los relatos coincidieron en describir patrones de evitación y desconfianza en el entorno sanitario. Una participante, enfermera y paciente a la vez, describió haber observado a compañeros tratar a pacientes con VIH "*con distancia, como si temieran que la enfermedad fuera transmisible por el aire*", usando doble guante y susurrando el diagnóstico a otros colegas como precaución adicional, evitando incluso el contacto físico salvo con la punta de los dedos. Otra participante, trabajadora a tiempo parcial, relató sentir ansiedad antes de cada visita médica ante la posibilidad de ser tratada de forma diferente, recordando un episodio en el que una enfermera le pidió expresamente "*no moverse*" para evitar pincharse al extraerle sangre. Otros participantes describieron sentirse reducidos a "*solo otro caso*", percibiendo que el personal se interesaba únicamente por su carga viral y no por sus necesidades emocionales, mientras que un participante jubilado, con veinte años de diagnóstico, señaló que prefería evitar acudir al médico para no exponerse a comentarios que le resultan dolorosos. En contraste, otra persona relató una experiencia positiva con una médica joven que la trató con dignidad y respeto, lo que ella atribuyó a un relevo generacional con menores prejuicios heredados. Como factor contribuyente, varios señalaron la falta de formación específica del personal en VIH, más que el desconocimiento general. Como estrategias de mejora, propusieron formación continuada, la creación de espacios de apoyo entre pacientes dentro de los propios centros sanitarios, y la inclusión de testimonios de PVIH en la capacitación profesional para humanizar la atención.

Estudio con profesionales sanitarios

Se obtuvieron 1.021 respuestas; se descartaron ocho cuestionarios por datos incompletos, quedando 1.013 válidos. Se estimó que la convocatoria alcanzó a unos 3.000 profesionales (tasa de respuesta 34 %). La mediana de edad fue de 38 años (RIQ 13); el 57,6 % era mujer, el 39,9 % hombre y el 2,6 % no binario. El 30,2 % eran técnicos, el 28,5 % enfermeros y el 22,8 % médicos, con proporciones menores de fisioterapeutas, logopedas, farmacéuticos, nutricionistas, odontólogos y psicólogos. El 65,5 % trabajaba en el sistema público y el 31,3 % en el privado, con una mediana de experiencia profesional de 12 años (RIQ 13,3). El 31,7 % trabajaba en consultas externas, el 17,9 % en urgencias y el 10,1 % en unidades de cuidados intensivos. Andalucía registró la mayor participación (17,6 %), seguida de Cataluña, Castilla y León y Madrid.

Respecto a la formación y conocimientos sobre el VIH, el 50,4 % afirmó haber conocido a una persona con VIH fuera del ámbito laboral, y el 54,5 % no había recibido formación específica sobre asesoramiento, prueba voluntaria o atención a PVIH. El 57,9 % no se sintió preparado para proporcionar atención a PVIH; de quienes sí recibieron formación, una proporción relevante igualmente declaró sentirse solo parcialmente preparada.

En cuanto al conocimiento sobre transmisión, el 99,4 % identificó correctamente el uso compartido de agujas como factor de riesgo, el 97,5 % reconoció el riesgo de las transfusiones no analizadas, el 93,5 % identificó el riesgo de compartir cuchillas de afeitar, y el 90,4 % identificó el riesgo de relaciones sexuales sin protección. El 98,4 % descartó correctamente que bañarse en la misma agua que una PVIH suponga riesgo de contagio, el 90,7 % descartó el riesgo de picaduras de mosquito y el 92,0 % descartó el riesgo de compartir cubiertos o vajilla; asimismo, el 97,4 % reconoció que no sería capaz de identificar a una PVIH por su aspecto físico. En cuanto a los factores de reducción de riesgo, el 99,6 % identificó correctamente el uso de una aguja nueva en cada inyección y el 99,4 % el uso del condón como medidas protectoras, mientras que el 90,9 % reconoció la abstinencia sexual como factor protector. Sobre transmisión vertical, el 89,4 % reconoció que el tratamiento antirretroviral materno reduce el riesgo, el 78,4 % identificó la lactancia materna evitada como medida protectora y el 74,4 % la cesárea programada, aunque estas dos últimas cifras (más bajas que las relativas a transmisión sexual), sugieren un conocimiento menos consolidado sobre prevención perinatal específica.

En cuanto a las actitudes, el 93,3 % estuvo de acuerdo con que una mujer con VIH tiene derecho a quedarse embarazada, el 97,7 % apoyó que un docente con VIH continuara ejerciendo, y el 83,9 % rechazó que la mayoría de PVIH se infecte por conductas irresponsables. El 95,0 % afirmó que cuidaría en su domicilio a un familiar con sida, el 90,4 % no tendría problema en compartir baño con una PVIH y el 87,7 % no tendría inconveniente en comprar alimentos a un proveedor con VIH; el 99,4 % rechazó totalmente la idea de que el VIH fuera un castigo divino por inmoralidad. El 96,7 % consideró que, ante un resultado positivo, solo debería informarse al propio paciente y no a su familia, aunque un 77,8 % reconoció que, si un familiar suyo viviera con VIH, mantendría la información en secreto frente a sus amistades, y un 22,5 % señaló que, como profesional, también informaría al Ministerio de Sanidad, mediante los mecanismos de notificación previstos para este fin.

Sin embargo, en el dominio de miedo al contagio se identificó la principal discordancia con el conocimiento demostrado: el 60,3 % manifestó preocupación ante la posibilidad de contagiarse al atender a un paciente (frente a solo un 31,4 % que indicó no sentir ninguna preocupación al respecto), y el 68,9 % expresó preocupación por no haber recibido suficiente formación, frente a un 26,8 % preocupado específicamente por el ries-

go de infectarse. El miedo al rechazo social por cuidar PVIH fue bajo (90,7 % no sentía nerviosismo ante esta posibilidad) y el temor a perder pacientes por tratar a PVIH también fue minoritario (90,1 % sin preocupación). La Tabla 3 resume los principales hallazgos del estudio con profesionales, en comparación con los del estudio con PVIH. Además, la Figura 4 señala la paradoja entre conocimiento y práctica entre los profesionales sanitarios.

Tabla 3. Comparación de hallazgos clave entre PVIH (Estudio 1) y profesionales sanitarios (Estudio 2) en España.

Indicador	PVIH (Estudio 1)	Profesionales sanitarios (Estudio 2)
Rechazo de creencias estigmatizantes propias / Conocimiento adecuado sobre transmisión	65,9-79,4 %	90,4-99,4 %
Discriminación experimentada en el ámbito sanitario / Comportamientos evitativos reconocidos	35,6 % (mayor en minorías sexuales)	Confirmado cualitativamente (evitar tomar constantes, doble guante)
Miedo al contagio en el contexto sanitario	17,3-49,7 % percibe evitación del contacto físico	60,3 % refiere miedo personal al contagio
Percepción de formación insuficiente del personal	Identificada como causa del estigma (fase cualitativa)	54,5 % sin formación específica; 57,9 % se siente no preparado
Apoyo a los derechos de las PVIH	Reivindicación explícita del derecho a una atención digna	93,3 % apoya derecho a la maternidad; 97,7 % apoya continuidad laboral

PVIH: personas que viven con VIH.

El análisis estadístico mostró diferencias significativas en la preocupación por la formación recibida según el sexo ($\chi^2 = 12,3$; $p = 0,002$; $\varepsilon^2 = 0,012$), con mayor preocupación entre las mujeres, aunque con un tamaño del efecto pequeño. Se identificaron también diferencias en la percepción de que los pacientes dejarían de acudir a consulta al conocer que se atendía también a PVIH, según la profesión ($\chi^2 = 25,8$; $p = 0,002$; $\varepsilon^2 = 0,025$), con diferencias más marcadas entre médicos y otros profesionales, y entre enfermeros y otros profesionales ($p = 0,003$ y $p = 0,007$). El miedo al contagio también varió significativamente según la profesión ($\chi^2 = 52,6$; $p<0,001$; $\varepsilon^2 = 0,052$), siendo mayor entre el personal técnico que entre médicos y enfermeros ($p<0,001$ en ambas comparaciones). La prueba de Friedman, aplicada al conjunto de variables de miedo al contagio, mostró un estadístico global significativo ($\chi^2 = 2,674$; $p<0,001$), y las comparaciones de Durbin-Conover confirmaron que la preocupación por la formación recibida y el miedo al contagio estaban asociados ($p < 0,001$): quienes se percibían mejor formados mostraron significativamente menor temor a infectarse, y quienes estaban menos preocupados por el rechazo social también mostraron menor miedo al contagio.

En la fase cualitativa, realizada con doce profesionales (tres auxiliares de enfermería, dos enfermeros, tres médicos, dos psicólogos, un fisioterapeuta y un nutricionista, procedentes de distintas comunidades autónomas), la mayoría reconoció no haber recibido formación específica sobre VIH, en coherencia con los hallazgos cuantitativos. Una auxiliar de enfermería de Andalucía relató no haber tenido formación más allá de los contenidos básicos de su titulación, insuficientes para tratar adecuadamente a estos pacientes, mientras que una nutricionista de Madrid señaló que su propio nivel de conocimiento condicionaba directamente



Figura 4. La paradoja conocimiento-práctica entre los profesionales sanitarios encuestados (n=1.013): conocimiento y actitudes favorables coexisten con una brecha relevante en formación específica, preparación percibida y miedo al contagio.

la calidad del trato que ofrecía, pudiendo generar incomodidad o estigmatización involuntaria si dicho conocimiento era insuficiente.

Al definir el concepto de estigma, un enfermero de Valencia lo describió como "*un prejuicio previo que afecta a la atención que damos: es como si, al saber que alguien tiene VIH, ya lo miráramos diferente*", mientras que una psicóloga del País Vasco lo atribuyó directamente a la ignorancia y a la persistencia de prejuicios culturales que asocian el VIH con conductas moralmente reprobables. Varios profesionales reconocieron haber sido testigos de comportamientos evitativos de compañeros: un auxiliar de enfermería de Cataluña describió haber visto a colegas evitar a pacientes con VIH, llegando incluso a omitir la toma de constantes vitales para no tener que tocarlos.

Pese a ello, los participantes reafirmaron de manera unánime el derecho de las PVIH a una atención digna, especialmente en un sistema de salud pública como el español, y señalaron el miedo y la falta de formación como las principales barreras para una atención libre de estigma. Como estrategias de mejora, propusieron la implementación de programas formativos y talleres interactivos que fomenten el diálogo abierto, la creación de espacios seguros donde el personal pueda expresar sus dudas sin temor a ser juzgado, y campañas institucionales que incorporen testimonios directos de PVIH para humanizar la experiencia y desmitificar prejuicios.

DISCUSIÓN

La integración de ambos estudios revela una paradoja central del estigma relacionado con el VIH en el sistema sanitario español y es que los profesionales sanitarios poseen un conocimiento técnico elevado sobre las vías de transmisión y mantienen, en general, actitudes favorables hacia los derechos de las PVIH, pero este conocimiento no se traduce de manera consistente en una práctica clínica libre de comportamientos estigmatizantes. Esta disonancia concuerda con lo descrito en otros contextos europeos, donde incluso profesionales con formación adecuada mantienen actitudes discriminatorias hacia las PVIH, y donde la disponibilidad de políticas institucionales explícitas de reducción del estigma (y no solo la formación individual) resulta determinante para mitigar su impacto [7, 8].

Desde la perspectiva de las PVIH, el hallazgo más relevante fue la disociación entre un estigma interiorizado relativamente bajo (la mayoría de los participantes rechazó activamente las creencias estigmatizantes sobre sí mismos) y un estigma anticipado y experimentado considerablemente mayor en el ámbito sanitario específicamente. Este patrón es coherente con la literatura, que ha documentado de forma consistente que el estigma anticipado actúa como una barrera significativa para la búsqueda de atención médica, independientemente de las experiencias previas de discriminación, y que se asocia con una menor adherencia al tratamiento antirretroviral [19,20]. La fuerte correlación positiva observada entre las tres dimensiones del estigma sugiere, además, que estas no operan de manera independiente, sino que conforman un círculo de refuerzo mutuo, en el que cada episodio de discriminación experimentada incrementa tanto el estigma anticipado para encuentros futuros como, eventualmente, su interiorización.

La asociación encontrada entre orientación sexual y mayores niveles de estigma en todas sus dimensiones (con las personas homosexuales y bisexuales reportando puntuaciones significativamente más elevadas) respalda el marco conceptual de la interseccionalidad propuesto por Crenshaw [21], según el cual el estigma no afecta de manera homogénea a todas las personas con una misma condición, sino que se intensifica en quienes acumulan identidades social o culturalmente marginadas. Este hallazgo coincide con estudios internacionales que documentan que las minorías sexuales que viven con VIH experimentan una carga adicional de discriminación derivada de la intersección entre el estigma asociado al VIH y la homofobia [22].

Por su parte, el hallazgo central en el estudio con profesionales sanitarios "el miedo al contagio persistente a pesar de un conocimiento técnico adecuado sobre las vías de transmisión", ilustra que el estigma relacionado con el VIH no es exclusivamente un problema de déficit informativo, sino que opera también a través de canales emocionales y experienciales no resueltos por la sola transmisión de datos objetivos. La asociación estadísticamente significativa identificada entre la percepción de formación insuficiente y el miedo al contagio resulta especialmente relevante desde el punto de vista de la intervención, ya que sugiere que programas de formación específica y continuada no limitados a contenidos generales sobre el VIH, sino orientados específicamente a la práctica clínica con PVIH, podrían reducir simultáneamente el miedo irracional al contagio y los comportamientos evitativos que de él derivan [5,7,23]. Esta hipótesis se ve respaldada por experiencias de intervención en otros contextos, donde programas formativos estructurados han logrado reducciones medibles del estigma por parte del personal sanitario [24].

La convergencia cualitativa entre ambos estudios refuerza estas conclusiones cuantitativas; tanto las PVIH como los propios profesionales sanitarios identificaron, de manera independiente, los mismos comportamientos evitativos concretos "evitar el contacto físico, omitir la toma de constantes vitales, el uso desproporcionado de medidas de protección" como manifestación central del estigma sanitario en España. Esta triangulación de perspectivas, obtenida desde ambos extremos de la relación asistencial, aporta una validez adicional a estos hallazgos y descarta en buena medida

que se trate de percepciones unilaterales o sesgadas por la posición de cada grupo. Asimismo, ambos grupos coincidieron de manera espontánea en proponer estrategias similares de mitigación como la formación continuada específica para el personal sanitario y la incorporación de testimonios directos de PVIH en los programas de capacitación, una estrategia que la literatura describe como particularmente eficaz para humanizar la atención y reducir prejuicios implícitos [9,10].

Este estudio presenta limitaciones que conviene señalar. El diseño transversal de ambos estudios impide establecer relaciones de causalidad. El muestreo no probabilístico empleado, especialmente la técnica de bola de nieve en el estudio con PVIH, puede haber introducido sesgos de selección, sobrerrepresentando a personas más dispuestas a hablar de su diagnóstico, lo que podría sobreestimar o subestimar la prevalencia real del estigma en la población general de PVIH en España. De manera análoga, la autoevaluación de actitudes por parte de los profesionales sanitarios puede estar afectada por un sesgo de deseabilidad social, que tendería a infraestimar la magnitud real de las actitudes estigmatizantes. Futuras investigaciones deberían incorporar diseños longitudinales y medidas de sesgo implícito.

CONCLUSIONES

La síntesis conjunta de estos dos estudios evidencia que el estigma relacionado con el VIH persiste en el sistema sanitario español como un fenómeno bidireccional, pues las PVIH experimentan niveles relevantes de discriminación anticipada y vivida específicamente en el ámbito sanitario, a pesar de mantener bajos niveles de estigma interiorizado, mientras que los profesionales sanitarios, pese a contar con un conocimiento técnico adecuado y actitudes mayoritariamente favorables hacia los derechos de las PVIH, continúan manifestando miedo al contagio y comportamientos evitativos, vinculados de forma consistente a una formación específica insuficiente.

La convergencia de ambas perspectivas en torno a los mismos comportamientos problemáticos y a las mismas estrategias de solución, fundamentalmente la formación continuada específica y la incorporación de la voz directa de las PVIH en la capacitación profesional, ofrece una hoja de ruta clara y factible para las instituciones sanitarias españolas. Cerrar la brecha entre el conocimiento teórico y la práctica clínica cotidiana debe constituir una prioridad para alcanzar una atención sanitaria realmente equitativa y libre de estigma para las personas con VIH en España.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Financiación: Esta investigación no recibió financiación específica de agencias de los sectores público, comercial o sin ánimo de lucro.

Aprobación ética: Ambos estudios fueron aprobados por el Comité de Ética de la Investigación Clínica del Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona (Acta 03/24, Ref. PR352/23).

REFERENCIAS

[1]. Cobos I, Jackson-Perry D, Courvoisier C, et al. Stigma et VIH: l'affaire de tous. Rev Med Suisse. 2020; 16(690):744-748.
[2]. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. Annu Rev Sociol. 2001; 27(1):363-385.
[3]. Goffman E. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. Nueva York: Simon and Schuster; 2009.
[4]. Pescosolido BA, Martin JK. The stigma complex. Annu Rev Sociol. 2015; 41:87-116.
[5]. Nyblade L, Stockton MA, Giger K, et al. Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it. BMC Med. 2019; 17(1):25. doi: 10.1186/s12916-019-1256-2
[6]. Fauk NK, Hawke K, Mwanri L, et al. Stigma and discrimination towards people living with HIV in the context of families, communities, and healthcare settings: a qualitative study in Indonesia. Int J Environ Res Public Health. 2021; 18(10):5424. doi: 10.3390/ijerph18105424
[7]. Vorasane S, Jimba M, Kikuchi K, et al. An investigation of stigmatizing attitudes towards people living with HIV/AIDS by doctors and nurses in Vientiane, Lao PDR. BMC Health Serv Res. 2017;17(1):125. doi: 10.1186/s12913-017-2068-8
[8]. Geter A, Herron AR, Sutton MY. HIV-related stigma by healthcare providers in the United States: a systematic review. AIDS Patient Care STDs. 2018; 32(10):418-424.
[9]. Schweitzer AM, Dišković A, Krongauz V, et al. Addressing HIV stigma in healthcare, community, and legislative settings in Central and Eastern Europe. AIDS Res Ther. 2023;20(1):87. doi: 10.1186/s12981-023-00585-1.
[10]. Restall G, Ukoli P, Mehta P, et al. Resisting and disrupting HIV-related stigma: a photovoice study. BMC Public Health. 2023;23(1):2062. doi: 10.1186/s12889-023-16982-1
[11]. Guilamo-Ramos V, Thimm-Kaiser M, Benzekri A. The U.S. Latino HIV crisis — ending an era of invisibility. N Engl J Med. 2024; 391(18):1665-1668.
[12]. de la Mora L, Mallolas J, Ambrosioni J. Epidemiology, treatment and prognosis of HIV infection in 2024: a practical review. Med Clin (Barc). 2024; 162(11):535-541.
[13]. Ministerio de Sanidad. Pacto social por la no discriminación y la igualdad de trato asociada al VIH. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2018. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/estigma.htm
[14]. Álvarez-Serrano MA, Martínez-García E, Martín-Salvador A, et al. Spanish nursing students' attitudes toward people living with HIV/AIDS: a cross-sectional survey. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(22):8672. doi: 10.3390/ijerph17228672

[15]. Bonacaro A, Stroumpouki T, Triglia C, et al. Nursing students' attitudes on caring for people living with HIV/AIDS: a European multicentre study. Acta Biomed. 2022;93(S2):e2022191.
[16]. Picón-Jaimes YA, Lozada-Martínez ID, Rosàs Tosas M, Tiraboschi J. Self-perceived stigma in people living with HIV in Spain: a mixed-methods study. Infez Med. 2025;33(2):190-202.
[17]. Picón-Jaimes YA, Lozada-Martínez ID, Kalokoh S, et al. Knowledge, attitudes, and stigma towards people living with HIV: a mixed-methods study among 1,013 healthcare professionals in Spain. Healthcare. 2026;14(6):737. doi: 10.3390/healthcare14060737
[18]. Earnshaw VA, Smith LR, Chaudoir SR, et al. HIV stigma mechanisms and well-being among PLWH: a test of the HIV stigma framework. AIDS Behav. 2013;17(5):1785-1795
[19]. Mugo C, Seeh D, Guthrie B, et al. Association of experienced and internalized stigma with self-disclosure of HIV status by youth living with HIV. AIDS Behav. 2021;25(7):2084-2093.
[20]. Zeng C, Li X, Qiao S, et al. Anticipated stigma and medication adherence among people living with HIV: the mechanistic roles of medication support and ART self-efficacy. AIDS Care. 2020;32(8):1014-1022.
[21]. Crenshaw K. Mapping the margins: intersectionality, identity politics, and violence against women of color. Stanford Law Rev. 1991; 43(6):1241-1299.
[22]. Friedman MR, Liu Q, Meanley S, et al. Biopsychosocial health outcomes and experienced intersectional stigma in a mixed HIV serostatus longitudinal cohort of aging sexual minority men, United States, 2008-2019. Am J Public Health. 2022;112(S4):S452-S462.
[23]. Spence AB, Wang C, Michel K, et al. HIV-related stigma among healthcare providers: opportunities for education and training. J Int Assoc Provid AIDS Care. 2022; 21:23259582221114797.
[24]. Pollack TM, Duong HT, Nhat Vinh DT, et al. A pretest-posttest design to assess the effectiveness of an intervention to reduce HIV-related stigma and discrimination in healthcare settings in Vietnam. J Int AIDS Soc. 2022;25(Suppl 1):e25932.



Foto: Monica Das Neves (@monicad_photography)

Limitacions del sistema sanitari en l'atenció a la població migrant racialitzada: revisió sistemàtica

Limitaciones del sistema sanitario en la atención a la población migrant racializada: revisión sistemática

Healthcare System Limitations in the Care of Racialized Migrant Populations: A Systematic Review

LUCÍA BERNAD GARZÓN[a], ERNEST BRAGULAT BAUR[b]

[a] Facultat de Medicina i Ciències de la Salut, Universitat de Barcelona (UB), Barcelona, Espanya; [b] Servei d'Urgències, Hospital Clínic i Provincial de Barcelona, Barcelona, Espanya.

Paraules clau: Accés a l'assistència sanitària; Actitud envers la salut; Emigrants i immigrants/ estadística & dades numèriques; Espanya; Racisme; Salut pública.

Palabras clave: Acceso a la asistencia sanitaria; Actitud frente a la salud; Emigrantes e inmigrantes/ estadística & datos numéricos; España; Racismo; Salud pública.

Keywords: Attitude to Health; Emigrants and Immigrants/ statistics & numerical data; Health Services Accessibility; Public Health; Racism; Spain.

