



Farmacéuticos

Consejo General de Colegios Farmacéuticos de España

Estudio realizado por: **ISGlobal**
Instituto de
Salud Global
Barcelona

LA ATENCIÓN SANITARIA Y SOCIO SANITARIA A LAS PERSONAS MIGRANTES EN ESPAÑA

Acceso, coordinación y equidad



Integrantes del Consejo Asesor Social:



Índice

Introducción	2
1. Más allá de las fronteras: el derecho a la salud de las personas migrantes en España: Análisis de situación: salud, derechos y barreras.....	3
1. Introducción	4
2. Justificación del derecho a la asistencia sanitaria y sociosanitaria de las personas migrantes	5
3. El acceso de la población migrante a la atención sanitaria y sociosanitaria	7
4. El impacto de la situación administrativa en la salud de los migrantes.....	14
5. Conclusiones y recomendaciones	14
2. ¿Qué podemos hacer para no dejar a nadie atrás? Desafíos ante la vulnerabilidad de las personas migrantes y respuesta sociosanitaria integral	19
1. Introducción	20
2. ¿Qué factores determinan la vulnerabilidad de las personas migrantes?	21
3. Cuidar en diversidad: buenas prácticas en atención sanitaria y sociosanitaria inclusiva e integral	28
4. Recomendaciones	30
3. Competencias culturales y buenas prácticas en la atención sanitaria y sociosanitaria.....	36
1. Introducción	37
2. La competencia cultural en el sistema sanitario y sociosanitario	37
3. Barreras y retos de la comunicación intercultural en España	38
4. Formación, sensibilización y mediación intercultural: experiencias y desafíos	42
5. Buenas prácticas institucionales	43
6. El rol de la comunidad en la atención sanitaria y sociosanitaria y la construcción de redes de confianza	45
7. Recomendaciones	47
4. Integrar los sistemas: coordinación sanitaria, social y actores clave en la respuesta.....	56
1. Introducción	57
2. Las grietas de la coordinación sanitaria y social	57
3. Recursos y personal en tensión y ausencia de protocolos	58
4. Normativa en tramitación	59
5. Actores clave en la atención y su rol en la coordinación.....	60
6. Buenas prácticas en acceso inclusivo	63
7. Recomendaciones	65

Introducción

La movilidad internacional es un derecho fundamental reconocido en la Declaración Universal de 1948. Las migraciones constituyen un mecanismo poderoso de redistribución de la riqueza global y de generación de oportunidades para los migrantes, sus países de origen y los países en los que se establecen. Los efectos económicos, sociales y políticos del proceso, sin embargo, dependen de las condiciones en las que se produzca esta movilidad. Un proceso desordenado no solo expone a los migrantes a mayores niveles de vulnerabilidad, sino que reduce los beneficios colectivos, dificulta la planificación de servicios públicos y alimenta la desinformación que lastra el debate migratorio.

España constituye un ejemplo de este fenómeno. Nuestro país atraviesa una profunda transformación demográfica marcada por el envejecimiento de su población, la disminución de la natalidad y la creciente necesidad de sostener un sistema de bienestar cada vez más tensionado. En este contexto, la migración se ha convertido en un fenómeno estructural que redefine el presente y el futuro del país y que va y seguirá yendo en aumento. El crecimiento sostenido de la población migrante, su diversidad y su inserción en todos los ámbitos sociales hacen imprescindible comprender su estado de salud, sus necesidades y su contribución desde una perspectiva amplia y estratégica.

La magnitud del aporte de las personas migrantes es especialmente visible en el ámbito de los cuidados y la salud. En España, una parte sustancial del sistema de atención sanitaria y los cuidados, tanto formal como informal, descansa sobre trabajadores y trabajadoras migrantes que atienden entre otros a niños, personas mayores, personas dependientes y hogares enteros. Su bienestar físico y mental no es sólo una cuestión de justicia social: es un elemento clave para la sostenibilidad de los servicios esenciales que sostienen a toda la sociedad. La salud de las personas migrantes impacta directamente en la salud colectiva, en la capacidad del sistema sanitario para funcionar y en la calidad de los cuidados que recibimos.

En este escenario, resulta imprescindible analizar qué está pasando con el derecho a la salud de las personas migrantes, cómo se coordinan los actores involucrados, qué barreras estructurales persisten, qué sucede con la dimensión cultural y qué transformaciones son necesarias para construir un modelo más inclusivo, eficaz y sostenible. Los cuatro *policy briefs* que componen este trabajo abordan estas cuestiones desde perspectivas complementarias, ofreciendo un diagnóstico integral y propuestas estratégicas para avanzar hacia un sistema que reconozca la migración como pieza central de nuestro futuro social y sanitario.

1.

La atención sanitaria y sociosanitaria
a las personas migrantes en España:
acceso, coordinación y equidad

Más allá de las fronteras: el derecho a la salud de las personas migrantes en España

Análisis de situación: salud, derechos y barreras



1. Introducción

En los márgenes de cualquier frontera, **los rostros de la migración son múltiples**. Una enfermera colombiana que cuida a personas mayores en Galicia, un joven senegalés que trabaja en el campo andaluz, una familia siria que busca asilo en Madrid, una estudiante argentina que cursa un máster en Barcelona o una menor marroquí que llega sola a las costas de Cádiz.

Las personas migrantes no constituyen un grupo homogéneo: incluyen trabajadores y trabajadoras en busca de empleo, personas refugiadas que huyen de guerras o persecuciones, menores no acompañados, estudiantes y quienes migran por razones familiares, entre muchas otras realidades. Sin embargo, todas **comparten un mismo desafío**: el de reconstruir sus vidas en un sistema donde las fronteras se convierten también en barreras legales, sanitarias y sociales.

La migración internacional es uno de los fenómenos más relevantes del siglo XXI y se ha visto intensificado por la globalización, los conflictos armados, las crisis económicas y el cambio climático. Según la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), en 2020 había 280 millones de migrantes internacionales en el mundo, en torno al 3,6 % de la población global. En 2024 la cifra ascendía a casi 304 millones, el 3,7 %, según un informe de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) (1,2). En España, en julio de 2025 la cifra de personas nacidas fuera del país se cuantificaba en **casi un 20 % de los residentes** y las zonas de origen mayoritarias eran Latinoamérica y el Norte de África (3).

La población migrante que llega a España suele presentar un estado de salud relativamente favorable, fenómeno conocido como el **“efecto del inmigrante sano”** (4). Los niveles de enfermedad y mortalidad entre migrantes, ajustados por edad y sexo, son significativamente menores que entre los nativos, pero **con el paso del tiempo su estado de salud empeora, siendo peor cuanto más tiempo llevan en el país** (5). Cuidar su salud se convierte en un privilegio que no se pueden permitir, quedando en un segundo plano tras otras preocupaciones más urgentes, tanto para ellos como para las organizaciones que les asisten.

Las **razones** por las que se da este empeoramiento de salud son varias, pero las **condiciones socioeconómicas adversas** y las **dificultades en el acceso a la asistencia sanitaria y sociosanitaria** son claves. El IX Informe Foessa, el estudio más completo sobre exclusión y desarrollo social en España señala, entre otros aspectos, que las personas de origen extranjero se encuentran entre los colectivos con mayores tasas de exclusión (6). Las **barreras** que encuentran de manera idiosincrásica para la asistencia son **administrativas, lingüísticas y culturales**.

Los **trabajadores migrantes** desempeñan un papel fundamental en el sostenimiento y la calidad del sistema de salud en España. Su participación en el **sector de la salud y los cuidados**, especialmente en áreas con escasez de personal, ha sido clave para garantizar la continuidad de los servicios, la atención a personas mayores y la respuesta ante situaciones de emergencia sanitaria, como la pandemia de Covid-19 (7), sin embargo, a menudo se enfrentan a barreras administrativas, laborales y sociales que limitan su integración plena en el sistema y el reconocimiento de sus competencias.

Además, hay que tener en cuenta que los **datos estadísticos** sobre la población migrante en general pueden ser **incompletos**, en parte porque muchas personas en situación administrativa irregular no figuran en registros oficiales. En el ámbito de la salud, esta invisibilidad se agrava: al no tener acceso pleno al sistema sanitario y sociosanitario, una parte de la población migrante queda fuera de encuestas, historiales médicos y estudios epidemiológicos. Esto introduce sesgos en los indicadores de salud y puede ocultar más desigualdades relevantes.

2. Justificación del derecho a la asistencia sanitaria y sociosanitaria de las personas migrantes

El derecho de las personas migrantes a la atención sanitaria y sociosanitaria no solo responde a un **imperativo ético**, sino que también se fundamenta en **razones legales, económicas, de salud pública y de cohesión social**. Desde una perspectiva ética y jurídica, restringir el acceso a la salud contradice principios fundamentales como la dignidad humana y la no discriminación, reconocidos tanto en tratados internacionales suscritos por España como en el marco normativo europeo, específicamente en la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (8).

Desde el punto de vista económico: excluir a una parte de la población no reduce el gasto público, sino que lo traslada a recursos más costosos, como las urgencias o la atención hospitalaria evitable, según un informe de *European Union Agency for Fundamental Rights*. Este informe indica que proporcionar acceso regular a la atención preventiva para personas migrantes en situación irregular, en lugar de limitarlo solo a cuidados de emergencia, permitiría ahorrar aproximadamente un 9 % del coste sanitario al cabo de un año, un 12-13 % tras cinco años y hasta un 16 % a lo largo de toda la vida del paciente (9).

Un estudio de 2020 realizado por la [Fundación porCausa](#) indica que la regularización administrativa no solo permite un acceso más ordenado y eficaz a los servicios, sino que también genera retornos fiscales al ampliar la base de cotizantes y aumentar la recaudación. Las personas migrantes contribuyen al sostenimiento de sectores clave de la economía y del bienestar, como los cuidados, la agricultura, la hostelería y, de forma especialmente significativa, los propios servicios de salud y sociosanitarios, incluyendo el sistema sanitario público y los servicios sociales. Este estudio encuentra que los hogares de inmigrantes que no son de países de la Unión Europea realizan en España una contribución fiscal directa neta un 75 % superior a la de los hogares de nacionales, debido en gran parte a su menor edad y escaso uso de pensiones y transferencias por discapacidad o jubilación (10). Incluso aquellos en situación administrativa irregular, aunque excluidos de las cotizaciones directas, contribuyen activamente al sistema mediante impuestos indirectos derivados del consumo y el trabajo informal.

Según este estudio, la estimación del coste fiscal medio por persona migrante irregular—es decir, la diferencia entre los recursos públicos que una persona utiliza (sanidad, educación, servicios sociales, etc.) y los ingresos que aporta al Estado— ronda los 2.000 euros anuales, pero una **regularización** podría convertir este déficit en una **aportación neta de más de 3.250 euros por persona**, según perfil laboral y edad.

Estas cifras coinciden con experiencias previas como la regularización llevada a cabo por el Gobierno español en 2005, que generó un ingreso medio adicional de más de 4.000 euros por trabajador (10).

Además, desde el **punto de vista de la salud pública**, la incorporación de la población migrante en las políticas y servicios de salud pública constituye un elemento esencial para garantizar la equidad, la eficiencia y la protección colectiva. Desde una perspectiva técnica, esta inclusión contribuye a reducir riesgos epidemiológicos y fortalecer la respuesta sanitaria. Asegurar el acceso universal a vacunación, programas de cribado y atención primaria no solo previene la propagación de enfermedades transmisibles, sino que también optimiza la vigilancia epidemiológica al integrar a toda la población en los sistemas de información. Además, la atención preventiva disminuye los costes

derivados de urgencias y hospitalizaciones, favorece la integración social y laboral, y contribuye a la sostenibilidad del sistema sanitario en el largo plazo.

Finalmente, una atención sanitaria universal y accesible refuerza la **cohesión social**, al garantizar que nadie quede al margen del sistema, lo que fortalece la igualdad, el bienestar común, la convivencia y la confianza institucional.

La red de farmacias comunitarias: garante de la universalidad sanitaria y de la cohesión social

En este contexto, la red de farmacias comunitarias desempeña un papel fundamental para hacer efectivo el derecho a la asistencia sanitaria de las personas migrantes, al ofrecer un punto de acceso cercano, universal y equitativo al sistema de salud. Su presencia extendida por todo el territorio y su carácter accesible y no burocrático facilitan la atención de personas que, en muchos casos, encuentran dificultades para integrarse en los circuitos sanitarios ordinarios por motivos administrativos, idiomáticos o culturales.

España cuenta con **22.231 farmacias comunitarias**, lo que equivale a una por cada 2.000 habitantes, y con casi **55.000 farmacéuticos comunitarios**, que representan aproximadamente el 70 % del total de profesionales colegiados. Su capilaridad territorial constituye además un elemento esencial de cohesión social: dos de cada tres farmacias se encuentran fuera de las capitales de provincia y más de **4.400 están ubicadas en municipios de menos de 5.000 habitantes**, lo que garantiza atención continuada incluso en las zonas más despobladas. Gracias a esta red, el **99 % de la población dispone de una farmacia en su lugar de residencia**, lo que convierte a estos establecimientos en una auténtica puerta de entrada al sistema sanitario y, para muchas personas migrantes, en el primer y único punto de contacto con la atención sanitaria.

En los últimos años, su papel ha evolucionado hacia la prestación de **Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPFA)**, orientados tanto a la mejora de los resultados en salud como a la promoción de hábitos saludables y la detección precoz de riesgos. Cada día, las farmacias comunitarias **atienden a más de 2,3 millones de personas** y, al año, realizan más de **262 millones de actuaciones sanitarias**, constituyendo un servicio de proximidad sin cita previa ni listas de espera.

En un contexto de saturación de otros recursos sanitarios, como la atención primaria y las urgencias, estas características convierten a la farmacia comunitaria en un recurso especialmente valioso para garantizar la atención y el acompañamiento de quienes, por desconocimiento del sistema, barreras lingüísticas o falta de documentación, pueden quedar al margen de otros niveles de asistencia.

3. El acceso de la población migrante a la atención sanitaria y sociosanitaria

El acceso real de las personas migrantes a la atención sanitaria y sociosanitaria depende de una compleja interacción entre normas legales, prácticas administrativas, contextos territoriales y factores sociales. Este apartado examina cómo se configura dicho acceso en distintos niveles —internacional, estatal y autonómico— y cómo las desigualdades territoriales, lingüísticas o culturales pueden traducirse en exclusión sanitaria.

3.1 La situación en el contexto internacional: la UE y otros países

El marco normativo de la **Unión Europea** establece que el **acceso a la atención sanitaria** es un **derecho básico** que debe ser garantizado sin discriminación por motivos de nacionalidad o estatus migratorio. El Plan de Acción para la Integración e Inclusión 2021–2027 reconoce explícitamente la necesidad de que las personas migrantes, refugiadas y solicitantes de protección internacional tengan **acceso efectivo a servicios sanitarios**, explicitando los de **salud mental**, y promueve la **cooperación entre Estados miembros** para eliminar barreras legales, lingüísticas y administrativas (11). Sin embargo, la implementación práctica de estos principios varía ampliamente entre países, reflejando diferencias legislativas, presupuestarias y sociopolíticas (12).

En Francia, el sistema *Aide Médicale d'État* (AME) permite a personas en situación irregular acceder a atención primaria, hospitalaria y salud mental (13), pero ha sido objeto de propuestas legislativas recientes para restringir su cobertura, lo que ha generado protestas de profesionales sanitarios y organizaciones sociales (14). En Alemania, los solicitantes de asilo tienen acceso restringido durante sus primeros 15 a 18 meses, limitado a urgencias, embarazo y enfermedades infecciosas, existiendo variaciones territoriales con algunas regiones adoptando modelos más inclusivos (15). En Suecia, el sistema garantiza atención gratuita en casos urgentes, salud sexual y materno infantil, pero recientes reformas han modificado las condiciones de acceso a prestaciones para solicitantes de asilo, lo que ha generado preocupación en organizaciones humanitarias (16).

Fuera del contexto europeo, Canadá destaca por ofrecer un modelo de cobertura sanitaria temporal a través del *Interim Federal Health Program* (IFHP), que proporciona atención médica, medicamentos y servicios de salud mental desde antes de la llegada, acompañado de políticas de mediación cultural y coordinación con organizaciones comunitarias (17).

En Latinoamérica, países como Colombia y Perú, receptores principales de población migrante venezolana, han implementado medidas con distintos niveles de inclusión. Colombia ha desarrollado un Estatuto de Protección Temporal que permite a más de 2,2 millones de migrantes regularizados incorporarse al sistema de salud, aunque quienes no tienen estatus migratorio solo acceden a atención de urgencias (18).

En Perú, el acceso al Seguro Integral de Salud está vinculado a la residencia legal, dejando fuera a gran parte de la población migrante en situación irregular, con excepción de niños pequeños y mujeres embarazadas. Además, recientemente se ha aprobado una ley para ampliar la cobertura a las personas migrantes no residentes con VIH y tuberculosis (19).

En África encontramos el caso de Uganda. Se trata de un país que recibe muchos migrantes, especialmente refugiados de la República Democrática del Congo y de Sudán, y tiene una destacable política de integración en la atención sanitaria y sociosanitaria de estos, pese a los cada vez más insuficientes recursos.

3.2 Marco legal y político del derecho a la salud y atención social en España

Existe una notable situación de **confusión e incertidumbre** tanto entre los profesionales sanitarios como entre la propia población migrante en torno al derecho a la asistencia sanitaria en España. Esta falta de claridad afecta directamente al acceso efectivo a los servicios de salud, especialmente en el caso de personas en situación administrativa irregular. Aunque el marco legal reconoce su derecho, su aplicación práctica presenta importantes desigualdades territoriales, barreras administrativas y criterios interpretativos que varían según la comunidad autónoma o incluso el centro de salud.

1986 – Ley 14/1986, General de Sanidad

Creación del Sistema Nacional de Salud (SNS).
Universalidad como principio rector.
Financiación pública vía impuestos.
Reconoce la salud como derecho de la ciudadanía, en línea con la Constitución Española.

2003 – Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud

Reafirma los principios de **equidad, universalidad y cohesión** del SNS.
Introduce el enfoque de salud en todas las políticas.
Marca el **máximo nivel de cobertura** previo a la reforma de 2012.

2012 – Real Decreto-Ley 16/2012

Cambia de enfoque con respecto a la universalidad: introduce las figuras de “asegurado” y “beneficiario”.
Se le ha achacado un **retroceso de derechos** adquiridos para colectivos vulnerables.
Justifica los recortes apelando a la **crisis económica** de 2008.
Excluye explícitamente a personas extranjeras sin residencia legal (en situación irregular), salvo urgencias, embarazo y menores.

2018 – Real Decreto-Ley 7/2018 (situación actual)

Intento legislativo de devolver el enfoque de universalidad previo al RDL 16/2012. **Ciertas críticas apuntan a una restauración incompleta y no homogénea.**

No incluye específicamente a personas residentes en España desde <90 días y personas sin permiso de residencia.

Elimina la limitación de esta protección a menores y mujeres embarazadas introducida en 2012.

Actualmente existe una norma en tramitación (el **Proyecto de Real Decreto por el que se regula el reconocimiento y control del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos en los supuestos previstos en el artículo 3 ter de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud**) que persigue desarrollar reglamentariamente este RDL a fin de eliminar la persistencia de situaciones de falta de homogeneidad en su aplicación.

Figura 1. Puntos clave de leyes anteriores y ley vigente. Fuente: elaboración propia.

El **Real Decreto-Ley 7/2018** (RDL 7/2018) es la norma legal vigente que regula el acceso universal sanitario (20), recuperado tras su eliminación en el Real Decreto-Ley 16/2012 (RDL 6/2012). En el RDL 16/2012 se vinculó el derecho a la asistencia sanitaria con la contribución a la Seguridad Social limitando el acceso a gran número de extranjeros que antes de la aprobación de esa ley sí que lo tenían (21). Los cambios legislativos de los últimos años se muestran en la **Figura 1**. Si bien la intención del RDL 7/2018 es **consolidar y armonizar en todo el territorio la asistencia sanitaria universal**, voces críticas consideran que presenta **imprecisiones y carencias** que pueden dar lugar a una interpretación restrictiva, provocando situaciones de exclusión y heterogeneidad (22).

La norma **define de forma ambigua los requisitos** para acceder a la asistencia sanitaria pública, estableciendo distintos supuestos según nacionalidad, residencia y situación jurídica. Aunque se pretende incluir a ciudadanos españoles y extranjeros con residencia habitual en España, la redacción imprecisa **deja fuera a algunos colectivos** y exige certificados administrativos de sus países de origen que pueden ser difíciles de obtener a ciudadanos de la UE y de países con convenios bilaterales (21). El texto extiende la asistencia sanitaria a las personas extranjeras que residen en España sin permiso de residencia en las mismas condiciones que las personas de nacionalidad española, pero lo hace bajo la premisa de no encontrarse en las otras situaciones administrativas en las que sí se harían cargo del pago. Para ello requieren justificarlo mediante documentación de difícil obtención, especialmente si se encuentran en situación irregular.

Si bien esta norma pretende, en teoría, restablecer el principio de acceso universal, no establece de forma explícita la atención para menores y embarazadas como sí lo hacía la norma anterior. En la práctica, su interpretación ha sido, en ocasiones, más restrictiva para estos colectivos especialmente vulnerables, **llegando a negarles la atención**, contraviniendo tratados internacionales suscritos por España como la Convención sobre los Derechos del Niño (23).

Algo similar sucede con la atención de urgencias, no se especifica en la norma vigente cuando sí que se hacía en la anterior, exigiéndose en ocasiones el pago tras la asistencia o denegándola directamente. Esto afecta tanto a personas en proceso de conseguir el documento de reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria como a las que no lo pueden obtener.

