

# Una emoción invisible: paradojas y desafíos en la investigación social de las violencias de odio en contextos sanitarios

## *An invisible emotion: paradoxes and challenges in social research on hate violence in health care contexts*

Juan Antonio Flores Martos  | [juanantonio.flores@uclm.es](mailto:juanantonio.flores@uclm.es) | Autor de correspondencia  
Universidad de Castilla-La Mancha, España

Montserrat Pulido-Puentes  | [montserrat.pulido@uclm.es](mailto:montserrat.pulido@uclm.es)  
Universidad de Castilla-La Mancha, España

10.17502/mrcs.v11i1.670

Recibido: 27-02-2023  
Aceptado: 12-04-2023



### Resumen

La emoción del odio, y sus impactos, poseen una singularidad y características insuficientemente analizadas desde una perspectiva antropológica y la teoría social de las emociones. Se exploran cuestiones epistemológicas y metodológicas presentes en todo proceso de investigación relacionado con una emoción tan compleja como el odio, sus afectaciones vitales en las personas que sufren sus violencias, y cómo ésta se atiende y gestiona por el sistema sanitario. Estudio cualitativo exploratorio con enfoque fenomenológico, basado en el análisis del discurso de los profesionales sanitarios y víctimas de violencias de odio. Se presentan resultados cualitativos del proyecto europeo SHELTER (2018-2021) cuyo objetivo ha sido mejorar la atención y cuidado de las víctimas de delitos de odio en el ámbito sociosanitario. Enfocamos algunas paradojas como la baja visibilidad de las violencias del odio y sus efectos, y cómo condiciona y afecta a las acciones e intervenciones planificadas orientadas a la identificación, gestión y reducción de su impacto en las víctimas. El análisis plantea algunos puntos de atención y retos a considerar para futuras investigaciones y proyectos de intervención social y sociosanitaria en el campo de las violencias de odio, un problema emergente de salud pública en las sociedades europeas.

**Palabras clave:** investigación social aplicada, etnografía, odio, violencias de odio, salud pública.

### Abstract

*The emotion of hate, and its impacts, possesses a singularity and characteristics insufficiently analyzed from an anthropological perspective and the social theory of emotions. Epistemological and methodological topics present in any research process related to such a complex emotion as hate, its vital effects on the people who suffer its violence, and how it is attended and managed by the health system are explored. This is an exploratory qualitative study with a phenomenological approach, based on the analysis of the discourse of health professionals and victims of hate violence. We present qualitative results of the European project SHELTER (2018-2021) whose aim has been to improve the care and support of victims of hate crimes in the socio-healthcare field. We focus on some paradoxes such as the low visibility of hate violence and its effects, and how it conditions and affects planned actions and interventions aimed at identifying, managing and reducing its impact on victims. The analysis raises some points of attention and challenges to be considered for future research and social and socio-health intervention projects in the field of hate violence, an emerging public health problem in European societies.*

**Keywords:** applied social research, ethnography, hate, hate violence, public health.

### Sumario

1. Introducción. Acotando el odio desde una perspectiva social | 2. Metodología y objetivos: investigando las violencias de odio desde el SHELTER | 3. Resultados | 3.1. Confusiones e imprecisiones en la identificación de agresiones de odio | 3.2. Condiciones actuales y necesidades de los profesionales sanitarios | 3.3. Lo que cuentan y demandan las víctimas | 3.4. *Trainings* a profesionales sanitarios: hacia un protocolo sanitario de atención a víctimas de violencias de odio | 4. Discusión. Limitaciones, desafíos y sugerencias para investigar las violencias de odio. | 5. Conclusiones y futuras líneas de actuación | Referencias.

### Cómo citar este artículo

Flores Martos, J. A. y Pulido-Fuentes, M. (2023). Una emoción invisible: paradojas y desafíos en la investigación social de las violencias de odio en contextos sanitarios. *methaodos.revista de ciencias sociales*, 11(1), m231101a07. <http://dx.doi.org/10.17502/mrcs.v11i1.670>

## 1. Introducción. Acotando el odio desde una perspectiva social

Entre los años 2018 y 2021 desarrollamos el proyecto europeo de investigación social aplicada SHELTER<sup>1</sup> que perseguía mejorar la protección de las víctimas de delitos de odio y su acceso a los recursos y redes que puedan facilitar la denuncia, la asistencia y el apoyo especializado, en su interacción con el sistema sanitario.

El punto de partida del proyecto fue constatar un desequilibrio importante. Por un lado, España es un país en el que la Policía Nacional ya cuenta con un segundo Protocolo Nacional contra Delitos de Odio<sup>2</sup>, y donde una buena parte de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado de ámbito autonómico e incluso municipal llevan años trabajando en protocolos, formación de sus profesionales y mejora de su intervención ante posibles casos de delitos de odio. Se encuentran realizando un trabajo de forma aislada, sin el acompañamiento de otros organismos o instituciones como la sanitaria.

La incorporación en el marco jurídico de los delitos de odio ha propiciado que desde el Ministerio del Interior se facilite que las víctimas o testigos de delitos de odio tengan a su alcance una adecuada asistencia policial y protección, dado el alcance de esta problemática social, a través de protocolos de intervención cuidadosamente elaborados (Almécija y Moreno, 2022; Güerri, 2015). Los avances en estos espacios jurídicos y de las fuerzas de seguridad del estado no han calado lo suficiente en la sociedad. La controversia en el debate público sobre este tipo de violencias presentes en la sociedad, circunscritas a esferas privadas convive con una gran invisibilidad y desconocimiento sobre lo que se considera delito de odio o discurso de odio.

Al mismo tiempo, empieza a aparecer una toma de conciencia de estos delitos como un problema emergente —de salud pública<sup>3</sup> y de garantías ciudadanas— que debe ser enfrentado (Iganski y Levin, 2015), pero por otro lado no se ve acompañada de una percepción análoga en el ámbito de nuestro sistema sanitario: no existe ningún protocolo de atención a víctimas de estas violencias de odio en el ámbito sanitario en España, a pesar de que en muchas ocasiones es en los espacios sanitarios donde las personas impactadas por agresiones de odio tienen su primer contacto y atención por profesionales sociosanitarios (Pulido *et al.*, 2021, p. 101).

Es cierto que ha sido recientemente —en las últimas dos décadas—, cuando los delitos de odio como concepto novedoso, han sido conceptualizados desde un punto de vista jurídico y normativo, e incorporado a las directrices europeas y códigos penales internacionales<sup>4</sup>, cobrando presencia poco a poco en la agenda pública, si bien todavía no contamos con evidencias claras de que exista una conciencia social de esta realidad problemática.

Las instituciones del ámbito de la salud son un claro reflejo de lo que en la sociedad se advierte. Sus trabajadores no son ajenos a esta realidad social, los cuales deben enfrentar o se encuentran con las consecuencias de este tipo de delitos con poca "protección". Como parte de un todo, consideramos que el sistema sanitario forma una estructura fundamental en la prevención y el abordaje de los delitos de odio, así como en el cuidado de sus víctimas.

---

<sup>1</sup> "Support and Advice Through Health System for Hate Crimes" (SHELTER 809541), Juan Antonio Flores Martos ha sido el coordinador general y project manager, liderándolo desde la Facultad de Ciencias Sociales de Talavera de la Reina (Universidad de Castilla-La Mancha). Montserrat Pulido Fuentes fue investigadora del proyecto. El proyecto tuvo una duración de veintiséis meses, y el consorcio estuvo compuesto por tres universidades y cuatro ONG de cuatro países: España, Hungría, Chipre y Malta. Los resultados pueden consultarse en la web <https://stophatedamages.eu>. Deseamos expresar nuestro agradecimiento a el SESCAM (Servicio de Salud de Castilla-La Mancha), Gerencia Asistencial de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), Institut Català de Salut y a la ONG Arcópoli, por su colaboración en este proyecto, y de forma especial a los profesionales del sistema sanitario y víctimas que participaron en el mismo.

<sup>2</sup> Protocolos realizados a partir del Programa de Formación para la Identificación y Registro de Incidentes Racistas, en el marco del Proyecto Europeo Progress iniciado en 2012, que tenía el objetivo de desarrollar actividades formativas en las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, con el fin de mejorar los procedimientos de identificación y registro de los incidentes racistas (López, 2017).

<sup>3</sup> En el año 2002 la OMS estableció la violencia como problema de salud pública, siendo el odio uno de sus desencadenantes o determinantes, que requiere un abordaje desde la investigación y las políticas públicas. De forma lúcida, Zakrisson *et al.* (2019) señalan como el odio puede adaptarse bien al modelo clásico de salud pública de la propagación de la "enfermedad", con el discurso de odio como vector que conduce a la violencia directa.

<sup>4</sup> El Bureau of Justice Assistance (BJA) del Departamento de Justicia de los Estados Unidos de América (USA), definió por primera vez en 1990 los delitos de odio en su "Hate Crimes Statist Act". La OSCE (Organización para la Seguridad y la Cooperación en Europa) define por primera vez los delitos de odio en el contexto europeo en 2003, complementando dicha definición en 2009. La Oficina para las Instituciones Democráticas y los Derechos Humanos (ODIHR) los define en 2005. El Parlamento Europeo y Consejo de Europa, en 2012 promueven medidas para la protección de los derechos de las víctimas de odio. En España se tipifica en el artículo 510 del Código Penal, en su reforma de 2015.