Recibido: 8-junio-2026

Aceptado: 3-septiembre-2026

Correspondencia: lbernaga63@alumnes.ub.edu

Bernad Garzón L, Bragulat Baur E. Limitacions en l'atenció a la població migrant racialitzada: revisió sistemàtica. Ann Sagrat Cor. 2026; 33(3):114-127.

RESUM

Introducció: Espanya té un 20,2 % de població nascuda a l'estranger. El racisme actua com a determinant social de la salut, però roman invisibilitzat en la investigació i la formació mèdica. Aquest treball sintetitza l'evidència disponible sobre barreres d'accés i racisme en l'atenció sanitària a persones migrades racialitzades a Espanya.

Mètodes: Revisió sistemàtica (PRISMA 2020) amb cerca en cinc bases de dades i cerca manual (novembre 2025 – abril 2026). S'inclouen 27 estudis; la síntesi és narrativa per blocs temàtics.

Resultats: El marc legal ha generat un accés fragmentat i desigual entre comunitats autònomes. La manca de mediació cultural deriva en pràctiques èticament problemàtiques. Gairebé 1 de cada 10 immigrants percep discriminació, associada a una pitjor salut autopercebuda. De manera transversal, els estudis documenten un patró recurrent de minimització i naturalització de la discriminació. Davant la insuficiència del sistema, les comunitats generen respostes col·lectives. Els principals facilitadors són la mediació cultural, les ONG i la formació intercultural. El corpus presenta llacunes en infància migrada i salut mental.

Conclusió: Hi ha una fissura sostinguda entre el dret formal a l'atenció sanitària i la seva materialització efectiva. El patró d'invisibilització del racisme és el descobriment central. Cal formació en competència intercultural i eines crítiques per reconèixer el racisme institucional, recerca participativa amb els col·lectius invisibilitzats i avaluació de si les polítiques sanitàries vigents compleixen realment el que prometen.

RESUMEN

Introducción: España cuenta con un 20,2 % de población nacida en el extranjero. El racismo actúa como determinante social de la salud, pero permanece invisibilizado en la investigación y la formación médica. Este trabajo sintetiza la evidencia disponible sobre barreras de acceso y racismo en la atención sanitaria a personas migradas racializadas en España.

Métodos: Revisión sistemática (PRISMA 2020) con búsqueda en cinco bases de datos y búsqueda manual (noviembre 2025 – abril 2026). Se incluyen 27 estudios; la síntesis es narrativa por bloques temáticos.

Resultados: El marco legal ha generado un acceso fragmentado y desigual entre comunidades autónomas. La falta de mediación cultural deriva en prácticas éticamente problemáticas. Casi 1 de cada 10 inmigrantes percibe discriminación, asociada a peor salud autopercibida. De forma transversal, los estudios documentan un patrón recurrente de minimización y naturalización de la discriminación. Ante la insuficiencia del sistema, las comunidades generan respuestas colectivas. Los principales facilitadores son la mediación cultural, las ONG y la formación intercultural. El corpus presenta lagunas en infancia migrada y salud mental.

Conclusión: Existe una brecha sostenida entre el derecho formal a la atención sanitaria y su materialización efectiva. El patrón de invisibilización del racismo es el hallazgo central. Es necesaria formación en competencia intercultural y herramientas críticas para reconocer el racismo institucional, investigación participativa con los colectivos invisibilizados y evaluación de si las políticas sanitarias vigentes cumplen realmente lo que prometen.

ABSTRACT

Introduction: Spain has a 20.2 % foreign-born population. Racism acts as a social determinant of health, yet it remains largely invisible in medical research and training. This paper synthesizes the available evidence on

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-CompartirIgual 4.0 Internacional.

barriers to healthcare access and racism experienced by racialized migrant populations in Spain.

Methods: A systematic review (PRISMA 2020) was conducted, including searches in five databases and manual searching (November 2025 to April 2026). Twenty-seven studies were included, and the findings were synthesized narratively by thematic blocks.

Results: The legal framework has generated fragmented and unequal access across autonomous communities. The lack of cultural mediation leads to ethically problematic practices. Nearly 1 in 10 immigrants reports experiencing discrimination, which is associated with worse self-perceived health. Across studies, a recurring pattern of minimization and normalization of discrimination is documented. Faced with systemic inadequacies, communities generate collective responses. The main facilitators identified are cultural mediation, NGOs, and intercultural training. The evidence base presents gaps regarding migrant children's health and mental health.

Conclusion: There is a persistent gap between the formal right to healthcare and its effective realization. The invisibilization of racism is the central finding. Intercultural competence training and critical tools to recognize institutional racism are needed, as well as participatory research involving invisibilized populations and evaluation of whether current health policies truly deliver on their promises.

INTRODUCCIÓ

Contextualització del treball

Segons les dades de l'Institut Nacional d'Estadística (INE), l'1 de gener de 2026, Espanya tenia 49.570.725 habitants, dels quals 7.243.561 (14,6 %) eren de nacionalitat estrangera (principals països d'origen: Colòmbia, Veneçuela i el Marroc). Actualment, la població nascuda a l'estranger supera els 10 milions de persones (20,2 % del total) [1]. En l'àmbit europeu (Eurostat), Espanya és el tercer estat amb més població nascuda a l'estranger en termes absoluts, després d'Alemanya i França [2].

Aquesta diversitat demogràfica planteja reptes específics per al sistema sanitari, que ha d'oferir una atenció equitativa i de qualitat a una població cada vegada més diversa en orígens, llengües, situacions administratives i trajectòries vitals. Les persones migrades, especialment aquelles en situació administrativa irregular, acabades d'arribar o racialitzades, acumulen factors de vulnerabilitat que poden comprometre tant l'accés al sistema com la qualitat de l'atenció rebuda.

Justificació i rellevància

El racisme, com a determinant social de la salut, ha estat documentat per institucions com l'Organització Mundial de la Salut [3], per literatura biomèdica de referència [4,5] i, en el nostre context, recentment per una editorial de Gaceta Sanitaria [6]. Tot i el creixent reconeixement de la necessitat d'abordar aquest determinant de la salut, les barreres i les manifestacions del racisme en l'àmbit sanitari romanen invisibilitzades, tant en el món de la recerca com en el pla d'estudis de les facultats de medicina.

Sintetitzar de manera sistemàtica l'evidència disponible és, per tant, un pas necessari per orientar la pràctica clínica, la formació i les polítiques sanitàries cap a una atenció més equitativa.

Pregunta de recerca i objectius

Aquesta revisió sistemàtica respon a la següent pregunta: *"Quines barreres d'accés i manifestacions del racisme documenta la literatura en l'atenció sanitària a persones migrades i racialitzades a l'Estat espanyol?"*

Objectius específics:

1. Identificar barreres administratives, lingüístiques i culturals.
2. Analitzar manifestacions del racisme institucional i interpersonal, com també la invisibilització associada.
3. Identificar les llacunes existents en el cos d'evidència i proposar orientacions per a la recerca futura.

MARC TEÒRIC

Professionalisme mèdic

El professionalisme mèdic és el marc ètic de la formació i la pràctica de la medicina. En el context espanyol, el *Código de Deontología Médica de la Organización Médica Colegial* [7] recull i adapta els seus principis al context immediat.

Hi ha tres principis fonamentals que són especialment rellevants per al present treball. Primer, la competència professional, que en l'atenció a poblacions diverses inclou la competència cultural; la capacitat de comprendre i respondre a necessitats de persones de diferents orígens, com un procés continu d'aprenentatge i humilitat. Segon, la responsabilitat social, que implica treballar activament per reduir desigualtats en salut, advocar pels col·lectius vulnerables i denunciar pràctiques discriminatòries. Tercer, els valors d'integritat, altruisme i respecte a la dignitat humana, que exigeixen que cada persona, independentment del seu origen, situació administrativa, llengua o cultura, sigui tractada amb consideració i sense prejudicis.

Accés al sistema sanitari i barreres

Podem distingir dues dimensions complementàries de l'accés sanitari. L'accessibilitat (capacitat material per arribar al servei) i l'acceptabilitat (compatibilitat cultural, lingüística i relacional amb les necessitats i expectatives de l'usuari). Una persona pot tenir accessibilitat formal al sistema, però experimentar barreres d'acceptabilitat que la portin a fer-ne un ús molt reduït [8-10].

En l'àmbit legislatiu, el Reial Decret Llei (RDL) 16/2012 va restringir l'accés de les persones en situació administrativa irregular a l'atenció pública, limitant-lo a urgències, embaràs i atenció pediàtrica. El RDL 7/2018 va restablir l'accés universal, tot i que la seva implementació ha estat desigual entre comunitats autònomes, generant confusió. Recentment, el RDL 180/2026 té l'objectiu de garantir aquest accés universal a la salut, homogeneïtzant la implementació interautonòmica i flexibilitzant l'acreditació de residència [11-13].

Racisme en el sistema sanitari

Quan parlem de racisme és útil distingir-ne tres nivells, seguint el marc de C.P. Jones (2000). El racisme estructural opera en l'arquitectura mateixa de la societat; legislació, distribució de recursos, configuració de barris i mercat laboral i de l'habitatge. El racisme institucional es manifesta en les polítiques, protocols i pràctiques d'organitzacions concretes que, per acció o omissió, perpetuen aquestes desigualtats (protocols sanitaris basats en el pacient blanc autòcton, infrarepresentació de professionals racialitzats...). El racisme interpersonal es dona en la trobada directa: comentaris despectius, infravaloració dels símptomes, etc. Aquesta tríada és essencial per entendre que una persona racialitzada pot rebre un tracte cordial i, alhora, patir un sistema que la deixa fora [14].

Una persona racialitzada és una persona categoritzada, diferenciada i tractada de manera diferent per raó del seu grup ètnic, color de pell o origen, a causa d'una construcció social i no de factors biològics [15].

Per tancar el marc teòric, cal remarcar que migració i racialització són realitats que es poden superposar, però no són sinònimes: hi ha persones migrades que no pateixen racisme i persones nascudes a l'Estat espanyol que sí que l'experimenten. Aquest treball se centra en població migrada racialitzada, però les conclusions sobre el racisme són aplicables, en gran manera, al conjunt de la població racialitzada.

MÈTODE

Disseny de l'estudi

Aquest treball és una revisió sistemàtica seguint les recomanacions de la guia *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA 2020) [16]. Es va seguir un protocol de revisió definit prèviament a l'extracció de dades per minimitzar el biaix de selecció.

Bases de dades i estratègia de cerca

La cerca bibliogràfica es va dur a terme, entre el 23/11/2025 i el 22/04/2026, en cinc bases de dades diferents: PubMed, Scopus, Web of Science, CINAHL i IBECS. A més a més, es va dur a terme una cerca manual per minimitzar el risc de pèrdua de literatura rellevant.

L'estratègia de cerca es va adaptar tècnicament a les particularitats de cada base de dades, mantenint la mateixa estructura conceptual. A Scopus es va aplicar la restricció *TITLE-ABS-KEY*, atès que la cerca sense restricció de camps retornava 8.673 registres, majoritàriament coincidències incidentals al text complet o a les referències. A IBECS l'estratègia es va replicar adaptada al castellà.

L'estratègia de cerca queda reflectida a la Taula 1.

Criteris d'elegibilitat

Inclusió

- **Població:** persones migrades racialitzades, ja sigui com a subjectes d'estudi directes o com a població de referència.
- **Fenomen d'interès:** barreres d'accés al sistema sanitari, racisme, discriminació en l'atenció sanitària, o determinants socials de la salut en població migrant.
- **Context:** estudis realitzats a l'Estat espanyol.
- **Tipus d'estudi:** estudis primaris empírics amb metodologia qualitativa, quantitativa o mixta. S'inclouen també anàlisis documentals de polítiques públiques sanitàries, sempre que el procés d'anàlisi sigui explícit i reproduïble.
- **Període:** publicats entre l'any 2016 i el 2026.
- **Idioma:** anglès, castellà o català.

Procés de selecció dels estudis

El procés de selecció va seguir les fases definides per PRISMA 2020 d'identificació, cribratge i inclusió, però amb una modificació justificada en l'ordre habitual: el cribratge per títol i resum es va realitzar prèviament a l'eliminació de duplicats. Aquesta inversió es va produir per una limitació tècnica d'emmagatzematge que impedia descarregar la totalitat dels articles. En conseqüència, el cribratge per títol i resum es va fer directament a les pàgines web de cada base de dades, i la deduplicació es va dur a terme posteriorment sobre el volum reduït d'articles, fent servir com a gestor bibliogràfic Zotero.

Taula 1. Bases de dades i estratègia de cerca

BASE DE DADES/ FONT (Data de recerca)	**ESTRATÈGIA DE CERCA** Filtres afegits: -Últims 10 anys -Idiomes: Anglès i Espanyol.	***n***
PubMed (11/04/2026)	["immigrant*" OR "migrant*" OR "refugee*" OR "asylum seekers" OR "undocumented migrant*" OR "irregular migrant*") AND ["healthcare barrier*" OR "racism" OR "access to healthcare" OR "health equit*") AND ["Spain" OR "España" OR "Spanish health system" OR "sistema sanitario español")	106
Scopus (12/04/2026)	**TITLE-ABS-KEY** (("immigrant*" OR "migrant*" OR "refugee*" OR "asylum seekers" OR "undocumented migrant*" OR "irregular migrant*") AND ["healthcare barrier*" OR "racism" OR "access to healthcare" OR "health equit*") AND ["Spain" OR "España" OR "Spanish health system" OR "sistema sanitario español"))	171
Web of Science (14/04/2026)	["immigrant*" OR "migrant*" OR "refugee*" OR "asylum seekers" OR "undocumented migrant*" OR "irregular migrant*") AND ["healthcare barrier*" OR "racism" OR "access to healthcare" OR "health equit*") AND ["Spain" OR "España" OR "Spanish health system" OR "sistema sanitario español")	162
CINAHL (14/04/2026)	["immigrant*" OR "migrant*" OR "refugee*" OR "asylum seekers" OR "undocumented migrant*" OR "irregular migrant*") AND ["healthcare barrier*" OR "racism" OR "access to healthcare" OR "health equit*") AND ["Spain" OR "España" OR "Spanish health system" OR "sistema sanitario español")	55
IBECS (14/04/2026)	["inmigrante*" OR "migrante*" OR "refugiado*" OR "solicitante* de asilo" OR "migrante* indocumentado*" OR "migrante* irregular*") AND ["barrera* sanitaria*" OR "racismo" OR "acceso a la sanidad" OR "equidad en salud") AND ["España" OR "sistema sanitario español")	9
Open Evidence (26/02/2026)	Cerca per llenguatge natural: Valors del professionalisme mèdic i limitacions en l'atenció a la població migrant racialitzada. Dilemes, barreres, i ètica davant persones migrades racialitzades en l'àmbit sanitari. Articles enfocats en Espanya, de fa menys de 10 anys.	43
Experta (23/11/2025)	Dra. Ethel Sequeira-Aymar	9
Per citació (22/04/2026)	Cita trobada al següent article de Pérez-Urdiales: Sub-Saharan African immigrant women's experiences of [lack of) access to appropriate healthcare in the public health system in the Basque Country, Spain.	1

La segona fase del cribratge es va dur a terme aplicant rigorosament els criteris d'elegibilitat. Per a cada article exclòs en aquesta fase es va registrar el motiu específic (Figura 1).

Procés d'extracció de dades

A mesura que es feia el segon cribratge, s'anaven extraient les dades dels estudis inclosos mitjançant una taula de recollida de dades elaborada expressament per a l'estudi.

S'incloïen les variables següents: dades bibliogràfiques (autor, any i lloc de l'estudi), característiques metodològiques (disseny de l'estudi i mida de la mostra), característiques de la població estudiada, eixos temàtics (subtema principal i subtemes secundaris), resultats clau, biaixos i valoració de la qualitat metodològica utilitzant les eines següents: JBI o MMAT.

Diagrama de flux

El procés complet de selecció dels estudis es representa visualment en el diagrama de flux PRISMA 2020 (Figura 1).

La revisió final inclou 27 estudis: 21 de centrats en la població afectada, 5 en professionals que parlen sobre la població afectada i 1 en el marc polític sanitari.

Avaluació de la qualitat metodològica

L'avaluació de la qualitat metodològica es va fer mitjançant les eines de l'Institut Joanna Briggs [17], escollides perquè ofereixen instruments específics per a cada disseny d'estudi i s'integren bé amb el marc PRISMA 2020. Per als estudis amb metodologia mixta es va aplicar la *Mixed Methods Appraisal Tool* [18].

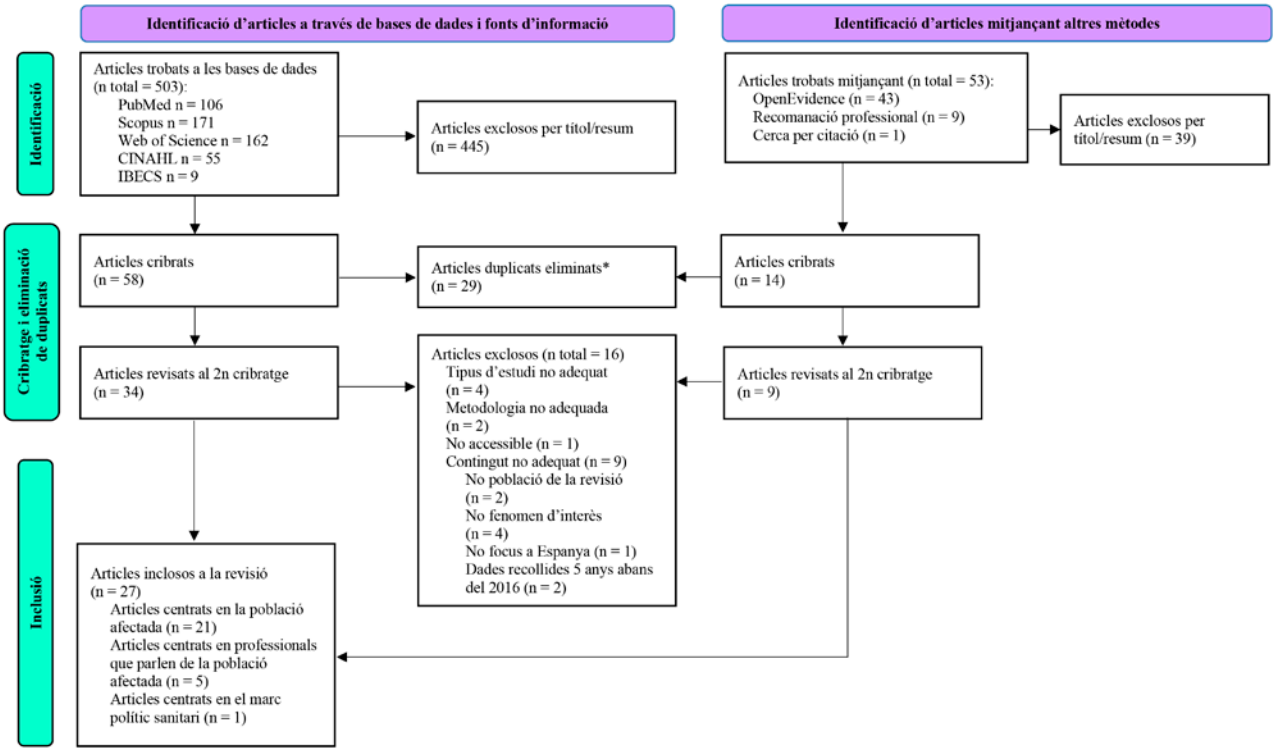
Els resultats de l'avaluació de la qualitat metodològica es presenten integrats a les taules de resultats (Taula 2).

Mètode de síntesi de dades

Atesa l'heterogeneïtat metodològica dels estudis inclosos i la naturalesa principalment fenomenològica i contextual del tema estudiat, no era pertinent ni metodològicament viable la realització d'una metaanàlisi quantitativa. En lloc d'això, es va dur a terme una síntesi narrativa estructurada.

Els resultats s'han organitzat per blocs temàtics que permeten visualitzar tant les barreres i la discriminació com els patrons transversals que les vinculen.

Figura 1: Diagrama de flux del procés de selecció d'estudis segons les guies PRISMA 2020 (adaptat*).



* L'eliminació de duplicats es va realitzar després del cribratge per títol/resum, invertint l'ordre habitual del diagrama PRISMA, a causa d'una limitació tècnica d'emmagatzematge que impedia descarregar la totalitat dels articles per eliminar els duplicats prèviament al cribratge. Per això, el cribratge per títol/resum es va fer directament sobre les interfícies de les bases de dades, i l'eliminació de duplicats es va realitzar posteriorment sobre els articles cribrats, ja que, en ser una quantitat menor, sí que es van aconseguir descarregar al gestor bibliogràfic utilitzat; Zotero.

RESULTATS

Selecció dels estudis

Es va identificar un total de 556 estudis mitjançant la cerca bibliogràfica. Després del cribratge per títol i resum i d'eliminar duplicats, van quedar 43 articles per al segon cribratge, dels quals 27 es van incloure en la revisió final.

Els principals motius d'exclusió van ser: un tipus d'estudi no adequat i un contingut no adequat (principalment per no centrar-se en la població d'estudi, o per centrar-se només en dades clíniques, i no pas en les barreres d'accés).

Els estudis inclosos es van agrupar en cinc subtemes: marc legal i barreres estructurals d'accés; barreres lingüístiques i mediació intercultural; racisme, discriminació i els seus mecanismes de naturalització; poblacions en situació de vulnerabilitat específica; i estratègies compensatòries i factors facilitadors.

Característiques dels estudis inclosos

Els estudis es van publicar entre l'any 2016 i el 2026, i es van fer a diverses comunitats autònomes: la majoria a Catalunya, al País Basc i a Andalusia. Pel que fa al disseny metodològic, predominen els estudis qualitatius (n=17), seguits dels estudis quantitatius observacionals (n=5), els estudis de mètodes mixtos (n=3), un estudi prospectiu de cohorts i una anàlisi documental sistemàtica. La majoria d'estudis es focalitzen en la població migrant racialitzada (n=21); cinc recullen la perspectiva de professionals, i un analitza el marc polític. Quant a la qualitat metodològica, sis estudis van obtenir una valoració "molt alta", setze "alta" i tres "moderada". El contingut dels articles, agrupats per subtemes, es troba a la Taula 2.

Síntesi dels resultats per àrees temàtiques

Marc legal i barreres estructurals d'accés

L'anàlisi documental sistemàtica de set comunitats autònomes [19] documenta una implementació marcadament heterogènia del RDL 16/2012. Hsia & Gil-González [20] confirmen, a través d'entrevistes, que el posterior RDL 7/2018 (que en teoria restaurava la universalitat) tampoc va resoldre plenament les barreres: les dificultats per empadronar-se i la facturació puntual d'urgències van mantenir un accés fragmentat, i les ONG van haver d'intentar compensar les limitacions del sistema. L'estudi poblacional d'Aragó [21], amb dades del 2011 (l'últim any d'igualtat formal d'accés), aporta una dada especialment rellevant: els migrants en situació irregular ja utilitzaven significativament menys els serveis sanitaris que la resta de la po-

Taula 2.