3.3 Variaciones territoriales en España

La interpretación y aplicación del RDL 7/2018 varía en las diferentes Comunidades Autónomas (CCAA), como se ve en algunas cuestiones claves en la **Figura 2**, lo que ha generado las siguientes barreras administrativas (21):

- Se establecen procedimientos específicos para obtener la tarjeta sanitaria o un documento acreditativo que, en la práctica, se traducen en **largos periodos de espera sin acceso efectivo a la asistencia sanitaria**. En ocasiones, se emiten credenciales distintas a la Tarjeta Sanitaria Individual ordinaria para las personas en situación administrativa irregular, lo que **puede generar un trato discriminatorio** y una **atención fragmentada**. En comunidades autónomas como Madrid, Galicia, Extremadura, Comunidad Valenciana, Cantabria o Aragón, los documentos emitidos no solo difieren de los de la población general, sino que tienen una validez limitada de dos años desde su expedición, lo que añade inseguridad y precariedad en la continuidad asistencial.
- Pese a que la ley no lo exige, en muchas comunidades autónomas se mantiene la **exigencia de empadronamiento**. En regiones como Andalucía, Asturias, Cantabria, Euskadi o Cataluña, se han adoptado fórmulas distintas para acreditar la residencia efectiva, aceptando documentos oficiales alternativos o incluso la intervención de ONG, lo que evita que el padrón se convierta en un obstáculo insalvable. Aun así, la obtención de estos documentos puede resultar farragosa y convertirse en una **barrera administrativa** que da lugar a exclusiones.
- La redacción de algunos apartados del RDL 7/2018 es ambigua con respecto a la exigencia de una estancia mínima de 90 días para las personas en situación administrativa irregular, lo que ha llevado a que muchas CCAA lo apliquen como un requisito obligatorio. En la mayoría de las comunidades existe la **posibilidad de facturación** sin tarjeta sanitaria o documento ante el contacto con el sistema sanitario, incluida la atención en urgencias.
- Existe una gran heterogeneidad en las condiciones de la asistencia a menores y mujeres embarazadas. Algunas CCAA no prestan atención con fondos públicos a estos colectivos si no tienen tarjeta sanitaria mientras que otras lo hacen manteniendo la excepcionalidad que establecía la anterior norma. Por ejemplo, en Asturias, Cantabria o Murcia se exige igualmente un informe por parte de servicios sociales (informe social); en Baleares y Galicia la atención puede llegar a ser facturable. En contraste, Cataluña garantiza acceso a la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) sin limitaciones y Andalucía reconoce la cobertura autonómica.

CCAA	Admisión en CS	TSI	Cobertura en los primeros 90 días (situación irregular)	Facturación sin tarjeta	Alta específica a menores y embarazadas (<90 días)
Andalucía	Directa	Sí	Sí	Sí	Sí
Aragón	Directa	No	Informe social	Posible	Sí
Asturias	Directa	Sí	Informe social	No	Sí*
Illes Balears	A través de TS	No	Sí	Posible	Atención facturable
Canarias	Directa	Sí	Informe social	Posible	Sí*
Cantabria	Directa	No	Informe social	Posible	Sí*
Castilla y León	A través de TS	No	Cita puntual / urgencias	Posible	Sí
Castilla-La Mancha	Directa	No	Acceso a tarjeta	Posible	Sí
Cataluña	Directa	Sí	Acceso a tarjeta	Declaración responsable	Sí
Comunitat Valenciana	A través de TS	No	Informe social	Posible	Sí*
Extremadura	Directa	No	Informe social	Posible	Sí*
Galicia	Directa	No	Atención facturable	Posible	Atención facturable
Madrid	A través de UT	No	Informe social	Sí	Sí*
Murcia	Directa	No	Informe social	Posible	Sí*
Navarra	A través de TS	Sí	Informe social	Posible	Sí
Euskadi	Directa	Sí	Aviso de facturación	Aviso de facturación	Sí
La Rioja	Directa	Sí	Atención facturable	Posible	Sí
Ceuta y Melilla	A través de TS	No	Atención facturable	Posible	Atención facturable

*A través de informe social. CS: Centro de Salud; TS: Trabajo Social; TSI: Tarjeta Sanitaria Individual.

Figura 2. Cuadro comparativo de la situación de aspectos clave en cada Comunidad Autónoma. Fuente: elaboración propia por ISGlobal.

Como ya se ha mencionado, actualmente existe una norma en tramitación (el Proyecto de Real Decreto por el que se regula el reconocimiento y control del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos en los supuestos previstos en el artículo 3 ter de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud) que persigue desarrollar reglamentariamente el RDL 7/2018 a fin de eliminar la persistencia de estas situaciones de falta de homogeneidad en su aplicación.

3.4 El contraste entre el ámbito urbano y el rural

Las personas migrantes en **zonas rurales** enfrentan **dificultades agravadas** respecto a las de zonas urbanas. Estudios muestran que utilizan menos los servicios de salud en general si residen en áreas rurales (24). Las condiciones de trabajo agrícola, la vivienda precaria en asentamientos y la lejanía de centros sanitarios dificultan cumplir los tratamientos o acudir a la atención primaria, situaciones documentadas en el sur de España (25).

Investigaciones recientes sobre los servicios rurales indican que muchas localidades del territorio español superan los 45 minutos de distancia caminando o en bicicleta a un centro público con servicios básicos (26), lo que, para una persona migrante sin vehículo, con barreras lingüísticas o sin documentos puede representar un **obstáculo insalvable**. Estas evidencias, aunque parciales, permiten afirmar que la residencia en zonas alejadas de los centros urbanos añade capas de vulnerabilidad que es necesario tener en cuenta al diseñar intervenciones territoriales justas.

Farmacia rural y atención a la población migrante

En el contexto de las desigualdades que afectan a las zonas rurales, la farmacia comunitaria conforma una red que alcanza zonas aisladas y despobladas, adquiriendo en el ámbito rural (en el que, en ocasiones, el farmacéutico es el único profesional sanitario presente en el municipio) un papel especialmente relevante como garante del acceso sanitario y social.

Para reforzar este papel, el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos ha impulsado el Programa de Farmacia Comunitaria Rural, en colaboración con los Ministerios de Sanidad, Transición Ecológica y Reto Demográfico, y Derechos Sociales y Agenda 2030. Este programa, suscrito mediante un protocolo en 2023, persigue un doble objetivo: mejorar la atención sociosanitaria a las personas más vulnerables que viven en áreas rurales y en riesgo de despoblación, y aprovechar todo el potencial sanitario y social de las farmacias rurales garantizando su sostenibilidad económica.

El proyecto piloto lanzado en octubre de 2025 en La Rioja representa un paso decisivo en esta línea. Se desarrolla en siete farmacias de Viabilidad Económica Comprometida, ubicadas en municipios de menos de 1.000 habitantes, donde se han puesto en marcha servicios farmacéuticos en tres grandes ejes: atención farmacéutica (seguimiento de tratamientos, revisión de botiquines y sistemas personalizados de dosificación), salud pública y comunitaria (programas de educación sanitaria), y servicios sociales (detección de situaciones de vulnerabilidad, violencia de género o falta de acceso a medicamentos).

La relevancia de este proyecto para la atención a la población migrante en el ámbito rural es especialmente notable. En muchas zonas agrícolas o de interior, las personas migrantes desempeñan labores temporales o residenciales en condiciones de precariedad, con escaso acceso a la atención primaria y a servicios sociales.

La presencia de una farmacia rural activa y conectada con el entorno permite detectar situaciones de riesgo sanitario o social de forma temprana, facilitar información sobre el uso correcto de los medicamentos, promover hábitos saludables y derivar a recursos sociosanitarios o de apoyo comunitario, contribuyendo así a la prevención de problemas de salud y a la inclusión social.

La extensión del Programa de Farmacia Comunitaria Rural a otras comunidades autónomas supondría, por tanto, una oportunidad estratégica para reforzar la equidad territorial y garantizar que la población migrante en el medio rural disponga del mismo acceso efectivo a la salud que el resto de la ciudadanía.

3.5 Otras barreras en el acceso: lingüísticas, culturales y de discriminación

Aunque este documento se centra principalmente en las barreras administrativas que condicionan el acceso de las personas migrantes a la atención sanitaria y sociosanitaria en España, es importante reconocer que el acceso está determinado por obstáculos múltiples y entrelazados, donde a las exigencias legales y burocráticas se suman limitaciones idiomáticas, culturales y sociales. Estas dimensiones serán analizadas con mayor detalle en documentos posteriores de esta serie, pero conviene mencionarlás aquí para ofrecer una visión más completa de los factores que inciden en la equidad en salud.

Entre las barreras más significativas se encuentran las **lingüísticas**. La ausencia de recursos estables de traducción e interpretación en el sistema público de salud dificulta tanto la comprensión de los procedimientos administrativos como la comunicación clínica entre profesionales y pacientes. Esta carencia puede generar diagnósticos menos precisos, adherencia limitada a los tratamientos y, en última instancia, peores resultados en salud. La dependencia de intérpretes informales, como familiares o conocidos, introduce además riesgos éticos y de confidencialidad que pueden agravar la vulnerabilidad de las personas migrantes.

A ello se suma la **dimensión cultural**, que no se limita a diferencias en valores o creencias, sino que establece interpretaciones sobre la atención, la percepción del cuerpo o la enfermedad, así como con las formas de relacionarse con la autoridad sanitaria. Cuando estas diferencias no se abordan desde un enfoque de competencias culturales, se producen malentendidos y **experiencias de exclusión que reducen la confianza en el sistema** (27).

Otro eje central es la **discriminación y el racismo**, tanto estructural como interpersonal. Numerosos estudios documentan que las personas migrantes –especialmente aquellas en situación irregular o pertenecientes a minorías racializadas– pueden enfrentarse a un trato desigual en los servicios sanitarios y sociales. Esto incluye desde **actitudes explícitas de rechazo** hasta **sesgos implícitos** que influyen en la calidad de la atención. Si bien esto no ocurre siempre, en un estudio reciente llevado a cabo por Médicos del Mundo sobre la percepción de la atención sanitaria de personas migrantes y racializadas, casi la mitad de los entrevistados consideraron que habían sido tratados de manera negativa. De estos, un 74 % consideraban que la causa había sido su **aparición de persona extranjera** o ser migrante y/o racializado, sintiéndose en muchos casos **deshumanizados** (28). Estas experiencias refuerzan la tendencia a evitar el contacto con los servicios, incluso ante necesidades urgentes.

4. El impacto de la situación administrativa en la salud de los migrantes

La situación administrativa de las personas migrantes ya sea la irregularidad, la solicitud de asilo o el estatus de protección internacional, tiene un impacto directo tanto en su salud como en su acceso a la atención sanitaria y sociosanitaria. A las barreras administrativas se suma el efecto que produce la **incertidumbre legal sobre los propios derechos**, especialmente entre las personas en **situación irregular**, quienes a menudo desconocen si pueden acudir al sistema sanitario y temen ser denunciadas o deportadas al hacerlo (27).

Diversos estudios han documentado que las personas migrantes en situación irregular tienden a **utilizar menos los servicios sanitarios** y presentan mayor prevalencia de problemas de salud no tratados, especialmente en el ámbito de la salud mental y las enfermedades infecciosas (29). En el caso de los solicitantes de asilo, los prolongados tiempos de espera para obtener una resolución contribuyen a su vulnerabilidad, ya que durante ese periodo pueden encontrarse en un **limbo administrativo** que dificulta el acceso efectivo a la atención sanitaria.

Además, la imposibilidad de acceder a un empleo de manera legal para las personas en situación irregular y los solicitantes de asilo en los primeros meses tras su llegada expone a muchas personas migrantes a **trabajos precarios, informales y sin cobertura de seguridad social**. Esto no solo incrementa los riesgos laborales y el deterioro de la salud física y mental, sino que también limita su derecho a bajas médicas, prevención de riesgos y continuidad en los tratamientos (30).

5. Conclusiones y recomendaciones

El acceso de las personas migrantes al derecho a la salud se produce en un contexto **doblemente desafiante**: por su condición de extranjeros y por la condición de poblaciones vulnerables en un sistema de salud pública siempre sujeto a retos. Una creciente normalización en el debate público de discursos políticos y mediáticos contrarios a la migración presenta a las personas extranjeras como una amenaza para la convivencia y el estado de bienestar (31). Esto genera una imagen distorsionada que persigue justificar que “no se merezcan” ni asistencia sanitaria ni condiciones laborales dignas (32).

Paradójicamente, la única respuesta al desafío de la sostenibilidad de los servicios públicos pasa por la incorporación de niveles crecientes de trabajadores extranjeros, como han señalado diferentes informes nacionales e internacionales. De estos destacamos el elaborado por el Consejo Económico y Social de España titulado “La realidad migratoria en España: prioridades para las políticas públicas”. El derecho a la asistencia de la población migrante no debería estar lastrado por la polarización que afecta a estos debates, sino por el reconocimiento de nuestras leyes, por un análisis racional de los determinantes de los servicios públicos y por el respaldo todavía mayoritario de la sociedad española a la población migrante.

Garantizar el derecho a la salud de las personas migrantes no es solo una cuestión ética, sino también una obligación legal, una estrategia económicamente racional y una necesidad de salud pública. Para avanzar hacia un modelo de atención sanitaria y social más justo y eficaz, se proponen las siguientes recomendaciones:

- **Armonización normativa** de las CCAA a iniciativa del Ministerio de Sanidad, creando un marco estatal que garantice criterios homogéneos de acceso a la atención, en el sentido del **proyecto de Real Decreto** que se encuentra en tramitación. Esto permitiría reducir las diferencias territoriales que generan inequidades, respetando las competencias autonómicas, e incorporar mecanismos de seguimiento para asegurar que las CCAA implementen de manera efectiva las políticas establecidas y las buenas prácticas identificadas.
- Establecimiento de **protocolos claros** en los que se asegure la atención a todas las personas sin diferencias entre centros de asistencia. Estos protocolos deben incluir criterios explícitos de no discriminación por condición administrativa, origen, etnia, género o situación socioeconómica.
- **Agilización** de los procedimientos para la **obtención de tarjetas sanitarias y garantizar la asistencia** durante los tiempos de espera. Esto incluye mecanismos temporales de acceso a la atención, simplificación de los requisitos administrativos y alternativas para personas sin empadronamiento o documentación regular, coordinando con servicios sociales y organizaciones de la sociedad civil para minimizar períodos de exclusión.
- **Formación a los profesionales sanitarios y sociosanitarios** en materia de derechos de acceso a la salud, no discriminación y competencias interculturales. Los programas formativos deberían incluir la gestión de itinerarios integrados, coordinación interinstitucional y derivaciones efectivas, así como **módulos específicos sobre atención a población migrante y prevención de sesgos implícitos**, fortaleciendo así la capacidad de los equipos para ofrecer una atención inclusiva y equitativa.

REFERENCIAS

1. McAuliffe M, Oucho LA. Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2024. Ginebra: Organización Internacional para las Migraciones (OIM);2024 [Internet]. [citado 2025 sep 5]. Disponible en: <https://publications.iom.int/books/informe-sobre-las-migraciones-en-el-mundo-2024>
2. United Nations Department of Economic and Social Affairs (UNDESA). International Migrant Stock 2024: Key facts and figures. Nueva York: Naciones Unidas; 2024 [Internet]. [citado 2025 sep 5]. Disponible en: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/undesa_pd_2025_intlmigstock_2024_key_facts_and_figures_advance-unedited.pdf
3. INE-Instituto Nacional de Estadística. Estadística Continua de Población (ECP) [Internet]. 2025. [citado 2025 sep 8]. Disponible en: <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/ECP2T25.htm>
4. Ledoux C, Pilot E, Diaz E, Krafft T. Migrants' access to healthcare services within the European Union: a content analysis of policy documents in Ireland, Portugal and Spain. Glob Health. [Internet]. 2018;14(1):57. [citado 2025 sep 23]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12992-018-0373-6>
5. Gimeno-Feliu LA, Calderón-Larrañaga A, Diaz E, Poblador-Plou B, Macipe-Costa R, Prados-Torres A. The healthy migrant effect in primary care. Gac Sanit [Internet]. 2015;29(1):15–20. [citado 2025 sep 8] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.07.007>

6. Fundación FOESSA y Cáritas Española. IX Informe sobre exclusión y desarrollo social en España [Internet]. 2025. [citado 2025 dic 18]. Disponible en: <https://www.caritas.es/main-files/uploads/2025/10/IX-INFORME-FOESSA.pdf>
7. Hernández N. Más de 117.000 sanitarios extranjeros trabajan en España: el crecimiento aumenta en el sector [Internet]. ConSalud. 2025 [citado 2025 sep 12]. Disponible en: <https://www.consalud.es/profesionales/mas-117000-sanitarios-extranjeros-trabajan-en-espana-crecimiento-aumenta-en-sector.html>
8. Parlamento Europeo, Consejo y Comisión. Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea [Internet]. Niza: Parlamento Europeo; 2000. [citado 2025 sep 17]. Disponible en: https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_es.pdf
9. Earlier treatment of migrants would cut spending on healthcare, new FRA report finds [Internet] European Council on Refugees and Exiles (ECRE). 2015 [citado 2025 oct 29]. Disponible en: <https://ecre.org/earlier-treatment-of-migrants-would-cut-spending-on-healthcare-new-fra-report-finds/>
10. Fanjul G, Gálvez-Iñiesta I. Extranjeros, sin papeles e imprescindibles: una fotografía de la inmigración irregular en España [Internet]. Madrid: Fundación PorCausa; 2020 Junio. [citado el 2025 sep 15]. Disponible en: <https://porcausa.org/wp-content/uploads/2020/07/RetratodelairregularidadporCausa.pdf>
11. Comisión Europea. Plan de Acción en materia de Integración e Inclusión para 2021-2027 [Internet]. Bruselas: Comisión Europea; 2020 Noviembre. [citado 2025 sep 25]. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/HTML/?uri=CELEX%3A52020DC0758>
12. Stevenson K, Antia K, Burns R, Mosca D, Gencianos G, Rechel B, et al. Universal health coverage for undocumented migrants in the WHO European region: a long way to go. Lancet Reg Health Eur [Internet]. 2024;41(100803):100803. [citado 2025 sep 15]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100803>
13. Complémentaire santé solidaire. How to access the French health insurance system [Internet]. Francia: Gouvernement français. [citado 2025 sep 15]. Disponible en: <https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/en/ma-situation/how-access-french-health-insurance-system>
14. Dodman B. French doctors vow to 'disobey' bill stripping undocumented migrants of healthcare rights [Internet]. France 24. 2023. [citado 2025 sep 15]. Disponible en: <https://www.france24.com/en/france/20231113-french-doctors-vow-to-disobey-bill-stripping-undocumented-migrants-of-healthcare-rights>
15. Rights and duties during the asylum procedure [Internet]. UNHCR Germany. [citado 2025 sep 15]. Disponible en: <https://help.unhcr.org/germany/rights-and-duties/rights-and-duties-during-the-asylum-procedure/>
16. Health services [Internet]. UNHCR Sweden. [citado el 2025 sep 15]. Disponible en: <https://help.unhcr.org/sweden/where-to-find-help-in-sweden/health/>
17. Temporary health care coverage: What is covered - Canada.ca [Internet]. Government of Canada. 2025 [citado 2025 sep 15]. Disponible en: <https://www.canada.ca/en/immigration-refugees-citizenship/services/refugees/help-within-canada/health-care/interim-federal-health-program/coverage-summary.html>

18. Salud [Internet]. ACNUR Colombia. [citado 2025 sep 15]. Disponible en: <https://help.unhcr.org/colombia/otros-derechos/salud/>
19. Perú aprueba ley para ampliar la cobertura de salud a las personas migrantes con VIH y TB [Internet]. UNAIDS. [citado 2025 sep 15]. Disponible en: https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2024/october/20241021_peru
20. BOE-A-2018-10752 Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud [Internet]. Boletín Oficial del Estado. [citado 2025 sep 15]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2018-10752>
21. El derecho a la asistencia sanitaria en las comunidades autónomas: Un derecho hecho pedazos [Internet]. Yo Sí Sanidad Universal. 2022 Noviembre. [citado 2025 sep 8]. Disponible en: <https://yosisanidaduniversal.net/materiales/informes/informe-derecho-asistencia-sanitaria-comunidades-autonomas>
22. Delgado del Rincón LE. El Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud: ejemplo de una reforma apresurada, imprecisa e incompleta. Rev estud políticos [Internet]. 2019;(186):105–36. [citado 2025 sep 9]. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/RevEsPol/article/view/76891>
23. Defensor del Pueblo. Atención sanitaria a personas extranjeras sin residencia legal en España [Internet]. 2023 Marzo 28. [citado 2025 sep 10]. Disponible en: <https://www.defensordelpueblo.es/resoluciones/atencion-sanitaria-a-personas-extranjeras-sin-residencia-legal-en-espana/>
24. Gimeno-Feliu LA, Calderón-Larrañaga A, Díaz E, Poblador-Plou B, Macipe-Costa R, Prados-Torres A. Global healthcare use by immigrants in Spain according to morbidity burden, area of origin, and length of stay. BMC Public Health [Internet]. 2016;16:450. [citado 2025 oct 10]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-016-3127-5>
25. Plaza Del Pino FJ, Muñoz Lucena L, Azougagh N, Gómez Haro A, Álvarez Puga B, Navarro-Prado S, et al. Migrant women in shantytowns in Southern Spain: A qualitative study. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2023;20(8):5524. [citado 2025 oct 10]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph20085524>
26. Universitat Autònoma de Barcelona. Rutas inteligentes para que todas las zonas rurales tengan acceso a asistencia sanitaria. [Internet]. UAB Barcelona. 2024 Julio 17. [citado 2025 oct 10]. Disponible en: <https://www.uab.cat/web/sala-de-prensa/detalle-noticia/rutas-inteligentes-para-que-todas-las-zonas-rurales-tengan-acceso-a-asistencia-sanitaria-1345830290069.html?detid=1345921824614>
27. Fagundo-Rivera J, García-Lozano MS, Portero-Prados FJ, Romero-Castillo R, Badillo-Sánchez N, Fernández-León P. Barriers to healthcare access for irregular immigrants after their arrival in Spain: a systematic review. Eur J Public Health [Internet]. 2025 Abril 9;35(3):407–22. [citado 2025 sep 19]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckaf042>
28. Médicos del Mundo España. Informe de resultados para la mejora de la aceptabilidad hacia las personas migrantes y racializadas en el sistema sanitario público español [Internet]. 2024 Diciembre. [citado 2025 sep 19]. Disponible en: <https://www.medicosdelmundo.org/app/uploads/2025/02/INFORME-ACCION-SALUD-2024-1.pdf>

29. Dalmau-Bueno A, García-Altés A, Vela E, Clèries M, Pérez CV, Argimon JM. Frequency of health-care service use and severity of illness in undocumented migrants in Catalonia, Spain: a population-based, cross-sectional study. *Lancet Planet Health* [Internet]. 2021 Mayo 1;5(5):e286–96. [citado 2025 sep 11]. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S2542-5196\(21\)00036-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2542-5196(21)00036-X)
30. Los derechos como base para la inclusión. Retos de la inmigración en España. Los derechos como base para la inclusión. Red Acoge [Internet]. 2021 Diciembre. [citado 2025 sep 17]. Disponible en: <https://redacoge.org/wp-content/uploads/2021/12/A4-INFORME-RETOS-paginas.pdf>
31. Bruquetas-Callejo M, Perna R. Migration and healthcare reforms in Spain: Symbolic politics, converging outputs, oppositions from the field. *South Eur Soc Polit* [Internet]. 2020 Enero 2;25(1):75–98. [citado 2025 sep 23]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/13608746.2020.1769342>
32. Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR). Informe 2023: Las personas refugiadas en España y Europa. [Internet]. 2024. [citado 2025 sep 17]. Disponible en: https://www.cear.es/wp-content/uploads/2023/06/Capitulo-5_Informe-2023.pdf

2.