Durante el proceso de investigación realizado, la solicitud de permisos a comités éticos, las reuniones y relación con las instituciones y entidades, el acceso a las víctimas y la implementación de las acciones formativas con profesionales sanitarios, nos encontramos con obstáculos, paradojas y desafíos de alcance que han incidido y transformado el proyecto previsto inicialmente. Todo ello, nos ha llevado a conocer mejor y reflexionar sobre la realidad de las violencias de odio y sus impactos, así como la problemática que supone tomar como objeto de atención y estudio al odio como una emoción singular, especialmente para los profesionales sanitarios, aunque también para una parte de la investigación social y antropológica. Este artículo pretende exponer nuestros análisis y resultados, al tiempo que contribuir a la problematización y discusión sobre este campo de investigación y acción.

Desde una perspectiva de la teoría y la investigación social aplicada, nuestra contribución tiene una marcada ambición epistemológica (cómo podemos aproximarnos y conocer) y metodológica (cómo podemos investigar) una emoción tan compleja como es el odio, y sus efectos y afectaciones vitales en las personas que sufren sus violencias.

Desde un punto de vista teórico, partimos de una concepción antiesencialista de las emociones —opuesta a la visión ontológica de las emociones, propia de la psicología clínica—, y de las consideraciones de la teoría social de las emociones, y la antropología de las emociones en particular (Lutz y White, 1986). Así las emociones son fundamentalmente relaciones sociales entreveradas con significados culturales, más que “estados” constituyen procesos con un entramado de convenciones y patrones socioculturales variables histórica y geográficamente. Rosaldo (1984) ya las analizaba como pensamientos encarnados (*embodied thoughts*) en un sentido literal. Superando la concepción convencional del positivismo y de cierta clase de racionalismo en las ciencias sociales que estableció la falsa oposición de razón vs. emoción, entendemos que las emociones son también actividades de conocimiento y praxis sociales, como así lo sintetiza el filósofo Daniel Innerarity:

Debemos considerar los sentimientos como una forma de experiencia política y de saber social. Las emociones están presentes en todos los ámbitos de la vida y en todas las acciones. No hay, por ejemplo, conocimiento sin emoción. Los sentimientos y la racionalidad no son cualidades excluyentes. Ambos son praxis sociales y ambos son formas específicas de conocimiento. Conocemos también a través del miedo o la confianza, que son formas de relacionarse cognoscitivamente con la realidad (Innerarity, 2009).

Desde los trabajos de la sociología de las emociones, se han caracterizado algunas emociones como de baja visibilidad, como es el caso de la vergüenza (Bericat, 2000, p. 169). Scheff (1990) concluía que la vergüenza (en el polo negativo), y el orgullo (en el polo positivo) constituyen las dos emociones que reflejan de un modo más directo el estado del vínculo social de una sociedad, llegando a sostener que una interacción social no susceptible de provocarnos vergüenza u orgullo no constituye un vínculo social en sentido estricto.

La teoría social de las emociones se ha dedicado a recuperar el valor estratégico de las emociones despreciadas como irrelevantes —desde la envidia, la ira o la vergüenza, a las que Ngai analizó como “sentimientos feos” (2005)—, aunque no ha priorizado el estudio del odio hasta el trabajo de Ahmed (2015) sobre la política cultural de las emociones.

En una revisión de la literatura científica sobre dos emociones aparentemente análogas como son la ira y el odio, contrasta de manera intensa la sobreexposición y presencia en la bibliografía y agenda de preocupación pública de las sociedades avanzadas anglosajonas —especialmente EE.UU.— de la ira, y la poca presencia, minusvaloración y atención prestada al odio en dicha literatura y agenda de preocupación pública de esas mismas sociedades de EE.UU. y Europa. Se ha normalizado la idea de que es más fácil experimentar sentimientos de ira en sociedades individualistas como EE. UU, que por otra parte se encuentra orientada a la gestión de esa emoción, mediante talleres de control de la ira, en el ámbito de las empresas, las instituciones educativas, y en el ámbito privado a través de la literatura y cultura terapéutica de la autoayuda.

Así resulta significativa la conceptualización y visibilización diferencial de dos emociones consideradas negativas, la ira y el odio. La ira se entiende como una actitud de emoción negativa específica hacia otro agente que se considera que nos ha infligido un daño injustificado. Por otro lado, el odio se considera como una actitud emocional negativa global hacia otro agente miembro de una categoría colectiva caracterizada con rasgos nocivos.

La distinción clásica aristotélica entre la ira y el odio incide en que “la ira generalmente se siente solo en contra de personas particulares, mientras que el odio puede sentirse por una clase completa de personas” (Allport 1992, p. 31). De modo contrario a lo que ocurre con la ira, cuya visibilidad se encuentra conectada

con un hecho concreto que puede acotarse y describirse, existiría una dificultad de localizar o encontrar los signos de odio, conectados con una sensación de amenaza y riesgo (Ahmed, 2015, p. 86-87).

Autores como Szanto (2020) destacan como la intencionalidad afectiva del odio continua sin ser comprendida adecuadamente y muestra tres rasgos claves interrelacionados: enfoque afectivo hipergeneralizador e indeterminado, actitud que se realimenta autónomamente (sin necesidad de estímulos), y en tanto que dialéctica social negativa, se refuerza y deviene en *habitus* compartido con otros.

En nuestro análisis, nos ha interesado más focalizarnos en la categoría de odio más que en la acepción más frecuente en ciencias sociales de “discursos del odio” (*Hate speech*), y más concretamente las prácticas y acciones específicas guiadas por dicho odio que provocan afectaciones y daños tangibles (fisiológicas, emocionales y psicológicas) en las vidas y cuerpos de las personas agredidas.

Consideramos con Ahmed que al odio como categoría que sirve para iluminar también violencias estructurales y que puede mostrarnos “que la violencia en contra de los otros involucra formas de poder que son viscerales y corporales, así como sociales y estructurales” (2015, pp. 97-98). La definición de delito de odio (*hate crimes*) aprobada por la OSCE los identifica como:

Toda infracción penal, incluidas las cometidas contra las personas o la propiedad, donde el bien jurídico protegido, se elige por su, real o percibida, conexión, simpatía, filiación, apoyo o pertenencia a un grupo. Este grupo se basa en una característica común de sus miembros, como su “raza”, real o percibida, el origen nacional o étnico, el lenguaje, el color, la religión, la edad, la discapacidad, la orientación sexual, u otro factor similar (OSCE, 2003, Decisión n° 4/03).

Actualmente abarcaría, genéricamente, todos aquellos delitos que tienen como base algún prejuicio o actitud discriminatoria en su realización (Díaz *et al.*, 2020, p. 20).

Ahmed ha investigado sobre la economía afectiva del odio, prestando atención a la manera en que funcionan los “signos” del odio con relación a los cuerpos. Para esta autora el racismo es una política de odio y la noción de delito de odio, una respuesta legal al racismo (Ahmed, 2015, p. 80). El concepto de delito de odio estaría funcionando como herramienta de reparación legal de la política del odio que es el racismo.

Desde una perspectiva del ámbito de la salud, se hace necesario incluir el concepto de “violencia de odio”, generado posteriormente. El concepto de violencia de odio se refiere a:

El uso intencional de la fuerza o del poder físico por una motivación de rechazo y discriminación hacia una característica (real o supuesta) de la víctima, como su confesión religiosa, origen étnico o nacional, orientación sexual o identidad de género, etc., y que tiene como resultado un impacto negativo sobre la salud física o mental de la persona agredida, a corto o largo plazo (Rodríguez *et al.*, 2018, p. 1).

A las pocas semanas de iniciar nuestra investigación, empezamos a ser conscientes de las implicaciones de ambos conceptos, y que resultaba de mayor utilidad y conexión con la realidad investigada, la noción de “violencias de odio”, que fue la que utilizamos de forma prioritaria. El concepto “delito de odio” se encuentra vinculado a un enfoque legal, a su inserción en el código penal, y mantiene una dependencia del hecho de que exista denuncia y de la activación de un proceso judicial que puede o no finalizar en condena, existiendo una realidad y la evidencia de un porcentaje importante de infradenuncia. Las estadísticas oficiales disponibles sobre crímenes de odio están lejos de ser una representación fiel de la ocurrencia de dichas agresiones/incidentes de odio por el hecho de la realidad de la infradenuncia, dejando fuera todas aquellas que no son denunciadas.

Por el contrario, “violencia de odio” nos resultó de mayor utilidad, al ser un concepto más conectado con la realidad percibida a través de indicios y signos, con la casuística presente en la población que potencialmente puede ser atendida por profesionales de la salud en los distintos recursos del sistema sanitario, y no precisa para su consideración de denuncia ni de proceso judicial alguno.

## 2. Metodología y objetivos: investigando las violencias de odio desde el SHELTER

Nos interesa aquí analizar la complejidad del desarrollo de un proyecto de investigación social aplicada sobre violencias de odio en contextos sanitarios. A través de la autorreflexión crítica, nos gustaría responder a la siguiente pregunta ¿Cómo podemos investigar con éxito las violencias de odio en un proyecto con perspectiva social y una orientación pública?