Taula 2.1: Marc legal i barreres estructurals d'accés.

Autor (Any) i lloc	Disseny	Població (n)	Subtema principal	Subtemes secundaris	Resultats clau	Qualitat metodològica / biaixos identificats	Eina JBI i MMAT
Gogishvili et al. (2021), 7 CCAA [19]	Anàlisi documental sistemàtica d'implementació de polítiques; codificació predefinida; categories analítiques explícites	Documents oficials (n = 22) de 7 CCAA sobre accés sanitari de migrants indocumentats publicats des del RDL 16/2012 fins al juliol del 2018	1 - Marc legal-administratiu	4b - VIH com a excepció regulatòria	Implementació heterogènia entre CCAA tot i un marc estatal unificat.	Únic estudi del seu tipus en el cos d›evidència. Dades fins al juliol de 2018: no inclou el RD-Llei 7/2018 ni desenvolupaments posteriors. Acceptat al cribratge sota la categoria d'anàlisi documental empírica.	Sense checklist JBI específica per a anàlisi d'implementació de polítiques. Valoració amb JBI Qualitative Research (10 ítems, adaptat): ALTA.
Hsia & Gil-González (2021), Espanya [20]	Qualitatiu; 12 entrevistes semiestructurades	Personal sanitari, funcionaris, administradors hospitalaris, personal d'ONG i experts en poblacions desateses. n = 12; 7 homes, 5 dones	1 - Marc legal-administratiu	—	Analitza per què l'ampliació normativa del RDL-2018 no va resoldre plenament les barreres. Erosió de la confiança com a justificació restrictiva. Requisit dels 3 mesos de residència i dificultat per empadronar-se. Facturació d'urgències. Disparitat entre CCAA. El paper de les ONG davant la situació.	Focus en el marc legal/polític més que en l'experiència clínica directa. No inclou veu directa de migrants. El nombre limitat d'enquestats pot restringir la diversitat de punts de vista. No obstant això, els autors aclareixen que la selecció es va basar en el principi de saturació, considerat l'estàndard d'or en la investigació qualitativa.	JBI Qualitative Research (10 ítems). Valoració: ALTA (9/10).
Gimeno-Feliu et al. (2021), Aragó [21]	Estudi observacional retrospectiu amb dades administratives; regressió binomial negativa estàndard i zero-inflated multivariable; ajust per edat, sexe, temps d'estada, càrrega de morbiditat	Població adulta total d'Aragó (2011): 930.131 nacionals espanyols + 123.432 migrants documentats + 17.152 migrants en situació irregular. n = 1.070.715	1 - Patró d'ús sota igualtat formal d'accés	4d - Situació irregular	Els migrants en situació irregular utilitzen significativament menys els serveis sanitaris que els documentats i els nacionals en tots els nivells: AP i especialitzada, hospitalització planificada i no planificada, urgències, i despesa farmacèutica (9 € vs. 77 € vs. 367 €). Les diferències s'atenuen només parcialment després de l'ajust per edat, sexe, temps d'estada i morbiditat. Dades del 2011 (últim any pre-RDL): les barreres estructurals persisteixen fins i tot sota igualtat legal d'accés.	Disseny temporal intencional (pre-RDL). Possibles registres actius de persones en situació irregular que han abandonat la regió.	JBI Cohort Studies (11 ítems). Valoració: ALTA (9/11).
Castano et al. (2016), Barcelona [22]	Mètodes mixts longitudinals: enquesta a migrants (mostreig aleatori simple) estiu 2012 + enquesta de seguiment primavera 2013 (post-RDL) + qüestionari de preguntes obertes a professionals sanitaris.	Persones estrangeres amb malalties infeccioses ateses a Barcelona (n = 920 base mostral); inicial 93 + seguiment 69 (74,2 % de retenció) + 21 professionals. n=114: 93 (69 seguiment) + 21	1 - Impacte del RDL 16/2012	4b - Malalties infeccioses	Els migrants utilitzaven la targeta sanitària per a l'atenció d'infeccioses i cròniques abans del RDL 16/2012. Després del RDL, el 66 % dels enquestats estava en risc de perdre almenys part de la cobertura. Implicacions per a la salut individual i per a la salut pública; el 62 % dels professionals va considerar que el rastreig de contactes i la vigilància de malalties infeccioses es van veure afectats negativament pel RDL (2012).	Biaix de selecció: la mostra d'immigrants se centra en persones que ja utilitzen activament el sistema sanitari. A més, el grup de professionals es va obtenir per mostreig d'oportunitat (conveniència). Temporalitat: el seguiment es va fer només 8 mesos després de l'entrada en vigor de la llei, podria resultar insuficient per observar-ne totes les conseqüències.	MMAT (Mixed Methods Appraisal Tool, 5 dominis). Valoració: MODERADA.

Taula 2.2: Comunicació i mediació intercultural.

Lurgain et al. (2024), Barcelona [23]	Qualitatiu exploratori-descriptiu (jul-des 2022). Triangulació de dades guiada pel marc de competència cultural de Betancourt et al. (2003). Saturació reportada.	73 dones migrants marroquines (n=36) i pakistaneses (n=37), elegibles per al cribratge de càncer de coll uterí + 13 professionals sanitàries de centres d'AP en SSR (ASSIR). n total = 86	2 - Barreres lingüístiques i mediació	3 - Discriminació percebuda; 4a - Dones migrants i SSR; 5 - Mediació intercultural	Barreres lingüístiques persistents independentment del temps de residència. Discriminació percebuda. Pressió de temps bidireccional. Consentiment informat i confidencialitat compromesos quan el marit fa de traductor. Disponibilitat desigual de mediadors culturals (al Raval o al Besòs sí; a Terrassa o a L'Hospitalet, pràcticament no). Infrautilització del 061 Salut Respon. Manca de representació de minories en plantilla i lideratge. Conflictes ètics amb l'ús d'infants menors com a traductors.	Limitació: dues comunitats específiques (marroquines i pakistaneses), no extrapolables.	JBI Qualitative Research (10 ítems). Valoració: MOLT ALTA (10/10).
Plaza del Pino et al. (2020), Almeria [24]	Entrevistes a casa dels informants; en castellà, àrab, wòlof, bambara i mandinga, amb intèrprets. De maig del 2016 al juny del 2017. Saturació reportada.	Pacients musulmans hospitalitzats, majoritàriament d'origen africà. N = 37	2 - Comunicació amb infermeria	3 - Discriminació; 4d - Hospitalització	Experiències discriminatòries a l'hospital. Necessitat de formació específica del personal o més diversitat cultural entre el personal. Els pacients tendeixen a minimitzar i justificar la discriminació. Gran variabilitat en pràctiques religioses (contra l'estereotip d'homogeneïtat).	Aporta perspectiva hospitalària (complementa estudis en AP). Limitació: una sola regió.	JBI Qualitative Research (10 ítems). Valoració: ALTA (9/10).
Badanta-Romero et al. (2021), Sevilla [25]	Mètodes mixtos: enquesta transversal amb qüestionari adaptat de l'ENSE (traduït per natius xinesos) + 7 entrevistes; mostreig de bola de neu (xarxes socials).	Comunitat xinesa a Sevilla (133 qüestionaris + 7 entrevistats), n total=140	2 - Barreres lingüístiques	5 - Ús paral·lel de Medicina Tradicional Xinesa	Ús inferior dels serveis sanitaris que la població autòctona (51 % vs. 87 % ENSE). Barreres principals: idioma i temps. Diferències de sexe: homes per feina (OR=7,7), dones per cura infantil (OR=12). Preferència per la Medicina Tradicional Xinesa com a primera opció. Estratègies compensatòries: assegurança privada, viatges a la Xina per atendre's, traductors informals (familiars/fills).	Mètodes mixtos amb triangulació. Comunitat poc estudiada en la literatura espanyola (fortalesa). Limitació: Sevilla no té una de les comunitats xineses més nombroses (com Madrid o Barcelona).	MMAT (5 dominis). Valoració: ALTA. Integració component quantitatiu i qualitatiu: les dues vessants informen recíprocament les conclusions.
Ramos-Roure et al. (2021), Maresme [26]	Qualitatiu; 1 grup focal (n=8) + 5 entrevistes semiestructurades (n=5, amb 2 solapaments).	11 migrants de llarga estada (≥6 anys) a Espanya, amb competència lingüística en castellà o català, d'origen no europeu.	2 - Comunicació intercultural / asimetria de poder	3 - Tracte	Els migrants de llarga estada volen una comunicació més propera, personalitzada i humana; perceben la relació com a asimètrica. Qui ha tingut experiències negatives les justifica per «tenir accés gratuït al sistema»: exemple paradigmàtic del patró de naturalització del racisme institucional. Necessitat de formació en comunicació intercultural.	Validació Delphi, doble codificació, member checking, saturació reportada. Mida petita, però saturació argumentada.	JBI Qualitative Research (10 ítems). Valoració: ALTA (9/10).
Ramos-Roure et al. (2026), Catalunya [27]	Qualitatiu; 18 entrevistes amb nouvinguts + 2 grups focals (nouvinguts i mediadors).	Nouvinguts (≤ 5 anys a Espanya) de diversos orígens + mediadors culturals. n total = 29 (18 entrevistes + 6 nouvinguts en GF + 5 mediadors GF).	2 - Atenció estandarditzada com a discriminació	1 - Por de la deportació; 3 - Assimilació	La por a la deportació porta els nouvinguts indocumentats a evitar el sistema sanitari. La falta de targeta sanitària invisibilitza. Atenció percebuda com a estandarditzada i no adaptada culturalment. Els nouvinguts no perceben discriminació explícita per raça o origen. Els mediadors, en canvi, sí que identifiquen diferències culturals en els conflictes i documenten actituds discriminatòries; patró de naturalització del racisme institucional. Es resol el problema clínic però no les necessitats emocionals dels nouvinguts.	Reclutament per conveniència de mediadors. Població molt específica (nouvinguts <5 anys): fortalesa temàtica (subgrup poc estudiat) però limitació de generalització.	JBI Qualitative Research (10 ítems). Valoració: ALTA (9/10).
Ortega et al. (2025) - Case Study 1, Raval Sud, Barcelona [28]	Recerca-acció participativa (desembre 2021 – març 2023); 9 entrevistes. Mostreig intencional + per conveniència.	9 dones migrants (de Pakistan, Bangladesh, Marroc i Filipines, 28-72 anys) + 4 metges del CAP Raval Sud (2 metges de família + 2 pediatres, 32-36 anys); n total = 13.	2 - Barreres lingüístiques i mediació	3 - Discriminació; 5 — Formació intercultural	Tres tipus de barreres identificades: lingüístiques (ús de traductors no professionals), culturals (desconeixement del sistema, rigidesa d'horaris incompatibles amb feines precàries) i discriminatòries (incident de discriminació verbal documentat). Co-disseny de tallers formatius en competències estructurals i interculturals pels professionals del CAP Raval Sud.	Limitació: barri específic (Raval); resultats no generalitzables. Una entrevistadora.	JBI Qualitative Research (10 ítems). Valoració: ALTA (8/10).

Taula 2.3: Racisme, discriminació i els seus mecanismes de naturalització.							
Gogishvili et al. (2021), València [29]	Qualitatiu; 12 entrevistes semiestructurades; reclutament via ONG; mostreig intencional per part d'una treballadora social no implicada en la recerca; saturació reportada.	Persones migrants VIH+ amb ≥1 any de residència a Espanya, totes parlants natives de castellà; diversitat de situació administrativa. n total = 12.	3 - Discriminació interpersonal	1 - RDL 16/2012 (padró); 4b - VIH	Quatre temes identificats: impossibilitat de complir el requisit d'empadronament per accedir a la targeta sanitària pública (com a barrera sistèmica principal), paper facilitador de tercers (ONG, amics/familiars) com a factor clau d'experiència d'accés positiva, distrès associat al diagnòstic de VIH, discriminació percebuda per estatus VIH+ en entorns sanitaris, laborals i quotidians. Complementa l'article (19) amb l'experiència de migrants afectats per les polítiques que l'article esmentat analitza.	Mostra reclutada ja coneguda per ONG, i només parlants de castellà (biaix de selecció). Mateixa autoria principal i proximitat temporal amb (19): tractar com a contribucions independents però coordinades.	JBI Qualitative Research (10 ítems). Valoració: ALTA (8/10).
Pérez-Urdiales et al. (2019), País Basc [30]	Qualitatiu; 14 entrevistes semiestructurades (juny 2016 – octubre 2017); mostreig intencional. Marc teòric explícit sobre racisme estructural	14 dones migrades subsaharianes de 8 països; 4 indocumentades. n total = 14.	3 - Racisme institucional	1 - Legal; 2 - Comunicació; 4a - Dones	Tres categories: (1) «Por a un sistema percebut com a no amigable»; (2) «Ser ateses en els termes comunicatius del professional» (la manca de comunicació efectiva compromet l'accés i la salut); (3) «És maltractament per racisme o per mala sort?» (qüestionament del propi reconeixement del racisme: exemple de la naturalització d'aquest).	És l'estudi més explícitament centrat en racisme del cos d'evidència. Mostra petita però homogènia amb saturació. Triangula amb (35) (mateixes autores, perspectiva professional sobre el mateix context).	JBI Qualitative Research (10 ítems). Valoració: MOLT ALTA (10/10).
Armenta-Paulino et al. (2025), Madrid [31]	Qualitatiu; 16 entrevistes semiestructurades (abr–nov 2023); mostreig intencional; anàlisi interpretativa-fenomenològica (IPA) amb marc teòric Dignified Treatment (DT).	Dones llatines hispanoparlants (25-72a) de Colòmbia, Equador, Hondures, Mèxic, Perú i Veneçuela; diversitat ocupacional i de temps de residència. n total = 16.	3 - Tracte (in) digne / racisme institucional	1 - Targeta sanitària; 4a - Dones	Problemes d'accés: dificultat per obtenir la targeta sanitària. Problemes de comunicació: manca d'empatia i calidesa, termes poc comprensibles, escassa autonomia en la presa de decisions. Maltractament verbal i infravaloració. Cap participant s'identifica explícitament com a víctima de discriminació per origen, tot i descriure experiències que les autores teoritzen com a formes de discriminació normalitzada (naturalització del racisme).	Biaix de selecció: reclutament via ONG i associacions pot sobrerepresentar migrants ja connectades als serveis (les més invisibilitzades no hi apareixen). L'anàlisi no estratifica per temps de residència, país d'origen ni estatus migratori.	JBI Qualitative Research (10 ítems). Valoració: ALTA (9/10).
Rodríguez-Álvarez et al. (2017), País Basc [32]	Estudi descriptiu transversal amb dades secundàries (EPIE 2014); regressió log-binomial; mostreig aleatori estratificat per lloc de naixement i residència; taxes de resposta familiar 73,5 % / individual 69,3 %	Immigrants adults residents al País Basc, exclosos els nascuts en països amb IDH ≥0,83 i nascuts al País Basc. n = 3.456.	3 - Discriminació percebuda	—	Gairebé 1 de cada 10 immigrants adults reporta discriminació percebuda durant l'últim any. En l'anàlisi ajustada, qui la percep té 1,92 vegades més probabilitat (IC95 %: 1,44-2,56) de tenir mala salut. L'associació és independent de l'origen, sexe o nivell d'estudis.	No s'estableix relació temporal exposició-outcome. Discriminació mesurada amb un únic ítem. Mateixa font EPIE 2014 que (42) - no comptar dues vegades com a evidència independent.	JBI Analytical Cross-Sectional (8 ítems). Valoració: MOLT ALTA (8/8).
Lamarque & Moro-Gutiérrez (2018), Salamanca i rodalies [33]	Qualitatiu (2016–2017); observació + entrevistes semiestructurades individuals i en petit grup; mostreig selectiu inicial + bola de neu; anàlisi temàtica.	Llatinoamericans (19 dones, 11 homes; 29–75 anys) de 12 països; 5 en situació irregular, 7 amb permís temporal, 11 de llarga estada, 7 sol·licitants d'asil; només el 60 % amb targeta sanitària. n total = 30.	3 - Tracte deshumanitzat	1 - Burocràcia; 2 - Sociocultural	Sentiments negatius: por, sistema percebut «per a altres», desigualtat de tracte tot i contribuir a la Seguretat Social. Tracte «fred» o «deshumanitzat»; reiteració de prescripcions (paracetamol, antidepressius). En contrast, valoració positiva de la tecnologia i la modernitat dels serveis respecte als països d'origen, tensió que explica la persistència d'ús malgrat el rebuig.	Triangulació de tècniques (entrevistes + observació). Revisió col·laborativa amb peers externs. Limitacions: una sola regió (Castella i Lleó); mostra majoritàriament femenina.	JBI Qualitative Research (10 ítems). Valoració: ALTA (8/10).
Alemany-Arrebola et al. (2020), Almeria, Màlaga, Granada, Ceuta i Melilla [34]	Estudi descriptiu ex post facto amb disseny transversal; escala validada de Prejudici Subtil i Manifest; mostreig de conveniència.	Estudiants d'infermeria de 1r a 4t curs de les 5 ciutats del sud d'Espanya esmentades. n total = 1.393.	3 - Prejudicis del personal sanitari en formació	—	El prejudici SUBTIL es mostra més en homes que en dones ($p<0,05$), i segueix un patró en U: disminueix de 1r a 3r curs i torna a augmentar al 4t fins a nivells similars als del 1r (SP1=26,86; SP4=26,55). El prejudici MANIFEST augmenta progressivament de 1r a 4t curs ($p<0,05$). Els estudiants en àrees d'alta pressió migratòria (Almeria, Ceuta, Melilla) mostren més prejudicis subtils i manifests que els de baixa pressió (Màlaga, Granada).	Es desconeixen les causes de les diferències trobades, i es proposa investigació qualitativa complementària. Estudiants (predictiu però no equivalent a professionals en actiu).	JBI Analytical Cross-Sectional (8 ítems). Valoració: ALTA (7/8).

Taula 2.4: Situacions de vulnerabilitat específiques.

Pérez-Urdiales & Goicolea (2018), País Basc [35]	Qualitatiu; 11 entrevistes semiestructurades; mostreig intencional per experiència professional en atenció a migrants + coneixement de normativa sanitària. Marc conceptual de Levesque (5 dimensions d'accés).	Professionals sanitàries de quatre centres sanitaris d'AP i SSR. 6 metges/esses (1 home, 5 dones), 4 infermeres, 1 psicòloga clínica. n total = 11.	4a - Dones i SSR (perspectiva professional)	1 - Polítiques; 3 - Actitud personal	Quatre categories: (1) «Diga'm com ets i et diré com hi accedeixes»; (2) «Quan ja les atenen, estupendament. El problema és amb el personal administratiu» (personal administratiu com a principal barrera); (3) Sistema de salut inflexible, passiu i receptor de necessitats (sobrecàrrega, manca de proactivitat en SSR); (4) «Si no compleixes els requisits, no entres. La llei és la llei» (barreres legals i normatives com a obstacle principal, desconeixement de drets, por).	Biaix de selecció: només personal pre-sensibilitzat amb la situació d'exclusió sanitària. No es recull veu directa de les dones migrants en aquest estudi. Triangulació amb (30] (mateixes autores, perspectiva complementària sobre mateix context).	JBI Qualitative Research (10 ítems). Valoració: ALTA (8/10).
Ryan et al. (2024), Madrid [36]	Estudi de cohorts prospectiu (gener 2022 – juny 2023); reclutament via ONG de Madrid; avaluació mèdica + social/psicològica amb qüestionaris validats.	Sol·licitants d'asil llatinoamericans VIH+ recentment arribats a Espanya; 88 % homes cis (dels quals 94 % MSM), 5 % dones cis, 7 % dones trans. n = 631	4b - VIH	1 - Barreres d'accés; 4d - Asil	En arribar: 49 % sense suport social; 88 % en host home, 6 % sense sostre; 55 % sense dret a sanitat en la 1ª avaluació; 74 % troben barreres en el sistema sanitari. La continuïtat del tractament antiretroviral (TARV) cau del 77 % (en ttm als països d'origen) al 61 % (en arribar a la clínica VIH, a Espanya); el 33 % té càrrega viral detectable en la 1ª avaluació. Als 6 mesos de seguiment: 99 % en TARV, 98 % indetectables.	Biaix de selecció: reclutats via ONG i clínica VIH, per tant migrants ja amb algun contacte. Estudi monocèntric: generalitzabilitat limitada.	JBI Cohort Studies (11 ítems). Valoració: MOLT ALTA (10/11).
Ndumbi et al. [2018), Espanya [37)	Enquesta electrònica transversal; jul 2013 - jul 2015; 775 reclutats a tota Espanya; regressió logística multivariable estratificada per sexe.	Migrants adults VIH+ diagnosticats <5 anys, residents a Espanya ≥6 mesos; 23 % dones; 63 % LATAM, 14 % subsaharians, 10 % Europa Occidental, 8 % Europa Central/Est; 15 % en situació irregular. n = 672 (de 775 entrevistats)	4b - VIH	1 - Targeta sanitària; 3 - Estigma racial	Els homes reporten més barreres que les dones (24 % vs 14 %, p=0,009). Barreres principals: llargues esperes per a la cita (9 %) o a la consulta (7 %), manca de targeta sanitària (7 %). En homes, l'estigma racial s'associa amb més barreres (OR 3,1; IC95 % 1,9-5,1). Migrants subsaharians en situació irregular presenten les taxes més elevades de barreres.	Biaix de selecció: reclutament en centres VIH. Submostra de dones baixa per a les anàlisis estratificades. Sense grup de comparació amb nadius.	JBI Analytical Cross-Sectional (8 ítems). Valoració: MOLT ALTA (8/8).
Van Selm et al. (2025), Huelva, Almeria, Múrcia, Lleida i La Rioja [38,39]	Dos subestudis qualitatius descriptius del projecte AGROMISALUD. 92 entrevistes semiestructurades a professionals (gen–oct 2021). Mostreig intencional + bola de neu. Marcs conceptuals de: Tanahashi i Levesque.	Professionals de l'àmbit sanitari i social que treballen amb treballadors agrícoles estacionals migrants (SMF) en 4 CCAA. n = 92.	4c - Treballadors agrícoles estacionals (SMF)	(38): 1 - Barreres administratives; 5 - ONG com a facilitadors (39): 2 - Barreres lingüístiques i culturals; 5 - Competència cultural professional	(38): Barreres d'accessibilitat: administratives (empadronament, accidents laborals d'irregulars), geogràfiques/temporals, financeres (medicació sense targeta) i de capacitat del sistema. Estratègies dels SMF: entrada via urgències; ús de documentació aliena. Facilitadors: simplificació administrativa, atenció sense cita, suport d'ONG (acompanyament, suport logístic). (39): Barreres d'acceptabilitat: comunicació; diferències culturals i de percepció de la salut; por a perdre la feina i condicions de vida precàries. Facilitadors: mediadors culturals, informació sobre drets i funcionament del sistema, competència cultural del personal sanitari.	Perspectiva exclusivament professional: el filtre interpretatiu pot atribuir a «cultura» allò que els SMF explicarien en termes de discriminació. Recollida durant la pandèmia COVID-19. Els dos articles comparteixen la mateixa mostra primària: evitar el doble comptatge.	JBI Qualitative Research (10 ítems). Valoració ALTA (8/10) per als dos articles.
Plaza del Pino et al. (2024), Almeria [40]	Qualitatiu; 24 entrevistes semiestructurades (gen–abr 2022); realitzades per una investigadora marroquina nativa; als assentaments o domicilis dels participants. Mostreig intencional + bola de neu.	Migrants marroquins indocumentats residents en assentaments informals del sud d'Espanya, amb contacte previ amb el sistema sanitari. n = 24 (11 homes, 13 dones)	4d - Assentaments / extrema vulnerabilitat	1 - Barreres administratives i d'aïllament geogràfic; 2 - Barreres lingüístiques; 3 - Discriminació i manca de competència cultural	Quatre categories. (1)Vida a l'assentament: condicions de pobresa extrema; risc addicional per a les dones; absència de seguiment per part del sistema sanitari o serveis socials malgrat la targeta sanitària. (2)Experiències al sistema sanitari: atenció percebuda com a estandarditzada i no personalitzada. (3)Comunicació: barrera lingüística com a obstacle central; drets d'informació vulnerats. (4)Professionals i institucions: discriminació percebuda explícitament; també algunes experiències positives.	Una única investigadora (però nativa marroquina: fortalesa). Una sola zona geogràfica. No recull la veu dels professionals.	JBI Qualitative Research (10 ítems). Valoració: ALTA (8/10).
Ortega et al. (2025) - Case Study 2, Raval Nord, Barcelona [28]	Recerca-acció participativa (maig 2021-març 2023); (1) recerca qualitativa prèvia amb 2 grups focals sobre actituds davant el suïcidi; (2) formació en prevenció del suïcidi per a guardians comunitaris i per a professionals del CAP. Seguiment als 7 mesos. Anàlisi del registre de diagnòstics de conducta suïcida a Ciutat Vella.	Representants de la comunitat filipina del Raval Nord pels grups focals i per la formació (n=9) + professionals del CAP Raval Nord (n no especificada, enquesta anònima).	4e - Salut mental (prevenció del suïcidi)	5 - Intervenció comunitària participativa; 2 - Competència cultural professional	Els GF revelen que la comunitat filipina associa el suïcidi a malaltia mental, impredictibilitat i estigma; factors culturals i religiosos requereixen atenció específica. La formació QPR millora significativament els coneixements dels guardians; l'autoconfiança professional en la gestió del risc suïcida puja del 28 % (pre) al 84 % (post). Canvi cultural cap a converses obertes sobre suïcidi a la comunitat. S'estableix una xarxa (CAP, ONG, comunitat filipina). Els guardians formats deriven adequadament casos a serveis.	Únic estudi del corpus específicament centrat en salut mental de població migrant racialitzada a Espanya (llacuna important del cos d'evidència). Focus exclusiu en una comunitat molt específica (filipina).	MMAT. Valoració: MODERADA-ALTA. Integració: el component qualitatiu guia el disseny de la intervenció; el quantitatiu avalua l'impacte.