La atención sanitaria y sociosanitaria
a las personas migrantes en España:
acceso, coordinación y equidad

¿Qué podemos hacer para no dejar a nadie atrás?

Desafíos ante la vulnerabilidad de las personas
migrantes y respuesta sociosanitaria integral



1. Introducción

Las personas migrantes en España representan uno de los grupos más vulnerables de la población. No se trata solo de las dificultades derivadas directamente de su condición migratoria, sino de cómo estas se entrelazan con diversos factores estructurales que multiplican los riesgos y acentúan la vulnerabilidad.

Estos factores incluyen las **barreras administrativas, lingüísticas y culturales**, la **discriminación** o los **traumas** relacionados con el **proceso de migración**, que a su vez interseccionan con el **género**, la **precariedad laboral**, las dificultades de acceso a la **vivienda**, el **envejecimiento**, la **discapacidad** o la ausencia de una protección social efectiva. No hablamos de una serie de desventajas puntuales, sino de un círculo vicioso de exclusión y desigualdad que limita profundamente el bienestar de las personas atravesadas por la experiencia migratoria y las sitúa en un **riesgo extremo de pobreza y exclusión**, como se muestra en la **Figura 1**.

- El riesgo de pobreza y exclusión social es tres veces mayor entre la población migrante (1).
- El 81 % de las personas migrantes irregulares en España está en situación de exclusión social (2).
- En 2024 los niños y niñas migrantes de primera generación tienen tres veces más riesgo de pobreza o exclusión social que los nativos (3).
- El 83 % de las personas sin hogar menores de 30 años son de origen extranjero (4).

Figura 1. Indicadores de pobreza y exclusión social en la población migrante en España.

A ello se suman las barreras de acceso a los servicios sociales y sanitarios fundamentales que deberían protegerlas, desde la falta de información y acompañamiento en el proceso de atención, hasta la existencia de requisitos administrativos que dificultan la asistencia sanitaria básica, como ya se ha explicado en el documento anterior. El resultado es una constelación de riesgos que se acumulan y que retroalimentan profundas desigualdades estructurales, impidiendo a muchas personas una existencia digna. Es **una cuestión urgente en el desafío de la justicia social**, que requiere un enfoque integral que reconozca la heterogeneidad de nuestra población y que actúe sobre las dinámicas que perpetúan la exclusión de una parte muy importante de ella.

2. ¿Qué factores determinan la vulnerabilidad de las personas migrantes?

2.1. La exclusión residencial: vivir sin un hogar digno

La exclusión residencial, que abarca desde la situación de calle hasta la vivienda inadecuada o insegura, es uno de los principales ejes de vulnerabilidad que atraviesa a la población migrante. Las personas que se encuentran en situación de irregularidad administrativa a menudo residen en espacios insalubres, hacinados y con grandes dificultades para empadronarse. **El sinhogarismo afecta 7,5 veces más a las personas migrantes** que a la población autóctona con una sobrerrepresentación de jóvenes, siendo **el 83 % de las personas sin hogar menores de 30 años de origen extranjero** (4). Asimismo, la sobreocupación de las viviendas impacta más en la población migrante, generando entornos inadecuados para el bienestar y la convivencia (5).

Según informaba Cáritas en 2023, **más de un tercio de las personas en situación administrativa irregular habita viviendas con hacinamiento grave**, el 17 % en condiciones de insalubridad, y la mayoría destinan una parte desproporcionada de sus ingresos a la vivienda, teniendo importantes dificultades para cubrir otras necesidades básicas. Además, **tres de cada diez** personas en esta situación de exclusión residencial reconocen haber sufrido **discriminación por razón de nacionalidad u origen étnico en el acceso a la vivienda**. (2)

El impacto de la exclusión residencial en la salud es claro: la insalubridad de la vivienda y el hacinamiento favorecen la transmisión de enfermedades infecciosas y la vulnerabilidad ante olas de frío o calor, al tiempo que provoca altos niveles de estrés, ansiedad y dificultades para el descanso. No disponer de una vivienda digna, de un espacio seguro para el autocuidado, la higiene o la recuperación, está deteriorando enormemente la vida de miles de personas en España.

A nivel estatal, la Estrategia Nacional contra la Pobreza y la Exclusión Social 2024-2030 (6), el Plan Estatal para el Acceso a la Vivienda 2022-2025 (7) y el Marco Estratégico de Ciudadanía e Inclusión contra el Racismo y la Xenofobia (8) contemplan ayudas al alquiler, vivienda social y medidas antidiscriminatorias, aunque las barreras administrativas y la falta de acceso efectivo exigen acciones más contundentes para garantizar el derecho a la vivienda de las personas más vulnerables.

2.2. La precariedad laboral: trabajos extenuantes, peligrosos y mal pagados

La inserción laboral de la población migrante en España se caracteriza por una fuerte concentración en empleos precarios, marcados por la temporalidad, la parcialidad y la ausencia de una protección social efectiva (9). Son los llamados **“3D jobs”** (*dangerous, dirty and degrading* en inglés; peligrosos, sucios y denigrantes, en castellano), que implican un alto desgaste físico y social. Suelen ser **trabajos relacionados con los cuidados y servicios domésticos, ocupados en el 71 % por personas migrantes, en su casi totalidad mujeres**; la construcción, donde los migrantes representan un 32 % de la ocupación; la hostelería, con una representación del 45 %, o la agricultura con un 31 %, representando esta última la mitad de todos los contratos en personas migrantes (10) (11).

En 2024 casi la mitad de los puestos de trabajo ocupados por personas migrantes fueron de carácter temporal o jornada parcial, con una tasa de temporalidad del 41 %, significativamente superior a la media estatal (11). Casi la mitad de las personas migrantes en paro solicita empleos elementales, frente al 32 % de la población autóctona desempleada (11). Esta sobrerrepresentación no responde exclusivamente a una falta de formación, sino también a la dificultad para homologar títulos o acreditar estudios realizados en sus países de origen, lo que da pie a situaciones de sobrecualificación y de pérdida de talento. En cuanto a desempleo, la tasa de paro para la población migrante al cierre de 2024 fue del 16 %, frente al 11 % general, cifras que empeoran en el caso de las mujeres y los jóvenes migrantes (11).

La exposición a jornadas extensas, la ausencia de medidas de seguridad adecuadas, la alta accidentalidad en determinados sectores, el estrés crónico y la falta de descanso deterioran drásticamente la salud en todas sus esferas. En el caso de la población migrante, estas condiciones se agravan, además, por la dificultad de acceder a derechos laborales básicos y, en muchos casos, a prestaciones sociales o a una cobertura sanitaria estable, multiplicándose así los efectos negativos del trabajo precario. De esta manera, **la precariedad laboral se convierte en un eje estructural de exclusión que alimenta un bucle de pobreza, vulnerabilidad y desprotección** que afecta a un amplio sector de la población española y que tiene un innegable efecto en su salud. (12) (13) (14) (15)

Existen estrategias dirigidas a reducir estas desigualdades, como la Estrategia Española de Apoyo Activo al Empleo (16), la Estrategia Nacional de Prevención y Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social 2024-2030 (6) o el programa GECCO (Gestión Colectiva de Contrataciones en Origen) (17), que busca una contratación temporal de personas migrantes más segura. También se han impulsado avances en la homologación de títulos, el reconocimiento de competencias y el refuerzo de la inspección en sectores especialmente vulnerables. Sin embargo, la magnitud de la precariedad laboral y las brechas estructurales hacen evidente que, más allá de estos planes, se requiere un enfoque integral y sostenido que garantice los derechos y la dignidad de la población migrante.

2.3. Las desigualdades de género: violencia y exclusión

Las desigualdades de género atraviesan de manera decisiva las experiencias migratorias e intensifican la vulnerabilidad de mujeres, niñas y personas cuya identidad no se ajusta a la concepción hegemónica del género. Según el informe *Migradas: mujeres migrantes ante la violencia de género* (2024), **dos tercios de las mujeres migrantes residentes en España ha sufrido al menos una forma de violencia** a lo largo de su vida, más de la mitad (60 %) son económicamente dependientes y una parte importante de ellas carece de vivienda estable y de redes de apoyo (18). Estas cifras revelan un escenario de precariedad estructural que amplifica el riesgo de sufrir violencia y reduce las posibilidades de escapar de ella.

El mismo estudio señala que el acceso limitado a recursos y la discriminación institucional agravan esta situación: dos de cada tres mujeres migrantes encuestadas refieren haber experimentado discriminación por razón de género y casi la mitad por su origen. La combinación de ambas dimensiones erosiona la confianza en las instituciones y resulta fácil entender que muchas mujeres no denuncien situaciones de violencia de género cuando viven bajo el miedo a represalias ligadas a su situación administrativa, no se les ha facilitado el conocimiento de sus derechos o perciben que los recursos no están pensados para ellas. **La falta de servicios con perspectiva intercultural hace inaccesible una protección efectiva a muchas mujeres que realmente la necesitan** (19).

La **explotación sexual y la trata** representan otro ámbito especialmente crítico. En 2024, la Asociación In Género atendió a unas 8.344 mujeres migrantes residentes en España en contextos de prostitución, de las cuales el 32 % podría ser víctima de explotación sexual según los indicadores de la ONU (20). Cruz Roja informó en 2023 de que **el 96 % de las personas que atiende en situación de trata son migrantes, en su mayoría mujeres** (21).

La desigualdad de género atraviesa también la vida de las **personas migrantes LGTBQIA+**, que a menudo arrastran experiencias de persecución y estigma desde sus países de origen y, al llegar a España, continúan enfrentando discriminación tanto por su identidad de género como por su condición migrante (22) (23). Con frecuencia son relegadas a nichos laborales precarios y ven restringidas sus oportunidades de integración, mientras sus necesidades específicas permanecen invisibilizadas (24) (25).

Este cúmulo de desigualdades pone gravemente en peligro los derechos humanos de las mujeres y de las personas del colectivo LGTBQIA+ migrantes. Sin una intervención contundente, seguirán afrontando una situación de violencia y exclusión que debería ser prevenida y reparada por las instituciones (22).

En el plano estatal, existen marcos y planes que buscan responder a estas desigualdades, como el Pacto de Estado contra la Violencia de Género (26), el Plan Camino (para la protección de los derechos humanos de mujeres y niñas víctimas de trata y explotación sexual) (27), el Plan Estratégico para la igualdad efectiva (28) o la Estrategia Nacional LGTBI+ (29). Estos marcos teóricos pueden servir de orientación, pero siguen siendo fragmentarios y carecen de un enfoque integral que contemple de manera simultánea las dimensiones de género, migración y diversidad sexual.

La profesión farmacéutica, aliada en la lucha contra la violencia de género

Desde hace años, la profesión farmacéutica colabora activamente con la Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, participando en el Pacto de Estado y consolidándose como un actor clave en la detección, actuación, sensibilización y visibilización de este grave problema social.

En este marco, el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos ha actualizado el *Protocolo de actuación desde la farmacia comunitaria ante la violencia contra las mujeres*, en colaboración con los Ministerios de Igualdad y de Sanidad, que establece pautas claras, homogéneas y sencillas para que los profesionales farmacéuticos y el personal auxiliar sepan qué hacer, cómo actuar y cómo derivar cuando detectan un posible caso de violencia. Este documento orienta la atención a las mujeres que sufren violencia, facilitando información sobre los recursos especializados disponibles, y permite que la farmacia se convierta en un espacio seguro y accesible.

El protocolo reconoce de manera específica a las mujeres migrantes como un grupo de riesgo, dado que pueden enfrentarse a barreras idiomáticas o situaciones administrativas irregulares que dificultan su acceso a los servicios de protección y apoyo.

A nivel autonómico, numerosos Colegios y Consejos Autonómicos de Farmacéuticos han impulsado iniciativas semejantes, que consolidan la farmacia como punto seguro para víctimas de violencia. En 12 comunidades autónomas —Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Andalucía, País Vasco, Asturias, Castilla y León, Extremadura, Cantabria, Aragón, Región de Murcia, Navarra, Islas Canarias y La Rioja— se han firmado convenios con sus respectivas delegaciones y organismos autonómicos para adherir a las farmacias a la red de Puntos Violeta.

2.4. La salud mental y la discapacidad: el peso invisible del proceso migratorio

La experiencia migratoria constituye un determinante clave de la salud mental de las personas migrantes, refugiadas y solicitantes de asilo. **Trastornos como la ansiedad, la depresión y el estrés postraumático presentan en esta población prevalencias hasta 15 veces superiores a las de la población general** (30) (31). Más de la mitad de las personas migrantes que acuden a consultas médicas presentan depresión o ansiedad y cuatro de cada diez sufren migrañas vinculadas al estrés psicosocial (31). Y parece que la situación no hace más que empeorar: **los casos de suicidio han aumentado un 24 % en los últimos años entre las personas migrantes** (32).

Cada etapa de la migración incorpora factores estresantes específicos. Antes de partir, muchas personas enfrentan pobreza, violencia o desastres naturales. Durante el trayecto se suma la exposición a nuevas formas de violencia, abusos o detenciones. Tras la llegada, persisten condiciones de vida precarias, separación familiar, desarraigo, incertidumbre jurídica, reclusión en centros de internamiento, amenaza de deportación, discriminación y racismo (33).

A estos riesgos se añaden las barreras que dificultan la detección y el tratamiento de los problemas de salud mental: recursos sociosanitarios insuficientes, desconocimiento y barreras de acceso a los recursos disponibles, falta de mediación cultural, discontinuidad en la atención y discriminación institucional. Como resultado, la atención llega tarde, de manera fragmentada o, en muchos casos, no llega. Además, todos estos traumas acumulados durante el proceso migratorio favorecen la aparición de enfermedades crónicas y discapacidades (34) (35). Al mismo tiempo, **el acceso a la atención sanitaria y a los servicios sociales se ve condicionado por la situación administrativa, la estabilidad residencial y el conocimiento del sistema, lo que deja a muchas personas fuera de la protección y el cuidado básicos que necesitan.**

Esta desprotección es especialmente preocupante en el caso de las personas con algún tipo de discapacidad, física o intelectual, que se ven afectadas por la falta de accesibilidad universal, manifestada tanto en barreras arquitectónicas como en la ausencia de materiales informativos adaptados a diferentes niveles de comprensión y capacidades cognitivas. También se ven afectadas por la falta de enfoque transcultural por parte de la comunidad sanitaria a la hora de examinar posibles diversidades funcionales, especialmente las cognitivas y en la infancia. Además, sin una situación administrativa regular no optan a un certificado oficial que reconozca su condición y les garantice el acceso a los apoyos y servicios específicos. Su riesgo de exclusión se multiplica cuando la discapacidad limita la posibilidad de trabajar en los sectores a los que la población migrante suele tener mayor acceso —como los cuidados, la agricultura o la construcción— y que habitualmente exigen una elevada demanda física.

En materia de salud mental y discapacidad, existen estrategias estatales que buscan dar respuesta, como la Estrategia de Salud Mental 2022-2026 (36) o el Plan de Acción de Salud Mental 2025-2027 (37), donde se considera la vulnerabilidad de la población migrante. Sin embargo, la escasez de recursos, la falta de mediación intercultural y la persistencia de barreras administrativas muestran que estas iniciativas resultan todavía insuficientes para garantizar un acceso real y equitativo a la atención sociosanitaria que necesitan.



La actuación de la profesión farmacéutica en salud mental

En este contexto, la farmacia comunitaria puede desempeñar un papel fundamental como espacio de apoyo y acompañamiento en salud mental para personas migrantes. La profesión farmacéutica ha impulsado desde hace años iniciativas para fortalecer este rol, como se reflejó en el estudio “La salud mental en España” del Consejo Asesor Social de la Profesión Farmacéutica, y proyectos como “LUMENS: dar luz a la salud mental” o la campaña “Prevención y actuación farmacéutica en salud mental desde la farmacia. Menos estigma, más estima”, que buscaban mejorar la formación de los farmacéuticos y dotarlos de herramientas para detectar y abordar problemas de salud mental en la farmacia comunitaria.

El último hito en esta línea ha sido la implementación de las Escuelas Rurales de Salud Mental, en las que 300 farmacias ubicadas en municipios de menos de 30.000 habitantes han impartido sesiones formativas dirigidas a pacientes, cuidadores y ciudadanos, con el objetivo de promover el autocuidado, sensibilizar sobre estigmas y falsos mitos, fomentar la adherencia terapéutica y orientar sobre recursos de apoyo en materia de salud mental. Durante 2025, estas actividades llegaron a 7.979 participantes, de los cuales casi el 80 % recibía formación de este tipo por primera vez, y el 97 % reconoció que la intervención del farmacéutico había mejorado su enfermedad y su estilo de vida. Además, la práctica totalidad manifestó su interés en repetir la experiencia y en que este programa se extendiera a otros municipios.

Para la población migrante, estos programas adquieren un valor adicional. La cercanía y accesibilidad de la farmacia comunitaria permite acercar información sobre salud mental, identificar necesidades no cubiertas, orientar sobre recursos de apoyo y ofrecer herramientas prácticas de autocuidado, contribuyendo a la prevención de problemas más graves y favoreciendo la inclusión social.

2.5 La migración en distintas etapas vitales: franjas etarias con especial vulnerabilidad

2.5.1. MENORES NO ACOMPAÑADOS Y JUVENTUD MIGRANTE: CRECER SIN RED DE APOYO Y SIENDO CRIMINALIZADOS

En los últimos años, la generalización del término “MENA” con sentido peyorativo en la esfera pública ha contribuido a la deshumanización y la criminalización de niñas, niños y adolescentes en situación de extrema vulnerabilidad. Alimentado por discursos públicos racistas y estigmatizantes que están ganando espacio en el debate público, este marco narrativo ha invisibilizado lo esencial: hablamos de menores que llegan solos y que están expuestos a un alto riesgo de exclusión, explotación y desamparo. Muchos de ellos arrastran traumas migratorios y se enfrentan a barreras graves en el acceso a derechos básicos como la educación, la sanidad, los servicios sociales y la protección legal (38).

Carecen del acompañamiento psicosocial adecuado mientras que la sobrecarga en los centros de acogida y las demoras en las derivaciones agravan la exposición a riesgos y al estrés prolongado. Tras alcanzar la mayoría de edad en dichos centros, dejan de estar bajo la tutela del Estado y, aunque cuentan con autorización de residencia, en muchos casos carecen de permiso de trabajo y de medios para subsistir, teniendo que enfrentarse a una realidad hostil con muy pocos apoyos. Se enfrentan además a problemáticas que empiezan a surgir en estas franjas etarias, como las adicciones, con una especial desprotección y más en el caso de estar en situación de calle. La tasa de abandono escolar temprano es más del doble entre jóvenes migrantes que entre los autóctonos (39), aunque este factor no supone un lastre inmediato tan evidente: el desempleo en menores de 24 años es un 12 % superior en población migrante con respecto a los nacidos en España (9) (40).

Ante esta situación, el Estado español ha adoptado medidas para garantizar una atención sanitaria y social integral a menores no acompañados y jóvenes migrantes, como el Real Decreto-Ley 2/2025, que refuerza la protección del interés superior del menor y crea un fondo estatal para apoyar a las comunidades autónomas (41). Pese a los avances normativos, la falta de recursos, la desigual aplicación territorial y la persistencia de discursos de odio evidencian una brecha entre la ley y la realidad, con graves consecuencias para la salud y la integración de esta infancia y juventud.

2.5.2. PERSONAS MAYORES MIGRANTES: ENVEJECER LEJOS Y EN SOLEDAD

En España residen actualmente unas **415.000 personas migrantes mayores de 65 años**, un grupo en crecimiento que afronta desafíos específicos en materia de salud y bienestar (42). Durante el envejecimiento ocurre un aumento del riesgo de padecer enfermedades crónicas, deterioro funcional y cognitivo, y aislamiento social. Transitar este momento vital siendo migrante añade una capa extra de vulnerabilidad: los riesgos se multiplican y las barreras se hacen más notorias.