Este artículo tiene un doble objetivo. En primer lugar, presentar los principales resultados de investigación del proyecto europeo SHELTER sobre atención a víctimas de violencias de odio en contextos sanitarios, tomando en cuenta la experiencia y necesidades de los profesionales sanitarios y de las víctimas registradas a través de métodos cualitativos; en segundo lugar, a partir de los obstáculos y retos de orden epistemológico, metodológico, ético (e inclusive políticos) enfrentados durante la investigación, proponer sugerencias de utilidad para futuras investigaciones sobre este campo de las violencias de odio.

El equipo del proyecto SHELTER en España estuvo conformado por el socio líder, la Universidad de Castilla-La Mancha (en su sede en la Facultad de Ciencias Sociales de Talavera de la Reina), junto con la Asociación Socioeducativa Llere (Toledo), y tuvo una composición interdisciplinar: antropólogos, sociólogos, trabajadores sociales, educadores sociales y enfermeras.

El diseño inicial del proyecto fue muy ambicioso. Nos propusimos recabar datos e información más concreta y apegada al terreno de la realidad que experimentan las víctimas de violencias de odio en su atención en los sistemas sanitarios de sus países, tomar en cuenta la perspectiva y experiencia de los profesionales sanitarios, e influir a través de la formación de profesionales sanitarios, del establecimiento de redes de colaboración y de la elaboración de un nuevo procedimiento de atención.

El estudio en que centraremos este artículo forma parte de una investigación más amplia con un diseño de investigación de método mixto (Creswell y Creswell, 2022), exploratorio, no probabilístico e incidental, que fue desarrollada en los cuatro países del consorcio, aunque en aras de una mayor profundización, nos ceñiremos exclusivamente a los datos de España obtenidos con métodos cualitativos: entrevistas semiestructuradas a profesionales sanitarios y a víctimas.

El Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) de la Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina informó favorablemente la realización del proyecto, sirviendo como cobertura para el resto de territorios en España.

En España, realizamos un total de 72 entrevistas, 68 a profesionales del sistema sanitario y 4 a víctimas de violencias de odio que transitaban por el sistema de salud a raíz de sufrir dichas agresiones.

El proyecto SHELTER se inició el 1 de noviembre de 2018 y finalizó el 31 de enero de 2021. El trabajo de campo con entrevistas semiestructuradas<sup>5</sup> tuvo lugar entre el 2 de mayo y el 31 de julio de 2019, en las ciudades de Talavera de la Reina, Toledo, Ciudad Real, Madrid, Barcelona, y en el municipio de Santa Olalla (Toledo). Se centró primordialmente en trabajadores del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), del Servicio de Salud de la Comunidad de Madrid (SERMAS) y el Instituto Català de la Salut (ICA). Entre los profesionales seleccionados, la mayor parte de los entrevistados mostraron su disponibilidad e interés en una posible entrevista, al cumplimentar los cuestionarios de la encuesta (n=196). A partir de esto, se utilizó un muestreo intencional para incluir a distintos participantes y garantizar la máxima diversidad en las experiencias y discursos recogidos. Además, en el muestreo se tuvieron en cuenta los siguientes criterios: perfiles demográficos (sexo y edad), categoría profesional (enfermería, medicina, técnicos sanitarios y de emergencias, trabajo social, celadores y personal administrativo), años de experiencia, y servicio en el que trabajan: atención especializada hospitalaria de urgencias, atención primaria y 112 de emergencias extrahospitalarias, que resultó el servicio más complicado para acceder, sólo se nos permitió trabajar con sus profesionales en Castilla-La Mancha. En cuanto a los dispositivos asistenciales de trabajo de las personas entrevistadas, el 41% fueron profesionales de urgencias hospitalarias, el 46% profesionales de atención primaria y el 13% profesionales de emergencias extrahospitalarias (112).

En España, no se ha realizado un estudio cualitativo con una muestra tan amplia (n= 68) de profesionales sanitarios sobre este tema específico. Realizamos en Castilla-la Mancha 40 entrevistas (19 enfermeras/os, 18 médicos, 2 administrativas/os y 1 operador 112 emergencias), en Madrid 20 entrevistas (9 enfermeras/os, 7 médicos, 1 trabajador/a social, 1 administrativo/a y 2 auxiliares de enfermería) y en Barcelona 8 entrevistas (4 enfermeras/os, 3 médicos y 1 administrativo/a).

Aunque contemplábamos que la saturación de las entrevistas entre profesionales sanitarios se habría alcanzado con una muestra inferior realizada en Castilla-La Mancha, nos interesaba ampliar nuestra muestra y contar con la experiencia y percepción de profesionales sanitarios de las dos grandes áreas metropolitanas del país, Madrid y Barcelona.

---

<sup>5</sup> Las entrevistas se llevaron a cabo de forma presencial, en el lugar elegido por la persona entrevistada, en su mayoría en espacios de sus centros de trabajo o próximos, con una duración entre 40 y 80 minutos, cada una de ellas. Contaron con un guion de entrevista específico para profesionales sanitarios y otro para víctimas, elaborado por los investigadores, y fueron realizadas por el equipo investigador del SHELTER en España.

Tras un acceso especialmente complicado<sup>6</sup>, la muestra de víctimas de violencia de odio —sólo pudimos acceder a cuatro— se seleccionó por accesibilidad a estas personas por parte de las ONG que cooperaban activamente en el proyecto: la organización Arcópoli (Madrid) y la Asociación Socioeducativa Llere (Toledo). Participaron en las entrevistas dos víctimas en Madrid y dos en Toledo. A pesar del reducido tamaño de la muestra, se evidencia un apreciable grado de coincidencia y de regularidades identificadas en las narrativas y experiencias de las víctimas.

### 3. Resultados del proyecto

En estas páginas, nos interesa presentar algunos de los resultados principales obtenidos en el proyecto europeo SHELTER, destacando aquellos que nos ayudan a entender la singularidad y especificidad de esta emoción, el odio, sus efectos y daños en vidas concretas, y la dificultad de su detección y gestión en nuestra sociedad, y en particular en el sistema sanitario. Priorizamos el análisis de aquellos resultados producidos a raíz de la investigación cualitativa con entrevistas a profesionales de la salud y a víctimas de violencias de odio. Por su carácter pionero en España y en Europa, finalizaremos refiriéndonos a la elaboración de la *Guía sanitaria de intervención ante las violencias de odio* (Pulido *et al.*, 2020), como un banco de trabajo que aportamos para el ensayo de un protocolo específico de atención a víctimas de violencias de odio en el sistema sanitario español.

Los resultados sobre España de este proyecto SHELTER obtenidos mediante técnicas cuantitativas y una explotación de las respuestas al cuestionario a profesionales sanitarios ya han sido publicados en Fernández *et al.*, (2021) y Moreno y Arroyo (2021). Algunos de estos resultados se encuentran esbozados en el Informe Nacional de España del proyecto SHELTER<sup>7</sup>(Díaz *et al.*, 2020), remitido a la Comisión Europea.

A nivel europeo, realizamos 391 cuestionarios a profesionales sanitarios y 126 entrevistas con profesionales sanitarios y víctimas. A través de éstas se ha logrado conocer cuáles son las percepciones de los profesionales sanitarios sobre las violencias de odio, incorporando la experiencia y la voz de las víctimas en la formación a profesionales sanitarios.

En el paquete de formación a profesionales sanitarios, en todos los países del Consorcio, se realizaron en total 27 *trainings*, la mayor parte de ellos en sesiones semipresenciales, a distancia o con plataformas virtuales por el impacto del COVID-19, que completaron 188 profesionales sanitarios y 196 estudiantes de titulaciones sanitarias (fundamentalmente enfermería) y de intervención social (Trabajo social y Educación Social). En España, los cursos de formación específica para profesionales del sistema sanitario que diseñamos recibieron la acreditación del Sistema Nacional de Sanidad; en concreto, por el Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla-La Mancha, y por parte de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud. El equipo docente de los paquetes de formación estuvo compuesto por los autores y otros dos miembros del equipo del proyecto SHELTER, realizándose cursos, tres en Castilla-La Mancha y dos en la Comunidad de Madrid. 131 profesionales participaron en los cursos, aunque por las condiciones y afectación de la pandemia de COVID-19, sólo 42 pudieron completarlos. También se realizaron tres cursos formativos para estudiantes de la Universidad de Castilla-La Mancha, de las titulaciones de Enfermería, Educación Social y Trabajo Social, con 119 participantes que los finalizaron con éxito.

#### 3.1. Confusiones e imprecisiones en la identificación de agresiones de odio

Se han detectado importantes dificultades de identificación y conocimiento de modo previo, para poder hacer una correcta detección y diagnóstico de potenciales víctimas de violencias de odio entre la población atendida por profesionales sanitarios.

---

<sup>6</sup> Esta dificultad de acceso, contacto y entrevistas a víctimas de violencias de odio se evidenció también en el resto de los países del consorcio. En Hungría, se pudieron realizar ocho entrevistas a víctimas, dos en Chipre (obtenidas sin la mediación y colaboración de ONG), y en Malta fue completamente imposible.

<sup>7</sup> Este informe contiene por extenso primeros resultados obtenidos en la investigación, tanto cuantitativos como cualitativos y puede ser consultado en la web del proyecto, en el enlace referido en el apartado de Referencias.