Taula 2.5: Estratègies compensatòries i facilitadors.

Autor (Any) i lloc	Disseny	Població (n)	Subtema principal	Subtemes secundaris	Resultats clau	Qualitat metodològica / biaixos identificats	Eina JBI i MMAT
Serre-Delcor et al. (2021), Espanya [41]	Estudi descriptiu transversal; qüestionari autoadministrat de 22 ítems de creació pròpia (no validat).	Professionals sociosanitaris (metges, treballadors socials, infermeria i altres) que atenen migrants recentment arribats a Espanya. n = 228.	5 - Estratègies compensatòries	1 - Marc legal-administratiu; 2 - Lingüístiques	El 61 % dels professionals declara coneixement limitat sobre els drets sanitaris dels migrants; el 94 % creu que els migrants han de superar barreres. Quatre barreres més reportades: idioma (89 %), diferències culturals (71 %), qüestions administratives (68 %) i por a la indocumentació (58 %). Salut mental i malalties infeccioses assenyalades com a major càrrega. Estratègies proposades: formació en competència intercultural (64 %), agents comunitaris de salut (62 %), traductors (57 %) i navegació del sistema per als migrants (com funciona el sistema sanitari) (48 %).	No grup de comparació ni anàlisi inferencial. Qüestionari de creació pròpia sense validació prèvia. Biaix intrínsec: les barreres descrites són percebudes pels professionals, no pels migrants. Localització geogràfica dels participants no recollida.	JBI Analytical Cross-Sectional (8 ítems). Valoració: MODERADA (5/8).
Rodríguez-Álvarez et al. (2019), País Basc [42]	Estudi transversal amb dues enquestes representatives: EPIE'14 (immigrants) i ESCAV'13 (nadius); ajust per edat, temps d'estada, situació legal, comprensió del castellà, nivell educatiu, situació laboral, convivència i salut autopercebuda.	Adults (16-59a) residents al País Basc: immigrants de països amb IDH baix o mitjà (<0,83) i nascuts a Espanya. n total = 6.140 (1.908 immigrants + 4.232 nadius).	5 - Patró d'accés diferencial	—	Major probabilitat d'anar al metge de família en immigrants, tant dones (PR 1,19; IC95 % 1,12–1,26) com homes (PR 1,11; IC95 % 1,01–1,23), respecte als nadius. També major ús d'urgències en immigrants, tant dones (PR 1,97; IC95 % 1,43–2,69) com homes (PR 1,50; IC95 % 1,01–2,25). El patró suggereix un accés relativament equitatiu a l'atenció especialitzada però major ús d'AP i urgències en la població immigrant.	Comparació entre dues enquestes de dissenys no idèntics. Biaix de selecció: infrarepresentació d'immigrants en situació de màxima precarietat, infraestimació de desigualtats. Disseny transversal: no permet inferències causals. Mateixa font EPIE 2014 que (32) (no doble-comptar).	JBI Analytical Cross-Sectional (8 ítems). Valoració: ALTA (7/8).
Porthé et al. (2016), Baix Empordà i Barcelonès [43]	Qualitatiu; entrevistes semi–estructurades; mostra teòrica seleccionada en dues etapes; saturació dels discursos; triangulació per àrees, grups d'informants i fonts (tres analistes amb backgrounds disciplinaris diferents). Marc d'Aday i Andersen.	34 professionals sanitaris, administratius d'AP i secundària; i 20 usuaris immigrants marroquins i bolivians de centres d'AP amb alta proporció d'immigrants. n total = 54	5 - Continuació assistencial sota crisi	1 - RDL 16/2012	ETAPA POST CRISI (i RDL 16/2012). Professionals destaquen limitacions de la continuació assistencial per als migrants indocumentats; els migrants destaquen les barreres per obtenir la targeta sanitària individual i l'enduriment dels requisits administratius (empadronament, renovació anual). Augment de les llistes d'espera com a barrera transversal per a tota la població; deterioració de les condicions econòmiques i laborals, com a barrera d'accés i causa de retard en la cerca d'atenció sanitària.	Triangulació de perspectives: fortalesa metodològica. Dificultat per arribar a migrants sense targeta sanitària: probablement s'infraestimen les barreres. Treball de camp novembre 2014 – setembre 2015: captura el context immediat post-RDL però no el llarg termini.	JBI Qualitative Research (10 ítems). Valoració: ALTA (9/10).
Gonçalves, Sequeira-Aymar et al. (2022), Barcelona, Lleida, Manresa i Tortosa [44]	Qualitatiu; 4 grups focals (1 per CAP; mar–jun 2019); professionals de cada centre convidats per e-mail; anàlisi de contingut temàtica en 6 fases; reflexivitat i triangulació per part de l'equip investigador.	Metges/esses de família dels 4 CAP que van implementar l'eina de cribratge ISMiHealth durant el projecte pilot. n total = 29 (22 dones, 7 homes)	5 - Estratègies compensatòries (cribratge)	2 - Barreres culturals i lingüístiques; 4e - Salut mental com a tema emergent	ISMiHealth: percebuda com a molt útil per identificar malalties infeccioses importades que sense l'eina no haurien estat cribrades; degut a la manca de formació específica en salut de migrants i d'absència de guies clíniques. Perspectiva cultural i salut mental: els propis professionals reconeixen tenir prejudicis que afecten la pràctica clínica; impacte de la migració en la salut mental, més en dones. Rol de l'AP: porta d'entrada i referent d'atenció al migrant, però amb recursos molt limitats. Propostes de millora: formació en competència cultural i MGF, millora circuits derivació a unitats de salut internacional i grups de suport psicoeducatiu per migrants.	Biaix de selecció doble: els 4 CAP participants eren centres pre-sensibilitzats amb l'eina, no representen la diversitat de CAP de Catalunya, i van participar els professionals més motivats, cosa que no representa la diversitat del col·lectiu. No recull la perspectiva dels migrants sobre el cribratge.	JBI Qualitative Research (10 ítems). Valoració: ALTA (8/10).
Diop & Sobczyk (2024), Granada, Manresa i Saragossa [45]	Qualitatiu; 28 entrevistes semiestructurades + 1 grup de discussió (2019–2022); disseny en dues fases; mostreig intencional + bola de neu; entrevistes en wòlof per l'investigador principal.	Migrants senegalesos membres de tres *tontines* basades en CBHI, amb diferents estatus administratiu, perfils, trajectòries migratòries i situacions laborals. N = 38 (28 entrevistes + grup de discussió de 10 participants)	5 - Innovació social (ajuda de la comunitat)	1 - RDL 16/2012; 4d - Irregulars	Les *tontines* fan d'assegurança de salut comunitària (CBHI) com a resposta col·lectiva a les necessitats mèdiques no cobertes pel sistema. Originalment creades per a la repatriació de difunts, ara han ampliat la seva funció, sense requerir cap documentació als seus membres. Dimensió transnacional: els fons s'utilitzen també per al retorn i l'atenció al Senegal. Confiança basada en transparència, *embeddedness* cultural, flexibilitat adaptada a la situació de cada membre, i pressió social transnacional com a mecanisme de liquiditat. Les dahires s'utilitzen com a canal de reclutament.	Investigador principal parlant nadiu de wòlof: fortalesa. Limitació principal: abast geogràfic limitat, i l'estudi inclou únicament membres de *tontines*. Diversitat interna no coberta exhaustivament. Focus en una sola comunitat nacional (senegalesa).	JBI Qualitative Research (10 ítems). Valoració: MOLT ALTA (10/10).

blació, demostrant que les barreres estructurals operen independentment del marc jurídic. Castano et al. [22] documenten que, post-RDL 16/2012, un 66 % dels migrants amb malalties infeccioses van veure compromesa la seva cobertura, i el 62 % dels professionals va percebre un impacte negatiu sobre la vigilància epidemiològica (Taula 2.1).

Comunicació i mediació intercultural

La barrera lingüística és la troballa més consistentment reportada al llarg del cos d›evidència. Lurgain et al. [23] mostren que, de vegades, persisteix independentment del temps de residència i que la disponibilitat de mediadors culturals és molt desigual entre centres. En absència de mediació professional, sorgeixen pràctiques èticament problemàtiques, com ara l'ús de fills menors com a traductors o de la parella com a intèrpret del consentiment informat (confidencialitat compromesa).

Badanta-Romero et al. [25] observen, en la comunitat xinesa de Sevilla, un ús reduït dels serveis, amb estratègies compensatòries que inclouen viatges al país d'origen o traducció per familiars. Ramos-Roure et al. [26,27] subratllen la dimensió relacional de la comunicació: les persones migrades no demanen comprensió lingüística, sinó una relació propera. Ortega et al. al Case Study 1 [28], en una recerca-acció participativa al Raval, documenten la coexistència de barreres lingüístiques, culturals i discriminatòries, i la viabilitat d'un codisseny formatiu entre comunitat i professionals com a resposta. En els estudis de Van Selm et al. [38,39], amb 92 professionals, descriuen, per als treballadors agrícoles estacionals, dos tipus de barreres: d'accessibilitat (administratives, geogràfiques o financeres) i d'acceptabilitat (por de perdre la feina, problemes de comunicació i manca de competències culturals per part dels professionals) (Taula 2.2).

Racisme, discriminació i naturalització

Rodríguez-Álvarez et al. [32] quantifiquen que gairebé 1 de cada 10 immigrants adults percep discriminació en un any i que, en l'anàlisi ajustada, qui en percep té 1,92 vegades més probabilitat de tenir una salut autopercebuda dolenta. Alemany-Arrebola et al. [34], en una mostra de 1.393 estudiants d'infermeria del sud d'Espanya, documenten que el prejudici, tant manifest com subtil, és elevat el 4t any.

De manera transversal, diversos estudis convergeixen en un patró: algunes persones afectades per la discriminació institucional tendeixen a minimitzar-la o justificar-la. Pérez-Urdiales et al. [30] l'identifiquen en una categoria literal: «és maltractament per racisme o per mala sort?»; les dones entrevistades qüestionen el seu reconeixement del racisme. Armenta-Paulino et al. [31] documenten el mateix fenomen en dones llatines hispanoparlants a Madrid: cap de les setze participants s'identifica com a víctima de discriminació per origen, tot i descriure experiències de discriminació. Ramos-Roure et al. [26,27] mostren com migrants amb experiències negatives les justifiquen dient que és perquè «tenen accés gratuït al sistema», tot i treballar i pagar impostos. Plaza del Pino [24] constata que els pacients hospitalitzats tendeixen a minimitzar i justificar el tracte discriminatori rebut. El patró d'invisibilització i naturalització del racisme institucional és tan recurrent que resulta una troballa transversal del corpus (Taula 2.3).

Situacions de vulnerabilitat específiques

Quant a la salut sexual i reproductiva, les dones migrades experimenten més dificultats, i segons Pérez-Urdiales i Goicolea [35] el principal problema és la inflexibilitat d'entrada al sistema (administratius).

En migrants VIH+, Ryan et al. [36] documenten, en sol·licitants d'asil a Madrid, que la continuïtat del tractament antiretroviral (TARV) cau del 77 % (als països d'origen) al 61 % en arribar a Espanya. En persones migrades VIH+, l'estigma s'associa amb més barreres en homes segons Ndumbi et al. [37].

En el cas dels treballadors agrícoles estacionals migrants [38,39] la irregularitat, l'aïllament geogràfic i la dependència laboral fan que l'entrada al sistema es produeixi gairebé exclusivament per urgències.

Segons un estudi fet a Almeria centrat en assentaments informals [40], els migrants marroquins que hi viuen suporten la intersecció de totes les barreres identificades fins ara: legal, lingüística i discriminatòria.

L'únic estudi sobre salut mental és el Case Study 2 d'Ortega et al. [28], que parla de la prevenció del suïcidi en la comunitat filipina del Raval, Barcelona, que documenta l'eficàcia d'un programa culturalment adaptat (Taula 2.4).

Estratègies compensatòries i facilitadors

Davant la insuficiència del sistema, les comunitats migrants generen respostes col·lectives: les tontines senegaleses [45] han evolucionat des de la repatriació dels difunts cap a una assegurança de salut comunitària, accessible sense documentació i basada en la confiança i la solidaritat transnacional.

Des del sistema, els factors facilitadors identificats inclouen la mediació cultural [23,27,38,39], el suport de les ONG com a pont [20,29,36,38], la simplificació administrativa i l'atenció sense cita [38], la formació en competència intercultural [28] i les eines de cribratge adaptades com ISMiHealth [44].

Serre-Delcor et al. [41] descriuen un contrapunt preocupant: el 61 % dels professionals declara coneixement limitat sobre els drets sanitaris dels migrants, i el 94 % percep que els migrants han de superar les barreres pel seu compte (Taula 2.5).

DISCUSSIÓ

Aquesta revisió sistemàtica ha sintetitzat 27 estudis empírics realitzats a l'Estat espanyol entre l'any 2016 i el 2026 sobre les limitacions del sistema sanitari en l'atenció a la població migrada racialitzada. Els resultats mostren una fissura sostinguda entre el marc normatiu d'accés universal i la implementació material, que es manifesta en barreres administratives, comunicatives i relacionals, i que culmina en experiències de discriminació, sovint invisibilitzades pels mateixos afectats.

Marc normatiu i implementació material

L'heterogeneïtat autonòmica en la implementació del RDL 16/2012 i posteriorment del RDL 7/2018 té com a conseqüència que el lloc de residència determini l'accés efectiu a drets formalment universals. La manca de directrius clares es tradueix en confusió tant per als professionals com per als usuaris, i obliga les ONG a exercir una funció de substitució de la protecció pública. El RDL d'enguany era necessari per aclarir les confusions generades pels decrets anteriors.

Els estudis quantitatius confirmen que les barreres estructurals operen fins i tot en condicions d'igualtat formal d'accés, i que les seves conseqüències, com per exemple l'accés per urgències com a porta habitual, no són una preferència cultural sinó la resposta a un sistema que penalitza la irregularitat i desincentiva la consulta preventiva.

Comunicació i mediació intercultural

Pel que fa a la comunicació, algunes pràctiques que emergeixen poden generar conflictes ètics: la presència de mediadors interculturals, integrats al circuit assistencial de més centres, podria ajudar a millorar la qualitat assistencial.

L'anàlisi del corpus suggereix, però, que les barreres d'acceptabilitat no desapareixen quan la barrera lingüística no existeix, i el tracte discriminatori té un impacte sobre la salut autopercebuda mesurable, fet que indica que les intervencions centrades exclusivament en la traducció resulten insuficients per garantir una atenció digna.

L'estudi dels estudiants d'infermeria és especialment significatiu pel que fa al professionalisme: el prejudici manifest i subtil es manté elevat en el quart any de grau, cosa que indica que la formació universitària actual no neutralitza actituds que en la pràctica clínica es traduiran en tracte desigual.

Invisibilització del racisme institucional

La incertesa sobre si el que s'ha viscut és discriminació és en ella mateixa el mecanisme que impedeix anomenar-la i, per tant, qüestionar-la; cosa que propicia una narrativa que situa el migrant com a beneficiari agraït, en lloc de subjecte de drets. El contrast entre la posició de les persones afectades i la dels mediadors culturals, que sí que identifiquen actituds discriminatòries en els mateixos contextos, ens revela que la invisibilitat d'un fenomen no implica la seva absència.

Implicacions per al professionalisme mèdic

Els resultats interpel·len directament els tres pilars del professionalisme presentats al marc teòric. La competència professional ha d'incloure competència cultural; la formació actual no garanteix per si sola la reducció del prejudici en el cas dels estudiants [34], i en el cas dels professionals, es requereixen intervencions formatives com les co-dissenyades al Raval [28]. La naturalització del racisme institucional exigeix que tots, i especialment els professionals sanitaris en el context d'aquesta revisió, detectem pràctiques discriminatòries que el sistema invisibilitza (responsabilitat social). La integritat i el respecte a la dignitat humana exigeixen ser conscients que el tracte indigne [31,33] i la discriminació percebuda tenen conseqüències mesurables en salut [32], i que oferir mediació, dedicar temps o corregir un protocol és una obligació deontològica.

Llacunes del cos d'evidència i limitacions de la revisió

Cap estudi del corpus se centra específicament en infància i adolescència migrant racialitzada. La salut mental disposa d'un sol estudi específic [28]. A més, la distribució territorial és desigual: Catalunya, Andalusia i el País Basc concentren la major part del corpus.

Sobre les limitacions de la revisió, diverses parelles d'articles comparteixen mostra ([38] i [39]; [32] i [42]) i no constitueixen evidència independent sinó resultats complementaris del mateix treball de camp. També és una limitació que el procés de selecció i extracció el va dur a terme una única investigadora, amb el biaix de selecció que això implica.

Alguns estudis presenten limitacions específiques: qüestionaris no validats prèviament [41], una sola investigadora fent les entrevistes [40] o dissenys retrospectius que no permeten inferència causal [34].

Tot i això, el patró global (la fissura entre dret i materialitat, les barreres lingüístiques, culturals i relacionals, i la discriminació naturalitzada) és prou consistent i es repeteix a través de dissenys, territoris i poblacions diferents, per considerar-lo una troballa robusta de la revisió.

CONCLUSIONS

Aquesta revisió confirma una fissura sostinguda entre el dret formal a l'atenció sanitària i la seva

materialització efectiva per a la població migrada racialitzada a l'Estat espanyol. Les barreres administratives, lingüístiques i relacionals persisteixen independentment del marc legal vigent. El resultat més rellevant és el patró d'invisibilització del racisme institucional: les persones afectades tendeixen a minimitzar o justificar la discriminació viscuda, un mecanisme que n'impedeix el reconeixement i la correcció. Des del professionalisme mèdic, identificar i qüestionar aquestes pràctiques és un deure deontològic. Cal més formació en competència intercultural i eines crítiques per identificar el racisme institucional, avançar cap a una representació més gran de la diversitat de la societat en les institucions públiques, generar recerca participativa amb els col·lectius més invisibilitzats, i avaluar si les polítiques sanitàries actuals compleixen realment el que prometen.

Agraïments

Vull agrair al meu tutor, el Dr. Ernest Bragulat, l'oportunitat d'haver pogut enfocar el meu treball cap a un tema amb el qual estic cada vegada més sensibilitzada. I especialment, a la Dra. Ethel Sequeira Aymar, per haver-me animat des del principi i haver-me donat suport durant tota la realització del treball, una referent per a mi.

També vull agrair al Dr. Jordi Delàs per ser una mà amiga i ensenyar-me a fer bé una cerca sistemàtica, i, sobretot, a la María José Sánchez, bibliotecària de l'Hospital Sagrat Cor, per la seva amabilitat els dies que vaig anar a la biblioteca a començar la cerca, per acompanyar-me durant aquell període de més inseguretat sobre com enfocar el treball.

Finalment, vull expressar el meu agraïment a la meva família i amics, pel seu suport durant els anys de carrera, sobretot en els moments en què he dubtat més.

Declaració d'ús d'IA

Durant l'elaboració d'aquest treball es va utilitzar intel·ligència artificial generativa (Claude; Anthropic) com a eina de suport per a la valoració de la qualitat metodològica (amb les checklists de JBI i MMAT) dels estudis inclosos, i per a l'organització del contingut d'aquests estudis.