Por ejemplo, no dominar suficientemente el idioma local y no tener apoyos para superar estas **barreras lingüísticas** conduce en muchas ocasiones al retraso en la solicitud de asistencia y recursos, con el consiguiente empeoramiento evitable del estado de salud (43). Uno de cada cuatro casos documentados de barreras en acceso sanitario está vinculado directamente a barreras informativas y culturales, y los mayores migrantes figuran entre los colectivos más afectados por la falta de información comprensible y mediación adecuada (44).

Asimismo, la **escasez de recursos de mediación cultural adaptada a la vejez** agrava la situación de riesgo de exclusión. Cuando ciertos códigos culturales no son comprendidos ni reconocidos institucionalmente, los servicios dejan de percibirse como espacios propios o seguros, lo que reduce el uso efectivo de los recursos disponibles. La falta de mediación limita no solo la atención directa, sino también la participación en programas comunitarios, de prevención o de envejecimiento activo que podrían mejorar su calidad de vida y su autonomía. Muchos mayores migrantes carecen de familiares cercanos en España o cuentan con redes sociales muy limitadas tras años de precariedad, lo que incrementa el riesgo de aislamiento.

La soledad en la vejez es un factor de riesgo de primer orden: incrementa el riesgo de fragilidad, de deterioro cognitivo y, en consecuencia, de dependencia. Además, la **soledad no deseada** alcanza una prevalencia del 20 % en la población de más de 75 años y se sabe que en personas migrantes el riesgo de padecerla prácticamente se duplica (45). A todo ello hay que sumarle la **escasa adaptabilidad de los servicios** y las **barreras de acceso al sistema sanitario**, que **adquieren un peso mucho mayor durante el envejecimiento**.

Trámites administrativos que ya presentan dificultades para la población general resultan especialmente complejos para las personas mayores migrantes, en muchas ocasiones con menor alfabetización digital, menor manejo del idioma local y escasos apoyos familiares para realizar las gestiones.

Como resultado, incluso quienes cuentan con residencia legal pueden quedar sin acceso a una atención médica regular y un seguimiento de sus procesos crónicos. En los últimos años se han documentado decenas de miles de casos de personas migrantes excluidas de la atención sanitaria por este tipo de trabas administrativas, lo que, en el caso de las personas mayores, se traduce en descompensaciones prevenibles de enfermedades, hospitalizaciones evitables y un aumento prematuro de la dependencia. (44)

En este contexto, la **farmacia comunitaria** se consolida como un recurso **accesible y cercano** para personas mayores con patologías crónicas o pluripatológicas, con las que mantiene una **relación continuada**.

Los **Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales**, tanto de **atención farmacéutica** como de **salud comunitaria**, permiten optimizar tratamientos, promover hábitos saludables y detectar situaciones de vulnerabilidad, como la soledad o el edadismo. Esta función adquiere especial relevancia para las **personas mayores migrantes**, que enfrentan barreras lingüísticas, culturales o administrativas que dificultan su acceso a otros recursos sanitarios y sociosanitarios.

Asimismo, existen algunas herramientas y planes estatales orientados a mitigar estas barreras —como el Marco Estratégico de Ciudadanía e Inclusión contra el Racismo y la Xenofobia (8), las iniciativas del Ministerio de Sanidad sobre envejecimiento saludable y prevención de la fragilidad (46), o la Estrategia Estatal de Cuidados y Desinstitucionalización (2024-2025) (47)—, pero aún se echa en falta integrar medidas que contemplen la doble vulnerabilidad de ser mayor y migrante en los sistemas de atención tanto sanitaria como social.

3. Cuidar en diversidad: buenas prácticas en atención sanitaria y sociosanitaria inclusiva e integral

Existen ya en España experiencias y programas que avanza hacia modelos de atención sanitaria y sociosanitaria más inclusivos, integrales e interculturales, mostrando que es posible responder a la diversidad desde la coordinación, la sensibilidad cultural y la participación comunitaria. Estas iniciativas ponen de relieve que cuidar en diversidad no solo implica atender necesidades sanitarias o sociales, sino reconocer trayectorias vitales, contextos culturales y factores estructurales que condicionan la salud y el bienestar de las personas migrantes.

A través de enfoques integrales que combinan salud, acompañamiento social, mediación cultural y formación de profesionales, estos proyectos contribuyen a reducir desigualdades, mejorar el acceso a los servicios públicos y fortalecer la cohesión social. En la **Figura 2** se presentan algunos ejemplos de buenas prácticas a nivel institucional que ilustran distintos modos de integrar la atención sanitaria y sociosanitaria desde una perspectiva intercultural.

- El **Programa de Atención Humanitaria** del Estado, gestionado por el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, combina la cobertura de necesidades básicas con una evaluación inicial de vulnerabilidades y la derivación a recursos especializados en salud, empleo y vivienda, aunque aún afronta retos en continuidad, coordinación y enfoque intercultural. (48).
- La **Red ISIR de Andalucía** (49) trabaja en la formación y sensibilización de profesionales, la elaboración de protocolos y materiales, y la creación de espacios de intercambio de experiencias, facilitando la incorporación de la perspectiva intercultural en la atención sociosanitaria.
- En Canarias, el **Protocolo de Atención Sanitaria a Menores Migrantes** (50) establece un marco integral para la atención de menores con independencia de su origen o situación administrativa. Este modelo incorpora un enfoque biopsicosocial que contempla salud física y mental, así como factores sociales de vulnerabilidad vinculados tanto al trayecto migratorio como a las condiciones en el país de origen y en el lugar de acogida. Además, prevé formación específica para profesionales en todas las áreas de salud mediante un sistema *formador de formadores*, asegurando que la atención sea coordinada, culturalmente sensible y adaptada a las necesidades reales.

Figura 2. Modelos de buenas prácticas institucionales en la atención sanitaria y sociosanitaria integral.

Además, junto a las iniciativas institucionales, diversas ONG están impulsando proyectos que refuerzan la respuesta sanitaria y sociosanitaria desde un enfoque comunitario, participativo e intercultural. Es el caso de **Farmamundi** que, junto con otras organizaciones y asociaciones comunitarias, trabaja en promover una atención más inclusiva y equitativa. Algunos ejemplos de ello son los recogidos en la **Figura 3**.

- El proyecto **Activando Salud Madrid** (51) busca generar conocimiento y competencias entre el sector sanitario para reducir las barreras de acceso a la salud mediante metodologías de salud comunitaria.
- El programa **Saludemia** (52) ofrece formación gratuita dirigida a profesionales del sector sanitario en Andalucía, con el fin de acercarles a las buenas prácticas de cooperación internacional y acción humanitaria globales y locales.
- El proyecto **B-iledi** (53) forma a jóvenes como agentes juveniles promotores de diversidad, equidad y cuidado emocional, para que se conviertan en protagonistas del cambio social hacia la inclusión y la interculturalidad.
- El proyecto **“Mujeres tejiendo oportunidades: lucha contra la pobreza laboral y de los cuidados”** se lleva a cabo en Valencia y ofrece acompañamiento a mujeres profesionales del hogar y los cuidados, promoviendo su acceso a la salud y a la información sobre derechos laborales (54).

Figura 3. Iniciativas de **Farmamundi** para fortalecer la atención sanitaria y sociosanitaria integral.

En conjunto, estas experiencias evidencian que **la atención sanitaria y sociosanitaria integral e intercultural** es posible cuando se articula la **coordinación institucional** y la **participación comunitaria**, pilares imprescindibles para avanzar hacia un sistema más justo, inclusivo y sensible a la diversidad cultural.

4. Recomendaciones

La integración sanitaria y sociosanitaria de la población migrante no es un objetivo distinto del de cualquier otra persona residente en nuestro país. En la medida en que forman parte del mismo marco de derechos, deberes y responsabilidades, **la consideración de sus intereses debe integrarse en el esfuerzo general por garantizar la igualdad y reducir vulnerabilidades.** La atención sanitaria y sociosanitaria a personas migrantes, especialmente en situación de exclusión, requiere por tanto de modelos estables y transversales, que no dependan únicamente de iniciativas aisladas, sino que se incorporen de manera estructural en el sistema de servicios públicos. Para avanzar hacia este objetivo, se proponen las siguientes líneas de actuación:

- **Detección temprana de necesidades** complejas, entendidas como aquellas que combinan factores sanitarios, sociales, legales, laborales y residenciales. Esta detección debe producirse desde el primer contacto con los servicios (sanitarios, sociales, educativos), con protocolos comunes y herramientas de cribado que permitan identificar riesgos y derivar de manera ágil hacia recursos especializados. A este respecto, ya se ha mencionado la capacidad de la red de farmacias para actuar como un sensor social.
- Garantizar el **acceso universal a los servicios** sanitarios, sociales y legales, evitando que la situación administrativa constituya una barrera.
- Incorporar de manera transversal la **perspectiva intercultural y de género**, tanto en la atención directa como en la planificación y evaluación de los servicios. Ello requiere formación continua del personal, participación activa de las comunidades y herramientas que aseguren respuestas sensibles a la diversidad.
- Reforzar la **coordinación intersectorial** entre salud, servicios sociales, empleo, educación, justicia y vivienda, evitando duplicidades y trabas administrativas. La creación de circuitos de derivación claros facilitaría una atención más ágil, coherente y centrada en la persona.
- Asegurar **itinerarios continuos de atención**, que acompañen a las personas en todo el proceso, desde la llegada hasta la plena inclusión social. Estos itinerarios deben garantizar la continuidad del apoyo, adaptándose a las distintas fases de integración y evitando interrupciones entre recursos o niveles de atención.

REFERENCIAS

1. Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. Situación de las personas migrantes y refugiadas en España. Informe 2024 [Internet]. [citado 2025 sep 24]. Disponible en: https://www.inclusion.gob.es/documents/6602794/6879681/INFORME_FISI_2024_accesible.pdf/c25a5af9-c42b-b01d-a213-fde48df23354?t=1752150741586
2. Comité Técnico de la Fundación FOESSA. Vulneración de derechos: Las personas en situación administrativa irregular [Internet]. Madrid: Fundación FOESSA; 2023 [citado 2025 oct 2]. Disponible en: <https://www.foessa.es/main-files/uploads/sites/16/2023/09/Focus-PSAI.pdf>
3. Funcas. Pobreza o exclusión social de la segunda generación de inmigrantes en España [Internet]. [citado 2025 oct 24]. Disponible en: <https://www.funcas.es/articulos/pobreza-o-exclusion-social-de-la-segunda-generacion-de-inmigrantes-en-espana/>
4. La Vanguardia. Un 58% de personas sin hogar en España son extranjeras [Internet]. 2024 dic 26 [citado 2025 sep 12]. Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/vida/20241226/10238490/58-personas-hogar-espana-extranjeras.html>
5. Observatorio Español del Racismo y la Xenofobia. Librería Virtual [Internet]. [citado 2025 sep 18]. Disponible en: <https://expinterweb.mites.gob.es/libreriavirtual/descargaGratuita/OBERAXE266>
6. Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030. Estrategia Nacional de Prevención y Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social 2024-2030. [Internet]. [citado 2025 sep 24]. Disponible en: https://www.dsca.gob.es/sites/default/files/derechos-sociales/Estrategia_Prevencion_Pobreza_FINAL_2312.pdf
7. Ministerio de Vivienda y Agenda Urbana. Vivienda [Internet]. 2017 [citado 2025 sep 24]. Disponible en: <https://www.mivau.gob.es/vivienda>
8. Observatorio Español del Racismo y la Xenofobia. Marco Estratégico de Ciudadanía e Inclusión contra el Racismo y la Xenofobia (2023-2027) [Internet]. [citado 2025 sep 24]. Disponible en: <https://www.inclusion.gob.es/web/oberaxe/w/marco-estrategico-de-ciudadania-e-inclusion-contra-el-racismo-y-la-xenofobia-2023-2027->
9. Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. Informe trimestral de extranjeros 2025 [Internet]. [citado 2025 sep 12]. Disponible en: https://www.mites.gob.es/ficheros/ministerio/sec_trabajo/analisis_mercado_trabajo/poblacion-extranjera/2025/Informe_trimestral_extranjeros_5.pdf
10. Real Instituto Elcano. Inmigración y mercado de trabajo en España [Internet]. [citado 2025 sep 17]. Disponible en: <https://www.realinstitutoelcano.org/analisis/inmigracion-y-mercado-de-trabajo-en-espana/>
11. Servicio Público de Empleo Estatal. Informe del Mercado de Trabajo de los Extranjeros [Internet]. [citado 2025 sep 17]. Disponible en: <https://www.sepe.es/HomeSepe/que-es-el-sepe/comunicacion-institucional/publicaciones/publicaciones-oficiales/listado-pub-mercado-trabajo/informe-mercadotrabajo-estatal-extranjeros.html>
12. Porthé V, Benavides FG, Vázquez ML, Ruiz-Frutos C, García AM, Ahonen E, et al. La precariedad laboral en inmigrantes en situación irregular en España y su relación con la salud. Gaceta Sanitaria. 2009;23(Supl 1):107-114. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2009.09.004>

- Página 32

26. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. Pacto de Estado contra la Violencia de Género [Internet]. [citado 2025 sep 24]. Disponible en: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/pacto-de-estado-contra-la-violencia-de-genero/>
27. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. Plan Operativo para la Protección de los Derechos Humanos de mujeres y niñas víctimas de trata, explotación sexual y mujeres en contextos de prostitución (2022-2026) «Plan Camino» [Internet]. [citado 2025 sep 24]. Disponible en: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/planes-actuacion/tratamujeresyninas/plancamino/>
28. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. Planes Estratégicos de Igualdad entre mujeres y hombres [Internet]. [citado 2025 sep 24]. Disponible en: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/planes-actuacion/planesestrategicosigualdad/>
29. Ministerio de Igualdad. El Consejo de Ministros aprueba las primeras estrategias estatales LGTBI y trans [Internet]. [citado 2025 sep 24]. Disponible en: <https://www.igualdad.gob.es/comunicacion/sala-de-prensa/el-consejo-de-ministros-aprueba-las-primeras-estrategias-estatales-lgtbi-y-trans/>
30. Ministerio de Sanidad. *Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de los registros clínicos de atención primaria* [Internet]. [citado 17 de septiembre de 2025]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf
31. Grupo de Atención al Inmigrante de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). *Los problemas de salud mental en el paciente inmigrante* [Internet]. [citado 17 de septiembre de 2025]. Disponible en: https://semergen.es/files/docs/grupos/atencionInmigrante/5%20-%20inmigrante_complet.pdf
32. Guarch-Rubio M. Riesgo de suicidio entre la población migrante: ¿miramos para otro lado? *El País* [Internet]. 2024 [citado 17 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://elpais.com/planeta-futuro/2024-04-02/riesgo-de-suicidio-entre-la-poblacion-migrante-miramos-para-otro-lado.html>
33. Médicos del Mundo España. *Informe de resultados para la mejora de la aceptabilidad hacia las personas migrantes y racializadas* [Internet]. Madrid: Médicos del Mundo; 2025 [citado 24 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.medicosdelmundo.org/app/uploads/2025/02/INFORME-ACCION-SALUD-2024-1.pdf>
34. Mesa-Vieira C, Haas AD, Buitrago-Garcia D, Roa-Diaz ZM, Minder B, Gamba M, et al. Mental health of migrants with pre-migration exposure to armed conflict: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*. 2022 mayo 1;7(5):e469–81. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35487232/>
35. Hultman L, Asaba E, Riedel D, Abdu S, Afe H, Atafnu R, et al. Migration and disability narratives from an intersectional perspective: a photovoice study. *Disabil Soc*. 2025 ene 2;40(1):21–46. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09687599.2023.2271157>
36. Ministerio de Sanidad. *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022–2026* [Internet]. [citado 24 de septiembre de 2025]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/bibliotecaPub/repositorio/libros/29236_estrategia_de_salud_mental_del_Sistema_Nacional_de_Salud_2022-2026.pdf

37. Ministerio de Sanidad. *Plan de acción de la salud mental 2025-2027*. [Internet]. [citado 24 de septiembre de 2025]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Plan_de_accion_para_la_salud_mental_v2.9.pdf
38. Defensor del Pueblo. Niñas y niños extranjeros en España solos o acompañados [Internet]. [citado 2025 sep 24]. Disponible en: <https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2025/05/Ninas-y-ninos-extranjeros-en-Espana-solos-o-acompanados.pdf>
39. Instituto Nacional de Estadística. Abandono temprano de la educación-formación en la población de 18 a 24 años. [Internet]. [citado 2025 sep 12]. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259944520169&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalleFichaIndicador¶m3=1259937499084
40. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Población Activa (EPA). Primer trimestre 2025 [Internet]. [citado 2025 sep 12]. Disponible en: <https://www.ine.es/dynqs/Prensa/EPA1T25.htm>
41. Jefatura del Estado. Real Decreto-ley 2/2025, de 18 de marzo, por el que se aprueban medidas urgentes para la garantía del interés superior de la infancia y la adolescencia ante situaciones de contingencias migratorias extraordinarias [Internet]. BOE. 2025 mar 19; Sec. 1:36441-55 [citado 2025 sep 24]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rdl/2025/03/18/2>
42. Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. Elma Saiz con mayores migrantes [Internet]. [citado 2025 oct 28]. Disponible en: <https://www.inclusion.gob.es/documents/20121/0/20241218+NP+Elma+Saiz+con+mayores+migrantes.pdf/62c948d1-3e7b-25da-afac-bf552a30769b?t=1734529570024>
43. Santamaría-Rodríguez S, Martínez-Negro I, Jiménez-Viseu-Pinheiro I, Pulido-Manzanero J, Ares-Blanco S, et al. Acceso al sistema sanitario de la población inmigrante en España según posición socioeconómica. *Rev Clínica Med Fam*. 2025;18(1):21-8. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2025000100005
44. Médicos del Mundo. Informe barreras 2024 [Internet]. [citado 2025 sep 15]. Disponible en: <https://www.medicosdelmundo.org/app/uploads/2024/10/informe-barreras-2024-DIGITAL.pdf>
45. Jiménez AT, Villafranca RR, García JMF. Barómetro de la Soledad No Deseada en España 2024. Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada [Internet]. [citado 2025 sep 24]. Disponible en: <https://www.soledades.es/estudios/barometro-soledad-no-deseada-espana-2024>
46. Ministerio de Sanidad. Envejecimiento saludable y prevención de fragilidad en el marco de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS [Internet]. [citado 2025 sep 24]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/envejecimientoSaludable/fragilidadCaidas/estrategiaSNS/home.htm>
47. Estrategia de Desinstitucionalización. Primer Plan Operativo 2024-2025 [Internet]. [citado 2025 sep 24]. Disponible en: https://estrategiadesinstitucionalizacion.gob.es/wp-content/uploads/2024/12/Primer-Plan-Operativo-24_25-Estrategia-Cuidados-VF.pdf
48. Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. Atención humanitaria - Migraciones [Internet]. Madrid: Gobierno de España; [citado 2025 sep 26]. Disponible en: <https://www.inclusion.gob.es/web/migraciones/atencion-humanitaria>

49. Red iSir. Red iSir migración y salud [Internet]. [citado 2025 sep 26]. Disponible en: <https://www.redisir.net/>
50. Gobierno de Canarias. Atención a menores migrantes [Internet]. Servicio Canario de la Salud; [citado 2025 sep 26]. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/06f5d6af-e00b-11ed-9fa3-c59472cce41e/AtencionMenoresMigrantesReducido>
51. Activando la salud en Madrid. [Internet]. Madrid: Salud Glocal; [citado 2025 oct 15]. Disponible en: <https://activandosaludmadrid.saludglocal.org/>
52. Saludemia 2.0: retos globales en salud [Internet]. Cádiz: Coordinadora Andaluza de ONGD (CAONGD); [citado 2025 oct 15]. Disponible en: <https://caongd.org/curso/saludemia-retos-globales-salud-cadiz/>
53. B-íledi [Internet]. Madrid: Salud Glocal; [citado 2025 oct 15]. Disponible en: <https://saludglocal.org/proyectos/biledi/>
54. Farmamundi. Farmamundi y ALPHyC acompañamos a mujeres trabajadoras del hogar y los cuidados en Valencia [Internet]. 2024 [citado 2025 oct 15]. Disponible en: <https://farmaceuticosmundi.org/farmamundi-y-aiphyc-acompanan-a-mujeres-trabajadoras-del-hogar-y-los-cuidados-en-valencia/>

3.

La atención sanitaria y sociosanitaria
a las personas migrantes en España:
acceso, coordinación y equidad

Competencias culturales y buenas prácticas en la atención sanitaria y sociosanitaria

Cuando la buena intención no basta:
el reto cultural de los cuidados



1. Introducción

Las diferencias culturales pueden afectar la comprensión de las indicaciones clínicas y la adherencia al tratamiento. En algunos casos, las barreras idiomáticas impiden que el paciente entienda las recomendaciones, lo que genera percepciones erróneas sobre la eficacia terapéutica. Un ejemplo sería las diferencias entre culturas en los cuidados del posparto, para algunas, reposo prolongado y una dieta caliente, mientras que las pautas actuales sanitarias en nuestro país promueven la movilización temprana y una alimentación ligera. Cuando estas diferencias no se consideran, el equipo médico interpreta falta de cumplimiento, mientras que el paciente percibe falta de reconocimiento cultural.

Ejemplos como este ponen en relieve que la salud, entendida como un estado de **bienestar físico, mental y social**, no puede separarse del marco cultural en el que cada individuo y comunidad la experimentan. Las nociones de bienestar, enfermedad y cuidado dependen estrechamente de prácticas, creencias y valores determinados tanto por la historia como por las estructuras sociales y religiosas de los grupos humanos. En consecuencia, el trabajo sanitario y social no puede concebirse al margen de la **diversidad cultural**, ya que esta influye profundamente en la forma en que las personas entienden sus padecimientos, buscan ayuda y se relacionan con los sistemas de atención (1-3).