La mayoría de estos profesionales entrevistados no identifican correctamente lo que es un delito de odio, ni violencias de odio, ni hacen referencia a los discursos de odio —señalan no haber escuchado estos conceptos— y tampoco lo identifican como un problema de salud pública, manifestando desconocer la legislación al respecto.

En esta confusión sobre la conceptualización de los términos destaca la vinculación de este tipo de violencias con la violencia de género, por ser una de las violencias con las que han sido más sensibilizados, formados y protocolizadas sus actuaciones, esta asimilación a la violencia de género será una constante en casi todas las entrevistas que hemos mantenido. Algunos tienen nociones vagas al respecto y otros han buscado información por su cuenta. Todos ellos se centran en categorizar el resultado de la agresión sin entrar en concretar la causa de la misma, siendo ésta clave en el caso de los delitos de odio.

Inicialmente, los profesionales señalan que no han reconocido e identificado muchos casos de delitos de odio, aunque saben que existen. El análisis retrospectivo de sus experiencias laborales les permite hallar casos de delitos de odio que no han sido identificados o sospechan que algunos de sus pacientes sufrieran este tipo de delitos. Un coordinador de una base de emergencias (112) con 26 años de experiencia, no recordaba haber atendido algún caso de violencia de odio:

*Llevamos desde el año 98 trabajando juntos, la verdad es que no hemos atendido ningún caso de víctima de violencia de odio... No he tenido experiencia de ninguna manera en ese campo. Violencia de género sí he tenido...*

Sólo al final de la entrevista se cuestionaba si un caso en que atendieron a un joven de origen marroquí, en una rotonda en las afueras de la ciudad, con heridas y golpes por todo el cuerpo, pudo tratarse de una víctima de violencia de odio. Esto apunta a un infradiagnóstico de dichas agresiones en el sistema sanitario en España, en correspondencia con una infradenuncia y estadísticas oficiales insuficientes en la sociedad española.

Así, los profesionales sanitarios se centran en resolver el problema de salud física —lesiones, heridas— sin identificar la causa, y sin identificar si es violencia de odio.

La percepción de las víctimas contrasta notablemente con esta confusión y dificultad de los profesionales sanitarios para percibir dicho componente «de odio» en las violencias que muestran los pacientes que atienden. Todas las víctimas entrevistadas identifican claramente el componente «de odio» en la agresión y violencias sufridas. Ellas, cuando son atendidas, también perciben esta imprecisión y desconocimiento en el manejo de su situación en el entorno sanitario, sintiendo que no llega a visibilizarse lo que les ha pasado.

Se da la circunstancia de que una de las víctimas entrevistadas trabajaba como celador en Urgencias de un Hospital de Madrid, y nos refería el siguiente caso que tuvo que atender en su servicio: una agresión de odio a una mujer *trans*:

*Hará como dos o tres semanas, llegó la chica ésta... cuando yo llegué ya la encontré ahí. La llevé para la sala de Observaciones, donde están los médicos, y estuve hablando con ella y me contó lo que le había pasado. Que se habían acercado dos tíos, que la comenzaron a insultar, que, si tenía coño o polla, y la inflaron a ostias. Y le dije que, si había avisado a la Policía, ella me dijo que no... Ahora recuerdo que vino en taxi, la trajeron en un taxi... Y me dijo que no había avisado a la policía y eso, por m-i-e-d-o, miedo de que la policía no van a ayudarla... En el servicio médico, no sabía qué hacer, cómo actuar, cómo gestionarlo... Lo califican como "un hecho aislado". "Yo te examino, te hago un parte de lesiones, que tienes roto esto, esto y esto, y ya está..." Yo obviamente no tengo ese poder para llegar al médico y decirle "Perdona, para esta persona hay que avisar a la policía nacional, o municipal, me da lo mismo..." "O sea que hay que avisar, es una agresión de odio, es un delito de odio ahora mismo lo que estamos viendo aquí..." Pero yo no tengo esa potestad para decirlo. A mí me entraron ganas de decirle al médico "¿No te estás dando cuenta de que es un delito de odio? y que todo el apoyo hay que tenerlo ahora mismo aquí" ... Yo no pude hacer nada, la invité a que avisara a Arcópoli [ONG que defiende los derechos LGTBI].*

La investigación nos sirvió también para contrastar las estadísticas oficiales disponibles sobre delitos de odio en España. A través de los resultados de cuestionarios y entrevistas a profesionales sanitarios se obtuvo un dibujo de la realidad de mayor definición que el ofrecido las estadísticas oficiales sobre delitos de odio, donde por ejemplo las agresiones a personas sin hogar (por aporofobia) aparecen poco representadas, dada la infradenuncia y alta vulnerabilidad de estas víctimas. Concretamente en el Informe de la Evolución de los Delitos de Odio en España sobre los tres últimos años, con datos publicados por el Ministerio del Interior (2022, 2021, 2020), registra un 0,7 % (2019), 0,7% (2020), y un 0,55% (2021) de delitos de odio conocidos y registrados por aporofobia, mientras que, en los cuestionarios a profesionales, esta clase de violencia de odio ascendía al 9%, la cuarta violencia de odio más frecuente en la población atendida en sus servicios de atención sanitaria.

### 3.2. Condiciones actuales y necesidades de los profesionales sanitarios

Una gran parte de los profesionales sanitarios entrevistados afirman carecer de formación en delitos de odio —no forman parte de los contenidos de los grados y postgrados que han cursado—, y se encuentran sin herramientas adecuadas para su abordaje. Además, la práctica totalidad han reiterado la necesidad de protocolizar los pasos a seguir cuando una persona acude a los servicios de salud en las distintas etapas de haber sufrido un delito de odio, incluso para prevenir que lo sufran. Contar con esta herramienta de trabajo donde se deberían indicar los pasos a seguir y las recomendaciones a poner en marcha ante cualquier persona con un cuadro clínico de delito de odio o en riesgo de sufrirlo, les permitiría brindar una atención con dignidad, como a cualquier otra persona, tal y como señala una de las médicas entrevistadas:

*Las necesidades de estas personas son las mismas que las de cualquier persona, condiciones dignas... Necesitan ser atendidos de una forma humana. La sociedad necesita más crear un discurso social que sea humano, que sea más humanista...Una persona sea tratada como una persona, y la sociedad debe tener estos conceptos en la cabeza. Y por el contrario hay un discurso contrario al humanismo, es individualista, enfocado en uno, que no piensa en el otro; lo utiliza como culpable de todas sus cosas, está mal enfocado, hay un discurso que va en contra de los inmigrantes, como si vinieran al nuestro país a quedarse con todo, a aprovecharse de la sanidad y no encuentras un discurso que diga que contribuye a cuidar ancianos, porque también contribuyen a cuidar ancianos y esto nadie lo dice.*

Estos profesionales consideran en las entrevistas que articular como recurso una entrevista que tuviera una mayor exhaustividad, y disponibilidad de tiempo para ser realizada, respondería mejor a la necesidad de estas personas de ser escuchadas ante una agresión de odio de tal naturaleza, y a un trato más digno.

Coinciden en que actualmente la atención es incompleta y llena de dificultades, en ocasiones agravada por la situación de especial vulnerabilidad de las víctimas (extranjeras, colectivos minoritarios, con escasos recursos...) lo que pone de relieve la fragilidad del sistema sanitario. Describen de forma detallada una gran cantidad de síntomas psicológicos presentes, que se agudizan en ocasiones cuando estas personas presentan varios factores de riesgo yuxtapuestos (o acumulativos) por los que son convertidos en objetivo para sufrir delitos de odio, por ejemplo, ser transexual y migrante. Todos los profesionales que han participado en la investigación han remarcado la importancia del abordaje emocional y por parte de profesionales del área de salud mental en la atención a las personas que sufren estos delitos. Se encuentran con relatos e historias de vida muy duras que afrontar, mientras evidencian que, desde su centro de trabajo, consulta, urgencias, no cuentan con los recursos suficientes para su gestión y tratamiento adecuado. En este sentido, señalan la necesidad de un seguimiento por parte de distintos profesionales e instituciones (trabajadores sociales, psicólogos, apoyo social...) y señalan que el trabajo individualizado de las instituciones y desconocer lo que cada una pueda ofrecer, funciona como una barrera en la atención de estas personas que contribuye al aislamiento del problema, a su invisibilización y dificulta lo que sería una valiosa colaboración y coordinación. Valoran el trabajo de las fuerzas de seguridad del estado, quienes en ocasiones les orientan y ponen de relieve las graves consecuencias de este tipo de delitos en las personas, familias y comunidades que lo sufren.

Manifiestan que colaborar en la investigación de este proyecto, les ha permitido tomar conciencia de sus necesidades de confianza y de seguridad para aproximarse a los pacientes susceptibles de sufrir violencias de odio. Remarcan que se requiere de espacios donde se respete la intimidad del paciente y, con tiempos de escucha que las personas necesitan y, así poder ser eficaces en el cuidado y la atención de las personas que sufren o están en riesgo de padecer un delito de odio. Por todo ello, en su práctica y escenarios sanitarios actuales, se sienten incapaces de hacerse cargo de esta situación y, desplazan a otros contextos y profesionales —los psicólogos son los especialistas señalados como los expertos adecuados para el tratamiento de esta clase de violencia— la responsabilidad de acometer este problema de salud pública.