REFERÈNCIES

[1]. Nota de Prensa: Estadística Continua de Población (ECP). 1 de enero de 2026. Datos provisionales. (Internet]. (citat 27 abril 2026]. Disponible a: https://www.ine.es/dyngs/Prensa/ECP4T25.htm

[2]. EU population diversity by citizenship and country of birth - Statistics Explained - Eurostat (Internet]. (citat 27 abril 2026]. Disponible a: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=EU_population_diversity_by_citizenship_and_country_of_birth

[3]. World Report on Social Determinants of Health Equity (Internet]. (citat 28 abril 2026]. Disponible a: https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/equity-and-health/world-report-on-social-determinants-of-health-equity

[4]. Bailey ZD, Krieger N, Agénor M, et al. Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions. Lancet. 2017; 389(10077):1453-63.

[5]. Williams DR, Lawrence JA, Davis BA. Racism and Health: Evidence and Needed Research. Annu Rev Public Health. 2019; 40:105-25.

[6]. González-Rábago Y, La Parra-Casado D, Jacques-Aviñó C, et al. (Race, health and the health system: the need to address institutional racism in Spain]. Gac Sanit. Gac Sanit. 2024; 38:102425. doi: 10.1016/j.gaceta.2024.102425

[7]. Código de Deontología Médica | CGCOM (Internet]. (citat 29 abril 2026]. Disponible a: https://www.cgcom.es/codigo-de-deontologia-medica

[8]. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Med Care. 1981; 19(2):127-40.

[9]. 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. doi:10.1186/1475-9276-12-18

[10]. Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. Bull World Health Organ. 1978;56(2):295-303.

[11]. BOE-A-2012-5403 Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril. (Internet]. (citat 30 abril 2026]. Disponible a: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2012-5403

[12]. BOE-A-2018-10752 Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. (Internet]. (citat 30 abril 2026]. Disponible a: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2018-10752

[13]. BOE-A-2026-5714 Real Decreto 180/2026, de 11 de marzo. (Internet]. (citat 29 abril 2026]. Disponible a: https://www.boe.es/eli/es/rd/2026/03/11/180

[14]. Jones CP. Levels of racism: a theoretic framework and a gardener's tale. Am J Public Health. 2000;90(8):1212-5.

[15]. Aula Intercultural » Qué es ser racializado (Internet]. (citat 22 maig 2026]. Disponible: https://aulaintercultural.org/2020/01/27/que-es-ser-racializado/

[16]. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ. 29 març 2021; 372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

[17]. JBI Critical Appraisal Tools | JBI (Internet]. (citat 1 maig 2026]. Disponible: https://jbi.global/critical-appraisal-tools

[18]. Nha HONG Q, Pluye P, Fàbregues S, et al. MIXED METHODS APPRAISAL TOOL (MMAT) VERSION 2018 User guide (Internet]. (citat 1 maig 2026]. Disponible a: http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/

[19]. Gogishvili M, Costa SA, Flórez K, et al. Policy implementation analysis on access to healthcare among undocumented immigrants in seven

autonomous communities of Spain, 2012-2018. BMJ Open. 2021; 11(6):e045626. doi: 10.1136/bmjopen-2020-045626.
[20]. Hsia RY, Gil-González D. Perspectives on Spain's legislative experience providing access to healthcare to irregular migrants: A qualitative interview study. BMJ Open. 2021; 11(8):e050204. doi:10.1136/bmjopen-2021-050204
[21]. Gimeno-Feliu LA, Pastor-Sanz M, Poblador-Plou B, et al. Overuse or underuse? Use of healthcare services among irregular migrants in a north-eastern Spanish region. Int J Equity Health. 2021; 20(1):41 doi:10.1186/s12939-020-01373-3
[22]. Castano J, Ospina JE, Caylà JA, et al. Restricting Access to Health Care to Immigrants in Barcelona. Int J Health Serv. 2016; 46(2):241-61.
[23]. Lurgain JG, Ouaarab-Essadek H, Mellouki K, et al. Exploring cultural competence barriers in the primary care sexual and reproductive health centres in Catalonia, Spain: perspectives from immigrant women and healthcare providers. Int J Equity Health. 2024; 23(1):206. doi:10.1186/s12939-024-02290-5.
[24]. Del Pino FJP, Cala VC, Ayala ES, et al. Hospitalization experience of muslim migrants in hospitals in southern spain—communication, relationship with nurses and culture. A focused ethnography. Int J Environ Res Public Health. 2020; 17(8):2791. doi:10.3390/ijerph17082791
[25]. Badanta-Romero B, Lucchetti G, Barrientos-Trigo S. Access to healthcare among Chinese immigrants living in Seville, Spain. Gac Sanit. 2021; 35(2):145-52.
[26]. Ramos-Roure F, Feijoo-Cid M, Manresa-Dominguez JM, et al. Intercultural communication between long-stay immigrants and catalan primary care nurses: A qualitative approach to rebalancing power. Int J Environ Res Public Health. 2021; 18(6):1-18.
[27]. Ramos-Roure F, Feijoo-Cid M, García-Sierra R, et al. Navigating the Spanish Healthcare System: Perspectives of nouvinguts and Cultural Mediators on Communication, Relationships, and Fear of Deportation. J Nurs Manag. 2026; 2026:4307386. doi:10.1155/jonm/4307386
[28]. Ortega F, Bilbeny de Fortuny B, Albuixech-García R, et al. Integrating community health into primary care: two case studies from Barcelona's Raval neighborhood. Front Public Health. 2025; 13:1564009. doi:10.3389/fpubh.2025.1564009
[29]. Gogishvili M, Flórez KR, Costa SA, et al. A qualitative study on mixed experiences of discrimination and healthcare access among HIV-positive immigrants in Spain. BMC Public Health. 2021;21(1):385. doi:10.1186/s12889-021-10388-6
[30]. Pérez-Urdiales I, Goicolea I, Sebastián MS, et al. 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):59. doi:10.1186/s12939-019-0958-6
[31]. Armenta-Paulino N, Borrell LN, Sandín-Vázquez M. Exploring healthcare challenges for Latin American migrant women in Madrid through the lens of dignified treatment. J Migr Health. 2025; 12:100370. doi:10.1016/j.jmh.2025.100370
[32]. Rodríguez-Álvarez E, González-Rábago Y, Borrell LN, et al. Discriminación y salud percibida en la población inmigrante del País Vasco (España). Gac Sanit. 2017;31(5):390-5.
[33]. Lamarque M, Moro-Gutiérrez L. The last possible resort: Latin American migrants' rapport with Spanish healthcare. Int J Hum Rights Healthc. 2018; 11(4):270-81.
[34]. Alemany-Arrebola I, Plaza del Pino FJ, Sánchez-Ojeda MA. Prejudiced Attitudes of Nursing Students in Southern Spain Toward Migrant Patients. J Transcultural Nursing. 2021; 32(4):434-42.
[35]. Pérez-Urdiales I, Goicolea I. How do immigrant women access health services in the Basque Country? Perceptions of health professionals. Aten Primaria. 2018; 50(6):368-76.
[36]. Ryan P, Manzano S, Deihim-Rahampour N, et al. HIV-infected Latin American asylum seekers in Madrid, Spain, 2022: A prospective cohort study from a major gateway in Europe. Euro Surveill. 2024; 29(29):2300692.
[37]. Ndumbi P, Del Romero J, Pulido F, et al. Barriers to health care services for migrants living with HIV in Spain. Eur J Public Health. 2018; 28(3):451-7.
[38]. van Selm L, Pérez-Urdiales I, Mateos JT, et al. Accessibility of healthcare services for seasonal migrant farmworkers in Spain: barriers and facilitators identified by professionals. J Migr Health. 2025; 12:100353. doi:10.1016/j.jmh.2025.100353
[39]. van Selm L, Pérez-Urdiales I, Úbeda-Pavia M, et al. Migrant Farmworkers' Acceptability of Health Services in Spain: Barriers and Facilitators Identified by Professionals. Health Expect. 2025; 28(1):e70147. doi:10.1111/hex.70147
[40]. Plaza del Pino FJ, Chraibi G, Molina-Gallego B, et al. Access to the Health Care System of Undocumented Moroccan Migrant Slum Dwellers in Southern Spain: A Qualitative Study. Nurs Rep. 2024; 14(1):494-505.
[41]. Serre-Delcor N, Oliveira I, Moreno R, et al. A Cross-Sectional Survey on Professionals to Assess Health Needs of Newly Arrived Migrants in Spain. Front Public Health. 2021; 9:667251. doi:10.3389/fpubh.2021.667251
[42]. Rodríguez-Álvarez E, Lanborena N, Borrell LN. Health Services Access Inequalities Between Native and Immigrant in a Southern European Region. Int J Health Serv. 2019; 49(1):108-26.
[43]. Porthé V, Vargas I, Sanz-Barbero B, et al. Changes in access to health care for immigrants in Catalonia during the economic crisis: Opinions of health professionals and immigrant users. Health Policy. 2016; 120(11):1293-303.
[44]. Gonçalves AQ, Sequeira-Aymar E, Aguilar Martín C, et al. Usefulness and practicality of a multidisease screening programme targeting migrant patients in primary care in Spain: A qualitative study of general practitioners. BMJ Open. 2022; 12(11):e065645. doi:10.1136/bmjopen-2022-065645
[45]. Diop M, Sobczyk R. Social innovation in access to healthcare: community-based health insurance among Senegalese migrants in Spain. BMC Health Serv Res. 2024;24(1):1430. doi:10.1186/s12913-024-11926-9

Ética y profesionalismo en el ejercicio de la Medicina

Ètica i professionalisme en l'exercici de la Medicina

Ethics and Professionalism in the Practice of Medicine. Honorary Doctorate Acceptance Speech

DR. LAUREANO MOLINS LÓPEZ-RODÓ

Consultor, Cirurgia Toràcica, Hospital Clínic; Cap de Servei, Hospital Universitari Sagrat Cor; Professor Agregat de Cirurgia, Universitat de Barcelona. Membre de la RAMC

"Excelentísimo Gran Canciller de la Universidad CEU Abat Oliba, Dr. Alfonso Buyón de Mendoza

Excelentíssim Rector Magnífic, Dr. Arcadi Gual Sala

Excelentísimo Secretario General y vicerrector de Investigación y transferencia, Dr. Alessandro Mini

Excelentíssim Rector Honorari, Dr. Joan Corona

Autoritats acadèmiques, civils i militars

Senyores i senyors,

Llegiré el meu discurs en castellà en consideració als Drs. Buyón, Mini, Pastor i a les persones que han vingut de fora a assistir a aquest Acte d'Investidura.

Ante todo, quiero manifestar el honor que representa para mí que la Universitat CEU Abat Oliba, me otorgue este reconocimiento de Doctor Honoris Causa, junto a la Dra. Ana Pastor, acto que según se define oficialmente, se realiza como "muestra de admiración y gratitud a la trayectoria, méritos y contribuciones destacadas a la sociedad, en un campo específico del saber", y que está totalmente hermanado con el lema de la Universidad Abat Oliba: "Viam sapientiæ monstrabo", "Te guiaré por el camino de la sabiduría".

Cuando el Excelentísimo Rector Magnífico, el Profesor Arcadi Gual y el Excelentísimo Rector Honorario, el Profesor Juan Corona me notificaron la propuesta y aceptación por parte de la Universitat CEU Abat Oliba de este magno reconocimiento, al mismo tiempo del anuncio de la futura Facultad de Ciencias de la Salud y de la Vida, pensé inicialmente que no era la persona que mereciera tal honor, pero enseguida me atrajo la idea de que la experiencia que uno va acumulando en su vida profesional, debe intentar traspasarla a las siguientes generaciones de médicos y sanitarios. Con especial interés contemplo la nueva Facultad de Ciencias de la Salud y de la Vida, con acento expreso a este último término, tal como destacan el Decano, el Profesor Jordi Palés y el propio Rector Magnífic, el Profesor Arcadi Gual: "*Buscaremos profundizar en la persona más que en la enfermedad y se focalizará la atención familiar y comunitaria, la prevención y las pluripatologías, además del acompañamiento en las últimas etapas de la vida. Sensibilizaremos a los futuros médicos de que no solo tienen que curar sino también acompañar*".

El título de este discurso, "Ética y profesionalismo en el ejercicio de la medicina", es exactamente el de la asignatura que los Profesores Palés y Gual me ofrecieron impartir, hace unos años en la Universidad de Barcelona a los alumnos de primero de medicina. Esa experiencia me hizo ver que es desde el inicio de los estudios, cuando debemos transmitir al futuro médico, lo que significa esta vocación, convertida en profesión.

La ética médica es el conjunto de valores, normas y principios que orientan la conducta del médico, tanto en la práctica asistencial como en la investigación. Tiene una función clara: ayudar al profesional a actuar con responsabilidad, respeto y humanidad, especialmente ante decisiones complejas.

Este compromiso no es nuevo. Sus raíces nos llevan a la antigua Grecia, donde Hipócrates, médico del siglo V a.C., ya hablaba de ejercer la medicina buscando el equilibrio entre lo físico, lo mental y lo moral. Su influencia dio lugar a uno de los textos más conocidos de la profesión: el Juramento Hipocrático, que compartimos todos los médicos, en el acto final de nuestra licenciatura, con esta lectura:

"Juro por Apolo, médico, por Asclepio, por Higia y por Panacea, y por todos los dioses y diosas, que he de cumplir, en la medida de mis fuerzas y de acuerdo con mi capacidad y mi juicio, este juramento y este pacto:

- Consideraré a mis maestros como a mis padres, y compartiré con ellos mis bienes y mis conocimientos. A mis discípulos les enseñaré el arte de la medicina y les transmitiré los principios de la ética médica.

- Aplicaré los tratamientos que considere necesarios para el bien de mis pacientes, y no cau-

saré daño a nadie. No daré veneno a nadie, aunque me lo pidan, ni sugeriré su uso. No realizaré abortos, ni practicaré la eutanasia.

- Mantendré en secreto toda la información que obtenga en el ejercicio de mi profesión, y no la revelaré a nadie, ni siquiera a mis familiares.

- Conservaré la pureza de mi vida y de mi arte, y no me dejaré llevar por la codicia o la ambición.

- Si cumplo este juramento, que se me conceda la felicidad y la prosperidad. Si lo violo, que se me castigue con la desgracia y la infamia."

Como es lógico, el texto se ha ido actualizando en el tiempo. La primera actualización importante, conocida como la "Declaración de Ginebra", se dio durante la segunda asamblea de la Asociación Médica Mundial (AMM) en 1948, como reacción ante los crímenes médicos cometidos durante la Segunda Guerra Mundial. Posteriormente, la Declaración de Ginebra fue enmendada en varias ocasiones, hasta la última versión aprobada por la 68ª Asamblea de la AMM en Chicago, en 2017:

La actual Promesa del médico dice así:

> COMO MIEMBRO DE LA PROFESIÓN MÉDICA PROMETO SOLEMNEMENTE:
>
> DEDICAR mi vida al servicio de la humanidad;
>
> VELAR ante todo por la salud y el bienestar de mis pacientes;
>
> RESPETAR la autonomía y la dignidad de mis pacientes;
>
> VELAR con el máximo respeto por la vida humana;
>
> NO PERMITIR que consideraciones de edad, enfermedad o incapacidad, credo, origen étnico, sexo, nacionalidad, afiliación política, raza, orientación sexual, clase social o cualquier otro factor se interpongan entre mis deberes y mis pacientes;
>
> GUARDAR Y RESPETAR los secretos que se me hayan confiado, incluso después del fallecimiento de mis pacientes;
>
> EJERCER mi profesión con conciencia y dignidad, conforme a la buena práctica médica;
>
> PROMOVER el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica;
>
> OTORGAR a mis maestros, colegas y estudiantes el respeto y la gratitud que merecen;
>
> COMPARTIR mis conocimientos médicos en beneficio del paciente y del avance de la salud;
>
> CUIDAR mi propia salud, bienestar y capacidades para prestar una atención médica del más alto nivel;
>
> NO EMPLEAR mis conocimientos médicos para violar los derechos humanos y las libertades ciudadanas, ni siquiera bajo amenaza;
>
> HAGO ESTA PROMESA solemne y libremente, empeñando mi palabra de honor.

En la actualidad, gran parte de la ética médica se apoya en un marco práctico: los llamados 4 principios de la ética médica. Son guías para tomar decisiones clínicas con responsabilidad y sensibilidad:

1. **No maleficencia: Evitar causar daño**

Este principio parte de una idea sencilla: no hacer daño de forma intencionada. Implica rechazar acciones que, aunque técnicamente posibles, podrían perjudicar al paciente. También alerta sobre los efectos secundarios no justificados o intervenciones que no respeten la voluntad del paciente. Como ejemplos actuales serían evitar pruebas invasivas innecesarias, tratamientos con efectos graves sin beneficio claro, o decisiones clínicas precipitadas.

2. **Beneficencia: Actuar para el bien del paciente**

No se trata solo de no dañar, sino de hacer el bien. Este principio exige buscar activamente el mayor beneficio posible para el paciente, considerando su contexto, sus valores y sus posibilidades reales. Un ejemplo cotidiano sería adaptar un tratamiento a la realidad social del paciente para asegurar que podrá seguirlo, sin que ello comprometa su salud.

3. **Autonomía: Respetar decisiones informadas**

Respetar la autonomía implica reconocer el derecho del paciente a tomar decisiones sobre su salud. El rol del médico es facilitar esa decisión, ofreciendo información clara, veraz y adaptada a su capacidad de comprensión. Un ejemplo sería explicar con honestidad los riesgos y alternativas de una intervención, aunque el médico tenga una preferencia clínica distinta.

4. **Justicia: Trato justo y equitativo**

La justicia médica se refiere a ofrecer atención sin discriminación y con un uso equitativo de los recursos. Significa tratar igual a quien está en igualdad de condiciones y adaptarse cuando hay vulnerabilidad. Un ejemplo sería priorizar recursos limitados en función de criterios médicos y no sociales.



La deontología médica y el papel del código ético profesional

Aunque a veces se usan como sinónimos, la ética y la deontología médicas no son lo mismo. La ética nace de la reflexión personal y profesional. La deontología, en cambio, forma parte del marco normativo que regula el comportamiento del médico desde las instituciones.

El código ético médico, elaborado por los colegios profesionales, recoge estos principios en forma de reglas de conducta: qué está permitido, qué se espera y qué no es admisible dentro del ejercicio profesional.

Este código ayuda a resolver conflictos que van más allá de la técnica: confidencialidad, objeción de conciencia, relación con la industria, uso de tecnologías, etc. Es una herramienta que protege tanto al paciente como al médico, y ayuda a mantener la confianza social en la profesión.

La bioética médica

En las últimas décadas, el concepto de ética médica ha evolucionado hacia un campo más amplio: la bioética médica. La bioética no se limita a la consulta, sino que incorpora reflexiones sobre el impacto de la medicina en la vida, en el entorno y en la sociedad.

Hoy hablamos de bioética en la investigación médica, de ética aplicada a la inteligencia artificial, de protección de datos o de edición genética. También se abre a nuevas preocupaciones: sostenibilidad, impacto medioambiental, derechos de los animales en ensayos, etc. Un caso práctico sería el siguiente: ¿hasta qué punto puede una inteligencia artificial tomar decisiones clínicas sin supervisión humana? ¿O cómo asegurar el consentimiento informado real cuando se usan datos para fines de investigación? La bioética no ofrece respuestas cerradas, pero sí marcos para deliberar con rigor y anticiparse a los dilemas emergentes.

Papel del Profesionalismo

El profesionalismo es una competencia multidimensional basada en habilidades actitudinales y de conocimiento, que permite a los profesionales en medicina tener un mejor desempeño en su lugar de trabajo.

La llamada "promoción de Medicina de 1966" de la Universidad de Western, Ontario, en Canadá, adoptó el concepto de los Cuatro Pilares del Profesionalismo de una placa cerca de la entrada de la Facultad de Medicina.

1. **El altruismo**

- Se esfuerza por servir a los pacientes y sus familias con atención clínica ejemplar y pone en primer lugar sus necesidades e intereses

2. **La integridad**

- Demuestra honestidad y confiabilidad en las evaluaciones. Admite el error con prontitud y franqueza ante los supervisores clínicos y la familia.

3. **La responsabilidad**

- Garantiza la entrega cuidadosa de tareas incompletas a otra persona adecuada.

- Se compromete a evaluar y actualizar el conocimiento científico, el desarrollo profesional continuo y el mantenimiento de la competencia.

4. **El respeto**

- Es cortés en las interacciones diarias con compañeros, maestros, profesionales de la salud, pacientes y familias.

- Demuestra comprensión de la diversidad individual y no discrimina por motivos de edad, raza, religión, género, etnia, apariencia, orientación sexual, estatus socioeconómico u otros factores arbitrarios.

Ética profesional

Cuando unimos la ética y el profesionalismo, surge la ética profesional. Según la Universidad Europea, los principios de la ética profesional ayudan a los profesionales de la salud a desarrollar su trabajo siguiendo unas normas deontológicas comunes y aprobadas. Estas son las que sustentan valores como el respeto, la amabilidad, la paciencia, la comprensión, la confianza, la empatía, la veracidad o la tolerancia. Así, los beneficios más significativos de mantener una conducta ética profesional son:

1. La reputación, que contribuye al prestigio y el respeto de los profesionales sanitarios y las instituciones en que trabajan.

2. La confianza, que fortalece las relaciones con los pacientes, los compañeros y superiores y promueve el respeto mutuo.

3. La excelencia, que mejora las relaciones laborales, el trabajo en equipo y favorece el éxito de los tratamientos sanitarios.

4. El compromiso, que genera satisfacción por el trabajo realizado y tiene un impacto positivo en la autoestima y la motivación.

5. La protección legal, que reduce el riesgo de demandas por conductas poco éticas o fraudulentas.

Volvamos ahora a la clase de Ética y Profesionalismo que tuve la oportunidad de impartir a los estudiantes de la Facultad de Medicina del Campus del Hospital Clínic, recién cumplidos sus 18 años, ¡y con las notas más altas de selectividad!, lo primero que les digo es que esa nota les ha dado la oportunidad de entrar en Medicina, pero que no son mejores que los que se han quedado a las puertas o, incluso, que los que han quedado muy rezagados. Ahora es el momento de aprender y acercarse al paciente físicamente, que note tu contacto.

En la facultad, vengo observando que la asistencia a clase es cada vez menor y puede ser por dos motivos: nuestras "clases magistrales" ya no son atractivas para unos jóvenes que están acostumbrados al mensaje de texto breve y conciso, y, por otra parte, que el objetivo principal sea aprobar el examen final, ya que, al ser de respuesta múltiple, repasando los últimos exámenes de años anteriores, se tienen mayores posibilidades de aprobar, interesando poco el aprendizaje de los grandes síndromes clínicos.