El aumento global de las migraciones, la **pluralidad étnica** en las sociedades contemporáneas y el desarrollo de nuevos flujos de movilidad configuran contextos asistenciales crecientemente multiculturales. Este panorama no solo plantea una mayor complejidad organizativa a los servicios sanitarios, sino que también cuestiona las formas tradicionales de construir **relaciones de confianza** entre profesionales y usuarios. Lograr un acceso equitativo a la atención exige reconocer la diversidad cultural como un **elemento estructural** de la prestación de servicios. Ignorar este hecho obstaculiza la adherencia a tratamientos, incrementa el riesgo de diagnósticos erróneos o abandono del seguimiento, y deteriora la confianza institucional (4,5).

2. La competencia cultural en el sistema sanitario y sociosanitario

La noción de **competencia cultural** no se limita a conocer ciertas costumbres o tradiciones de comunidades específicas. Se trata más bien de una **capacidad dinámica y continua** que permite comprender y relacionarse con personas de distintos contextos culturales, adaptando actitudes y procedimientos con el fin de ofrecer una atención **equitativa, respetuosa y efectiva** (6,7).

En el ámbito sanitario, esto implica reconocer que la cultura moldea las **narrativas de enfermedad** que atraviesan tanto a pacientes como a profesionales. Las explicaciones que las comunidades elaboran sobre el origen y tratamiento de los padecimientos inciden directamente en los itinerarios de búsqueda de ayuda. Si el sistema sanitario **ignora o estigmatiza** esas creencias, al tomar como único modelo válido el que atraviesa a la institución, se genera una relación de **desconfianza mutua**, atención inadecuada y peores resultados en salud, especialmente para quienes no comparten el relato biomédico hegemónico (4).

Un caso que ilustra esta realidad es el de algunos pacientes procedentes de determinadas zonas de África subsahariana, que combinan creencias espirituales y remedios tradicionales con la medicina occidental, y perciben la enfermedad como un desequilibrio no solo físico, sino social y espiritual (8). Esta diferencia cultural puede poner en tensión la comunicación y la adherencia al tratamiento, especialmente cuando no existe mediación intercultural ni formación en competencia cultural en los equipos de salud.

Desarrollar esta competencia no debe entenderse como un protocolo cerrado, sino como un **proceso de aprendizaje continuo**. Lejos de una simple "tolerancia" a la diversidad, este enfoque propone integrar sensibilidad, capacitación y capacidad de **negociación multicultural** en la práctica clínica y comunitaria. De esta manera, la competencia cultural se transforma en un **principio rector** de la calidad y equidad asistencial (9).

El marco teórico español define la competencia cultural como un proceso **dinámico, reflexivo y participativo**, que abarca tanto la adquisición de conocimientos sobre otras culturas como la capacidad de **autocrítica profesional** y el desarrollo de habilidades en **comunicación intercultural** (10,11).

Aunque diversas Comunidades Autónomas, así como el Ministerio de Sanidad, han puesto en marcha programas y herramientas de formación, su implementación es todavía heterogénea y limitada (5,12), siendo el desarrollo efectivo de la competencia cultural en los equipos sanitarios y sociales aún desigual.

Algunos enfoques actuales, como el de Metzl y Hansen (13), proponen hablar de **competencia cultural y estructural**, una perspectiva que no solo reconoce la diversidad simbólica o relacional, sino también los **determinantes sociales de la salud**: estatus migratorio, precariedad laboral, género y racismo institucional, entre otros. Integrar ambas dimensiones exige que los profesionales no solo se adapten culturalmente, sino que también reconozcan las **limitaciones estructurales** que condicionan la vida y la salud de las personas.

3. Barreras y retos de la comunicación intercultural en España

Existen múltiples barreras en lo que respecta a la comunicación y la atención sanitaria y sociosanitaria intercultural, algunas ya apuntadas anteriormente. No obstante, resulta fundamental subrayar un aspecto clave: estas barreras no se ubican exclusivamente en las personas que reciben atención, sino también en quienes la proveen (14,15).

Desde la perspectiva de los pacientes, los obstáculos pueden ir desde el **desconocimiento** del funcionamiento del sistema sanitario o de sus derechos como usuarios, hasta la **desconfianza** motivada por diferencias en las creencias sanitarias, el **miedo** a la deportación o el temor a recibir un trato discriminatorio por parte del personal (15-17).

Por parte de los profesionales, destacan barreras como la **falta de formación** en competencia cultural y lingüística, la **carencia de recursos** adaptados para la mediación y la traducción, la presencia de **prejuicios y estereotipos**, el **racismo interiorizado**, así como una serie de barreras estructurales como la **sobrecarga de trabajo**, limitaciones administrativas, ausencia de protocolos claros y escaso tiempo para una atención personalizada (14,15,18,19).

3.1 Barreras comunicativas y lingüísticas

Una de las principales dificultades para un acceso equitativo al sistema sanitario y sociosanitario son las **barreras comunicativas** presentes en la relación asistencial. El idioma, los códigos gestuales, así como las formas de expresar el dolor, las emociones o el consentimiento, varían ampliamente entre culturas. En España, los recientes flujos migratorios han aumentado la presencia de usuarios que no dominan el castellano ni las lenguas cooficiales, dificultando así la expresión de su experiencia de enfermedad (20,21).

Esta realidad se refleja en los datos recogidos en uno de los últimos informes de Médicos del Mundo sobre barreras de acceso al sistema sanitario de la población migrante: de los 70.000 casos documentados a lo largo de 32 meses en España, aproximadamente el 25 % tenían relación directa con la falta de información y adaptación cultural, reflejando el impacto de la ausencia de traducción, mediación intercultural y comunicación clara en los centros sanitarios (22).

Esta situación da lugar, en ocasiones, a consultas mediadas por familiares —a veces menores de edad (23)— o a la ausencia de traducción especializada (24,25), con el consiguiente impacto negativo sobre la **calidad de la atención**, el **derecho a la confidencialidad** y la **eficacia del tratamiento** (17,26).

Pero la comunicación intercultural **no se limita a lo lingüístico**. La forma en que se expresa el sufrimiento, la gravedad o la información sanitaria relevante está atravesada por códigos culturales que, en muchas ocasiones, **no se ajustan a las expectativas biomédicas occidentales** (27). Por ejemplo, en algunos contextos culturales, los pacientes pueden mostrar una aparente conformidad con las indicaciones médicas debido a normas de respeto hacia la autoridad, sin intención real de adherirse al tratamiento (28). Estas brechas pueden generar **malentendidos, errores diagnósticos o dificultades de adherencia** terapéutica (29).

Pictogramas farmacéuticos: una herramienta frente a las barreras comunicativas

El proyecto “**Pictogramas Farmacéuticos: Elementos conducentes al Uso Racional del Medicamento**”, finalista de la IV Edición de los Premios a la Innovación Social: Farmacéuticos y ODS del Consejo General, y desarrollado por la **Universidad de Granada** entre 2022 y 2024, evaluó cómo la inclusión de pictogramas en los prospectos de medicamentos mejora la comprensión, especialmente en personas con menor alfabetización en salud.

En un estudio con estudiantes de educación secundaria, los pictogramas aumentaron significativamente la comprensión lectora y fueron ampliamente valorados como herramienta útil, evidenciando su potencial para mejorar la **seguridad, adherencia terapéutica y equidad en el uso de medicamentos**.

El proyecto incluyó además población vulnerable, concretamente **migrantes subsaharianos recién llegados a España**, donde los pictogramas existentes no alcanzaron el umbral mínimo de comprensión, subrayando la necesidad de **adaptaciones culturales y lingüísticas**.

3.2 La situación de las personas migrantes con discapacidad

Las personas migrantes con discapacidad enfrentan una problemática que dificulta especialmente su acceso a estos servicios.

Un ejemplo claro es el de las personas migrantes con discapacidad auditiva, cuya situación se ve agravada tanto por el **desconocimiento de sus necesidades** por parte del personal sanitario como por las múltiples barreras comunicativas que enfrentan.

Estas barreras derivan, entre otros factores, del limitado dominio de la lengua de signos española, del castellano y del propio sistema internacional de signos, lo que complica aún más la interacción con los profesionales de la salud y otros actores. A ello se suma la **falta de intérpretes disponibles las 24 horas**, que obliga a recurrir a soluciones precarias, como aplicaciones de traducción en el móvil. Además, cuando las consultas se realizan con intérpretes y mediadores, el personal sanitario en ocasiones cuestiona su presencia, evidenciando una **falta de sensibilización** sobre la importancia de estos apoyos. De forma añadida, la **escasez de recursos económicos** limita el acceso a internet o a audífonos, restringiendo el uso de servicios esenciales como la videointerpretación (30).

En consecuencia, y como reflejo de la acumulación de estos y otros factores estructurales, una encuesta de la Confederación Estatal de Personas Sordas muestra que una de cada cinco (22,2 %) de las personas sordas migrantes encuestadas manifestó haberse sentido discriminada en la atención sanitaria (30).

3.3 El reto de la salud mental

Un terreno especialmente complejo es el de la **salud mental** (31). Numerosos estudios muestran que las **narrativas culturales del sufrimiento psíquico** son sumamente diversas y pueden entrar en conflicto con los enfoques biomédicos dominantes.

Por ejemplo, algunas personas musulmanas del Magreb interpretan los síntomas que desde el modelo biomédico occidental se considerarían depresivos en términos **espirituales o morales**, lo que condiciona tanto su demanda de ayuda como su cumplimiento de tratamientos psicofarmacológicos (32-34). Es necesario que los profesionales estén capacitados para reconocer y respetar estas diferencias (35), evitando realizar **diagnósticos erróneos** (17) cuando se encuentran ante expresiones culturalmente coherentes del malestar.

3.4 Racismo estructural: una barrera transversal

Finalmente, cabe destacar la persistencia de **prejuicios y racismo estructural** en el sistema sanitario y sociosanitario. El racismo —tanto consciente como inconsciente— constituye un factor transversal que condiciona el funcionamiento global del sistema. Las investigaciones muestran que estos sesgos afectan directamente la **calidad de la atención** que reciben personas gitanas o migrantes, quienes relatan con frecuencia experiencias de **trato desigual, discriminación o desconfianza institucional** (36,37).

En un informe redactado por Médicos del Mundo, casi la mitad (45 %) de las personas encuestadas percibieron ser tratadas de forma negativa, la gran mayoría (74 %) poniéndolo en relación con su apariencia de persona extranjera o por ser migrante y/o racializado.

Como principales consecuencias de la discriminación vivida, las personas encuestadas refirieron: miedo a acudir a los servicios públicos (40 %), sensación de estar más aislado/a (38 %), aumento de un sentimiento de desconfianza (38 %) y repercusiones a nivel de malestares psicológicos como estrés, ansiedad o depresión (29 %) (38); quedando patente que esta realidad impacta negativamente no solo en la relación asistencial, sino también en los procesos de **inclusión social** y en los **resultados de salud** de estas poblaciones.

4. Formación, sensibilización y mediación intercultural: experiencias y desafíos

4.1 Formación en competencias interculturales

Atender al reto de la multiculturalidad exige una **formación profunda, continua y aplicada** en competencias interculturales para el personal sanitario y los equipos multiprofesionales del ámbito sociosanitario (36).

En este sentido, diversas Comunidades Autónomas han puesto en marcha programas de capacitación que incluyen módulos específicos sobre **comunicación intercultural, gestión de la diversidad y atención a minorías étnicas y religiosas** (39,40). Además, organizaciones de la sociedad civil han producido guías y materiales formativos para fortalecer competencias interculturales en contextos sanitarios y sociosanitarios (33).

No obstante, la **dotación de recursos y el tiempo disponible** para esta formación sigue siendo insuficiente frente a las necesidades reales detectadas en el terreno. Los profesionales demandan un **mayor acompañamiento institucional**, materiales didácticos contextualizados, acceso a experiencias de inmersión cultural y herramientas prácticas adaptadas a sus respectivas especialidades (5).

4.2 La figura de la mediadora intercultural

En este contexto, la figura del **mediador intercultural** ha ido cobrando un papel cada vez más relevante dentro de la atención sanitaria y sociosanitaria en España. Diversos estudios destacan la importancia de estos perfiles profesionales—frecuentemente provenientes de las propias comunidades minoritarias (41)—como **puentes entre el sistema y las personas usuarias, traductores de códigos simbólicos y facilitadores de la corresponsabilidad en salud** (33,42).

En España, la experiencia histórica y social de la **población gitana** es un referente clave para comprender la necesidad y el impacto de la mediación cultural en salud. Aunque este colectivo no es migrante, enfrenta desigualdades en acceso y resultados de salud que reflejan una **exclusión estructural persistente** (43). La población gitana ha tenido una importancia decisiva en el establecimiento y consolidación de programas de mediación cultural en el ámbito estatal, europeo e internacional. Iniciativas pioneras como el **Servicio de Mediación de Salud Pública con la Comunidad Gitana** en la Comunidad de Madrid han demostrado la eficacia de integrar mediadores gitanos en los equipos de salud para mejorar la accesibilidad, la comunicación intercultural y los resultados sanitarios de esta comunidad (44,45).

Los/las mediadores/as **acompañan en trámites administrativos, traducen la información clínica** y son capaces de **desactivar tensiones** derivadas del desconocimiento o el miedo hacia las instituciones sanitarias (46–48). Trabajadoras sociales, educadoras de salud y personal de enfermería especializado en mediación han fortalecido su rol en equipos que han integrado la dimensión intercultural de manera transversal en su práctica diaria (49–53).

4.3 Limitaciones y precariedad del modelo actual

Sin embargo, la eficacia de estos dispositivos se ve comprometida por la **precariedad laboral** y la **escasa institucionalización** de la figura del/la mediador/a. La falta de reconocimiento profesional, la contratación inestable y la dependencia de proyectos o subvenciones dificultan su sostenibilidad y generalización en el territorio nacional (54,55).

Por otro lado, también existen **resistencias internas** dentro de los propios equipos sanitarios hacia la incorporación de esta figura. Estas resistencias pueden limitar la utilización efectiva de los/las mediadores/as o subestimar su valor en los procesos clínicos y sociales (54). Consolidar este rol implica **definir claramente sus competencias**, garantizar su **integración orgánica** en los equipos y establecer **mecanismos de supervisión e intercoordinación** estables.

En países como Bélgica o Suiza se aplican **programas de mediación intercultural institucionalizados** desde los años noventa, donde las personas mediadoras forman parte de **equipos permanentes en hospitales** universitarios, con **financiación pública** y **protocolos nacionales de supervisión** (56). Este modelo contrasta con la fragmentación del sistema español (57), donde la continuidad de estos servicios depende a menudo de convocatorias anuales o fondos extraordinarios, quedando la generalización y sostenibilidad de las buenas prácticas dificultada por la dispersión autonómica, la falta de modelos sistemáticos de evaluación y la insuficiencia presupuestaria.

5. Buenas prácticas institucionales

En distintas regiones y municipios de España se han llevado a cabo iniciativas orientadas a mejorar la **competencia cultural** y la **equidad en la atención sanitaria y social**, como, por ejemplo, la producción de materiales informativos multilingües o servicios de traducción o mediación (58,59). Estas propuestas tienen como objetivo incrementar la comprensión y apropiación de los mensajes institucionales por parte de usuarios de diferentes culturas (48).

5.1 Servicios de mediación intercultural

En varios hospitales y centros sanitarios y sociales de diversas Comunidades Autónomas se ha consolidado el acceso a servicios de mediación intercultural, tanto en consultas programadas como en urgencias u otros ámbitos. La implementación de estos servicios ha permitido mejorar y aportar calidad a la atención sanitaria y sociosanitaria, así como promover el acceso y la integración al sistema sanitario de colectivos en situación de vulnerabilidad (4).

En la **Figura 1**. se muestran algunos ejemplos concretos de buenas prácticas en diferentes regiones.



Figura 1. Ejemplos de buenas prácticas institucionales. Fuente: elaboración propia.

6. El rol de la comunidad en la atención sanitaria y sociosanitaria y la construcción de redes de confianza

La **participación activa de la comunidad** es un pilar fundamental para consolidar sistemas inclusivos y culturalmente competentes. En España, las asociaciones de migrantes, la población gitana y otros colectivos de base han ido ganando protagonismo en la definición, implementación y evaluación de políticas sanitarias, tanto a nivel local como autonómico (37,65).

La implicación comunitaria en campañas informativas, en la formación de agentes de salud y en el asesoramiento de mediadores, especialmente cuando incluye a colectivos migrantes, fortalece la legitimidad de las intervenciones institucionales y actúa como puente entre el sistema sanitario y sociosanitario y las poblaciones con menor confianza en las estructuras formales del Estado (66,67).

En el caso de la población migrante, la participación activa facilita el reconocimiento de derechos, la continuidad asistencial y la garantía de una atención más equitativa. Participar en asociaciones o redes locales contribuye a generar confianza, superar barreras lingüísticas y culturales y reducir la desinformación o el temor a ser estigmatizados o excluidos. Además, contribuye a identificar necesidades que no siempre son detectadas por los dispositivos formales (68).

En este marco, **los farmacéuticos comunitarios**, como agentes sanitarios cercanos y parte activa de la comunidad, **desempeñan un papel clave en la detección de necesidades culturales, la adaptación de mensajes y el seguimiento farmacoterapéutico**, contribuyendo a reducir barreras y mejorar la adherencia. Además, pueden actuar como punto de contacto accesible y de confianza, reforzando la vinculación de las personas migrantes con los recursos disponibles. Por eso, es fundamental ofrecer herramientas formativas e informativas a los farmacéuticos comunitarios para facilitar la integración de estos colectivos.

En contextos de diversidad cultural, esta presencia profesional de los farmacéuticos comunitarios, a través de la red capilar de farmacias en España, es un recurso muy valioso que debe ser tenido en cuenta para comprender cómo los determinantes sociales y las trayectorias migratorias influyen en la salud de las personas y en su acceso a los servicios.

La implicación activa de la comunidad resulta, por tanto, esencial para promover estrategias de salud pública sensibles al contexto migratorio, orientadas al bienestar integral y a la cohesión social (69,70).

6.1 Iniciativas comunitarias en España

Actualmente en España existen iniciativas comunitarias lideradas por profesionales sociosanitarios. Por ejemplo, la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC) lleva años impulsando el Programa de Actividades Comunitarias en la Atención Primaria (**PACAP**), que promueve el trabajo comunitario y su metodología. Algunos de estos proyectos mantienen vínculos sólidos con la comunidad y colaboran con escuelas y servicios sociales (71).

Asimismo, diversas organizaciones de la sociedad civil han desarrollado proyectos comunitarios orientados a la promoción de la salud, la equidad y la participación social.

Un ejemplo destacado es **Farmamundi**, organización no gubernamental que, además de su labor humanitaria y de cooperación internacional, implementa en España programas de educación y acción comunitaria en salud global. Entre estos proyectos destaca Activando ODS, que ha implicado a más de 300 personas en varias comunidades autónomas –Castilla y León, Extremadura, Euskadi, Andalucía, Valencia, Cataluña, Madrid, Asturias, Galicia, Aragón y Castilla-La Mancha– identificando más de 330 activos de salud en barrios como Polígono Sur (Sevilla), Casetas (Zaragoza) o Lavapiés (Madrid), con talleres, formación *online* y mesas de concertación territorial (72,73).

No obstante, la expansión nacional de estas actividades sigue sin consolidarse por **falta de apoyo institucional**: no hay incentivos, reconocimiento ni tiempo laboral asignado. La participación ciudadana por lo general ha sido escasa y centrada en ampliar servicios asistenciales. Además, la formación, experiencia y respaldo técnico son limitados, y algunos profesionales aún dudan de la eficacia de la salud comunitaria, pese a la creciente evidencia existente. Sin embargo, cabe destacar que en muchas ocasiones los **resultados** de estas intervenciones son **difíciles de medir** con métodos tradicionales, lo que requiere enfoques alternativos —cualitativos, participativos y cuantitativos— para visibilizar su impacto en el fortalecimiento de las redes sociales o en el aumento de la capacidad comunitaria (74).

6.2 Experiencias internacionales de participación comunitaria en salud

La literatura internacional también señala que la participación comunitaria no solo enriquece la legitimidad de los servicios, sino que representa una forma efectiva de **salud pública participativa** (74).

En países como Rumanía o Bulgaria se ha dado prioridad a los mediadores sanitarios romaníes como trabajadores sanitarios esenciales para diseñar y ejecutar campañas de vacunación que estén verdaderamente **adaptadas culturalmente** (75).

En Escocia es destacable la presencia del “**Scottish Health Council**”, el consejo de salud que forma parte de *Healthcare Improvement Scotland* para promover el enfoque en el paciente y la participación pública en el Servicio Nacional de Salud. Una de sus funciones es apoyar a las juntas regionales de salud para mejorar la participación individual y colectiva, así como supervisar cómo cumplen con su obligación legal de involucrar a la ciudadanía en la planificación y prestación de los servicios sanitarios (76–78).

En otros países, la participación comunitaria va mediada por proyectos centrados en problemas de salud concretos, como el programa **AKSEPT** (79) en Noruega, que ofrece apoyo entre iguales a personas migrantes afectadas por el VIH, combinando atención sanitaria con soporte psicosocial.

Otra experiencia de iniciativa comunitaria que abarca un territorio más amplio es el proyecto **SiforREF**, que ha creado comunidades mixtas cohesionadas entre población local y personas refugiadas en regiones como Viena, Emilia-Romaña, Berlín y Eslovenia Occidental. Esta iniciativa promueve la integración social y cultural a través de actividades conjuntas, voluntariado y asesoramiento personalizado, superando barreras iniciales y facilitando la participación activa de las personas migrantes en sus nuevos entornos (80).