### 3.3. Lo que cuentan y demandan las víctimas

Resulta notorio el modo coincidente en que las víctimas realizan una valoración positiva de la atención sanitaria que recibieron. En el trato y los cuidados recibidos, destacan la agilidad y la calidad de la atención clínica, las pruebas diagnósticas que se les practicaron, así como la profesionalidad del personal sanitario que les atendió en aquellos momentos críticos. También es patente una clara convergencia en identificar unas mismas carencias

y un margen de mejora importante de los actuales recursos disponibles para tratar y atender a personas que han sufrido agresiones motivadas por el odio.

De forma resumida, señalan que en el servicio sanitario donde recibieron su primera atención, no se les derivó a la policía, no recibieron atención psicológica y tampoco recibieron orientación o se les facilitó el contacto con las asociaciones y ONG especializadas en prestar apoyo y soporte a las víctimas de violencias de odio.

Proponen la mejora de los canales de comunicación desde el ámbito sanitario a las instancias policiales y judiciales. No existió para estas víctimas un procedimiento directo de derivación desde el servicio sanitario a la policía. Sólo registramos en una de las entrevistas, que el médico por el que esa persona fue atendida, le informó de que el parte de lesiones que le estaba entregando, le serviría para ir a comisaría de policía a poner una denuncia, si así lo decidía.

Las víctimas solicitan atención psicológica en los centros sanitarios. Coinciden en referir que no fueron atendidos por profesionales de psicología cuando tras la agresión utilizaron el recurso del servicio sanitario. Sólo una de las víctimas señala que tras esa primera atención en centro de salud se activó, y se benefició semanas después, de una atención psicológica especializada. En una de las entrevistas, llegan a proponer priorizar que la atención psicológica sea un procedimiento obligatorio para todas las víctimas por violencias de odio, para ayudar a gestionar y minimizar los impactos vitales y potenciales secuelas que dichas violencias pueden provocar en plazos más inmediatos o lejanos. También coinciden en solicitar que la atención psicológica tenga una mayor accesibilidad, cercanía y sensibilidad con las circunstancias y vulnerabilidad por las que pasan estas personas víctimas de violencias odio.

Consideran de gran valor la derivación desde las instancias sanitarias a ONG de apoyo a víctimas. Cuando acudieron al servicio sanitario correspondiente a recibir atención, tras la agresión recibida, a ninguna de las víctimas entrevistadas se les informó de la existencia de asociaciones o ONG de apoyo a las víctimas de violencias de odio, ni se les facilitó contactar con ellas. Dos víctimas de una agresión homófoba, si coinciden en relatar que por su propia cuenta, buscaron y contactaron, en los días posteriores a ser agredidos, con ONG orientada a prestar esa clase de apoyo. Ambos coinciden en que dichas organizaciones resultaron decisivas, como fuente de orientación —legal, judicial, psicológica y apoyo para garantizar sus derechos—, así como en su posterior proceso de recuperación.

También estiman esencial la afectividad en el trato y cuidado a la persona que ha sufrido esa violencia de odio, más allá de establecer una comunicación empática. Destacamos como una de las víctimas identificaba una buena práctica que había recibido en su atención por miembros de la policía —que si cuentan con una formación específica en atención a víctimas de delitos de odio—, consistente en el énfasis en ser tratado de modo afectuoso, priorizando las preguntas sobre su bienestar subjetivo y emocional en los contactos presencial o telefónico que mantuvo con ellos en su proceso de denuncia y seguimiento. Proponía extender esta buena práctica al procedimiento para su atención por los profesionales de los ámbitos y espacios sanitarios, y de otras instituciones implicadas o entidades a los que fuesen orientados o derivados.

### **3.4. *Trainings* a profesionales sanitarios: hacia un protocolo sanitario de atención a víctimas de violencias de odio**

La perspectiva socioantropológica que dirigió el diseño de la investigación de este proyecto SHELTER investigación-acción con profesionales sanitarios y víctimas de violencias de odio buscaba contribuir con resultados significativos en el diseño de los *trainings* a profesionales sanitarios. En éstos, enfocamos con especial atención las demandas específicas de formación y protocolos de atención sanitaria que víctimas y profesionales hicieron en cuestionarios y entrevistas. Nuestra innovación fue elaborar unos contenidos y ejercicios formativos prácticos que movilizaran la capacidad analítica y crítica de los profesionales sanitarios: análisis de casos reales, experiencias de los participantes y su observación autónoma de las plataformas online de registro en sus servicios sanitarios. Los resultados de estas tareas específicas de los *trainings* han sido relevantes en el diseño de un germen de lo que podría desarrollarse como protocolo de atención sanitaria a víctimas de violencias de odio que sirva como una herramienta para los profesionales que les permita visibilizar las afectaciones del odio en su población atendida. También nos plantean algunas “ventanas” o puntos de atención a considerar para futuras investigaciones e intervenciones sociales y sociosanitarias en el campo de las violencias de odio.

En las entrevistas constatamos que en ninguno de los servicios sanitarios donde trabajan los profesionales entrevistados existe un protocolo específico para víctimas de violencias odio, y tampoco cuentan con procedimientos o instrucciones de trabajo específicas para proceder al contacto o derivación a profesionales no sanitarios de otras entidades: desde la policía, pasando por los tribunales de justicia, los servicios sociales, o las ONG que brindan apoyo y soporte a este perfil de víctimas.

Tomando como referencia un protocolo ya instaurado de modo universal en nuestro sistema sanitario, el específico para víctimas de violencias de género, algunos de los profesionales entrevistados manifiestan que se sentirían mucho más seguros y cómodos en la atención a potenciales víctimas de violencias de odio, si se crease y aprobase para ser implementado en nuestro sistema, un protocolo específico para víctimas de violencias de odio, que enviara de modo automático a través de la plataforma de registro del paciente atendido, un parte de lesiones para la comunicación a la policía y la activación de oficio a la fiscalía y juzgado correspondiente.

Esta forma de trabajo siguiendo un protocolo, consideran que les aportaría certidumbre sobre qué hacer, que pasos cumplimentar y hacia que instancias dirigirse, comunicar los detalles de la incidencias y seguimiento del paciente. Además, consideran que contribuiría de modo importante a concentrar y coordinar esfuerzos entre los diversos recursos de nuestro sistema sanitario, y con otros recursos de garantizan derechos y bienestar psicológico y social. Entre las propuestas recabadas en las entrevistas, destacan contemplar tiempo suficiente en la atención de consulta psiquiátrica, y habilitar un mayor tiempo en urgencias para indagar detalles en la entrevista que puedan ayudar a perfilar el caso que están atendiendo como susceptible de ser considerado una violencia de odio.

Nuestra *Guía Sanitaria de Intervención ante las violencias de odio* construida a partir de las necesidades detectadas en el sistema sanitario español, supone una aportación pionera a nivel europeo que busca ser discutida, mejorada, adaptada y ensayada de modo experimental o piloto, como el germen de lo que pretendemos se convierta en un protocolo para la atención sanitaria a víctimas de violencias de odio. De manera resumida y en inglés, ya ha sido publicada (Pulido *et al.*, 2021) y en versión extensa y en español, puede ser descargada en la web del proyecto SHELTER (Pulido *et al.*, 2020).

#### 4. Discusión. Limitaciones, desafíos y sugerencias para investigar las violencias de odio

El proyecto SHELTER se diseñó y se desplegó como un trabajo de investigación e intervención desde la perspectiva de ciencias sociales —y en particular con una mirada específicamente antropológica—, accediendo y dialogando con actores y profesionales en contextos sanitarios con prioridades clínicas. Tiene un carácter pionero: las percepciones del personal sanitario que atiende a víctimas de violencia de odio no habían sido exploradas en una muestra de este alcance, ni en España, ni en el territorio europeo.

Contamos con indicios y evidencias que apuntan a que las sociedades occidentales contemporáneas no son conscientes de esta emoción que aparece en buena medida poco apreciable, el odio. Resulta prioritario comprender cuál ha sido el proceso por el cual se ha desplazado el odio al espacio del silencio, a un terreno encubierto que perpetua y cronifica su estado.

Este proceso de silenciamiento se nutre de la confusión e imprecisión que los profesionales del ámbito de la salud señalan en relación a los delitos de odio como fiel reflejo de lo que en la sociedad se advierte. Las instituciones sanitarias se hacen eco de lo que a nivel social sucede y se podría estar ejerciendo lo que Baudrillard ya conceptualiza como violencia transpolítica (Baudrillard, 2006), como una forma de violencia particular de una época caracterizada por el silencio y por agresiones socialmente ocultas (Guevara, 2021). Si bien no hay un interés explícito en ocultar los hechos que acontecen en torno a los delitos de odio por parte de los profesionales de la salud, las dinámicas sociales contribuyen en este devenir, desde la falta de formación, de protocolos y de investigaciones en el campo del odio y de forma específica en el campo de la salud (Gil *et al.*, 2021).

Comparándolo con la ira, otro *ugly feeling* como es calificado por Ngai (2005), que posee una hipervisibilidad e inserción en la agenda pública y académica y ha producido numerosas investigaciones y publicaciones, el odio muestra un diferente posicionamiento en la atención pública y académica en sociedades como la estadounidense, en la que Shultz, Zakrison y Galea, (2019) constatan cómo se han promulgado políticas en los últimos años que solidifican la marginación, la exclusión y la "otredad", lo que da licencia al odio.