El mejor sistema para evaluar el conocimiento del alumno es el examen oral, pero este tipo de evaluación es rechazada habitualmente por considerarse subjetiva por parte del alumnado. Las prácticas clínicas en los servicios hospitalarios son la mejor forma de adentrarse en la práctica clínica y es donde podemos influir más en el estudiante, para que empiece a familiarizarse con el concepto de la ética médica y el profesionalismo

Una vez finalizado el Grado, se inicia el periodo de formación especializada como Médico Interno Residente, el MIR, un sistema que, como la selectividad, únicamente evalúa las respuestas a un examen. Es un criterio que, siendo positivo, adolece de la falta de un segundo factor muy importante, que es la entrevista personal, para evaluar las motivaciones y razones por las que se quiere iniciar la formación en esa especialidad concreta. En 2025, las especialidades más demandadas fueron, como en años anteriores, Dermatología, Cirugía Plástica y Oftalmología. La primera y la última son especialidades médico-quirúrgicas que no requieren para su práctica la rigidez de un hospital general y la cirugía plástica es más atractiva por la posibilidad de la práctica privada.

Pero la falta de información sobre la realidad de las especialidades refleja que la tasa de renuncias el primer año del médico que accede a una plaza de MIR ha aumentado significativamente en los últimos años. Según los datos publicados, en el examen MIR de 2024, el porcentaje de aspirantes que renunciaron a una plaza MIR alcanzó un 27,5 %, lo que supone un incremento del 16 % con respecto a años anteriores. Además, se ha observado que más del 50 % de los aspirantes extracomunitarios decidieron voluntariamente rechazar una plaza, y más del 18 % de los aspirantes españoles también renunciaron a la plaza asignada.

Para elegir especialidad médica, es fundamental reflexionar sobre los propios intereses y habilidades, analizando qué áreas de la medicina atraen más al estudiante y cómo se alinean con su perfil. También es importante investigar la proyección profesional y la demanda de las especialidades médicas en nuestro país. Además, consultar experiencias y consejos de profesionales permite conocer de primera mano las exigencias y ventajas de cada especialidad, ayudando a tomar una decisión con mayor reflexión.

Una vez finalizada la formación de especialista se inicia la práctica clínica, donde se ha de desarrollar lo aprendido en ese periodo. Se debe realizar una buena historia clínica y exploración física, para ofrecer al paciente un diagnóstico diferencial, a confirmar con las pruebas complementarias pertinentes, como son los análisis, pruebas de imagen radiológicas, etc. Desgraciadamente, en más ocasiones de las deseables, las pruebas complementarias, como realizar un TAC o una Resonancia Magnética, pasan por delante de la historia clínica y una buena exploración física. Y ahí empiezan los posibles problemas de diagnóstico y tratamiento posterior de patologías que, aunque presentes en dichas pruebas, no son la causa de las molestias del paciente. Es el caso, por ejemplo, de una operación por unas piedras en la vesícula biliar diagnosticadas por una Ecografía o una TAC, sin ser la causa de los dolores abdominales del paciente; o de un ligamento, que no es la causa de la inestabilidad de una rodilla. Aquí, el profesionalismo es fundamental para ofrecer la mejor atención a los pacientes.

Otra situación que observo con alguna frecuencia es la de pacientes que acuden a una consulta, que observan cómo el médico, una "eminencia" según lo que ha consultado en internet, no les mira a la cara, dando una impresión nefasta del profesional. Explico a los residentes que intenten ser muy buenos, los mejores en la práctica de la medicina o, en mi caso, de la cirugía torácica, pero que lo diferencial va a ser el trato humano,

ético y profesional que den a los pacientes. La cercanía en la explicación de su problema clínico, con los gráficos e imágenes que se requieran, para que el paciente y sus familiares entiendan el objetivo del tratamiento indicado, es lo que hace que se genere la comprensión y la confianza necesaria para aceptar el procedimiento a realizar. Esa mano apretada en el momento de la anestesia, donde de entrada solo percibe un ambiente frío y distante, ofrece al paciente la confianza de sentirse cerca de quien le ha llevado al quirófano. Eso es algo que se me ha relatado en muchas ocasiones y que, sin duda, ayuda a esa relación médico-paciente que nunca debemos perder.

Finalmente, leo que recibir el título de Doctor Honoris Causa, "puede ser un estímulo para continuar trabajando en un campo de estudio o profesión". Esto es exactamente lo que me lleva a seguir con la misma ilusión, mi dedicación a los tres pilares de la profesión médica, la Asistencia clínica, la Docencia y la Investigación. Continuar los proyectos académicos, profesionales y de atención a los pacientes que requieran de mi consejo, diagnóstico o tratamiento médico o quirúrgico, siempre con el pensamiento centrado en la persona que pone su confianza en nuestro criterio.

Quiero, para finalizar, agradecer a los médicos y cirujanos con los que he tenido el placer de aprender como estudiante, los Dres. Eduardo Alcántara y Juan José Aguiló, que me facilitó mi primera estancia como estudiante en la Clínica Mayo y posteriormente, como médico y cirujano, el Dr. Manuel Galofré, mi verdadero maestro quirúrgico, que me facilitó mi segundo periodo en la Clínica Mayo y en Boston, con los Dres. Spencer Payne, Henry Ellis y Hermes Grillo. A mi vuelta, el Dr. Galofré y el Dr. Gonzalo Vidal, además de permitirme desarrollar en mi especialidad, me enseñaron la ética y profesionalismo que he intentado aplicar en mi vida profesional y que es el centro de mi discurso el día de hoy. También quiero recordar a los Dres. Albert Agustí-Vidal y Francisco Coll Colomé, eminentes neumólogos que confiaron en mí desde mis inicios, y que han continuado sus hijos Àlvar, Carlos y Felipe. A mi colega Dr. Juanjo Fibla, más de 25 años trabajando juntos y a todos los médicos, cirujanos torácicos, instrumentistas, enfermeras y el personal administrativo, con los que comparto mi vida profesional en el Hospital Clínic, Sagrat Cor y en el grupo QuironSalud, sin los cuales, no podría desarrollarla con la plenitud que requiere esta profesión, centrada en mi caso, en mejorar la supervivencia del cáncer que provoca más muertes en nuestra sociedad y en todo el mundo, el cáncer de pulmón.

Quiero finalmente aprovechar este acto para agradecer a mis padres, su inestimable ejemplo por el trabajo bien hecho y los valores de respeto y dedicación a los demás que me inculcaron a mí y a todos mis hermanos, con especial recuerdo a mi hermano Javier, que Dios quiso llevarse antes de lo previsto. Mi mujer Cuca y nuestras cuatro hijas han sido las "sufridoras" de mi dedicación a la profesión a la que me sentí llamado desde muy pequeño, por lo que quiero dejar aquí patente mi agradecimiento por su comprensión y cariño que me transmiten cada día. Ahora que nos han bendecido ya con diez nietos, espero corresponder y recuperar los momentos que les robé a ellas.

Moltes gràcies per la seva atenció!"



Fibrosis pulmonar idiopática: caso clínico

Fibrosi pulmonar idiopàtica: cas clínic

Idiopathic pulmonary fibrosis: case report

ANDREA ELIES PARADELO

Servei de Pneumologia, Hospital Universitari Sagrat Cor. Universitat de Barcelona, Campus Clínic.

RESUMEN

La fibrosis pulmonar idiopática (FPI) es una enfermedad pulmonar intersticial fibrosante crónica, progresiva e irreversible, asociada a elevada morbimortalidad. Se presenta el caso de un varón de 59 años con disnea progresiva, tos seca y molestias torácicas de meses de evolución, inicialmente atribuidas a patología cardíaca.

El paciente presentaba factores de riesgo relevantes, como sexo masculino, antecedentes familiares de FPI, exposición prolongada a tabaquismo pasivo y enfermedad por reflujo gastroesofágico. La exploración física mostró crepitantes bibasales secos. La radiografía de tórax evidenció un patrón intersticial bilateral basal, mientras que la tomografía computarizada de alta resolución mostró reticulación subpleural y bronquiectasias por tracción compatibles con un patrón de neumonía intersticial usual. Las pruebas funcionales respiratorias revelaron un trastorno restrictivo moderado con marcada alteración de la difusión pulmonar. El estudio etiológico, incluyendo marcadores autoinmunes, precipitinas, broncoscopia y lavado broncoalveolar, permitió descartar otras causas de enfermedad intersticial.

Se diagnosticó FPI e inició tratamiento con nintedanib, oxigenoterapia y rehabilitación respiratoria, alcanzándose estabilización clínica y funcional.

RESUM

La fibrosi pulmonar idiopàtica (FPI) és una malaltia pulmonar intersticial fibrosant crònica, progressiva i irreversible, associada a una elevada morbimortalitat. Es presenta el cas d'un home de 59 anys amb dispnea progressiva, tos seca i molèsties toràciques de mesos d'evolució, inicialment atribuïdes a la patologia cardíaca.

El pacient presentava factors de risc rellevants, com a sexe masculí, antecedents familiars de FPI, exposició prolongada a tabaquisme passiu i malaltia per reflux gastroesofàgic. L'exploració física va mostrar crepitants bibasals secs. La radiografia de tòrax evidencià un patró intersticial bilateral basal, mentre que la tomografia computada d'alta resolució va mostrar reticulació subpleural i bronquièctasi per tracció compatibles amb un patró de pneumònia intersticial usual. Les proves funcionals respiratòries revelaren un trastorn restrictiu moderat amb alteració marcada de la difusió pulmonar. L'estudi etiològic, que inclou marcadors autoimmuns, precipitines, broncoscòpia i rentat broncoaleolar, va permetre descartar altres causes de malaltia intersticial.

Palabras clave: Diagnóstico diferencial; Enfermedades pulmonares intersticiales; Fibrosis pulmonar idiopática/ diagnóstico.

Paraules clau: Diagnòstic diferencial; Fibrosi pulmonar idiopàtica/ Diagnosi; Malalties pulmonars intersticials.

Keywords: Diagnosis, Differential; Idiopathic Pulmonary Fibrosis/ diagnosis; Lung Diseases, Interstitial.

Recibido: 21- junio-2023

Aceptado: 3-julio-2025

Correspondencia: aeliesparadelo@gmail.com

Elies Paradelo A. Fibrosis pulmonar idiopática: caso clínico. Ann Sagrat Cor. 2026; 33 (4): 133-138.

Es va diagnosticar FPI i iniciar tractament amb nintedanib, oxigenoteràpia i rehabilitació respiratòria, assolint l'estabilització clínica i funcional.

ABSTRACT

Idiopathic pulmonary fibrosis (IPF) is a chronic, progressive and irreversible fibrosing interstitial lung disease associated with high morbidity and mortality. We present the case of a 59-year-old man with progressive dyspnea, dry cough and chest discomfort of several months' duration, initially attributed to cardiac pathology.

The patient presented relevant risk factors, such as male sex, family history of IPF, prolonged exposure to passive smoking and gastroesophageal reflux disease. Physical examination showed dry bibasal crackles. The chest X-ray showed a basal bilateral interstitial pattern, while the high-resolution computed tomography showed subpleural reticulation and traction bronchiectasis compatible with a usual interstitial pneumonia pattern. Functional respiratory tests will reveal a moderate restrictive disorder with marked alteration of pulmonary diffusion. The etiological study, including autoimmune markers, precipitins, bronchoscopy and bronchoalveolar lavage, made it possible to rule out other causes of interstitial disease.

IPF was diagnosed and treatment started with nintedanib, oxygen therapy and respiratory rehabilitation, achieving clinical and functional stabilization.

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-CompartirIgual 4.0 Internacional.

INTRODUCCIÓN

La fibrosis pulmonar idiopática (FPI) se define como una "neumonía intersticial fibrosante crónica" y es el tipo más frecuente de enfermedad intersticial pulmonar, así como la de peor pronóstico [1]. Se caracteriza por un proceso de cicatrización anormal del tejido pulmonar, que produce un exceso de tejido fibrótico o cicatricial que va sustituyendo al tejido pulmonar sano. Como consecuencia, se desarrolla un patrón histopatológico característico conocido como neumonía intersticial usual (NIU, UIP por sus siglas en inglés), caracterizado por fibrosis subpleural, distribución parcheada de las lesiones y presencia de áreas de «panalización» (honeycombing) [2]. La enfermedad se limita a los pulmones, tiene un inicio insidioso y sigue un curso implacable e irreversible que finalmente resulta en insuficiencia respiratoria. La FPI constituye una importante carga para la salud mundial, con estimaciones de prevalencia que oscilan entre 2 y 29 casos por cada 100 000 individuos. Suele afectar a adultos entre 50 y 70 años y se ha observado una mayor incidencia en hombres que en mujeres, con una proporción aproximada de 2:1 [3, 4].

A pesar de los avances en la atención clínica, el pronóstico sigue siendo desfavorable, con una supervivencia media de aproximadamente tres años desde el diagnóstico y una tasa de supervivencia a cinco años del 20-30 %. Se estima que la prevalencia mundial es de alrededor de 5 millones de casos, y las tasas de incidencia siguen aumentando, por ejemplo, en los Estados Unidos, de 6,8 a 16,3 por 100.000 personas-año entre 1996 y 2000 [4, 5].

Al tratarse de una enfermedad idiopática, su causa primaria exacta sigue siendo desconocida. Más que atribuirse a un único agente causal, la etiología se sustenta en un modelo multifactorial en el que una predisposición genética interactúa con diversos factores ambientales desencadenantes.

Entre los principales factores de riesgo se incluyen, como factores genéticos, los polimorfismos en el promotor del gen MUC5B, que alteran el aclaramiento mucociliar, y las mutaciones en genes relacionados con la telomerasa (TERT y TERC), que favorecen el envejecimiento celular acelerado. Entre los factores ocupacionales y ambientales se encuentra el tabaquismo, considerado el factor de riesgo más importante, la exposición a polvo de madera o metal, y la inhalación de sustancias nocivas como el asbesto, el polvo de sílice y los antígenos orgánicos. Entre los factores comórbidos cabe citar la microaspiración crónica secundaria a enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y las infecciones virales crónicas, especialmente por herpesvirus [5].

La fisiopatología de la FPI difiere del modelo inflamatorio clásico, ya que evoluciona principalmente a través de mecanismos aberrantes de reparación tisular y remodelado fibrótico.

A pesar de los avances en la comprensión de los mecanismos de la enfermedad, el diagnóstico precoz sigue siendo un reto debido a la inespecificidad de las manifestaciones clínicas, y los tratamientos actuales se limitan a ralentizar la progresión de la enfermedad en lugar de revertir la fibrosis ya establecida. Estas limitaciones ponen de manifiesto la necesidad de mejorar las estrategias diagnósticas y desarrollar terapias dirigidas que aborden los mecanismos celulares y moleculares subyacentes de la enfermedad [5, 6].

Las estrategias terapéuticas actuales para la FPI se centran principalmente en el uso de agentes antiinflamatorios y antifibróticos. Aunque estos tratamientos pueden ralentizar la progresión de la enfermedad, no revierten la fibrosis establecida y a menudo se asocian con efectos secundarios significativos. Por lo tanto, se necesitan urgentemente terapias innovadoras que se dirijan a los mecanismos subyacentes de la FP y ofrezcan mejores perfiles de eficacia y seguridad [6].

Se presenta un caso clínico de FPI que ilustra el cuadro clínico inespecífico y la necesidad de un elaborado diagnóstico diferencial.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente varón de 59 años de edad, acudió al Centre d'Atenció Primària (CAP) por presentar disnea progresiva de 2-3 meses de evolución, tos seca matutina y molestias intratorácicas a las que se atribuyó un origen isquémico, por lo que se pautó tratamiento con bisoprolol y cafinitrina. Dos meses después, tras la persistencia y agudización de los síntomas, el paciente acudió a Urgencias donde se orientó el cuadro como una Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa (EPID) y se derivó a Neumología para estudio etiológico.

Anamnesis

Antecedentes

Paciente de 59 años de edad, sin alergias alimentarias o medicamentosas conocidas. Independiente para las ABVD con estilo de vida sedentario. Exfumador pasivo durante más de 25 años, no refiere otros hábitos tóxicos. No ha recibido transfusiones ni ha realizado viajes recientes.

Antecedentes patológicos: dislipemia y hernia de hiato en tratamiento.

Antecedentes quirúrgicos: colecistectomía.

Antecedentes Familiares: hermano fallecido por Fibrosis Pulmonar Idiopática.

Exploración Física

Buen estado general. Consciente y orientado en las 3 esferas, actitud colaboradora. Paciente afebril, con normopeso, normotenso y eupneico; normohidratado. No presenta adenopatías palpables. Exploración neurológica y abdominal normal. En la exploración torácica se aprecia murmullo vesicular conservado con crepitantes bibasales secos. Ruidos cardíacos rítmicos sin soplos ni otros ruidos sobreañadidos. Pulsos arteriales periféricos presentes y simétricos.

Pruebas Complementarias

En urgencias se le realiza un ECG, que muestra un bloqueo incompleto de rama izquierda (ya conocido), una analítica básica sin alteraciones y una Rx de tórax (Figura 1), que muestra un patrón intersticial bilateral de predominio en las bases.



Figura 1. Rx torácica, que muestra patrón intersticial bilateral en las bases.

En el servicio de neumología se realizan más pruebas complementarias para filiar el origen de la EPID, concretamente una tomografía computarizada de alta resolución (TCAR), pruebas funcionales respiratorias (PFR), una analítica con marcadores de autoinmunidad y precipitinas, una fibrobroncoscopia y un lavado broncoalveolar; también se realiza un ECG para descartar afectación cardíaca derecha.

La TCAR confirma el patrón intersticial bilateral observado en la Rx. Además, objetiva la presencia de bronquiectasias por tracción, reticulación subpleural y un gradiente subpleural. Estas características forman un patrón de NINE fibrótica o de NIU sin panal.

Los resultados de las PFR (FVC 2,84 (68 %), FEV1 2,55 (77 %), postPBD 2,51 (76 %), DLCO 3,57 (40 %), KCO 69 %, TLC 131 y RV 246) nos indican un déficit ventilatorio de patrón restrictivo moderado con alteración de la difusión y sin hiperreactividad bronquial (Figura 3).

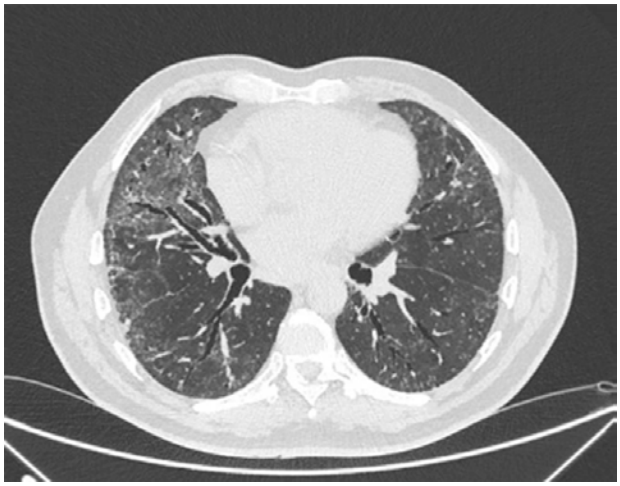


Figura 2. TCAR con bronquiectasias por tracción, reticulación subpleural y gradiente apicobasal.

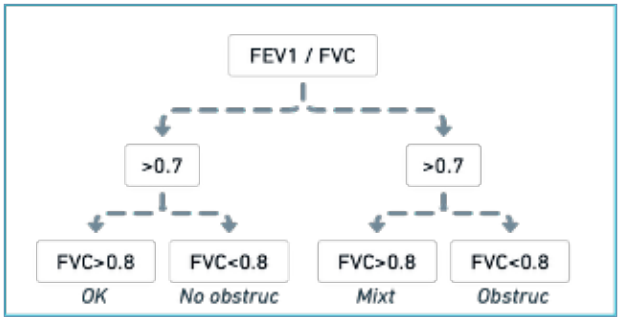


Figura 3. Interpretación espirometría

En la broncoscopia no se observaron lesiones endobronquiales, y en el lavado broncoalveolar se encontraron: macrófagos 89 %, linfocitos 5 %, LPMN 6 % CD4/CD8: 1.7.

La analítica mostraba un hemograma normal y ausencia de marcadores de autoinmunidad o precipitinas.

Finalmente, el ecocardiograma objetivó una FVI 64 %, un ventrículo derecho no dilatado con funcionamiento normal, sin signos indirectos de hipertensión pulmonar.

Diagnóstico diferencial

Las EPID constituyen un grupo muy heterogéneo con más de 150 enfermedades que se desglosan en 3 grandes grupos en relación a su etiología [7]: las neumonías intersticiales idiopáticas, de causa desconocida, entre ellas la FPI; las EPID de causa conocida o asociadas a entidades clínicas concretas; y las EPID primarias o asociadas a entidades clínicas mal definidas como la sarcoidosis, microlitiasis alveolar, eosinofilias pulmonares, histiocitosis X o la linfangioleio- miomatosis, entre otras (Figura 4).

La anamnesis completa permite descartar aquellas asociadas a radioterapia o fármacos, a enfermedad inflamatoria intestinal, o a ciertas profesiones como la neumoconiosis. El TCAR permite

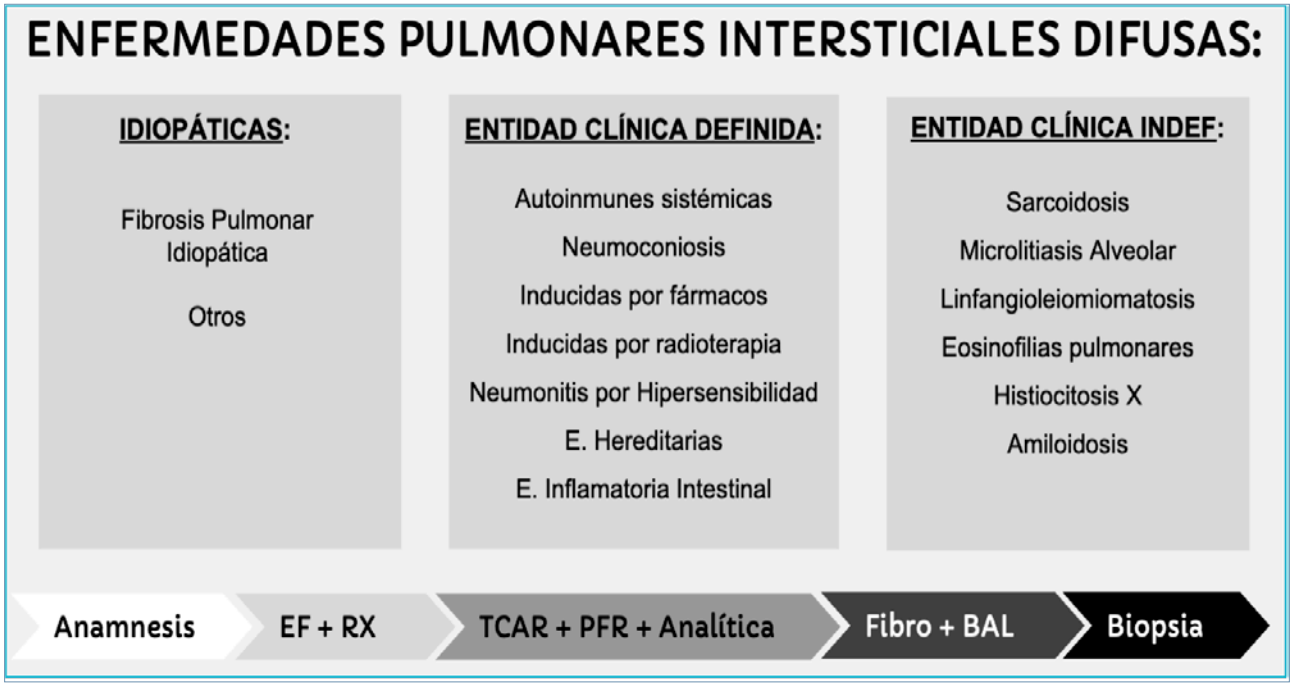


Figura 4. Diagnóstico diferencial de las EPID.

describir un patrón de NINE fibrótica o NIU sin panal, descartando algunas enfermedades quísticas o con patrones característicos como la Histiocitosis X o la Linfangioleiomiomatosis.