6.3 Fortalecimiento comunitario e institucionalización

La apuesta por el fortalecimiento comunitario implica también la necesidad de **institucionalizar la participación** a través de espacios permanentes de diálogo, como mesas de salud interculturales (81), consejos municipales de diversidad o foros comunitarios (82,83). La dotación de recursos para la formación y empoderamiento de actores comunitarios es imprescindible para que esta participación sea real y efectiva (84,85).

Sin esta perspectiva estructural, el riesgo de que las iniciativas interculturales queden reducidas a proyectos piloto o a simples buenas intenciones es elevado.

7. Recomendaciones

La competencia cultural en el sistema sanitario y sociosanitario español constituye un pilar indispensable para abordar la creciente diversidad y los retos que ello implica. Se ha demostrado que la carencia de formación intercultural impacta negativamente en la calidad y equidad asistencial, contribuyendo a desigualdades en salud, menor adherencia terapéutica y realización de intervenciones inadecuadas.

Fortalecer esta competencia no solo responde a un imperativo ético y social, sino que también representa una inversión estratégica para la sostenibilidad y eficiencia del sistema sanitario y sociosanitario. La planificación y financiación estables, coordinadas entre distintos niveles administrativos, son necesarias para garantizar el impacto a medio y largo plazo de las propuestas, evitando la fragmentación y dependencia de fondos extraordinarios.

A partir de este documento, las recomendaciones específicas son:

- Consolidar la formación en competencia cultural en todos los niveles y perfiles profesionales, convirtiéndola en una competencia transversal y obligatoria.
- Establecer sistemas robustos de traducción, interpretación y mediación cultural con financiación pública estable para profesionalizar la figura del/la mediador/a.
- Diseñar, implementar y evaluar protocolos y materiales informativos multilingües adaptados a las necesidades de los colectivos más vulnerables.

- Institucionalizar la participación comunitaria en la definición de políticas de salud, promoviendo una corresponsabilidad real.
- Fortalecer la evaluación, el intercambio y la escalabilidad de buenas prácticas regionales y municipales para asegurar su replicabilidad y adaptación territorial.
- Integrar los determinantes sociales de la salud dentro de las políticas interculturales para lograr intervenciones más efectivas y con impacto real en la equidad.
- Desarrollar y asegurar modelos financieros sólidos y sostenibles que permitan abordar estas medidas. Avanzar hacia modelos de financiación orientados a la misión, lo que implica que las inversiones públicas no solo se asignen a actividades o programas concretos, sino a objetivos sociales prioritarios y a largo plazo; donde el Estado y las administraciones públicas asuman un rol activo en impulsar la innovación social y sanitaria mediante fondos estructurales, evitando la dependencia exclusiva de proyectos temporales o fondos privados (86).
- Aprovechar el potencial de la farmacia comunitaria, como agente integrado en la comunidad, en la educación sanitaria, acercando información comprensible sobre medicamentos a personas migrantes o con bajos niveles de alfabetización, y contribuyendo así a reducir desigualdades en el acceso a la información sanitaria.

REFERENCIAS

1. Arrizabalaga Ángela. Salud intercultural y antropología: conocer antes de actuar. EFE Salud [Internet]. 2019. [citado 2025 sep 10]. Disponible en: <https://efesalud.com/salud-intercultural-conocer-antes-actuar/>
2. Díaz Bernal Z, Aguilar Guerra T, Linares Martín X. La antropología médica aplicada a la salud pública. Revista Cubana de Salud Pública [Internet]. 2015;41(4):0-0. [citado 2025 sep 10]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000400009
3. Langdon EJ, Wiik FB. Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. Revista Latino-americana De Enfermagem [Internet]. 2010; 18:459-66. [citado 2025 sep 10]. Disponible en: https://www.academia.edu/110755835/Antropolog%C3%ADa_salud_y_enfermedad_una_introducci%C3%B3n_al_concepto_de_cultura_aplicado_a_las_ciencias_de_la_salud
4. Ruiz Hernández R. Mediación intercultural en el ámbito sanitario: Contribuciones a la atención sanitaria. Itinerarios Trabajo Social [Internet]. 2023;(3):76-83. [citado 2025 sep 10]. Disponible en: <https://revistes.ub.edu/index.php/itinerariots/article/view/40461>
5. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Instrumento para la valoración de la Competencia Intercultural en la Atención en salud mental Hacia la equidad en salud [Internet]. 2011. [citado 2025 sep 10]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/estrategia/actividadDeDesarrollo/competenciaIntercultural.htm>
6. 6. Diccionario de cáncer del NCI. [Cancer.gov](https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/competencia-cultural) [Internet]. 2011.[citado 2025 sep 10]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/competencia-cultural>
7. 7. Trinity Health. Cultural proficiency [Internet]. 2022. [citado 2025 sep 10]. Disponible en: <https://www.trinity-health.org/sites/default/files/credentialing/th-cultural-proficiency.pdf>

8. Martincano Gómez JL. Competencia cultural en la atención al inmigrante. Semergen [Internet]; 2004. [citado 2025 oct 27]. Disponible en: https://semergen.es/files/docs/grupos/atencionInmigrante/2-at_inmigrante_profe.pdf
9. Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE, Park ER. Cultural competence and health care disparities: key perspectives and trends. Health Aff (Millwood) [Internet]. 2005;24(2):499–505. [citado 2025 sep 10]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.24.2.499>
10. Flamarich Gol C. Atención a la diversidad cultural: perspectivas sobre la competencia cultural de las y los profesionales sanitarios. Revista Comunidad [Internet]. 2025; 27(1):33–7. [citado 2025 sep 10]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2339-78962025000100008&lng=es&nrm=iso
11. González C. Competencia Cultural. Enfoque del modelo de Purnell y Campinha-Bacote en la práctica de los profesionales sanitarios. Ene [Internet]. 2013;7:1. [citado 2025 sep 10]. Disponible en: <https://portalciencia.ull.es/documentos/62021199c0579702b5135eb4>
12. Aguilar Gil M, Bleda García JM, Centelles García C, Aguilar Gil M, Bleda García JM, Centelles García C. Los inmigrantes en el sistema sanitario español: aspectos participativos y de atención a la salud. Revista Española de Salud Pública [Internet]. 2019;93. [citado 2025 sep 16]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272019000100146&lng=es&nrm=iso&tlng=es
13. Metzl JM, Hansen H. Structural competency: theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. Social Science & Medicine [Internet]. 2014;103:126–33. [citado 2025 sep 16]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.06.032>
14. Pérez-Urdiales I, Goicolea I. How do immigrant women access health services in the Basque Country? Perceptions of health professionals. Atención Primaria [Internet]. 2018;50(6):368–76. [citado 2025 sep 16]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2017.05.011>
15. Levesque J-F, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. International Journal for Equity in Health [Internet]. 2013;12(1):18. [citado 2025 sep 16]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
16. Pust AB. Barreras de acceso de la población inmigrante a los servicios de salud en Catalunya [Internet]. 2012. [citado 2025 sep 16]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=102915>
17. Trujillo NL. La imposibilidad de curar sin entender [Internet]. Newtral. 2019 [citado 2025 oct 27]. Disponible en: <https://www.newtral.es/la-imposibilidad-de-curar-sin-entender/20191214/>
18. Pezoa Sade K, Chepo Chepo M. Barreras y facilitadores percibidos en la atención de salud a personas migrantes en Chile. Index de Enfermería [Internet]. 2023;32(3):e14356. [citado 2025 sep 16]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962023000300008
19. Médicos del Mundo. Informe de barreras al Sistema Nacional de Salud en poblaciones vulnerabilizadas [Internet]. 2023. [citado 2025 sep 16]. Disponible en: https://www.medicosdelmundo.org/app/uploads/2023/11/informe_barreras_2022_mayo_2023.pdf

20. Román-López P, del Mar Palanca-Cruz M, García-Vergara A, Román-López FJ, Rubio-Carrillo S, Algarte-López A. Barreras comunicativas en la atención sanitaria a la población inmigrante = Communication barriers in health to immigrants. Revista Española de Comunicación en Salud [Internet]. 2015; 204-12. [citado 2025 sep 17]. Disponible en: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/2939>
21. "Las principales barreras en la atención sanitaria a migrantes son idiomáticas, culturales y relacionadas con la falta de recursos adaptados". iSanidad [Internet]. 2025. [citado 2025 sep 17]. Disponible en: <https://isanidad.com/321513/las-principales-barreras-en-la-atencion-sanitaria-a-migrantes-son-idiomaticas-culturales-y-relacionadas-con-la-falta-de-recursos-adaptados/>
22. 70 000 casos de barreras de acceso a la sanidad evidencian la necesidad de poner fin a la exclusión sanitaria en España. Médicos del Mundo [Internet]. [citado 2025 sep 17]. Disponible en: <https://www.medicosdelmundo.org/actualidad/noticias/70-000-casos-de-barreras-de-acceso-a-la-sanidad-evidencian-la-necesidad-de-poner-fin-a-la-exclusion-sanitaria-en-espana/>
23. Arumí-Ribas M, Bestué C, Gil-Bardají A. Los menores de origen inmigrante en la intermediación lingüística: visibilización de un fenómeno social. Revista Lengua y Migración [Internet]. 2023; 15(1). [citado 2025 sep 17]. Disponible en: <https://erevistas.publicaciones.uah.es/ojs/index.php/lenguaymigracion/article/view/1673>
24. Vitalaru B. Materiales informativos para pacientes y lenguas de la inmigración: disponibilidad en línea y corpus para traductores e intérpretes. Onomázein [Internet]. 2023; (NE XIII):59-83. [citado 2025 sep 23]. Disponible en: <https://ebuah.uah.es/dspace/handle/10017/61174>
25. Plaza del Pino FJ, Cala VC, Soriano Ayala E, Dalouh R. 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 [Internet]. enero de 2020;17(8):2791. [citado 2025 oct 27]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32316654/>
26. Martí IA, Martín A. La barrera de la comunicación como obstáculo en el acceso a la salud de los inmigrantes. En: Actas del I Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía. Instituto de Migraciones [Internet]; 2011; p. 1521-34. [citado 2025 sep 23]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4051279>
27. Ferrerós Pagès C, Barriera Angàs M, Roca Urgell F, Baltasar Bagué A. Barreras en la comunicación asistencial con pacientes inmigrantes de origen amazig. Revista Española de Comunicación en Salud [Internet]. 2020; 11(2):217. [citado 2025 sep 17]. Disponible en: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/5249>
28. Addressing the role of culture in medication adherence [Internet]. Acare HCP Global. 2025 [citado 2025 oct 27]. Disponible en: <https://acarepro.abbott.com/articles/general-topics/role-of-culture-in-medication-adherence/>
29. Villagrán Castro KN, Hernández Rincón EH, García Zárate G, Jaimes Peñuela CL. Communication with a culturally and linguistically diverse population from Primary Care. Semergen [Internet]. 2024;50(4):102149. [citado 2025 sep 17]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2023.102149>
30. Jiménez Lara A, Quezada García MY. Estudio sobre la realidad de las personas sordas inmigrantes. CNSE [Internet]. 2018. [citado 2025 sep 23]. Disponible en: <http://riberdis.cedid.es/handle/11181/5628>
31. Kirmayer LJ, Narasiah L, Munoz M, Rashid M, Ryder AG, Guzder J, et al. Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. CMAJ [Internet]. 2011;183(12):E959-67. [citado 2025 sep 23]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.090292>

32. Ambrosolio EB, Díez GP. El concepto de enfermedad mental en inmigrantes marroquíes. Archivos de Psiquiatría [Internet]. 2007;70(3):175–90. [citado 2025 oct 1]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2777498>
33. GUÍA DIDÁCTICA El enfoque intercultural como herramienta para garantizar el derecho a la salud. Farmamundi. 2019 [Informe].
34. Essalhi F. Salud mental en la comunidad marroquí: reflexiones para un abordaje transcultural [Internet]. 1 de junio de 2020 [citado 2025 oct 27]; Disponible en: <https://repositori.urv.cat/fourrepopublic/search/item/TFG%3A2717>
35. Salud mental, problema y exclusión social. Fundación Instituto Spiral [Internet]. 2023. [citado 2025 oct 1]. Disponible en: <https://fispiral.com.es/salud-mental-problema-y-exclusion-social/>
36. Gil Estevan MD, Solano Ruíz M del C. La aplicación del modelo de competencia cultural en la experiencia del cuidado en profesionales de Enfermería de Atención Primaria. Revista de Atención Primaria [Internet]. 2017;49(9):549-56. [citado 2025 oct 1]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.10.013>
37. Arza Porras J, Rodríguez Camacho MF. Competencia intercultural profesional en la atención socio-sanitaria a la población gitana en España. Alternativas Cuadernos de Trabajo Social [Internet]. 2019; (26):59. [citado 2025 oct 1]. Disponible en: <https://alternativasts.ua.es/article/view/15345>
38. Aceptabilidad en el sistema sanitario público español. Informe de resultados para la mejora de la aceptabilidad hacia las personas migrantes y racializadas. Médicos del Mundo [Internet]. 2025. [citado 2025 oct 1]. Disponible en: <https://www.medicosdelmundo.org/actualidad/publicaciones/informes/informe-de-resultados-para-la-mejora-de-la-aceptabilidad-hacia-las-personas-migrantes-y-racializadas/>
39. Luque N. Curso «Mediación Intercultural en el contexto sanitario». Red Isir: inmigración y salud -. Red Isir: inmigración y salud [Internet]. 2025. [citado 2025 oct 1]. Disponible en: <https://www.redisir.net/2025/04/15/curso-mediacion-intercultural-en-el-contexto-sanitario/>
40. Lázaro Gutiérrez, Raquel, Tejero González, Jesús Manuel. Interculturalidad y mediación cultural en el ámbito sanitario. Descripción de la implementación de un programa de mediación intercultural en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Panace@ [Internet]. 2017; 18(46):97–107. [citado 2025 oct 1]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6282844>
41. Cendrero M. Las barreras lingüísticas y culturales limitan el acceso a la salud: «Algunos piensan que el psicólogo es un brujo». El Español. 2021 [citado 2025 oct 27]. Disponible en: https://www.elespanol.com/enclave-ods/historias/20211027/barreras-linguisticas-culturales-limitan-acceso-piensen-psicologo/622188162_0.html
42. Guerrero Romera Catalina. El mediador intercultural en el ámbito sociosanitario - RES. Revista de Educación SocialRES. Revista de Educación Social [Internet]. [citado 2025 oct 2]. Disponible en: <https://eduso.net/res/revista/14/miscelanea/el-mediador-intercultural-en-el-ambito-sociosanitario>
43. Ministerio de Sanidad - Áreas - Encuestas Nacionales de Salud a Población Gitana 2014 [Internet]. [citado 2025 oct 1]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/comunidadGitana/encuestasNacionales/encuesta2014.htm>
44. Ramasco Gutiérrez M, Campo Gabarre N, Martín Gómez R, García Escudero R, González Gabarre. C, Sillero Quintan Ma. I. El Servicio de Mediación de Salud Pública con la Comunidad Gitana en la Comunidad de

- Madrid. Revista Comunidad [Internet]. 2023; 25(3):57-66. [citado 2025 oct 2]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2339-78962023000300002
45. Giménez C. Comprendiendo y construyendo la mediación intercultural. Asoc Enseñ Con Gitanos [Internet]. 2012. [citado 2025 oct 2]. Disponible en: <https://www.aecgit.org/downloads/revistas/6/n-29.pdf>
46. Cayón de las Cuevas J. Mediación sociosanitaria intercultural. Universitat Oberta de Catalunya [Internet]. 2020. [citado 2025 oct 2]. Disponible en: <https://openaccess.uoc.edu/server/api/core/bitstreams/b7bcf63c-36d9-4672-b1b2-8e3218b5bd4a/content>
47. INEFSO. El rol del/a mediador/a intercultural en la integración de inmigrantes. Centro de Formación Oficial en Ciencias Sociales [Internet]. 2024. [citado 2025 oct 2]. Disponible en: <https://www.inefso.com/el-rol-del-a-mediador-a-intercultural-en-la-integracion-de-inmigrantes/>
48. Segura García María Teresa, Segura García Nivine, Salas Antolinez Agustín. Mediación Sociosanitaria Intercultural, estrategia de Comunicación en salud en Hospital Universitario Poniente Intercultural Sociohealth Mediation, health communication strategy in Hospital Universitario Poniente. Revista Española de Comunicación en Salud [Internet]. 2023;14(2):85-91. [citado 2025 oct 2]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9230737>
49. Fundación La Merced Migraciones. Guía de Gestión de la diversidad cultural en los centros de salud [Internet]. 2019. [citado 2025 oct 1]. Disponible en: https://www.lamercedmigraciones.org/src/uploads/2021/09/Guia_de_Gestin_de_la_diversidad_cultural_en_los_centros_de_salud.pdf
50. Valdez Fernandez AL. Interculturalidad: una apuesta en la formación de los profesionales enfermeros. Cul. Cuid. [Internet]. 2019 Diciembre 26; 23(55):209-21. [citado 2025 sep 23]. Disponible en: <https://culturacuidados.ua.es/article/view/2019-n55-interculturalidad-una-apuesta-en-la-formacion-de-los-pr>
51. Gómez Vicario M, Jiménez Hernández AS, Pantoja Vallejo A. Impacto de la formación en las competencias interculturales de los profesionales que intervienen con infancia migrante. Publicaciones [Internet]. 2024; 54(2):37-74. [citado 2025 sep 23]. Disponible en: <https://revistaseug.ugr.es/index.php/publicaciones/article/view/30440>
52. Fernández-Borrero MÁ, Relinque-Medina F, Martí-García S. Percepciones para la intervención social desde la competencia intercultural de profesionales. Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social [Internet]. 2017; (24):91-118. [citado 2025 oct 3]. Disponible en: <https://alternativasts.ua.es/article/view/11759>
53. Estévez Sánchez MM. La mediación intercultural, una herramienta para el trabajo social. Universidad Pública de Navarra [Internet]. 2024 [citado 2025 sep 11]. Disponible en: <https://academica-e.unavarra.es/server/api/core/bitstreams/d23a4b27-129c-487c-bc52-7c15779c98e3/content>
54. Jiménez V, Rosario M. Mediación intercultural en el ámbito sanitario de la Región de Murcia. Enferm Glob [Internet]. 2013; 12(29):383-90. [citado 2025 sep 23]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000100020
55. Buch Mejsner S, Davidović M, Kristiansen M, Mahato S, Eklund Karlsson L. Investigating the role of intercultural mediators in enhancing asylum-seeking migrants' access to health care services in Serbia. SAGE Open [Internet]. 2024;14(2). [citado 2025 sep 23]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/21582440241245508>

56. Salvador DS. Mediación intercultural e interpretación de los servicios públicos: ¿Europa intercultural? Pliegos de Yuste: revista de cultura y pensamiento europeos [Internet]. 2008; (7):77–82. [citado 2025 oct 1]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2975253>
57. Martínez RM. Mediación intercultural frente a la desigualdad en el acceso y disfrute a los cuidados sanitarios institucionales. Algunas consideraciones sobre las praxis profesionales en Bélgica y España. Migr Publ Inst Univ Estud Sobre Migr [Internet]. 2013; (33):97–125. [citado 2025 oct 1]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4241969>
58. Fundación Bayt al-Thaqafa. El Servicio Transcultural para la Atención de Mujeres Migradas Víctimas de Violencia crea cápsulas con recomendaciones para mujeres que llegan a Cataluña [Internet]. 2025. [citado 2025 oct 14]. Disponible en: <https://www.bayt-al-thaqafa.org/es/servicio-transcultural-atencion-mujeres-migradas-victimas-violencia-crea-capsulas-recomendaciones>
59. Farmamundi. Asesoramiento legal y apoyo psicológico para mujeres supervivientes de la MGF [Internet]. 2024. [citado 2025 oct 16] Disponible en: <https://farmaceuticosmundi.org/asesoramiento-legal-y-apoyo-psicologico-para-mujeres-supervivientes-de-la-mutilacion-genital-femenina/>
60. Gobierno de Castilla-La Mancha. El Hospital Universitario de Toledo pone en marcha el programa de mediación intercultural para facilitar la comunicación [Internet]. [citado 2025 oct 3]. Disponible en: <https://www.castillalamancha.es/actualidad/notasdeprensa/el-hospital-universitario-de-toledo-pone-en-marcha-el-programa-de-mediacion-intercultural-para>
61. Manual de Interpretación y Mediación Intercultural en el ámbito sociosanitario. Salud entre culturas [Internet]. [citado 2025 oct 1]. Disponible en: https://www.saludentreculturas.es/wp-content/uploads/2024/05/MANUAL_SIMI.pdf
62. Hospital Sant Joan de Déu. Mediación Intercultural [Internet]. [citado 2025 oct 1]. Disponible en: <https://www.sjdhospitalbarcelona.org/es/pacientes-y-familias/apoyo-y-acompanamiento/mediacion-intercultural>
63. Mediación Intercultural en los hospitales de Albacete. Diario Sanitario [Internet]. 2023. [citado 2025 oct 1]. Disponible en: <https://diariosanitario.com/mediacion-intercultural-en-los-hospitales-de-albacete/>
64. Unidad de Mediación Intercultural en el Hospital Universitario de Guadalajara. Salud Entre Culturas [Internet]. 2023. [citado 2025 oct 1]. Disponible en: <https://www.saludentreculturas.es/campaigns/unidad-de-mediacion-intercultural-en-el-hospital-universitario-de-guadalajara/>
65. Cloquell Lozano A, Lacomba Vázquez J. Las asociaciones de inmigrantes como organizaciones no gubernamentales de desarrollo. Entre la agencia y la adaptación institucional. OBETS Rev Cienc Soc [Internet]. 2020;15(1):105. [citado 2025 oct 10]. Disponible en: <https://rua.ua.es/server/api/core/bitstreams/37f1edbb-d751-4934-a4c2-2ccfceb42c0d/content>
66. López-Ruiz MV, Pola M, Enríquez Martín N, Cassetti V, Iriarte de Los Santos T, Benedé Azagra CB. ¿Cómo mejoramos la participación comunitaria en salud? Análisis de las acciones propuestas tras la aplicación de una herramienta de evaluación. Aten Primaria [Internet]. 2024;56(5):102847. [citado 2025 oct 10]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102847>
67. Alvear LM, Rodríguez M, Blanco MM, Rodríguez S, Ramales ALG. Promoción de la Salud en población inmigrante: participación comunitaria y educación entre iguales [Internet]. 2006. [citado 2025 oct 10]. Disponible en: <https://docta.ucm.es/rest/api/core/bitstreams/1ff006b5-0dad-43e5-a6fd-e262ff44f0a8/content>