Esta investigación hace extensible esta invisibilidad a territorios europeos en los que se enmarca el proyecto. De este modo se revela la singularidad y problemática en la investigación social al intentar convertir al odio

en objeto de estudio e intervención por su característica y uso habitual como categoría política (Duncan, 2017), a diferencia de la ira que no es conceptualizada ni usada como categoría política. El odio en tanto que categoría política, no es una emoción neutra y los efectos que produce en la vida de las personas agredidas son muy reales.

En nuestra investigación nos topamos con alguna de las paradojas que componen el odio: la visibilidad y sobreexposición de los discursos del odio (*Hate speech*) tanto en las redes sociales (Amores *et al.*, 2021, Bustos *et al.*, 2019, Marabel, 2021) como en la agenda pública, y la baja visibilidad (e inclusive invisibilidad) de las violencias del odio y sus efectos. Esa oscilación entre una baja visibilidad y una marcada invisibilidad condiciona y afecta a las acciones e intervenciones planificadas orientadas a la identificación, gestión y reducción de su impacto en las víctimas (Moreno y Arroyo, 2022).

La invisibilidad de los delitos odio hacia víctimas, ya ha sido identificada tanto para víctimas de homofobia, de racismo y también para personas con discapacidad como señalan Roulstone, Thomas y Balderston (2011). LaSala y Fedor (2020) en una investigación cualitativa con trabajadores y administradores de asistencia a víctimas LGTB de violencias de odio, han constatado en estos trabajadores una "ceguera cultural", insensibilidad, rasgos de homofobia e incluso una participación indirecta en una victimización secundaria con estas personas beneficiarias de su atención.

En este sentido, la investigación realizada permite poner de relieve otra de las paradojas en torno a las violencias de odio. Su incremento exponencial y afectaciones pueden ser consideradas como una emergencia de salud pública en Europa, sin embargo, no son visibles ni visibilizadas en la agenda pública, redundando en que el odio habite entre nosotros como una emoción "invisible".

La dificultad para identificar un posible caso de agresión de odio en el ámbito sanitario se explica fundamentalmente por la inexistencia de un protocolo específico de atención sanitario a esta clase de víctimas: los profesionales carecen de esa suerte de mirada avisada y no perciben esa realidad que llega a sus servicios. Se detecta que la existencia de protocolos específicos para la atención sanitaria a víctimas de violencias de género, actúan como una especie de lente que permiten detectar, visibilizar y atender adecuadamente dichos casos. Para los delitos de odio se están comenzando a diseñar algunas herramientas que ayudan a conocer las características de estas violencias de odio y su repercusión en la salud. Esta información contribuirá al diseño de estrategias de prevención e intervención (Gil *et al.*, 2020).

Las recomendaciones y pautas a los profesionales sanitarios que contienen nuestra *Guía Sanitaria de Intervención ante las violencias de odio* (Pulido *et al.*, 2020) se nutren de las conclusiones que ofrecieron los profesionales sanitarios encuestados y entrevistados durante el proceso de investigación, de algunos de los ejercicios, análisis de casos que los profesionales sanitarios realizaron durante los *trainings*, y los comentarios de algunos profesionales sanitarios a los borradores de dicha guía.

Tomando en cuenta la perspectiva de las asociaciones que trabajan con las personas que sufren delitos de odio y, que en ocasiones han sido pioneras y han trabajado de forma incansable en la protección de sus víctimas (Ibarra, 2006, López, 2017), cabe señalar que la investigación ha permitido identificar cierta patrimonialización de las víctimas por parte de algunas asociaciones.

Sobre la mercantilización del sufrimiento, Kleinman, Das y Lock (1997, p. XI) ya señalaban que "el sufrimiento colectivo es también un componente colectivo de la economía política mundial. Existe un mercado para el sufrimiento: el estatus de víctima es una mercancía" (en Ahmed, 2015, p. 66). Nuestra sorpresa fue comprobar que en dicho "mercado" también participaban en cierta medida alguna ONG.

Hemos de constatar un extremadamente complicado acceso a estas personas, víctimas de violencias de odio. Experimentamos una enorme dificultad para contactar, acceder y entrevistar a las víctimas, y sólo pudimos entrevistar a cuatro en España. Aparte del miedo de las víctimas de violencias de odio, en algunos casos, hemos identificado que las ONG y las organizaciones sociales protegen a las víctimas y se encuentran preocupadas porque éstas puedan pasar por procesos de segunda victimización, de recuerdo doloroso a los hechos, etc., dificultando su contacto y acceso. En otros casos se ha evidenciado un inesperado proceso de "patrimonialización de las víctimas" por algunas ONG, las cuales son percibidas y tratadas como "sus víctimas" (así se referían a ellas) por alguna de esas organizaciones, y no facilitando a los investigadores del proyecto el acceso a dichas personas, a sus experiencias e historias, a pesar de que desde el primer momento estas entidades se mostraron muy interesadas y comprometidas en colaborar en ese aspecto con el proyecto.

Si Ferrándiz (2008) ya utilizaba la metáfora del "campo minado" para categorizar las singularidades y riesgos asumidos en cualquier etnografía sobre el campo de las violencias, nuestra experiencia en el desarrollo del proyecto SHELTER, tanto en el proceso investigador, como en la implementación de las acciones formativas y

acciones institucionales inicialmente previstas, nos sirve para constatar su cualidad “minada” en un alto grado. Especialmente complicada resultó la dirección y coordinación del proyecto en cuanto a la relación e interlocución institucional con direcciones generales del ramo, servicios autonómicos de salud, e inclusive entidades y ONG. En diversas fases del proyecto, sentimos literalmente cómo una de estas “minas” ocultas estallaban o saltaban provocando daños e interrumpiendo su normal desarrollo.

Como ya referíamos en nuestro informe (Díaz *et al.*, 2020, p. 50), ni en el diseño, ni en la ejecución de este proyecto habíamos previsto que el odio además de una emoción es una categoría política (Duncan, 2017). Esta condición política del odio influenció de modo absolutamente imprevisto el desarrollo normal y los tiempos del proyecto. En 2019 tuvieron lugar en España tres procesos electorales (de ámbito nacional, regional y municipal), y nos enfrentamos a alguna toma de decisión política que obstaculizó, e inclusive paralizó, una fase de la investigación previamente aprobada. El odio forma parte de la arena pública y se halla sujeto a problematización y, por tanto, es un concepto sensible, y en alguna medida “minado” en el ámbito institucional y de los discursos y políticas públicas. Tanto los “delitos de odio”, como las “violencias de odio”, si se declara que “no existen” o son minimizados, las víctimas de estos no tendrían consideración en la agenda pública. Tomar conciencia de ello resulta estratégico en el diseño de cualquier proyecto de este grado de ambición, y debe contemplarse un calendario con una mayor holgura en los tiempos previstos de realización, previendo posibles interferencias o situaciones inesperadas, desde el ámbito político<sup>8</sup>.

Atendiendo al diseño inicial, pero sobre todo a su implementación y resultados obtenidos, hoy podemos señalar que SHELTER es un proyecto pionero y de referencia a nivel nacional y europeo. Destacamos que ha sido un proyecto complejo, por la propia naturaleza del objeto y campo de estudio: el odio, una emoción “oculta” pero que en cambio deja una importante huella y afectación en las vidas de las víctimas. Complejo también por los desafíos de carácter teórico, metodológico, ético e institucionales que hemos tenido que enfrentar en cada uno de los países.

En los cuatro países en los que realizamos la investigación, y de modo también marcado en España, el acceso a los profesionales del sistema sanitario resultó particularmente complejo, estableciendo contacto con diferentes organismos, solicitando los permisos correspondientes y reuniéndonos con los responsables de dichas instituciones y servicios.

Facilitar la investigación e implementación de un proyecto que ya en su título incluye el término “delitos de odio” puede convertirse en algo problemático para los responsables de una administración. Así en uno de los territorios en que trabajamos, tras mostrar inicialmente y reiterar su interés en facilitarnos contactos y autorización, recibimos falta de respuesta y dilación durante meses en ese compromiso adquirido verbalmente en nuestras reuniones. Allí sólo pudimos realizar, tanto la investigación como formación de profesionales, en Atención Primaria. En otro territorio, cuyos responsables tenían otra posición política, tras dificultades iniciales conseguimos permiso para realizar la investigación, aunque tras mantener un claro interés por la formación de profesionales sanitarios, tras el traslado de una técnica responsable, se produjo un cambio de criterio e interés y no contestaron a nuestras comunicaciones: los *trainings* a profesionales no pudieron realizarse. Sólo en Castilla-La Mancha pudimos realizar la investigación en los tres servicios seleccionados (Urgencias Hospitalarias, Atención Primaria y Emergencias Extrahospitalarias 112) y la formación a profesionales sanitarios.

La realidad de la investigación en España se vio sobrepasada en otros países del consorcio. Sirva como muestra que, en Chipre y Malta, las reuniones de los Comités Éticos Nacionales sólo tenían lugar una vez al año para la aprobación de proyectos, lo que generó una situación de bloqueo en la investigación de seis meses, algo que dinamita cualquier plan de trabajo y calendario. A esto se sumó la circunstancia de una inadecuada comprensión en dichos países y comités de nuestros procedimientos para garantizar la protección de datos y anonimato de los profesionales sanitarios encuestados y entrevistados.

En proyectos de esta naturaleza y ambición que trabajan en escenarios sanitarios, se hace necesario, en el diseño de investigación y planificación del cronograma, multiplicar la previsión de tiempos y plazos en el desarrollo y ejecución de la investigación del proyecto, tomando en cuenta lo que pueden tardar la aprobación por comités éticos y trámites con sus autoridades administrativas.

La realización de las encuestas y entrevistas a profesionales sanitarios se vio retrasada por la demora en las comunicaciones, reuniones institucionales y acabaron teniendo que ser realizadas en parte del periodo de vacaciones estivales; un momento en que la plantilla de profesionales se ve reducida por la rotación de

---

<sup>8</sup> En el caso de Hungría, la project manager de nuestro socio principal en el país, la Universidad Nacional de Servicio Público, profesora de la misma y conocida investigadora y activista en el campo de los derechos humanos y delitos de odio, fue sustituida de forma unilateral y sin justificación alguna por las autoridades, después de un año de iniciado el proyecto.

personal. Este retraso se vio amplificado por las medidas de emergencia que el sistema sanitario tuvo que tomar ante la crisis generada por las primeras oleadas de la pandemia del COVID-19, tanto en 2020, como en 2021, sobre todo durante el periodo del confinamiento más severo.

Es bien conocido que las condiciones de trabajo en el sistema sanitario son duras y la presión asistencial y tiempos de los profesionales sanitarios son muy limitados, por lo que hay que prever limitaciones en su disponibilidad para colaborar en la investigación o participar en la formación específica sobre el tema del proyecto.

Hay que tomar en consideración que una vez obtenida la autorización del Comité Ético de Investigación Clínica, y como nos ocurrió durante la fase de contacto con órganos directivos y técnicos de algún hospital antes de pasar los cuestionarios y realizar las entrevistas al personal sanitario, el investigador principal puede ser requerido por una unidad de investigación del hospital para explicar el grado de validez, fiabilidad, representatividad o de los métodos y técnicas que van a llevarse a cabo. El que un diseño de investigación desde la perspectiva de las ciencias sociales no tenga un formato experimental o clínico puede plantear alguna duda sobre su grado de científicidad o rigor, y tener que aclarar detalles, a pesar de haber sido aprobado por el comité ético de investigación correspondiente.

En estas páginas, consideramos productivo realizar un análisis de cuáles de estas incidencias mantienen alguna correlación con la naturaleza específica de nuestro objeto de estudio: el odio, y más concretamente, las violencias de odio. Algunas de ellas pueden contribuir a perfilar la singularidad de implementar un proyecto diseñado desde la lógica y prioridades sociales, en contextos clínicos. Estimamos que pueden resultar de utilidad en el planteamiento y ejecución de futuras investigaciones, y avisos y/o sugerencias para navegantes.

A pesar de todo ello, este tipo de investigaciones sobre los delitos de odio son más necesarias que nunca y abordar este tipo de violencias es cada vez más importante, por un lado, por la afectación que tiene en las propias víctimas, y también por la repercusión que tiene en los propios profesionales del ámbito de la salud que requieren disponer de los recursos adecuados para poder hacer una buena atención. La noción de amenaza grupal está muy presente: por un lado, el colectivo al que pertenece la víctima siente la misma intimidación, en su conjunto es una víctima indirecta, éste también se convierte en el destinatario de la acción, pues recibe el mensaje discriminatorio y de rechazo que da cobertura a la agresión individual y, por otro lado este escenario de violencia se pone de relieve con una serie de daños diversos que se producen en la sociedad y de una magnitud importante pues atacan valores fundamentales de las sociedades democráticas (Díaz y Pereda, 2020; Pulido *et al.*, 2021).

Las necesidades y demandas tanto de los profesionales sanitarios señaladas en las entrevistas y en los *trainings*, como las de las víctimas en sus discursos, apuntan a plantear un abordaje comunitario como alternativa para hacer frente a este problema de salud pública. Desde este marco se entienden las dificultades que los profesionales muestran en su tarea dando respuesta a una atención integral que las víctimas requieren. La estrategia de promoción de la salud basada en el modelo de activos en salud (Mittelmark *et al.*, 2022) sobre todo a nivel de atención primaria se muestra como una oportunidad en la atención de los delitos de odio y sus víctimas. La recomendación a un paciente de "recursos" de su propia comunidad potencialmente beneficiosos para su salud y bienestar implica fortalecer las dinámicas comunitarias y la intersectorialidad, además debe acompañarse de medidas (políticas y presupuestarias) que garanticen la sostenibilidad de una atención primaria de calidad (Calderón y Braddick, 2021; Molina *et al.*, 2021).

## 5. Conclusiones y futuras líneas de actuación

Investigar en el campo de los delitos de odio supone enfrentar desafíos importantes no sólo desde la investigación básica, sino también desde la investigación aplicada de las acciones e intervenciones socio-sanitarias. Con la perspectiva de la salud pública resulta estratégico identificar cuáles son los factores que determinan un tratamiento oculto en el abordaje del odio, una emoción desplazada a los márgenes pero que afecta a conductas y comportamientos centrales, cotidianos, y que forma parte y afecta a las vidas de un buen número de colectivos vulnerables.

Pese a las dificultades, limitaciones y desafíos que tuvimos que enfrentar, seguimos considerando prioritario en España continuar investigando y trabajando en el campo de violencias de odio en contextos sanitarios.

Los profesionales sanitarios manifestaron que este proyecto les ha dado la oportunidad de repensar su práctica clínica y mayoritariamente coincidieron en valorar el diseño y la ejecución de la formación específica como una herramienta de trabajo novedosa y útil. Al mismo tiempo, se situaron ante este problema de salud

pública que inicialmente confunden o no identifican, con necesidades no cubiertas de falta de tiempo, de espacios que ofrezcan intimidad y protocolos de actuación. De esta manera, comenzaron a tomar conciencia del reto que supone un abordaje, no sólo para los servicios de salud sino para todo sistema político que contribuya en la incorporación del principio Salud en todas las políticas, enfoque impulsado desde la Organización Mundial de la Salud (OMS), que toma en cuenta, de manera sistemática, las implicaciones de las decisiones políticas sobre la salud.

La emoción del odio, y sus impactos, se ha convertido en un problema de salud pública desde su no visibilización e inadecuado abordaje. Un problema de salud pública materializado en delito desde el sistema judicial que requiere desde todas las instancias, organismos, instituciones preocupadas por la salud que reconozcan el impacto de su invisibilización. También los profesionales de la salud pública tienen por delante el desafío de trabajar en esta línea que incluya como eje vertebrador la idea de que la salud es política, a partir de la idea que ya avanzó Rudolf Virchow hace más de siglo y medio, de que la medicina debe ser política —“la medicina es una ciencia social y la política no es más que la medicina a una escala más amplia”. Es prioritario unir y coordinar esfuerzos.

## Referencias

- Ahmed, S. (2015). *La política cultural de las emociones*. UNAM.
- Almécija, A. B., y Moreno, C. (2022). Protocolos para el abordaje de los delitos e infracciones de odio. *Cuadernos de Seguridad*, (366), 40-44.
- Allport, G. (1992). The Nature of Hatred. En R. M. Baird y S. E. Rosenbaum (Eds.), *Bigotry, Prejudice, and Hatred: Definitions, Causes, and Solutions*. Prometheus Books.
- Amores, J. J., Blanco, D., Sánchez, P., y Frías, M. (2021). Detectando el odio ideológico en Twitter. Desarrollo y evaluación de un detector de discurso de odio por ideología política en tuits en español. *Cuadernos.info*, 49, 98-124. <http://dx.doi.org/10.7764/cdi.49.27817>
- Baudrillard, J. (2006). Violencia política y violencia transpolítica. En A. Chaparro (Ed.). *Los límites de la estética de la representación* (pp. 325-335). Editorial Universidad del Rosario.
- Bericat, E. (2000). La sociología de la emoción y la emoción en la sociología. *Papers*, 62, 145-176.
- Bustos, L., De Santiago, P. P., Martínez, M. A., Rengifo, M. A. (2019). Discursos de odio: una epidemia que se propaga en la red. Estado de la cuestión sobre el racismo y la xenofobia en las redes sociales. *Mediaciones Sociales*, 18, 25-42. <http://dx.doi.org/10.5209/MESO.64527>
- Calderón, S., y Braddick, F. (2021). De la prescripción social a la recomendación de activos ¿qué funciona, para quién, en qué contexto y cómo? *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 28(3), 3-11. <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2021.02.002>
- Creswell, J. W., y Creswell, J. D. (2022). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches* [6ª ed.]. SAGE.
- Díaz, D. y Pereda N. (2020). Is There Such a Thing as am Hate Crime Paradigm? An Integrative Review of Bias-Motivated Violent Victimization and Offending, its Effects and Underlying Mechanisms. *Trauma Violence and Abuse* 23(3), 938-952. <https://doi.org/10.1177/1524838020979694>
- Díaz, E., Flores, J. A., Arias, E., Arroyo, C., Fernández, P., Hipólito, N., Marí, R., Moreno, R. y Pulido, M., (2020). SHELTER National Report: Spain. Support and advice through health system for hate crimes victims. Informe para la Comisión Europea. Universidad de Castilla-La Mancha. <https://bit.ly/43B2MAU>
- Duncan, P. K. (2017). The Uses of Hate: On Hate as a Political Category. *M/C Journal*, 20(1).
- Fernández P., Hipólito N., Díaz E. (2021). Health Staff Perceptions of Hate Violence in Spain. *International Journal of Environment Research and Public Health*, 18(14), 1-11. <https://doi.org/10.3390/ijerph18147591>
- Ferrándiz, F. (2008). La etnografía como campo de minas: de las violencias cotidianas a los paisajes posbélicos. En M. Bullen, y C. Díez (Coords.), *Retos teóricos y nuevas prácticas* (pp. 89-115). XI Congreso de Antropología de la FAAEE, Ankulegi.
- Gil C. C., Martín M. D., López L., Reche, B., Torres, R., Muriel, E., y Rodríguez, M. A. (2020). Elaboración de un cuestionario de detección de casos de violencia de odio en urgencias hospitalarias. *Gaceta Sanitaria*, 34(2), 166-170. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.01.006>
- Gil, C. C., Martín, M. D., Latasa, P., López, L., Ben, L. D. y Rodríguez, M. A. (2021). Violencia de odio en los servicios de urgencias de hospitales de tercer nivel. Primeros datos en España. *Gaceta Sanitaria*, 34(6), 561-566. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.05.007>

- Güerri, C. L. (2015). La especialización de la fiscalía en materia de delitos de odio y discriminación. *InDret*, 1, 1-33.
- Guevara, A. C. (2021). La violencia invisible de lo cotidiano y la responsabilidad del profesional en ciencias sociales. *Acta Hispanica*, 26, 105-117. <https://doi.org/10.14232/actahisp/2021.26.105-117>
- Ibarra, E. (2006). *Guía para la Solidaridad con las Víctimas del Odio y la Intolerancia. Atención jurídica. Teléfono de la víctima*, Movimiento contra la Intolerancia. <https://bit.ly/43wafBi>
- Iganski, P., y Levin, J. (2015). *Hate crime: a global perspective*. Routledge.
- Innerarity, D. (2009, 4 de marzo). El gobierno emocional, El País. <https://bit.ly/3KwKLeo>
- Kleinman, A., Das, V., y Lock, M. (1997). *Social Suffering*. University of California Press.
- LaSala, M. C. y Fedor, J. P. (2020). A Victim is a Victim: LGBT Blindness among Victim Assistance Workers. *Journal of Qualitative Criminal Justice and Criminology*, 9(1). <https://doi.org/10.21428/88de04a1.76224421>
- López, A. (2017). Análisis y evolución de los delitos de odio en España (2011-2015). *Revista de Antropología Experimental*, 17, 19-37. <https://doi.org/10.17561/rae.v0i17.3197>
- Lutz, C., White, G. M. (1986). The anthropology of emotions. *Annual Review of Anthropology*, 15, 405-436. <https://doi.org/10.1146/annurev.an.15.100186.002201>
- Marabel, J. J. (2021). Delitos de odio y redes sociales: El derecho frente al reto de las nuevas tecnologías. *Revista de Derecho de la UNED (RDUNED)*, 27, 137-172. <https://doi.org/10.5944/rduned.27.2021.31076>
- Ministerio del Interior. (2020). Informe sobre la evolución de los delitos de odio en España 2019. Secretaría de Estado de Seguridad, Ministerio del Interior. <https://bit.ly/41ldUQo>
- Ministerio del Interior (2021). Informe sobre la evolución de los delitos de odio en España 2020. Secretaría de Estado de Seguridad, Ministerio del Interior. <https://bit.ly/3o7Lueu>
- Ministerio del Interior (2022). Informe sobre la evolución de los delitos de odio en España 2021. Secretaría de Estado de Seguridad. Ministerio del Interior. <https://bit.ly/3GF2or2>
- Mittelmark, M. B., Saggy, S., Eriksson, M., Bauer, G. F., Pelikan, J. M., Lindström, B. y Espnes, G. A. (2022). *The Handbook of Salutogenesis*. Springer.
- Molina, J. C., Agudelo, A. A., y Martínez, E. (2021). Mapeo de activos comunitario para la salud en un asentamiento informal de Medellín (Colombia). *Gaceta Sanitaria*, 35(4), 333-338. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.04.012>
- Moreno, R. y Arroyo, C. Eds. (2021). *Support and advice through health system for hate crimes victims: a socio-sanitary approach*. Tirant Humanidades.
- Moreno, R. y Arroyo, C (2022). Redes, equipos de monitoreo y aplicaciones móvil para combatir los discursos y delitos de odio en Europa. *Revista Latina de Comunicación Social*, 80, 347-363. <https://www.doi.org/10.4185/RLCS-2022-1750>
- Ngai, S., (2005). *Ugly Feelings*. Harvard University Press.
- OSCE (2009). Decision n° 9/09 Combating Hate Crimes; MC.DEC/9/09.MC.DEC/9/09 (osce.org)
- OSCE (2003). Decision No. 4/03 Tolerance and Non-Discrimination; MC.DEC/4/03; MC.DEC/4/03 (osce.org)
- Pulido, M., Arroyo, C., Flores, J.A., Moreno, R., y Marí, R. (2020). Guía sanitaria de intervención ante las violencias de odio. Proyecto SHELTER. Universidad de Castilla-La Mancha. <https://bit.ly/3Glnp44>
- Pulido, M. Arroyo, C., Flores, J.A., Moreno, R. y Marí, R., (2021). Health Care Guidelines against Hate Violence, En R. Moreno, y C. Arroyo (Eds): *Support and Advice Through Health System for Hate Crime Victims: A Socio-Sanitary Approach* (pp. 101-136). Tirant Humanidades.
- Rodríguez, M. A., Martín, D., y Gil, C. (2018). Intervenciones en salud pública contra la violencia de odio, *Gaceta Sanitaria*, 32(2), 114-116. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.10.013>
- Rosaldo, M. Z. (1984). Toward an anthropology of self and feeling, En R. A. Shweder y R. A. Levine (Eds.), *Culture Theory: Essays on Mind, Self, and Emotion* (pp. 137-157). Cambridge University Press.
- Roulstone, A., Thomas, P., Balderston, S. (2011). Between hate and vulnerability: unpacking the British criminal justice system's construction of disablism hate crime. *Disability y Society*, 26(3), 351-364.
- Scheff, T. (1990). Socialization of emotions. Pride and shame as causal agents. En T. D. Kemper, (Ed.). *Research Agendas in the Sociology of Emotion* (pp. 281-304). State University of New York.
- Shultz, J. M., Zakrisson, T. L., y Galea, S. (2019). Hate and the Health of Populations. *The Milbank Quarterly*, 97(1), 11. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12362>
- Szanto, T. (2020). In hate we trust: The collectivization and habitualization of hatred. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 19(3), 453-480. <https://doi.org/10.1007/s11097-018-9604-9>
- Zakrisson, T, L, Milian, D., Muntaner, C., (2019). Social Violence, Structural Violence, Hate and the Trauma Surgeon., *International Journal of Health Service*, 49(4), 665-681. <https://doi.org/10.1177/0020731419859834>

### Breve CV de los autores

Juan Antonio Flores Martos es Profesor Titular de Antropología Social en la Facultad de Ciencias Sociales de Talavera de la Reina (Universidad de Castilla-La Mancha. Corresponsable del Grupo de Etnografía y Estudios Sociales Aplicados (GEESA) e I.P. y coordinador general del proyecto Europeo SHELTER (2018-2021) sobre violencias de odio. Ha investigado en México, España y Bolivia en antropología del cuerpo y las emociones.

Montserrat Pulido-Fuentes es Doctora en Antropología Social y Cultural (Universidad Complutense de Madrid), y profesora de Salud Pública y Enfermería Comunitaria en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Castilla-La Mancha (España). Sus principales líneas de investigación son los aspectos sociales y culturales de los procesos de salud-enfermedad y atención, y cuestiones éticas asociadas a la investigación.

### Declaración de autoría CRediT

Conceptualización: J.A.F.M., M.P.F.; Metodología: J.A.F.M., M.P.F.; Software: J.A.F.M., M.P.F.; Validación: J.A.F.M., M.P.F.; Análisis formal: J.A.F.M., M.P.F.; investigación: J.A.F.M., M.P.F.; Recursos: J.A.F.M., M.P.F.; Curación de datos: J.A.F.M., M.P.F.; Redacción (borrador original): J.A.F.M.; Redacción (revisión y edición): J.A.F.M., M.P.F.; Visualización: J.A.F.M., M.P.F.; Supervisión: J.A.F.M., M.P.F.; Administración del proyecto: J.A.F.M.; Adquisición de fondos: J.A.F.M.

### Financiación

Este artículo forma parte del proyecto "Support and Advice Through Health System for Hate Crimes" (SHELTER 809541), financiado por la Comisión Europea, Programa de Igualdad, Derechos y Ciudadanía de la Dirección General de Justicia y Consumo (REC-RRAC-RACI-AG-2017).

### Conflicto de intereses

Los autores declaran la inexistencia de conflicto de intereses.