La ausencia de marcadores autoinmunes o precipitinas en la analítica descarta por su parte las enfermedades autoinmunes sistémicas y las neumonitis por hipersensibilidad. Finalmente, la fibrobroncoscopia y el BAL descartan las eosinofilias pulmonares y las enfermedades inflamatorias (Linfocitos 5 % (M. Inflam si >30 %).

Diagnóstico

Finalmente, se plantea el diagnóstico de Fibrosis Pulmonar Idiopática (FPI).

El paciente presenta muchos de los factores de riesgo asociados a la enfermedad: edad, sexo masculino, tabaquismo y antecedentes familiares de FPI (variante familiar); así como una clínica compatible -disnea de esfuerzo y tos seca-, junto con la exploración física -crepitantes bibasales secos, desaturación al esfuerzo, patrón restrictivo en PFR- y compatibilidad radiológica con un patrón NIU -bronquiectasias por tracción, reticulación subpleural y gradiente apicobasal, pese a la ausencia de patrón en panal de abeja.

Evolución y tratamiento

En el momento del diagnóstico, el tratamiento pautado consiste en Nintedanib, un antifibrótico, que alarga la supervivencia unos 3 a 5 años, codeína (antitusígeno), oxígeno portátil, fisioterapia respiratoria, vacunación antigripal y prevención de infecciones y cesación tabáquica.

El paciente cumple con las recomendaciones, se mantiene moderadamente activo y tolera bien el tratamiento (ligera diarrea asociada al antifibrótico).

La clínica se estabiliza y las pruebas de imagen muestran una ligera mejora al cabo de un año de tratamiento. Además, el paciente refiere una especial mejoría gracias a la fisioterapia respiratoria. Se trata de un buen candidato a trasplante pulmonar, ya que es menor de 60 años, tiene un buen estado general, se mantiene activo y tiene una buena adherencia al tratamiento.

DISCUSIÓN

Las enfermedades intersticiales pulmonares difusas se caracterizan por alteraciones en el intersticio pulmonar [1]. Aunque en términos generales seguimos considerando que su etiología es desconocida, sabemos que se trata de una alteración en la reparación del daño en la que en vez de darse una reepitelización normal hay una sobre activación de las vías profibróticas que genera un tejido matricial proliferativo sin funcionalidad respiratoria que va invadiendo el espacio alveolar. Este tejido fibrótico, a su vez, perpetúa el ciclo de daño al tejido normal y fibrosis. Así pues, los factores lesivos constantes para el parénquima pulmonar constituyen un riesgo aumentado para desarrollar esta enfermedad, y los estudios señalan el tabaquismo, fármacos, aspiración crónica por reflujo esofagogástrico y virus que podrían inducir una respuesta inflamatoria y/o autoinmune como los principales factores de riesgo [8].

La clínica es de inicio insidioso, apareciendo una disnea de esfuerzo progresiva y tos persistente que van empeorando a medida que progresa la fibrosis. Los pacientes con fibrosis pulmonar idiopática presentan, además, otra serie de comorbilidades subclínicas o manifiestas como hipertensión pulmonar, reflujo gastroesofágico, apnea del sueño, cáncer de pulmón, obesidad y enfisema [8, 9].

El primer paso para llegar al diagnóstico una vez establecida una EPID es la exclusión de otras afecciones pulmonares tal y como se detalla en el apartado de diagnóstico; la clínica y la evolución son variables, de comienzo insidioso, con tos no productiva y disnea progresiva. En la exploración física destaca la presencia de taquipnea, crepitantes en "velcro" en 80 % de los casos y acropaquias entre el 20–50 %. En fases avanzadas se produce hipoxemia e insuficiencia respiratoria, insuficiencia cardíaca derecha e hipertensión pulmonar [1, 3, 5].

La tomografía computarizada de alta resolución (TCAR) es el método de imagen de elección en la evaluación y el diagnóstico de las EPID, ya que confirma la presencia de enfermedad pulmonar y establece el correcto diagnóstico de las complicaciones asociadas. No obstante, el diagnóstico definitivo de estas enfermedades requiere la concordancia con las manifestaciones clínicas y la comprobación anatomopatológica. Las imágenes radiológicas obtenidas por la TCAR en este grupo de enfermedades tienen un papel fundamental, de especial importancia para evitar la realización de biopsias innecesarias [10].

No existen determinaciones analíticas específicas, pero puede encontrarse elevación de la VSG y de lactatoDH, anticuerpos antinucleares positivos, factor reumatoide positivo e hipergammaglobulinemia. La radiografía de tórax objetiva infiltrados retículo-nodulares en bases y periféricos (gradiente apicobasal) que pueden progresar a campos superiores. La TC es más sensible y fundamental para el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad: muestra un patrón NIU con reticulación subpleural de gradiente apicobasal, bronquiectasias por tracción y patrón en panal de abeja. En las PFR es característico el patrón ventilatorio restrictivo, con disminución de la capacidad de difusión de monóxido de carbono, desaturación con el esfuerzo y la hipoxemia con el aumento del gradiente alveolo-arterial de oxígeno. El lavado bronquioalveolar, en cambio, tiene menor rentabilidad diagnóstica, aunque es útil para descartar otras etiologías [4, 7, 11].

En cuanto al tratamiento, se basa principalmente en el uso de antifibróticos orales, concretamente Pirfenidona o Nintedanib [11]. El primero puede provocar hipersensibilidad, mientras que con el segundo son frecuentes las alteraciones hepáticas y la diarrea [12, 13]. Estos fármacos consiguen enlentecer la progresión de la enfermedad aumentando la supervivencia en 3-5 años. También se han asociado a una ligera mejora en la supervivencia los glucocorticoides e inmunosupresores, así como la colchicina (posee propiedades antifibróticas, con resultados de supervivencia y funcionalidad pulmonar similar a los de la prednisona y puede usarse en caso de intolerancia a glucocorticoides e inmunosupresores) [11]. Finalmente, otras opciones de tratamiento incluyen la N-acetilcisteína (antioxidante que se coadministra con otros antifibróticos), la oxigenoterapia domiciliaria en caso de insuficiencia respiratoria, los broncodilatadores en caso de obstrucción al flujo aéreo, la profilaxis de infecciones como la gripe, el neumococo o la tuberculosis pulmonar si la intradermorreacción de Mantoux es positiva y finalmente el tratamiento del *cor pulmonale* si aparece [11].

Pese a todas las opciones terapéuticas, la única curativa es el trasplante pulmonar. Sin él, el pronóstico de los pacientes es muy malo (la fibrosis pulmonar es la neumonía intersticial idiopática de peor pronóstico). Son factores negativos para la supervivencia el sexo masculino, mayor cantidad de fibrosis, la falta de tratamiento con antifibróticos, menor celularidad en la biopsia pulmonar y un menor porcentaje de linfocitos en el lavado bronquioalveolar [14]. Algunos estudios indican también la relación entre el acortamiento telomérico y esta enfermedad, en la que los pulmones aparecen prematuramente envejecidos. Se ha demostrado que un 25 % de los pacientes con FPI y un 50 % de los pacientes con FPI Familiar tienen telómeros anormalmente cortos para su edad, así como signos de envejecimiento prematuro (canas, menopausia precoz...). Este hecho se relaciona con un peor pronóstico incluso después del trasplante, y es un factor de riesgo independiente del patrón histológico y radiológico. Asimismo, la restitución de la actividad telomerasa en modelos animales ha conseguido revertir la fibrosis pulmonar, de modo que la longitud telomérica se convierte en un biomarcador, factor pronóstico y futura diana terapéutica [15].

CONCLUSIONES

La FPI sigue siendo una enfermedad pulmonar intersticial progresiva y devastadora, caracterizada por una remodelación fibrótica irreversible impulsada por mecanismos celulares y moleculares complejos e interconectados.

A pesar de los avances en la comprensión de los mecanismos de la enfermedad, las terapias antifibróticas actuales, como la pirfenidona y el nintedanib, solo ofrecen beneficios modestos al ralentizar la progresión de la enfermedad sin revertir la fibrosis ya establecida. Esto pone de manifiesto la necesidad clínica crítica de terapias que actúen sobre los factores desencadenantes de la enfermedad, permitan una intervención temprana y proporcionen una modificación sostenida de la enfermedad.

En conclusión, si bien se han logrado avances significativos en la elucidación de los mecanismos subyacentes a la FPI, persisten importantes desafíos para traducir estos conocimientos en terapias clínicas eficaces. Actualmente, el único tratamiento curativo es el trasplante de pulmón y no todos los pacientes son candidatos aptos.

REFERENCIAS

[1]. Interstitial lung disease guideline: the British Thoracic Society in collaboration with the thoracic Society of Australia and New Zealand and the Irish Thoracic Society. Thorax. 2008; 63(Suppl V): v1-v58.

[2]. American Thoracic Society/European Respiratory Society. Idiopathic pulmonary fibrosis: diagnosis and treatment. International consensus statement. Am J Respir Crit Care Med. 2000; 161:646-64.

[3]. Martinez FJ, Collard HR, Pardo A, et al. Idiopathic pulmonary fibrosis. Nat Rev Dis Primers. 2017; 3:17074. doi: 10.1038/nrdp.2017.74.

[4]. Raghu G, Collard HR, Egan JJ, et al. An official ATS/ ERS/ JRS/ALAT statement: Idiopathic pulmonary fibrosis: Evidence-based guidelines for diagnosis and management. Am J Respir Crit Care Med. 2011; 183: 1-38.

[5]. Evans CM, Fingerlin TE, Schwarz MI, et al. Idiopathic Pulmonary Fibrosis: A Genetic Disease That Involves Mucociliary Dysfunction of the Peripheral Airways. Physiol Rev. 2016 Oct;96(4):1567-91.

[6]. Travis WD, Costabel U, Hansell DM, et al. An official American Thoracic Society/ European Respiratory Society Statement: Update of the International Multidisciplinary Classification of the Idiopathic Interstitial Pneumonias. Am J Respir Crit Care Med. 2013; 188:733-48.

[7]. Xaubet A, Ancochea J, Bollo E, et al. Normativa sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrosis pulmonar idiopática. Arch Bronconeumol. 2013; 49:343-53.

[8]. Meltzer EB, Noble PW. Idiopathic pulmonary fibrosis. Orphanet J Rare Dis. 2008;3:8. doi: 10.1186/1750-1172-3-8.

[9]. Cottin V, Crestani B, Valeyre D, et al. Diagnosis and management of idiopathic pulmonary fibrosis: French practical guidelines. Eur Respir Rev. 2014; 23:193-214.

[10]. Giménez-Palleiro A, Mazzini SP, Franquet T. Patrones básicos en la TCAR de la enfermedad pulmonar intersticial difusa. Radiología. 2022; 64(s3): 213-308.

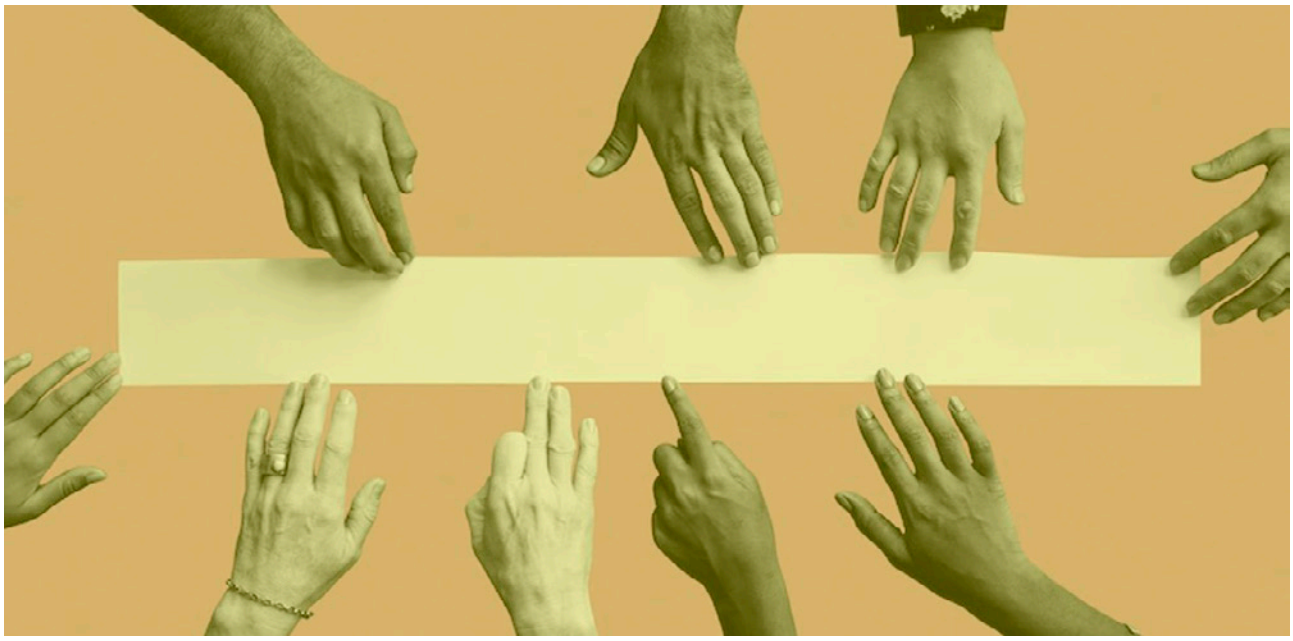
[11]. Raghu G, Rochwerg B, Zhang Y, et al. An official ATS/ERS/ ALAT Clinical Practice Guideline: Treatment of Idiopathic Pulmonary Fibrosis. An Update of the 2011 Clinical Practice Guideline. Am J Respir Crit Care Med. 2015; 192: e3-e19.

[12]. Ogura T, Taniguchi H, Azuma A, et al. Safety and pharmacokinetics of nintedanib and pirfenidone in idiopathic pulmonary fibrosis. Eur Resp J. 2015; 45:1382-92.

[13]. Richeldi L, du Bois RM, Raghu G, et al. Efficacy and Safety of Nintedanib in Idiopathic Pulmonary Fibrosis. N Engl J Med. 2014;370(22):2071-82.

[14]. Laporta Hernandez R, Aguilar Perez M, Lázaro Carrasco MT, Ussetti Gil P. Lung Transplantation in Idiopathic Pulmonary Fibrosis. Med Sci (Basel). 2018 Aug 23;6(3):68.

[15]. Molina-Molina M, Planas-Cerezales L, Perona R. Acortamiento de los telómeros en fibrosis pulmonar idiopática. Arch Bronconeumol. 2018; 54:3-4.



Resecció de timoma per esternotomia en pacient de 80 anys

Resección de timoma por esternotomía en paciente de 80 años

Thymoma resection by sternotomy in an 80-year-old patient

TEO HERRERO JORGE

Servei de Pneumologia, Hospital Universitari Sagrat Cor. Universitat de Barcelona, Campus Clínic.

Paraules clau: Esternotomia; Neoplàsia intraepitelial glandular; Neoplàsia de tim; Timoma/ cirurgia.

Palabras clave: Cáncer de timo; Esternotomía; Neoplasias Glandulares y Epiteliales; Timoma/ cirugía.

Keywords: Neoplasms, Glandular and Epithelial; Sternotomy; Thymoma/ surgery; Thymus Neoplasms.

Rebut: 21-juny-2023

Acceptat: 3-juliol-2025

Correspondència: therrejo7@alumnes.ub.edu

Herrero Jorge T. Resecció de timoma per esternotomia en pacient de 80 anys. Ann Sagrat Cor. 2025; 32(3-4): 139-143.

RESUM

El tim és un òrgan limfàtic primari dins del mediastí que juga un paper essencial en el desenvolupament i el manteniment de la immunitat cel·lular. Es presenta el cas d'un home de 80 anys que va presentar una crisi convulsiva. Una tomografia computada toràcica per a l'avaluació de l'embòlia pulmonar va mostrar una massa encapsulada i realçada al mediastí anterior que mesurava 38 x 33 mm. La resecció és el pilar del tractament dels tumors tímics, i l'objectiu final és l'extirpació completa del tumor i dels òrgans afectats. L'elecció de l'abordatge quirúrgic juga un paper important en la definició de l'èxit del tractament i, per tant, l'elecció òptima del mètode hauria de proporcionar una visió quirúrgica adequada per aconseguir una resecció completa del tumor. L'esternotomia mitjana es considera el mètode de referència per a l'accés al mediastí.

RESUMEN

El timo es un órgano linfático primario dentro del mediastino que desempeña un papel esencial en el desarrollo y mantenimiento de la inmunidad celular. Se presenta el caso de un hombre de 80 años que sufrió una crisis convulsiva. La tomografía computarizada torácica para evaluar la presencia de embolia pulmonar mostró una masa encapsulada y realzada en el mediastino anterior de 38 x 33 mm. La resección es la base del tratamiento de los tumores tímicos, siendo la extirpación completa del tumor y los órganos afectados el objetivo final. La elección del abordaje quirúrgico desempeña un papel fundamental en la definición del éxito del tratamiento, y la elección óptima del método debe, por lo tanto, proporcionar una visión quirúrgica adecuada para lograr la resección completa del tumor. La esternotomía media se considera el estándar de oro para el acceso al mediastino.

ABSTRACT

The thymus is a primary lymphatic organ within the mediastinum that plays an essential role in developing and maintaining cell-mediated immunity. An 80-year-old male presented with a convulsive crisis. A thoracic computed tomography scan for pulmonary embolism assessment showed a capsulated, enhanced mass in the anterior mediastinum measuring 38 x 33 mm. Resection is the mainstay of treatment for thymic tumors, with the aim of complete removal of the tumor and involved organs. The choice of surgical approach plays a major role in defining treatment success, and the optimal choice of method should thus provide an adequate surgical view to achieve complete tumor resection. Median sternotomy is considered the gold standard for access to the mediastinum.

INTRODUCCIÓ

Les neoplàsies neuroendocrines tímiques (NEN) són tumors primaris poc freqüents del tim amb diferenciació neuroendocrina que generalment es presenten com una massa dins del mediastí prevascular (anterior) [1]. El tim consisteix principalment en cèl·lules epitelials, cèl·lules epitelials queratinitzades (corpuscles de Hassall), cèl·lules mioides, limfòcits tímics ("timòcits") i limfòcits B, que rarament poden formar centres germinals. El tim participa principalment en el processament i la maduració dels limfòcits, que s'alliberen a la circulació com a limfòcits T madurs[1].

Les malignitats tímiques com a grup són relativament rares (del 0,2 a l'1,5 % de totes les malignitats, 0,13 casos per cada 100.000 habitants als Estats Units), però són la lesió solitària més comuna al mediastí prevascular i al mediastí en general [2].

La majoria dels tumors neuroendocrins tímics (TNE) es presenten com una massa al compartiment mediastí prevascular. Un TNE tímic es manifesta típicament com una massa mediastínica prevascular gran, lobulada, generalment invasiva, amb realçament heterogeni que pot presentar zones d'hemorràgia i necrosi. El diagnòstic diferen-

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-CompartirIgual 4.0 Internacional.

cial d'un TNE primari del tim inclou múltiples lesions no neoplàsiques i neoplàsiques dins de la glàndula del tim, o lesions extratímiques dins del mediastí prevascular. Els tumors tímics es presenten típicament com una massa al compartiment mediastínic prevascular [3]. Aproximadament un terç dels TNE tímics són asimptomàtics i es descobreixen incidentalment en un estudi radiogràfic realitzat per una causa no relacionada [3].

Els principals factors pronòstics són la resecció quirúrgica, l'estadi tumoral, el grau histològic i la mida del tumor. El mal pronòstic per a tumors més grans i en estadi més avançat està relacionat, almenys en part, amb la detecció tardana del tumor [1,4-5].

Sempre que sigui possible, la resecció quirúrgica completa (del tumor primari i dels ganglis regionals) és el tractament d'elecció. La timectomia i la resecció de masses mediastíniques prevasculars es poden aconseguir mitjançant diversos enfocaments diferents, que generalment es trien en funció de la mida i la ubicació del tim [1].

Presentem un cas clínic que subratlla la importància d'una avaluació exhaustiva i l'adopció d'un enfocament multidisciplinari per diagnosticar i tractar els pacients de manera adequada.

PRESENTACIÓ DEL CAS

Home de 80 anys que va acudir a consulta per avaluar una crisi comicial. Es van realitzar estudis d'imatge per descartar un tromboembolisme pulmonar. En una tomografia computada (TC) toràcica, es va observar una massa sòlida de 38 x 33 mm al mediastí anterior prevascular amb marges lobulats. La tomografia per emissió de positrons (PET) va mostrar una captació patològica en la lesió del mediastí (SUVmàx 12 g/dL), sense altres captacions patològiques en la resta del cos.

Anamnesi

Antecedents

Pacient independent per a les activitats bàsiques de la vida diària. El pacient no refereix al·lèrgies conegudes a medicaments; tampoc presenta hàbits tòxics.

Com a antecedents d'interès destaquen hipertensió arterial, dislipèmia, insuficiència renal crònica per poliquistosi renal, crisi comicial, hiperuricèmia, dèficit de vitamina D, gastritis crònica, hiperplàsia de pròstata i tumorectomia renal prèvia (10 anys), d'un carcinoma de cèl·lules clares, a més, exèresi d'un histiocitoma sinusal benigne (fa 6 anys).