68. Bochaca JG. Asociacionismo e inmigración. El papel de las asociaciones de inmigrantes en España. Intercamb/Échange [Internet]. 2016. [citado 2025 oct 10]. Disponible en: <https://repositori.udl.cat/server/api/core/bitstreams/5a45b781-916b-47e4-9639-5eaf4d30f39f/content>
69. 7 recomendaciones para promover la inclusión de las personas | ONU Migración Américas [Internet]. [citado 2025 oct 10]. Disponible en: <https://lac.iom.int/es/blogs/7-recomendaciones-para-promover-la-inclusion-de-las-personas-migrantes-en-las-comunidades-receptoras-traves-de-actividades-sociales-y-culturales>
70. Cassetti V, López-Ruiz V, Paredes-Carbonell J. Participación comunitaria: mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud. GuíaSalud [Internet]. 2019. [citado 2025 sep 29]. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/gpc/participacion-comunitaria/>
71. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria [Internet]. [citado 2025 sep 29]. Disponible en: <https://pacap.net/pacap>
72. Europa Press Extremadura. Más de 300 personas participan en el proyecto "Activando ODS" de Farmamundi en Extremadura y otras 10 regiones. Europa Press Extremadura [Internet]. 2024. [citado 2025 oct 16]. Disponible en: <https://www.europapress.es/extremadura/noticia-mas-300-personas-participan-proyecto-activando-ods-farmamundi-extremadura-otras-10-regiones-20240329162251.html>
73. Farmamundi. ¿Te perdiste «Activando ODS»? Esto es lo que pasó (y lo que nos espera). Farmamundi [Internet]. 2024. [citado 2025 oct 15]. Disponible en: <https://farmaceuticosmundi.org/activado-ods-continua/>
74. Miller F. Programas de salud comunitaria alrededor del mundo. Atención Primaria [Internet]. 2008;40(2):55-8. [citado 2025 oct 2]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-programas-salud-comunitaria-alrededor-mundo-13116146>
75. Las comunidades europeas gitanas: en riesgo de no tener acceso a la vacuna contra la COVID-19. Euronews [Internet]. 2021. [citado 2025 oct 2]. Disponible en: <https://es.euronews.com/my-europe/2021/04/08/las-comunidades-europeas-gitanas-en-riesgo-de-no-tener-acceso-a-la-vacuna-contra-la-covid->
76. Scottishhealthcouncil.org [Internet]. [citado 2025 oct 3]. Disponible en: <https://scottishhealthcouncil.org/>
77. Scottish Health Council – Participedia [Internet]. [citado 2025 oct 3]. Disponible en: <https://participedia.net/organization/2384>
78. Scottish Health Council. Health and Social Care Alliance Scotland [Internet]. 2017. [citado 2025 oct 3]. Disponible en: https://www.alliance-scotland.org.uk/blog/our_members/scottish-health-council/
79. Reyes-Uruena JM, Noori T, Pharris A, Jansà JM. Nuevos tiempos para la salud de emigrantes en Europa. Rev Esp Sanid Penit [Internet]. 2014;16(2):48-58. [citado 2025 oct 3]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2013-64632014000200004
80. Comisión Europea. Stories from Regional and Urban Policy [Internet]. 2021. [citado 2025 oct 10]. Disponible en: https://ec.europa.eu/regional_policy/whats-new/panorama/2021/04/04-07-2021-a-sustainable-welcome-for-migrants-and-refugees_es
81. Delegación Presidencial Provincial de Huasco. Modelo de salud intercultural en mesa de trabajo de pueblos originarios [Internet]. 2025. [citado 2025 oct 10]. Disponible en: <https://dpphuasco.dpp.gob.cl/2025/04/08/modelo-de-salud-intercultural-en-mesa-de-trabajo-de-pueblos-originarios/>

82. Community Tool Box. Llevar a cabo foros públicos y sesiones de escucha [Internet]. [citado 2025 oct 10]. Disponible en: <https://ctb.ku.edu/es/tabla-de-contenidos/valoracion/valorar-las-necesidades-y-recursos-comunitarios/foros-de-conducta-publica/principal>
83. Farmamundi. Diálogos interculturales sobre el derecho a la Salud Global en el barrio valenciano de Orriols - Fase IV. Farmamundi [Internet]. 2023. [citado 2025 oct 15]. Disponible en: <https://farmaceuticosmundi.org/dialogos-interculturales-sobre-el-derecho-a-la-salud-global-en-el-barrio-valenciano-de-orriols-fase-iv/>
84. Cotonieto-Martínez E, Rodríguez-Terán R. Salud comunitaria: Una revisión de los pilares, enfoques, instrumentos de intervención y su integración con la atención primaria. Journal of Negative and No Positive Results [Internet]. 2021;6(2):393–410. [citado 2025 oct 10] Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2021000200011
85. Carmona Hernández AL, Chong Lugon D. Participación comunitaria en proyectos de espacio público y diseño urbano durante la pandemia de la COVID-19 [Internet]. [citado 2025 oct 10] Disponible en: <https://observatorio2030.com/sites/default/files/2022-01/Participaci%C3%B3n%20comunitaria%20en%20proyectos%20de%20espacio%20p%C3%ABlico%20y%20dise%C3%B1o%20urbano.pdf>
86. Vázquez RF. Nuevo modelo financiero para la salud global [Internet]. LISA News. 2025 [citado 2025 oct 27]. Disponible en: <https://www.lisanews.org/internacional/nuevo-modelo-financiero-para-la-salud-global/>

4.

La atención sanitaria y sociosanitaria
a las personas migrantes en España:
acceso, coordinación y equidad

**Integrar los sistemas:
coordinación sanitaria,
social y actores clave
en la respuesta**



1. Introducción

El acceso de las personas migrantes a una atención sanitaria y sociosanitaria de calidad no depende únicamente de su situación administrativa ni de la normativa vigente en cada territorio, sino también de cómo se articulan los distintos sistemas encargados de efectuar la respuesta a sus necesidades. En España, esta articulación se enfrenta a un **reto persistente**: la **fragmentación** y las dificultades de **coordinación** entre los servicios sanitarios, sociales y de acogida, que se puso especialmente de manifiesto con la pandemia de la Covid-19 (1,2).

Esta fragmentación genera ineficiencias como la **duplicación de servicios**, el **exceso de burocracia** o la discontinuidad y **ralentización en los cuidados** a través de itinerarios de atención complejos y poco comprensibles para quienes los transitan (3).

La atención a problemáticas complejas, que son características de la vida de muchas personas migrantes, se beneficiaría de un abordaje integral que combine lo sanitario y lo social. Sin embargo, en la práctica, a menudo sólo reciben asistencia desde uno de estos ámbitos, perdiendo la oportunidad de acceder a los servicios complementarios. El resultado es una respuesta fragmentada que incrementa costes, reduce la eficacia de las intervenciones y, lo más grave, vulnera el derecho a una atención integral y equitativa (4).

La distribución competencial en España, que reparte responsabilidades entre la administración central, las comunidades autónomas (CCAA) y los entes locales, plantea un desafío para la coordinación y la continuidad asistencial. La Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR), en su informe 2024 señala que existen otras limitaciones estructurales como la financiación, la escasez de algunos profesionales y de protocolos o herramientas de comunicación (5). Es por tanto importante que el tercer sector, las asociaciones migrantes y las redes comunitarias puedan actuar como puente entre servicios.

Reconocer la fragmentación del sistema es una oportunidad para identificar e impulsar las áreas de mejora actuales, y permite orientar la evolución hacia un modelo sociosanitario más integrado, equitativo y eficaz, en sintonía con las iniciativas que ya están emergiendo en distintos territorios.

2. Las grietas de la coordinación sanitaria y social

2.1 Distribución competencial y desarticulación institucional

La atención a la salud y al bienestar de la población migrante se sitúa en la intersección de varios niveles de gobierno y de diferentes sectores de la administración pública. En España, el **Estado** conserva competencias clave en materia de **legislación básica** sanitaria, migratoria y de asilo. Las **CCAA gestionan la organización y prestación** de los servicios sanitarios y sociales y los **municipios** desempeñan un papel crítico en la acogida, el empadronamiento, la intervención comunitaria y la provisión de recursos de proximidad, pero también en la prestación de **servicios sociales** (6,7).

La *European Anti-Poverty Network* publicaba en 2021 un análisis de los servicios sociales en España y destacaba una falta de adecuación a las realidades actuales, entre ellas la adaptación a la diversidad cultural, **gran desigualdad territorial** y la **ausencia de acción integrada**, señalando la falta de capacidad para compartir expedientes entre CCAA y administraciones (8). Estas características dan lugar a un **acceso restringido** y **cobertura limitada** dejando fuera de la atención especialmente a los más vulnerables, entre ellos personas extranjeras en situación irregular. Además, destaca la ausencia de actualización y formación de los profesionales para la interoperabilidad de los datos recogidos (8).

2.2 Movilidad geográfica y vulnerabilidad migrante

Una característica central de la población migrante es la **mayor frecuencia de movilidad geográfica** (9). Una parte significativa de estos desplazamientos está vinculada a la búsqueda de empleo y, de manera característica, en sectores de alta temporalidad, como la agricultura de campaña, que concentra la demanda de mano de obra en territorios específicos en distintos momentos del año, en los cuales sobreviven en condiciones de gran precariedad (10). Esta dinámica obliga a miles de personas a trasladarse entre CCAA en cortos periodos de tiempo, encontrándose con normativas, procedimientos y recursos no siempre coordinados. En la práctica, esta movilidad implica perder profesionales de referencia, duplicar trámites administrativos y, en ocasiones, **reiniciar procesos de atención sanitaria y social** en cada territorio.

Otras causas de movilidad se relacionan con la búsqueda de redes de apoyo o la **reunificación con familiares y amistades**, que cumplen un papel esencial en el bienestar material y emocional de las personas migrantes. A ello se suman los desplazamientos dentro del país según la disponibilidad de plazas de los servicios de acogida (11).

3. Recursos y personal en tensión y ausencia de protocolos

La atención a la población migrante en España se enfrenta a importantes carencias estructurales que afectan a la calidad, continuidad y equidad de los servicios prestados. Esta prestación se organiza con frecuencia mediante programas y proyectos financiados a corto plazo, cuya ejecución recae en gran medida en organizaciones privadas, como Organizaciones No Gubernamentales (ONG), fundaciones y asociaciones (12).

La dependencia de estas convocatorias limita la planificación a largo plazo y dificulta la consolidación de soluciones estructurales, generando incertidumbre sobre la continuidad de los servicios, la disponibilidad de personal especializado y la implementación de protocolos unificados (13).

Además, el planteamiento del trabajo es reactivo, lo que obliga a actuar cuando la crisis ya se ha instaurado, quedando de lado el trabajo de prevención (8). De esta manera, la atención se fragmenta no solo por diferencias territoriales o sectoriales, sino también por la propia **temporalidad de los recursos**, dificultando que los beneficiarios puedan acceder a un seguimiento estable y sostenido por una dotación suficiente de profesionales cualificados (8). Especialmente hay una **escasez relativa de mediadores interculturales, trabajadores sociales y profesionales de salud mental** (14,15).

Respecto a la existencia de protocolos de coordinación sanitaria y social, en el territorio español existen algunos diseñados para situaciones concretas, como por patologías o por circunstancias sociales, pero no generalizados a nivel estatal sobre cómo realizar esta coordinación en personas migrantes.

Existen ejemplos a nivel autonómico como el Protocolo de atención sanitaria a menores migrantes del Gobierno de Canarias, en el que se tiene en cuenta el conjunto de las circunstancias de la vida de estas personas y busca dar respuesta a sus demandas asistenciales desde una perspectiva integral, aunque es eminentemente sanitario también se articula con la Consejería de Derechos Sociales (16).

Tampoco existe una historia clínica unificada ni historia social con interoperabilidad en todo el estado. De hecho, algunas CCAA están empezando a desarrollar historias sociales o sociosanitarias únicas, por lo que ni siquiera a nivel autonómico están plenamente implementadas (17).

4. Normativa en tramitación

En enero de 2023 el Consejo de Ministros aprobó el **Anteproyecto de Ley de condiciones básicas para la igualdad en el acceso y disfrute de los servicios sociales** que al cierre de este informe no ha comenzado su tramitación parlamentaria (18). Dicho anteproyecto tiene por objetivo establecer una base mínima común de atención en todo el territorio estatal, buscando la atención coordinada e integral con otros sistemas públicos, especialmente, el sanitario. Además, propone un modelo de atención integral y coordinado, orientado a **reducir la fragmentación** entre servicios sociales y facilitar la movilidad territorial de los usuarios. Sus medidas incluyen la creación de itinerarios de atención personalizados, el desarrollo de protocolos compartidos entre los diferentes niveles de gobierno y la promoción de la formación continua de profesionales, con especial énfasis en la atención a la diversidad y la inclusión de colectivos vulnerables.

El texto aborda directamente los obstáculos de acceso, estableciendo que todas las personas con residencia efectiva en el Estado español son titulares de los derechos contenidos en la ley, y que las personas extranjeras, **cualquiera que sea su situación administrativa**, accederán a los servicios y prestaciones básicos del Catálogo común. Un punto crucial es que define la "residencia efectiva" como vivir habitualmente en el territorio, sin que sea necesario contar con permiso de residencia. Asimismo, para acceder a prestaciones básicas, **no podrá solicitarse un tiempo mínimo de empadronamiento o residencia** en un municipio o comunidad autónoma, lo que elimina barreras históricas.

A nivel operativo, el modelo persigue garantizar la asignación de un profesional de referencia para la continuidad de la atención, la atención interdisciplinar de un equipo básico (trabajo social, educación social y psicología) y el uso de una Historia Social Única digital para coordinar el seguimiento del caso, registrando, entre otros, datos sanitarios. La futura ley reconocería el derecho a mantener ese servicio o prestación básica en caso de cambio de residencia a otras CCAA, lo que facilitaría la movilidad territorial y mejoraría la continuidad de los apoyos.

5. Actores clave en la atención y su rol en la coordinación

La eficacia de la atención sanitaria y sociosanitaria no depende solo de los recursos disponibles, sino también de cómo interactúan los distintos actores implicados. Comprender el rol de estos actores es esencial para identificar oportunidades de coordinación que garanticen itinerarios de atención coherentes, continuos e inclusivos para la población migrante.

5.1 Atención primaria de salud (APS)

La Atención primaria de salud (APS) se considera el eje del sistema sanitario y el primer estadio en el proceso asistencial. La OMS (Organización Mundial de la Salud) promueve este modelo como un enfoque de la salud que involucra a toda la sociedad para garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar con una distribución equitativa.

Los sistemas sanitarios que poseen una atención primaria bien dotada son más inclusivos, equitativos, costo eficaces y efectivos para mejorar la salud física y mental de las personas (19). La AP, como la “puerta principal” del sistema, ofrece una atención integral de calidad a lo largo de la vida y resuelve la mayor parte de los problemas de salud sin necesidad de recurrir a la atención especializada, cumpliendo así una función esencial de gestión de demanda asistencial (19).

Pese a su papel fundamental, la AP atraviesa una situación especialmente crítica, marcada por la sobrecarga y el deterioro de la accesibilidad. Actualmente, solo un cuarto de la población que necesita una consulta en AP la consigue en las primeras 24-48 horas, una cifra que antes de la pandemia rozaba el 50 % (20).

La AP tiene un potencial clave como eje articulador de itinerarios sanitarios, por su capacidad para gestionar cronicidad, pluripatología, fragilidad y dependencia, además de detectar situaciones de vulnerabilidad (violencia de género, maltrato infantil, trata de personas). Es el recurso adecuado para abordar determinantes sociales de la salud y desarrollar una atención culturalmente sensible.

En este contexto, la OMS subraya que la construcción de sistemas resilientes requiere integrar a la farmacia comunitaria como parte esencial de la APS. Las farmacias, por su proximidad y accesibilidad, son actores estratégicos para garantizar la continuidad asistencial, mejorar la adherencia terapéutica, optimizar el uso racional de medicamentos y ofrecer atención farmacéutica centrada en el paciente. Su incorporación en las redes de atención primaria contribuye a reducir la presión sobre otros niveles asistenciales y a fortalecer la respuesta integral del sistema.

5.2 Los servicios de urgencias hospitalarios

Las barreras administrativas que se encuentran en muchas ocasiones en los centros de salud y la falta de respuesta rápida de la APS hacen que un porcentaje significativo de personas acuda a los servicios de urgencias hospitalarias como vía de entrada a la asistencia sanitaria, especialmente entre población migrante y otros colectivos vulnerables. Otras de las razones que motivan esta tendencia son la dificultad en la conciliación laboral o familiar por la menor accesibilidad horaria de otros recursos. Hacer este uso de los servicios de urgencias tensiona el sistema y dificulta la continuidad asistencial, ya que no es el recurso apropiado para ello (20). Una agilización de la AP y la desaparición de las barreras administrativas que se encuentran en los centros de salud, muchas veces de manera arbitraria y heterogénea dentro del mismo centro, disminuirían la demanda en los servicios de urgencias hospitalarias por patologías que es más apropiado que sean tratadas en los servicios de APS u otros.

5.3 Coordinación con los servicios sociales

Los servicios sociales desempeñan un papel estratégico en la coordinación de la atención a la población migrante, al situarse en la intersección entre las necesidades inmediatas y los procesos de inclusión a medio y largo plazo. Su función va más allá de ofrecer prestaciones básicas pues son también responsables de diseñar itinerarios personalizados que incluyen orientación **laboral**, apoyo **educativo**, servicios de **traducción** de documentos e **interpretación**, acompañamiento **psicológico** y fomento de la **participación comunitaria** (21).

Una característica distintiva es que gran parte de estos servicios se prestan desde el **ámbito municipal**, lo que les otorga cercanía al territorio y capacidad para detectar de manera temprana las necesidades concretas de las personas migrantes. Desde esta posición, los servicios sociales pueden asegurar que la atención no se limite a la respuesta asistencial inmediata, sino que integre también dimensiones de salud, bienestar emocional y autonomía personal.

En esta proximidad, las farmacias en coordinación con los servicios sociales pueden ser agentes sociosanitarios fundamentales para dar información básica que facilite el acceso a los recursos a las personas migrantes.

El objetivo es **construir itinerarios de atención coherentes, continuos e integrales**, favoreciendo que las intervenciones confluyan en un mismo objetivo: garantizar la inclusión y la equidad en el acceso a derechos básicos.

5.4 Tercer sector, ONG y asociaciones de migrantes

El tercer sector – que incluye ONG, asociaciones de migrantes y redes comunitarias – desempeña un papel central como **punto entre las instituciones públicas y la población migrante**. Estas organizaciones actúan como facilitadoras del acceso a derechos y servicios, acompañando a las personas en la navegación de sistemas complejos de salud, servicios sociales y acogida. En ocasiones asumen **tareas que corresponden a la administración pública**, bien por subcontratación de programas, bien por insuficiencia de recursos estatales o locales.

Esto restringe la flexibilidad organizativa que podría permitirles adaptarse rápidamente a nuevas necesidades, perfiles cambiantes de la población migrante y contextos de crisis, ajustando itinerarios, intervenciones y apoyos según la realidad del momento. Su labor se ve reforzada porque muchos usuarios perciben estos entornos como más accesibles y menos hostiles que los servicios públicos, lo que fomenta la confianza y la disposición a buscar ayuda (22). Por tanto, en el ámbito de la coordinación sociosanitaria, el papel de las asociaciones de migrantes es especialmente relevante.

Su **proximidad con la comunidad**, tanto geográfica como cultural y socialmente, les permite comprender de manera más directa las necesidades y barreras, ocupando el vacío actualmente existente en el ámbito de la intervención social con personas migrantes. A través del trabajo entre pares y la participación activa de miembros de la propia comunidad, se facilita la confianza, la socialización y la adherencia a itinerarios de atención complejos. Este acompañamiento singular ofrece **apoyo emocional, orientación práctica y refuerza las redes informales** de solidaridad, siendo crucial para la superación de los malestares de las personas migrantes, basados en ocasiones en las ilusiones frustradas en la llegada y la experimentación de una falta de participación tanto en la sociedad de origen como en la de destino.

El asociacionismo se constituye como una respuesta a la exclusión institucional y la lucha contra la estructura de oportunidades excluyente. Sin embargo, estas asociaciones encuentran más dificultades que las grandes ONG para acceder a convocatorias oficiales de financiación, debido a que suelen ser micro-organizaciones y existe una cierta discriminación en favor de ONG con mayor antigüedad y tamaño (23). Esto limita su capacidad de ampliar servicios y pone en riesgo la continuidad y libertad de sus proyectos.

Por otra parte, las asociaciones de pacientes desempeñan un papel clave en la educación sanitaria, el autocuidado y la promoción de derechos en salud (24). Sin embargo, en España son pocas las iniciativas que establezcan una colaboración directa con personas migrantes, limitando el potencial de estas organizaciones para actuar como puente entre las necesidades específicas de la población migrante y los servicios de salud. Un ejemplo de la potencialidad de estas sinergias es el taller elaborado por la Asociación Española Contra el Cáncer sobre trámites, gestiones y recursos para personas migrantes (25). Facilitar la participación de las personas migrantes en estas asociaciones sería fundamental y enriquecedor para ambas partes.