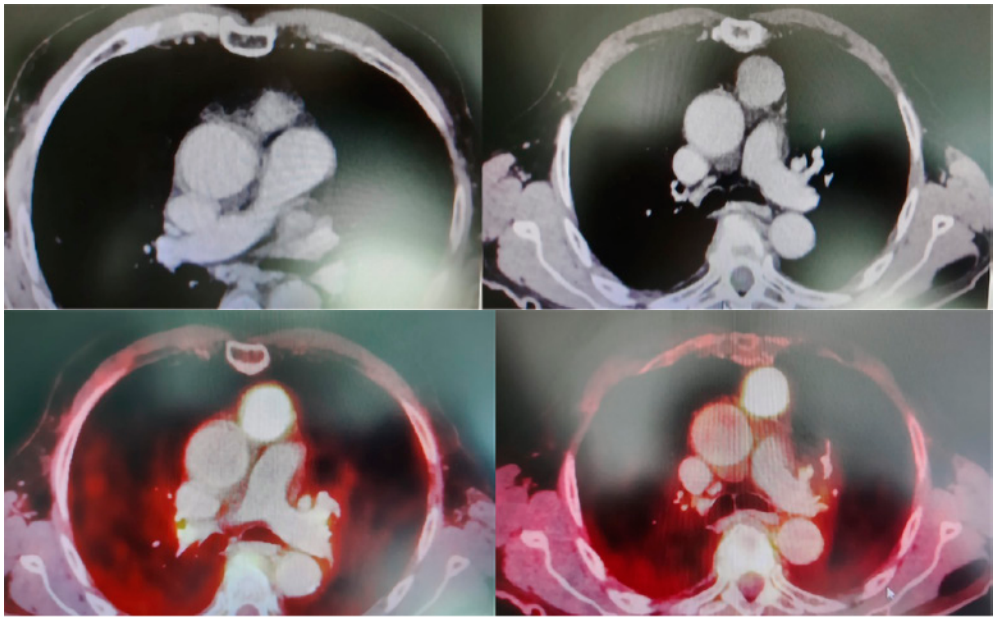
Exploració física

El pacient mantenia un estat general conservat, sense adenopaties palpables al coll ni supraclaviculars; l'auscultació cardiopulmonar era normal, i l'exploració abdominal no va revelar visceromegàlies ni punts dolorosos. No hi havia clínica de miastènia gravis.

Proves complementàries

En la tomografia computada (TC) de tòrax, s'identifica una massa al mediastí anterior prevascular. Aquesta massa mesura 38 x 33 mm i és de consistència sòlida, amb marges lobulats. La tomografia per emissió de positrons (PET) ha mostrat una captació patològica en la mateixa lesió del mediastí amb una concentració màxima de 12 g/dL (SUVmàx) (Figures 1 i 2).

No s'han detectat altres zones amb captacions patològiques en la resta del cos. Aquestes dades indiquen la presència d'una massa sòlida al me-



Figures 1 i 2. TC toràcica i PET.

diastí anterior, amb un nivell de captació patològica significatiu.

Diagnòstic

Inicialment, es va sospitar que la tumoració mediastínica era compatible amb un histiocitoma sinusal ganglionar benigne, basant-se en la semblança del cas amb el nòdul mediastínic previ, orientat amb aquest diagnòstic.

L'estudi anatomopatològic de la mostra quirúrgica va revelar que es tractava d'un timoma de 3,6 cm tipus AB -pT1A- encapsulat i limitat al tim, amb marges lliures de lesió.

Diagnòstic Diferencial

El diagnòstic diferencial de les masses del mediastí anterior implica la consideració de diverses entitats patològiques, incloent-hi timomes, tumors tiroidals, limfomes i tumors de cèl·lules germinals [1,3].

Timomes: Són tumors primaris del tim, que representen aproximadament el 70 % de les masses mediastíniques. Generalment, es presenten com a tumors de baixa malignitat, amb símptomes relacionats amb la compressió si arriben a una mida significativa. L'associació amb miastènia gravis és comuna, i la seva extirpació pot millorar els símptomes neuromusculars en un considerable percentatge de pacients. En el cas del nostre pacient, no hi havia clínica de miastènia gravis. La classificació segons l'OMS i la Masaoka determina l'abordatge quirúrgic i el pronòstic [4,5].

Carcinomes tímics: Són molt menys freqüents que els timomes, però més malignes. Són tumors amb una alta anaplàsia i proliferació, que sovint es presenten amb símptomes locals com dolor toràcic o tos. No s'associen amb miastènia gravis i solen ser inoperables.

Tumors de cèl·lules germinals: Representen al voltant del 20 % de les masses mediastíniques. Aquest grup inclou teratomes i seminomes, amb una ampla variabilitat en la histologia i el comportament clínic. Els teratomes, tant madurs com immadurs, poden presentar-se amb una gran diversitat de teixits derivats. Els seminomes, tot i ser poc freqüents, poden ser confosos amb metàstasis testiculars.

Tumors tiroidals: Són responsables del goll intratoràcic i són més comuns en dones de 50 a 60 anys. La tiroidectomia és el tractament d'elecció, i el diagnòstic es pot confirmar amb estudis d'imatge específics.

Limfomes: Són més comuns en nens i adolescents, i poden presentar-se com a masses mediastíniques amb símptomes B. El tractament es basa en la quimioteràpia, i la gammagrafia pot ajudar en el diagnòstic diferencial amb timomes.

Tractament i evolució

Es va sol·licitar una avaluació del risc quirúrgic al neuròleg i al cardiòleg, els quals van considerar el pacient apte per a la cirurgia d'exèresi.

El cas es va presentar al Comitè de Tumors de l'Hospital Universitari Sagrat Cor (HUSC) on es va decidir realitzar l'exèresi de la tumoració mediastínica per esternotomia, a causa de l'elevat risc de malignitat, risc que el pacient i la seva família van entendre i acceptar.

Després d'un preoperatori adequat, el pacient va ser sotmès a cirurgia sota anestèsia general i intubació selectiva, realitzant una esternotomia mitjana, i dissecant per plans fins a exposar el mediastí anterior esquerre, on es va confirmar la presència de la tumoració prevascular. Aquesta es va ressecar completament i es va remetre per a l'estudi anatomopatològic, preservant les estructures vasculars adjacents.

Es van deixar clips quirúrgics de marcatge en el llit quirúrgic. Després de verificar l'aerostàsia i l'hemostàsia, es va procedir al tancament, deixant drenatges toràcics bilaterals, un drenatge Redon mediastínic i un catèter per a l›analgèsia. El pacient va ser extubat i traslladat a la Unitat de Cures Intensives (UCI) on va rebre tractament analgèsic i va estar sota observació. Durant l'ingrés a l'UCI, el pacient es trobava en bon estat general, amb signes vitals estables. Tot i mostrar una lleugera somnolència per efectes residuals de la sedació, la seva resposta cardiovascular i respiratòria es trobava dins dels paràmetres normals, amb una correcta expansió dels pulmons i els drenatges toràcics ben posicionats. L'expansió dels pulmons va ser adequada i els drenatges toràcics es van retirar sense problemes.

El curs postoperatori va ser favorable, passant a planta d'hospitalització a les 24 hores. Les pleurotomies es van tancar i es va retirar el drenatge Redon mediastínic al cap de 48 hores. Va ser donat d'alta el mateix dia per al seu seguiment en consultes externes.

Després de 24 hores, es va decidir donar l'alta hospitalària. En el moment de l'alta, es va aconsellar al pacient que mantingués un repòs relatiu, evitant carregar pesos grans i fer esforços extrems. També se li va suggerir que intentés evitar inclinar-se cap a un costat tant com fos possible durant el primer mes després de la cirurgia. Es va encoratjar el pacient a sortir al carrer i passejar, però se li va demanar que no fregués les ferides durant la dutxa i que s'assequés utilitzant un assecador d'aire fred. Se li va indicar tractament per al dolor i es va programar un control ambulatori, que incloïa una radiografia de tòrax realitzada el mateix dia de l'alta.

La radiografia de tòrax del mateix dia de l'alta va mostrar una adequada expansió pulmonar i posició de les brides i dels drenatges toràcics (Figura 3).



Figura 3. Rx realitzada el dia de l'alta hospitalària.

DISCUSSIÓ

El tractament d'elecció per a pacients amb un diagnòstic establert de neoplàsia tumoral neuroendocrina tímica és la resecció quirúrgica màxima si és possible. Les neoplàsies tímiques es presenten típicament com una massa al compartiment mediastínic prevascular. La resecció quirúrgica completa de tot el teixit tímic (timectomia total) requereix la resecció de tot el teixit mediastínic anterior al pericardi des dels vasos innominats fins al diafragma i lateralment a cada nervi frènic. La resecció ha d'incloure mostreig dels ganglis limfàtics hiliars i mediastínics [7,8].

La resecció tumoral completa és un factor pronòstic important per a la supervivència global [9-11]. Sempre que sigui possible, la resecció del tumor primari i dels ganglis regionals és el tractament d'elecció. Després d'una resecció quirúrgica completa, hi ha una alta taxa de recurrència local.

La timectomia i la resecció de masses mediastíniques prevasculars es poden aconseguir mitjançant diversos enfocaments diferents, que generalment es trien en funció de la mida i la ubicació del tim. La timectomia transtoràcica, mitjançant una esternotomia mitjana, és l'enfocament estàndard per a la timectomia, especialment per a les neoplàsies tímiques.

Els enfocaments mínimament invasius (transtoràcic, transcervical) poden ser apropiats, tot i que la mida, la ubicació i l'aspecte del tumor s'han d'avaluar acuradament a l'hora de considerar aquestes tècniques. Com que l'objectiu de la cirurgia és la resecció completa sense malaltia residual, l'enfocament ha d'evitar qualsevol acció que pugui vessar el tumor durant la manipulació o l'extirpació. Els enfocaments transtoràcics (cirurgia toracoscòpica assistida per vídeo [VATS] o timectomia robòtica) poden ser bones opcions per a alguns pacients, però els cirurgians han d'assegurar-se que no hi hagi risc que l'eficàcia oncològica del procediment es vegi compromesa (per ex. vessament tumoral, resecció incompleta). En general, la majoria dels tumors neuroendocrins tímics es diagnostiquen amb una mida que no és susceptible de tècniques mínimament invasives[9].

CONCLUSIONS

L'abordatge dels tumors mediastínics en pacients amb més anys, amb comorbiditats, és un repte complex per als professionals mèdics. La decisió d'optar per la cirurgia en aquests casos implica una valoració minuciosa del risc quirúrgic i del pronòstic de la malaltia.

És fonamental considerar la tolerància del pacient a la cirurgia i anticipar la seva qualitat de vida postoperatòria. Tot i que és el pacient qui té la darrera paraula en la presa de decisions, la participació de la família és un factor clau. Això no només proporciona un suport emocional al pacient, sinó que també permet una discussió més completa dels beneficis i els riscos de la cirurgia. Quan els beneficis superen els riscos i el pacient està d›acord amb el tractament, la cirurgia pot ser considerada com una opció viable. Proporcionar un suport integral al pacient durant tot el procés, incloent-hi el postoperatori, és essencial per a una recuperació òptima.

Malgrat els reptes associats amb l'edat i les comorbiditats, una aproximació individualitzada i multidisciplinària pot portar a resultats positius i a una millora en la qualitat de vida del pacient.

Per concloure, l'abordatge dels tumors mediastínics en pacients de més edat requereix una consideració equilibrada dels aspectes clínics i ètics, amb una participació activa tant del pacient com de la seva família en el procés de presa de decisions.

REFERÈNCIES

[1]. Chesnutt AN, Chesnutt MS, Prendergast NT, et al. Masas mediastínicas. En: Papadakis MA, McPhee SJ, Rabow MW, et al (ed.) Diagnóstico clínico y tratamiento 2022 [Internet]. McGraw Hill, 2022. Disponible en:

[2]. Roden AC, Fang W, Shen Y, Carter BW, et al. Distribution of Mediastinal Lesions Across Multi-Institutional, International, Radiology Databases. J Thorac Oncol. 2020; 15(4):568-79.

[3]. National Comprehensive Cancer Network 2019. Thymomas and Thymic Carcinomas (Version 2). Available online: https://www2.tri-kobe.org/nccn/guideline/lung/english/thymic.pdf

[4]. Dadmanesh F, Sekihara T, Rosai J. Histologic typing of thymoma according to the new World Health Organization classification. Chest Surg Clin N Am. 2001; 11(2):407-20.

[5]. Masaoka A, Monden Y, Nakahara K, et al. Follow-up study of thymomas with special reference to their clinical stages. Cancer. 1981; 48(11):2485-92.

[6]. Trujillo-Reyes JC, Martínez-Téllez E, Belda-Sanchis J. Thymoma. A Systemic Disease? Arch Bronconeumol (Engl Ed). 2019; 55(5):235-6.

[7]. Kunz PL, Reidy-Lagunes D, Anthony LB, et al. Consensus guidelines for the management and treatment of neuroendocrine tumors. Pancreas. 2013; 42(4):557-77.

[8]. Detterbeck FC, Marom EM. Thymus. In: AJCC Cancer Staging Manual, 8th ed, Amin MB (Ed), AJCC, Chicago 2017. p.423.

[9]. Lalle M, Bellini V, Antimi M. La terapia medica del timoma: update [Medical treatment for thymoma: an update]. Clin Ter. 2008; 159(2):91-5.

[10]. Tiffet O, Nicholson AG, Ladas G, Sheppard MN, Goldstraw P. A clinicopathologic study of 12 neuroendocrine tumors arising in the thymus. Chest. 2003; 124(1):141-6.

[11]. Gal AA, Kornstein MJ, Cohen C, et al. Neuroendocrine tumors of the thymus: a clinicopathological and prognostic study. Ann Thorac Surg. 2001; 72(4):1179-82.



Figura 3. L'uròleg Marià Bretón Plandiura, caricaturitzat a la Col·lecció J. Garcia Plandiura, Làmina 30 editada per Laboratorios Fermé. París. 1931.

Marià Bretón Plandiura (1892-1955)

MIQUEL BRUGUERA CORTADA

Membre de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya

Marià Bretón i Plandiura [Barcelona, 17/10/1892 – 08/09/1955], uròleg de gran prestigi, havia nascut a Barcelona el 1892 (Figura 1). Estudia la carrera de medicina a la Facultat de Medicina, graduant-se l'any 1914, als 21 anys. Poc després, per concurs, guanya una plaça de cirurgià a l'Hospital de la Santa Creu on es forma com a uròleg amb Gabriel Estapé, un destacat uròleg de Barcelona, qui l'autoritza a assistir a la seva clínica privada. El 1928, Marià Bretón esdevé metge numerari per concurs i director del Servei de les Vies Urinàries de l'Hospital del Sagrat Cor, vacant des de la mort de Josep Pagès el 1926. Mesos després, rep l'homenatge de la professió que compta amb una nombrosa concurrència, entre ells, els presidents del Col·legi i del Sindicat de Metges.



Figura 1. El Dr. Marià Bretón i Plandiura un dels primers uròlegs de Catalunya, exercí a l'Hospital del Sagrat Cor de Barcelona.

Marià Bretón exerceix l'activitat professional a l'Hospital del Sagrat Cor fins a la seva jubilació alhora que té la pràctica particular en una clínica que porta el seu nom al carrer Muntaner número 474 (Figura 2). També treballa com a metge per a Mútua General de Seguros per assignació directa des del 1919.

L'any 1923, Bretón Plandiura participa en el 5è Congrés de Metges de Llengua Catalana (CMLC) amb una ponència sobre les seqüeles de les fractures complicades i, en el 6è, la seva intervenció s'emmarca en l'àmbit urològic i tracta el cas d'un diverticle vesical, la via endovenosa per a l'exploració radiològica de l'aparell urinari i l'epididimitis colibacil·lars.

Vocal de la junta de govern del Col·legi de Metges de Barcelona que forma el president Llorenç Garcia-Tornel l'any 1927. Just acabada la Guerra Civil, l'any 1939, Bretón és elegit cap del Servei de la Lluita Antivenèria i nomenat membre d'una de les comissions assessores del Tribunal de Depuració de Responsabilitats Polítiques del Col·legi de Metges de Barcelona que presideix Vicenç Carulla Riera. Membre de diferents societats científiques com l'Associació Espanyola de Cirurgia i de les Societats Espanyola i Internacional d'Urologia, també de l'Associació de Metges Escriptors. El 1947, és elegit membre corresponent de la Reial Acadèmia de Medicina de Barcelona. Dos anys després, és un dels fundadors de la Societat Internacional d'Urologia del Mediterrani Llatí.

Escriptor prolífic, publicà més de 300 articles científics. A més, va crear i dirigir la revista *Archivos Medico Quirúrgicos y del Trabajo*, publicada del 1945 al 1948 i dedicada a la divulgació de treballs originals que es dividia en dues parts: una sobre Medicina, Cirurgia i les diferents especialitats indistintament. I l'altra es dedicava als articles relacionats amb la Medicina Laboral exclusivament incloent-hi una secció de ressenyes bibliogràfiques sobre la matèria que havien estat presentades en altres publicacions. Dins dels *Archivos*, entre 1945 i 1946, Bretón va editar els fascicles *Índice Médico Progresivo de la Literatura Española y Extranjera*.

Va ser un professional molt actiu, va tenir molts càrrecs, fent-lo molt popular i objecte de caricatures (Figura 3, pàgina 143). Morí el 8 de setembre de 1955.



Figura 2. Anunci de la Clínica del doctor M. Bretón de 1934. [Museu d'Història de la Medicina de Catalunya]

Hospital Universitari
Sagrat Cor

C/Viladomat, 288
08029 Barcelona
Tel. 933 221 111



Persones que cuiden persones

DECÀLEG DE BONES PRÀCTIQUES LINGÜÍSTIQUES

(per a Professionals Assistencials i No Assistencials de l'HUSC)



1 RESPECTA SEMPRE LA LLENGUA ESCOLLIDA PER LA PERSONA USUÀRIA

Garanteix una comunicació clara i comprensible en català o castellà, segons la preferència del pacient, familiar o acompanyant.



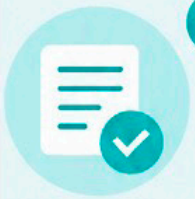
2 INICIA L'ATENCIÓ EN QUALSEVOL DE LES DUES LLENGÜES OFICIALS I ADAPTA'T SI ÉS NECESSARI

L'adaptació a la preferència de la persona usuària és essencial per generar confiança i confort comunicatiu.



3 MANTÉN UNA ACTITUD EMPÀTICA I ASSERTIVA EN QUALSEVOL SITUACIÓ LINGÜÍSTICA

Aplica tècniques d'escolta activa, empatia i comunicació no violenta, especialment en interaccions complexes.



4 ASSEGURA QUE TOTA LA INFORMACIÓ ESSENCIAL S'OFEREIX EN UNA LLENGUA QUE LA PERSONA ENTENGUI

Quan expliquis processos, proves, consentiments o instruccions, prioritza sempre la seguretat i la comprensió.



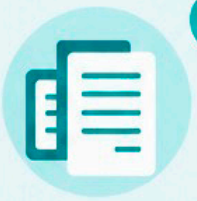
5 EVITA SUPOSAR LA LLENGUA PREFERIDA: PREGUNTA SI HI HA DUBTE

Una simple pregunta pot evitar malentesos i millorar l'experiència d'atenció.



6 UTILITZA UN LLENGUATGE RESPECTUÓS I CLAR, INDEPENDENTMENT DE LA LLENGUA

La qualitat comunicativa influeix directament en la confiança, el confort i la percepció del tracte rebut.



7 GARANTEIX QUE ELS MATERIALS I LA DOCUMENTACIÓ QUE LLIURES SÓN ADEQUATS LINGÜÍSTICAMENT

Lliura documents, instruccions i comunicacions en la llengua pertinent o en versió bilingüe quan correspongui. Si no estan disponibles, sol·licita-ho.



8 MANTÉ LA CONFIDENCIALITAT I EL RIGOR EN LA COMUNICACIÓ ORAL I ESCRITA

Una comunicació adequada també implica preservar la intimitat i l'ordre de la informació del pacient.



9 DERIVA O SOL·LICITA SUPORT LINGÜÍSTIC QUAN NO TINGUIS PROU COMPETÈNCIA

Demana suport a un altre professional o utilitza els recursos formatius disponibles (com els cursos de comunicació en català i castellà).



10 CONTRIBUEIX AL COMPLIMENT DEL PLA DE GESTIÓ LINGÜÍSTICA DEL CENTRE

Participa activament en la millora contínua: detecta necessitats, proposa accions i involucra't en iniciatives que reforcin l'atenció lingüística.



La qualitat assistencial també es construeix a través d'una comunicació respectuosa, clara i adaptada a cada persona.

ATENCIÓ | RESPECTE | CONFIANÇA | COMPROMÍS

Pla de Gestió Lingüística

Junts fem un millor hospital

HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR

III JORNADA D'INVESTIGACIÓ

12 de Novembre de 2026

"Com les dades poden ajudar a la investigació"

★ PREMI DR. CARDENAL AL MILLOR TREBALL D'INVESTIGACIÓ ★

PROGRAMA SALA DR. CARDENAL

9:00 h.	**Entrega de documentació i benvinguda.**
9:15 h.	**Conferència Inaugural. El Quart Paradigma, com les dades poden ajudar a la Recerca.** Dra. Cristina Caramés Sánchez
9:30 - 10:15 h.	**Taula Rodona: El Big Data i la recerca clínica. Projectes innovadors Quirónsalud.** Ponents: Dra. Cristina Caramés, Sr. Daniel Regaña i Sr. Antonio Herrero Modera: Dra. Mar Martí
10:15 - 11:00 h.	**Taula Rodona: Noves metodologies d'investigació** Ponents: Dr. Eduardo González i Dr. Adrián Ceccato | Modera: Dra. Mercedes Ibarz
11:00 - 11:30 h. — PAUSA CAFÉ	
11:30 - 12:30 h.	**Tallers Formatius** **11:30h** Evolució de les eines d'IA en la investigació — *Dra. Mar Martí* **12:00h** Com sol·licitar i reutilitzar dades sanitàries — *Sra. Sandra Campos*
11:30 - 12:30 h.	**PREMI DR. CARDENAL**
12:30 - 13:00 h.	**Taula Rodona 'Comunicacions'** Modera: Dr. Aamer Malik
12:30 - 13:00 h.	**Taula Rodona 'Publicacions'** Modera: Sra. Marina de Temple
13:30 - 14:00 h.	**Entrega del III Premi Dr. Cardenal**
14:00 h.	**Clausura de la jornada**

Inscripcions: investigaHUSC@quironsalud.es

Activitat acreditada pel Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries - Comissió de Formació Continuada, amb nº de registre 09/043621-MD i 0,4 crèdits.