5.5 La farmacia comunitaria

La farmacia comunitaria, tal como se ha pincelado a lo largo de los cuatro capítulos, constituye un **actor clave** dentro del sistema de atención sanitaria de proximidad, al ofrecer un acceso directo y cercano a información sanitaria, orientación sobre tratamientos y resolución de consultas para toda la población.

Su ubicación en todos los barrios y pueblos y la cercanía al domicilio de los usuarios hacen de la farmacia comunitaria un referente inmediato y de fácil acceso, especialmente para la población migrante que acude con frecuencia a los farmacéuticos en busca de consejo y orientación sobre salud y medicamentos (26).

Este papel de proximidad les permite actuar como **agentes de salud comunitaria y como radar social**. Además de implicarse en el seguimiento farmacoterapéutico de las personas migrantes que puede verse dificultado por problemas de comunicación, pueden desarrollar actividades formativas orientadas a fomentar el autocuidado y la promoción de la salud, incluyendo aspectos de salud física y mental.

En el ámbito de la medicación crónica y la continuidad asistencial, los farmacéuticos comunitarios tienen un **rol crucial en la adherencia terapéutica y la resolución de barreras**. Por ejemplo, la consulta más frecuente se refiere a la administración de medicamentos. Para la población migrante, la correspondencia entre medicamentos extranjeros y los comercializados en España significa un 18,3 % de las consultas complejas y es un tema especialmente importante para la asistencia sanitaria a personas migrantes (27).

La relación cercana y frecuente con los pacientes facilita el seguimiento continuado de los tratamientos, convirtiendo la farmacia comunitaria en un elemento estratégico para evitar interrupciones en la

atención y garantizar la eficacia de los cuidados, lo cual resulta esencial para personas que enfrentan barreras administrativas o culturales para acceder al sistema de salud. Además, las farmacias comunitarias pueden actuar como **nodos de información y orientación**, vinculando a los pacientes con recursos sociales y programas de salud pública.

Pero, además, este papel de proximidad convierte a la farmacia comunitaria en un auténtico radar social, capaz de detectar de manera temprana situaciones de vulnerabilidad, cambios en las necesidades de salud y problemas emergentes en la comunidad. Gracias a la interacción cotidiana con los pacientes, los farmacéuticos pueden identificar señales que escapen a otros niveles asistenciales, como dificultades económicas, aislamiento social o barreras culturales, y canalizar esta información hacia recursos sanitarios y sociales adecuados.

Las farmacias se están convirtiendo en un punto clave de apoyo contra la violencia social, incluyendo la búsqueda de personas desaparecidas y la protección de víctimas de violencia de género.

6. Buenas prácticas en acceso inclusivo

En España y Europa se han identificado múltiples buenas prácticas destinadas a garantizar el acceso sanitario de la población migrante, abarcando iniciativas de carácter institucional, comunitario y otras impulsadas por ONG.

En el ámbito institucional, destacan las acciones del Gobierno Vasco y Osakidetza, encabezadas por la elaboración de un **folleto informativo en lenguaje sencillo** que explica cómo acceder al sistema sanitario según la situación administrativa en la que se puedan encontrar las personas migrantes, a quienes va dedicado dicho material (28).

Su primera edición (**Figura 1.**), publicada en 2021, constituye un ejemplo de transparencia y accesibilidad para usuarios del sistema sanitario que encuentran enormes barreras informativas en una complejidad normativa y documental. Destaca por su enfoque inclusivo, con una redacción de preguntas en primera persona que se acerca al lector, cuya participación en el sistema sanitario queda legitimada a través de material institucional oficial. Un apoyo de este tipo es fundamental para generar confianza en aquellas personas en situación vulnerable, que a menudo temen acudir a centros de salud o servicios de urgencias, al tiempo que facilita la resolución de dudas legales y administrativas.

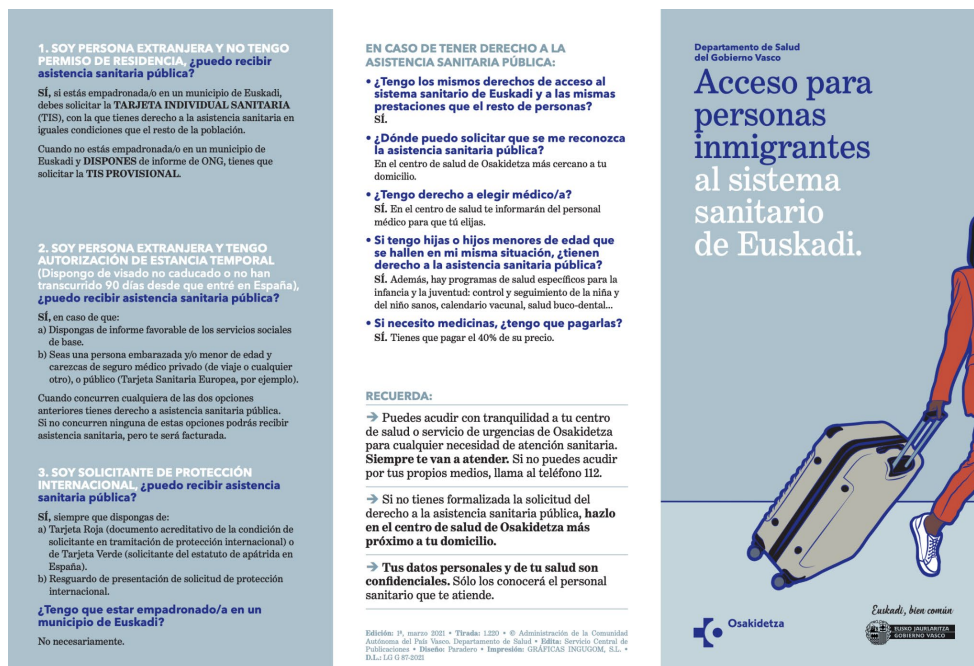


Figura 1. Folleto informativo “Acceso para personas inmigrantes al sistema sanitario de Euskadi”, editado por el Departamento de Salud del Gobierno Vasco y Osakidetza. Primera edición, marzo de 2021.

En el entorno institucional otra buena práctica a mencionar es el Protocolo de Trabajo Social Sanitario de la Comunitat Valenciana, publicado en febrero de 2020, cuyo objetivo es trasladar la normativa a la práctica operativa. Este documento define procedimientos claros dirigidos a las distintas figuras profesionales involucradas (trabajadores/as Sociales Sanitarios/as y técnicos/as de los diferentes servicios). Aclara dudas que se han podido generar en la aplicación de la ley vigente, empleando **definiciones claras de situaciones frecuentes** (ej. qué es una residencia efectiva, cuáles son las causas de no empadronamiento, etc.) y qué hacer en ellas para evitar interpretaciones arbitrarias y asegurar una aplicación homogénea (29).

Resulta relevante señalar la Actuación de Oficio del Defensor del Pueblo de Navarra (O18/21) por la que se recomienda al Departamento de Salud que, en relación con el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria de las personas migrantes en situación administrativa irregular, no se exija el empadronamiento para acreditar la residencia en Navarra (30). Insta a que se simplifiquen los procedimientos de reconocimiento de derechos y se eliminen los trámites innecesarios. Además, solicita **evitar la expedición de facturas** relativas al coste de servicios prestados, ya que, aunque no lleguen a cobrarse, ejercen un efecto disuasorio sobre colectivos particularmente vulnerables.

A nivel comunitario y local, destaca la acción de **Farmamundi** (ONG), cuya área de transformación social se basa en pilares como la investigación-acción, la formación profesional, la movilización social y la comunicación transformadora. Su labor no sólo refuerza la resiliencia de las comunidades migrantes, sino que también se encarga de la sensibilización de las instituciones públicas (31). Entre sus iniciativas destacan estudios con perspectiva de género como “Acceso y barreras de salud de mujeres africanas residentes en Euskadi”, también el recientemente publicado en este mismo sentido “Salud y migración. Barreras interseccionales y de género en el acceso sanitario de mujeres de África centro-oriental en Euskadi” y “Vivencias, creencias y prácticas de las mujeres en torno a la medicina tradicional y contemporánea en el contexto del embarazo, parto y posparto” llevado a cabo en Cataluña. En el ámbito de la formación, el programa Raisa, también en Cataluña, promueve módulos

dirigidos a profesionales sobre maternidades diversas a la acción intercultural, usando material videográfico como apoyo.

A su vez, en 2022 el Consejo General lanzó la campaña “Si la guerra nos duele a todos, la solidaridad es el mejor tratamiento”, con motivo del conflicto armado en Ucrania. Esta iniciativa buscaba poner en valor la solidaridad de la ciudadanía, al tiempo que destacaba la importancia de continuar prestando ayuda y colaboración para afrontar las necesidades sanitarias derivadas de la guerra. Entre los materiales elaborados se encontraba la infografía “**Apoyo de la farmacia española al paciente ucraniano**”, que recogía las expresiones más habituales utilizadas en las farmacias comunitarias, traducidas al ucraniano, con el objetivo de facilitar la labor asistencial de los farmacéuticos en la atención a estos pacientes.

Como respuesta a la confusión normativa y al retroceso en derechos que supuso el Real Decreto 16/2012 nació la **Red Yo Sí Sanidad Universal** (32). Se trata de un movimiento ciudadano cuya labor combina acompañamiento directo a personas excluidas, asesoría para empadronamiento, tramitación de tarjeta sanitaria y también ejerce de organismo de **denuncia social y política** frente a las barreras administrativas. La red mantiene un [portal web](#) que recopila información actualizada sobre normativa, procedimientos autonómicos, recursos locales y casos de exclusión, convirtiéndose en una herramienta práctica tanto para profesionales como para las personas afectadas.

En el ámbito europeo, otro buen ejemplo es el proyecto **CATALYSE**, financiado con fondos Horizon, que investiga los efectos del cambio climático en la salud de trabajadores migrantes agrícolas (33). En 2025, se trasladó al terreno mediante una visita a organizaciones locales, sindicatos, profesionales de la salud y ONG de la provincia de Almería. Se trata de una iniciativa multicéntrica con múltiples actores, que logra aterrizar en contextos locales, mejorando la capacidad del sistema para **reconocer y atender enfermedades relacionadas con la actividad laboral**, estableciendo puentes entre la atención sanitaria y colectivos altamente vulnerables. Este ejemplo constituye un modelo replicable en otros escenarios con alta presencia de migración laboral agrícola, subrayando la importancia de sensibilizar al personal asistencial respecto a las barreras que enfrentan las personas migrantes en el acceso sanitario.

7. Recomendaciones

La fragmentación entre servicios sanitarios, sociales y de acogida dificulta la atención integral de la población migrante, pero también **revela oportunidades claras de mejora**. Avanzar hacia una coordinación sociosanitaria efectiva permitiría no solo reducir inequidades, sino construir un sistema más resiliente, inclusivo y basado en evidencia para toda la ciudadanía.

- **Fortalecer la coordinación** entre los distintos niveles de la **administración pública** y los sectores implicados en la atención a personas migrantes, incluyendo **sanidad, servicios sociales** y acogida. Continuar con la tramitación de la Ley de condiciones básicas para la igualdad en el acceso y disfrute de los servicios sociales o plantear una pieza legislativa similar. Esto facilitaría la planificación conjunta de recursos y la homogeneización de criterios para atender las necesidades reales de la población migrante.
- **Implementar protocolos** de **derivación** y seguimiento compartidos, así como de sistemas de información interoperables, contribuiría a que los itinerarios de atención sean continuos y comprensibles para los usuarios. Estos instrumentos deberían **contemplar la movilidad geográfica** de las personas migrantes e integrar información sanitaria, social y de acogida, garantizando la coordinación entre profesionales y reduciendo el riesgo de interrupciones en los cuidados.

- **Formalizar la participación de ONG, asociaciones** de migrantes y otros **actores comunitarios** en la coordinación sociosanitaria, reconociendo su papel como puente entre servicios y población. Involucrarles en la planificación de itinerarios de atención, en la detección de necesidades emergentes y en la adaptación de los servicios a la diversidad cultural. Para ello, es imprescindible asegurar una financiación estable y favorecer intervenciones más sostenidas.
- **Ofrecer formación continua a los profesionales** sobre coordinación intersectorial, derechos de las personas migrantes, competencias culturales y buenas prácticas en acompañamiento comunitario. Esta capacitación favorecería la comunicación efectiva entre sectores, la detección temprana de necesidades y la implementación de intervenciones más coordinadas y equitativas.

REFERENCIAS

1. Pereira-Puga M, Hernández-Moreno J, Cruz-Martínez G. La coordinación institucional durante la pandemia de COVID-19: el caso de las residencias de personas mayores en España. *Política Soc.* 25 de agosto de 2023;60(2):e84774-e84774.
2. Amnistía Internacional. A día de hoy no tengo nada: el fracaso del sistema para proteger a los y las menores llegados a Canarias [Internet]. [citado 2025 oct 13]. Disponible en: <https://doc.es.amnesty.org/ms-opac/permalink/1@000036390>
3. Velasco Caballero F. Duplicidades funcionales de Comunidades Autónomas y entidades locales. *Anu Derecho Munic.* 2011;(5):21–60.
4. Fundación Economía y Salud. Hacia un modelo de atención sociosanitaria [Internet]. [citado 2025 oct 13]. Disponible en: https://www.fundacioneconomiaysalud.org/wp-content/uploads/Hacia-un-Modelo-de-Atenci%C3%B3n-Sociosanitaria-OK_compressed.pdf
5. Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR). Informe 2024: las personas refugiadas en España y Europa [informe]. 2024.
6. Diputación de Barcelona. Servicios sociales básicos [Internet]. [citado 2025 oct 13]. Disponible en: https://www.diba.cat/c/document_library/get_file?uuid=41cd062e-55c0-4313-aa6a-7737a3b1a514&groupId=1295730
7. España. Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las bases del régimen local. *Boletín Oficial del Estado.* 1985 abr 3;(80).
8. EAPN España. Análisis de los servicios sociales: las personas atendidas y la perspectiva autonómica [Internet]. 2021 [citado 2025 oct 13]. Disponible en: https://www.eapn.es/ARCHIVO/documentos/documentos/1640249921_eapn-servicios-sociales_20211222.pdf
9. Recaño J. La consolidación de las migraciones internas de inmigrantes como factor estructural de la movilidad geográfica en España. En: Domingo A, Recaño J, editores. *La nueva inmigración interna en España: perfiles, trayectorias y territorios.* Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona, Centre d'Estudis Demogràfics; 2016. p. 25–52.

10. Perna R, Moreno Fuentes FJ. Inmigración y atención sanitaria en un contexto de pandemia: vulnerabilidades y (escasas) respuestas en Europa y en España. Anu CIDOB Inmigr. 2021;2020:116–28. doi:10.24241/AnuarioCIDOBInmi.2020.116
11. Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR). Proceso de asilo [Internet]. [citado 2025 oct 14]. Disponible en: <https://www.cear.es/persona-refugiada/proceso-de-asilo/>
12. Consejo General del Trabajo Social. Precarización, feminización y desprofesionalización: la realidad de la atención social primaria en servicios sociales [Internet]. 2022 [citado 2025 oct 13]. Disponible en: <https://www.cgtrabajosocial.es/comunicaciones/precarizacion-feminizacion-y-desprofesionalizacion-la-realidad-de-la-atencion-social-primaria-en-servicios-sociales/633/view>
13. Jiménez J. Un solo profesional de Trabajo Social por cada 5.600 habitantes en Canarias: “Hay sobrecarga en los servicios básicos”. ElDiario.es [Internet]. 2024 [citado 2025 oct 13]. Disponible en: https://www.eldiario.es/canariasahora/sociedad/profesional-trabajo-social-5-600-habitantes-canarias-hay-sobrecarga-servicios-basicos_1_11522767.html
14. Miret M. Mediación para derribar las barreras lingüísticas y culturales en salud. Rev Haz [Internet]. 2024 [citado 2025 oct 14]. Disponible en: <https://hazrevista.org/soluciones/2024/03/mediacion-para-derribar-las-barreras-linguisticas-y-culturales-en-salud/>
15. Martín P. España, a la cola europea en número de psiquiatras pese al alza de los trastornos mentales [Internet]. El Periódico. 2023 [citado 2025 oct 13]. Disponible en: <https://www.elperiodico.com/es/sociedad/20230607/espana-deficit-falta-psiquiatras-88369386>
16. Gobierno de Canarias. Protocolo de atención sanitaria a menores migrantes (infancia en movimiento). Versión reducida [Internet]. 2024 [citado 2025 oct 14]. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/06f5d6af-e00b-11ed-9fa3-c59472cce41e/AtencionMenoresMigrantesReducido>
17. Europa Press. La Junta impulsa la historia social única con 1,4 millones para integrar toda la información de los ciudadanos [Internet]. 2024. Disponible en: <https://www.europapress.es/castilla-y-leon/noticia-junta-impulsa-historia-social-unica-14-millones-integrar-toda-informacion-ciudadanos-20240327131348.html>
18. Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030. Anteproyecto de ley de condiciones básicas para la igualdad en el acceso y disfrute de los servicios sociales [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.dsca.gob.es/sites/default/files/consultapub/AP-SERVICIOS-SOCIALES.pdf>
19. Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud [Internet]. 2023 [citado 2025 oct 13]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
20. Consejo Económico y Social (CES). El sistema sanitario: situación actual y perspectivas para el futuro. Madrid: Consejo Económico y Social; 2024. 298 p. (Colección Informes).
21. Ayuntamiento de Madrid. Oficina municipal de información, orientación y acompañamiento para la integración social de la población inmigrante. Oficina Norte [Internet]. 2024 [citado 2025 oct 13]. Disponible en: <https://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/Educacion-y-empleo/Empleo/Direcciones-y-telefonos/Oficinas-Municipal-de-Informacion-y-Orientacion-para-la-Integracion-de-Poblacion-Inmigrante/?vgnextfmt=default&vgnextoid=ca27464fe8bad610VgnVCM1000001d4a900aRCRD&vgnnextchannel=3954c5dee78fe410VgnVCM1000000b205a0aRCRD>

22. Vázquez JL, Berlanga MJ. Migrantes, refugiados y tercer sector social: un análisis del papel de las grandes ONG españolas en la gestión de fondos y políticas. *Altern Cuad Trab Soc.* 2022;29(1):1–23.
23. Mori3n-Castro J, Aboussi M. Las asociaciones de inmigrantes en España: funciones y limitaciones ante el reto de la integraci3n. *Trab Soc Glob.* 2016;6(11):143–65
24. Propatiens. Asociaciones de pacientes en Espa3a [Internet]. 2024 [citado 2025 oct 13]. Disponible en: <https://propatiens.com/asociaciones-paciente-espana/>
25. Asociaci3n Espa3ola Contra el C3ncer. Migraci3n: taller de tr3mites, gestiones y recursos [Internet]. [citado 2025 oct 13]. Disponible en: <https://www.contraelcancer.es/es/talleres/migracion-taller-tramites-gestiones-recursos>
26. Poyatos MT, Castillo P, Vicent V, Ferrer JB, Mi3ana JB, Almi3ana M. Inmigrante y farmacia comunitaria [Internet]. *Farm Comunitarios.* 2010;2(Supl 1). Disponible en: <https://www.farmaceticoscomunitarios.org/es/journal-article/inmigrante-farmacia-comunitaria>
27. Jim3nez Labaig L, Jim3nez Gal3n ER. La farmacia comunitaria como centro de informaci3n del medicamento fiable y accesible al paciente [Internet]. *Farm Comunitarios.* 2012;4(Supl 1). Disponible en: <https://www.farmaceticoscomunitarios.org/journal-article/farmacia-comunitaria-como-centro-informacion-del-medicamento-fiable-accesible-al>
28. Gobierno Vasco. Acceso para personas inmigrantes al sistema sanitario de Euskadi [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/dac_tarjeta_sanitaria/es_def/adjuntos/acceso_es.pdf
29. Generalitat Valenciana. Protocolo de trabajo social sanitario para el desarrollo del acceso a la asistencia sanitaria universal [Internet]. 2020 [citado 2025 oct 20]. Disponible en: https://www.san.gva.es/documents/3016813/3065095/protocolo_trabajadoras_y_trabajadores_sociales_es.pdf
30. Defensor del Pueblo de Navarra. Actuaci3n de oficio del Defensor del Pueblo de Navarra 018/21 por la que se recomienda al Departamento de Salud en relaci3n con el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria de las personas inmigrantes en situaci3n administrativa irregular [Internet]. 2019 [citado 2025 oct 20]. Disponible en: <https://www.defensornavarra.es/es/resoluciones-defensor/resoluciones/actuacion-de-oficio-del-defensor-del-pueblo-de-navarra-018-21-por-la-que-se-recomienda-al-departamento-de-salud-en-relacion-con-el-reconocimiento-del-derecho-a-la-asistencia-sanitaria-de-las-personas-inmigrantes-en-situacion-administrativa->
31. Farmamundi. Estrategia con poblaci3n migrante.
32. Qui3nes somos | Yo S3 Sanidad Universal. Sitio web oficial [Internet]. [citado 2025 oct 20]. Disponible en: <https://yosisanidaduniversal.net/quienes-somos>
33. Williams S. How does heat affect the health of migrants working in agriculture in Southern Europe? [Internet]. Barcelona: ISGlobal; 2025 [citado 2025 oct 20]. Disponible en: <https://www.isglobal.org/healthisglobal/-/custom-blog-portlet/-como-afecta-el-calor-a-la-salud-de-los-migrantes-que-trabajan-en-la-agricultura-del-sur-de-europa->

LA ATENCIÓN SANITARIA Y SOCIOSANITARIA A LAS PERSONAS MIGRANTES EN ESPAÑA

Acceso, coordinación y equidad



Estudio realizado por:

ISGlobal
Instituto de
Salud Global
Barcelona

Integrantes del Consejo Asesor Social:

