

# **SALUD E INTEGRACIÓN DE LAS MUJERES INMIGRANTES**

## **Una cuestión de derechos desde la interseccionalidad y multigobernanza**

**HEALTH AND INTEGRATION OF IMMIGRANT WOMEN**  
**An issue of rights from intersectionality and multi-governance**

**Aitana Torró i Calabuig\***

**RESUMEN:** A la hora de acceder a los servicios sanitarios, las mujeres inmigrantes – especialmente, aquellas en situación administrativa irregular – se van a topar con una serie de obstáculos concretos, fruto de los diversos ejes de desigualdad que las atraviesan y dan forma a su ubicación en la trama social. Así, se pretende exponer la necesidad de incorporar un enfoque interseccional y de género en las políticas de integración, concretamente las relativas al ámbito sanitario, a través del análisis de la legislación estatal y autonómica existente, que revelará los avances conseguidos y las deficiencias persistentes en la materia.

**ABSTRACT:** *When it comes to accessing healthcare services, immigrant women – especially those in an irregular administrative situation – will come up against specific obstacles, as a result of the various axes of inequality that run through them and shape their social location. Thus, the aim is to expose the need to incorporate an intersectional and gender approach in integration policies, concretely those related to the healthcare field, through the analysis of existing state and autonomic legislation, which will reveal the progress achieved and the persistent deficiencies in this area.*

**PALABRAS CLAVE:** integración, sanidad, género, inmigración, interseccionalidad.

**KEYWORDS:** *integration, healthcare, gender, immigration, intersectionality.*

**Fecha de recepción: 17/10/2023**  
**Fecha de aceptación: 23/11/2023**

doi: <http://dx.doi.org/10.20318/universitas.2024.8274>

---

\* Universitat de València. E-mail: [aitoca@alumni.uv.es](mailto:aitoca@alumni.uv.es).

## 1.- LA INTERSECCIÓN ENTRE SALUD, GÉNERO Y MIGRACIÓN: CONCEPTOS Y BARRERAS

*I can't do what I want  
to do with my own body because I am the wrong  
sex the wrong age the wrong skin*

Poem about My rights, June Jordan (1978)

### 1.1.- Aproximación conceptual y metodológica

El telón de fondo sobre el que se fundamentarán las acciones de los próximos años en materia de integración y lucha contra el racismo y la xenofobia en el Estado español es el recientemente aprobado Marco Estratégico de Ciudadanía e Inclusión, contra el Racismo y la Xenofobia 2023-2027<sup>1</sup>. Además de alinearse con los diversos instrumentos nacionales<sup>2</sup> e internacionales<sup>3</sup>, esta nueva iniciativa busca responder a nuevos retos con acciones que apuntarán hacia 6 ejes temáticos, entre los que encontramos el marco jurídico-administrativo, la atención humanitaria o las políticas de inclusión activa, siendo en este último en el que focalizaremos nuestra atención, pues en él se situarán todas las políticas de inclusión y lucha contra la discriminación en lo concerniente a la esfera sanitaria. Además, como innovación, todos los ejes están atravesados por el enfoque basado en los derechos humanos (EBDH), teniendo en cuenta una perspectiva de género e interseccional, lo cual conecta y justifica la cuestión que trataremos a continuación, esto es, la integración en el Estado español de las mujeres inmigrantes en el ámbito de la sanidad, desde una óptica interseccional y a escala multinivel. A lo largo del trabajo, cabrá tener en cuenta que existe una diferencia sustancial entre aquellas mujeres inmigrantes que tienen la situación administrativa regularizada y las que no. Cuando hablamos de personas en situación administrativa irregular, nos referimos a aquellas personas que, no siendo nacionales de ninguno de los Estados miembros de la Unión, no cuentan con un visado ni con un permiso de residencia. Entre aquellas que tienen su situación regularizada, hay una amplia variedad, pues si bien todas ellas son población extranjera “de origen” (nacidas en el extranjero), algunas podrán haber adquirido la nacionalidad española,

---

<sup>1</sup>Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, *Marco Estratégico de Ciudadanía e Inclusión, contra el Racismo y la Xenofobia 2023-2027 (2023)*, acceso el 8 de octubre de 2023, <https://www.inclusion.gob.es/oberaxe/ficheros/documentos/MARCO ESTRATEGICO VERSION 04 07 2023.pdf>.

<sup>2</sup> Como el “II Plan nacional de Derechos Humanos 2023-2027” o la “Estrategia Nacional para la Igualdad, Inclusión y participación del Pueblo Gitano, 2021-2030”.

<sup>3</sup> Por ejemplo, la “Recomendación CM/Rec (2022)10 del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre políticas multinivel y gobernanza para la integración intercultural” o el “Plan de Acción de integración en Inclusión 2021-2027”.

tener doble nacionalidad o conservar únicamente su nacionalidad de origen, lo cual puede suponer una diferencia notable en algunos ámbitos (participación política o libertad de movimiento en el territorio de la Unión). Cabrá tener en cuenta que existen dos regímenes de extranjería distintos, dependiendo de si se es nacional de un Estado miembro de la Unión o, por el contrario, se tiene la nacionalidad de un tercer Estado a la UE. En el presente trabajo nos centraremos en las mujeres inmigrantes provenientes de terceros países a la Unión, dado que los/as extranjeros/as comunitarios pueden beneficiarse de asistencia sanitaria pública en España a través de la Tarjeta Sanitaria Europea.

Considerando necesario realizar primeramente una aproximación conceptual para sentar las bases terminológicas sobre las que se desarrollará el trabajo, cabe destacar que, a pesar de que no hay una definición generalmente aceptada para el concepto de integración<sup>4</sup>, pues se trata de un fenómeno complejo, ambiguo y, en ocasiones, problemático<sup>5</sup>, Penninx y Martiniello encontraron una sencilla fórmula que la describe como “el proceso a través del cual uno(/a) se convierte en una parte aceptada de la sociedad”.<sup>6</sup> Así, la integración se tratará de un proceso social fluctuante, a largo plazo e intersubjetivo, el cual tiene lugar en un plano individual, comunitario e institucional. Además, es importante señalar que la integración se ha de concebir como un fenómeno bidireccional “que implica la adaptación tanto por parte del inmigrante como de la sociedad de acogida”<sup>7</sup>, tal y como señala el Plan de Acción sobre Integración e Inclusión 2021-2027. No obstante, en los últimos años ha tenido lugar un cierto cambio de enfoque en las políticas europeas, así como en la propia literatura académica que aborda la migración desde el marco del transnacionalismo y de la migración y el desarrollo (M&D)<sup>8</sup>, comenzando a considerar también al país de origen de la persona inmigrante como actor en el proceso de integración, por lo que conformaría más bien como un “three-way-

---

<sup>4</sup> Stephen Castles *et al.*, *Integration: Mapping the Field* (Oxford: Centre for Migration and Policy Research and Refugee Studies Centre for the Home Office, 2003).

<sup>5</sup> Entre sus detractores, destaca la obra de Adrian Favell, “Integration: Twelve Propositions After Schinkel”, *Comparative Migration Studies* 7 21 (2019), doi:10.1186/s40878-019-0125-7.

<sup>6</sup> Rinus Penninx y Marco Martiniello, “Procesos de integración y políticas (locales): estado de la cuestión y algunas enseñanzas”, *Revista española de Investigaciones Sociológicas*, 116 (2006), 123-156.

<sup>7</sup> Unión Europea, Comisión Europea, *Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, el Consejo, el Comité Europeo Económico y Social y el Comité de las Regiones: Plan de acción sobre Integración e Inclusión 2021-2027*, COM(2020) 758 final, acceso el 28 de septiembre de 2023, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX:52020DC0758>.

<sup>8</sup> Ejemplo de ello podemos encontrarlo Russell King y Michael Collyer, “Migration and Development and its Links to Integration” en Rinus Penninx y Blanca Garcés-Masareñas (eds), *Integration Processes and Policies in Europe* (IMISCOE Research Series, Springer Cham, 2016).

process” [proceso en tres direcciones]<sup>9</sup>. Los límites en la extensión del trabajo nos obligan a centrarnos en la responsabilidad del país receptor, por lo que queda abierta la posibilidad de realizar futuras investigaciones que tengan en cuenta las acciones y repercusiones de una gama de actores más amplia, donde se tenga en cuenta también la incidencia del país de origen de la persona inmigrante y de los entes supra-estatales que legislan en la materia, como la Unión Europea.

Las políticas públicas dirigidas a promover la integración no deben tener carácter sectorial<sup>10</sup>, sino territorial, implicando a toda la ciudadanía del país receptor, si bien es cierto que la asimetría en cuanto al poder y a los medios disponibles entre ambas partes implica que el rol que puede jugar la sociedad de acogida y toda su estructura institucional va a ser más determinante que el de la propia persona inmigrante. Además, no han de dirigirse exclusivamente a aquellas personas inmigrantes que han decidido asentarse definitivamente en el territorio, sino que también han de apuntar a la integración de las personas recién llegadas y a aquellas que no aspiran necesariamente a asentarse de manera definitiva o a largo plazo en el país de acogida, sino que prevén más bien una estancia de tránsito, dejando así atrás una visión excesivamente estática y categorizadora de las personas que migran que puede dejarles sin amparo legal en múltiples casos, como cuando las motivaciones que desencadenan un proceso migratorio fluctúan a lo largo del mismo o cuando se mantiene una estricta dicotomía entre los/as refugiados/as y las/os inmigrantes.

Asimismo, otro de los aspectos que también caracterizan a las políticas de integración es la multidimensionalidad, pues en ella participan una multiplicidad de aspectos y actores distintos, que necesariamente deben estar interconectados para alcanzar un resultado exitoso, desde administraciones territoriales a escala multinivel (europea, nacional, regional y local) hasta los órganos de consulta (como el FISI u Oberaxe), ONGs u otros interlocutores sociales, con especial protagonismo de la administración local e instrumentos que de ella dependen, como el padrón. En este sentido, las múltiples caras de la integración se manifiestan en los diferentes ámbitos de actuación, distinguiendo una esfera político-legal, otra socio-económica y otra cultural-religiosa, en línea con el marco propuesto por Garcés y Penninx<sup>11</sup>, en el cual uno de los indicadores

---

<sup>9</sup> Agnieszka Weinar, Anne Unterreiner y Philippe Fargues (eds), *Migrant integration between homeland and host society. Volume 1, Where does the country of origin fit?* (Cham, Springer, 2017), 1-19, <https://hdl.handle.net/1814/47467>.

<sup>10</sup> Foro para la Integración Social de los Inmigrantes, *Situación de las personas migrantes y refugiadas en España. Informe anual 2021* (OBERAXE, 2022), acceso el 6 de octubre de 2023, [https://www.inclusion.gob.es/documents/1652165/1651235/OB\\_informe2021.pdf/da466f31-38d8-2ce8-4a42-5ec355cb1af0?t=1669033263318](https://www.inclusion.gob.es/documents/1652165/1651235/OB_informe2021.pdf/da466f31-38d8-2ce8-4a42-5ec355cb1af0?t=1669033263318).

<sup>11</sup> Rinus Penninx y Blanca Garcés-Masareñas (eds.), *Integration Processes and Policies in Europe* (IMISCOE Research Series, Springer Cham, 2016), <https://doi.org/10.1007/978-3-319-21674-4>.

empleados para determinar el nivel de integración socio-económica de las personas inmigrantes es su acceso a servicios como la sanidad, junto con el empleo, la educación o la vivienda, en tanto que áreas cruciales para cualquier residente. No obstante, cabe tener en cuenta que las tres esferas mencionadas no pueden separarse de manera categórica, dado que están interrelacionadas y se influenciarán mutuamente. Como veremos más adelante, la inclusión en el marco de los servicios sanitarios va a verse ampliamente condicionada por la esfera legal (la situación administrativa, p. ej.) o la cultural (los valores o el idioma, entre otros), lo que pone de manifiesto que los límites entre un ámbito y otro se desdibujan y los ámbitos se superponen y se influyen mutuamente, lo cual podemos vincular con el enfoque interseccional que expondremos en las siguientes líneas.

Es inevitable que, en cualquier sociedad caracterizada por cierta diversidad cultural, todo espacio pueda configurarse como susceptible de engendrar un encuentro intercultural. Este es el caso de los centros sanitarios, donde existe una clara interacción entre diferentes culturas, especialmente en aquellos donde se proporciona atención médica directa, como los Centros de Atención Primaria. Las instituciones del Estado de Bienestar, dentro de las cuales se encuentran los sistemas sanitarios, "son poderosas fuerzas institucionales que encarnan ideas y prácticas asociadas a la inclusión, la exclusión, la pertenencia y la identidad".<sup>12</sup> El sistema nacional de salud, en tanto que institución que forma parte del aparato estatal, está impregnado de cierta ideología y encarna una determinada cosmovisión del mundo: la propia del Modelo Médico Hegemónico, caracterizado por su biologismo, pragmatismo e individualismo<sup>13</sup>. Si conjugamos esta vertiente cultural o sociológica con las cuestiones de carácter legal o administrativo, las cuales serán comentadas en la última parte del presente artículo, podemos afirmar con determinación que los sistemas sanitarios conforman un espacio óptimo, tanto para reproducir lógicas de exclusión, como para dar apertura e inclusión.

En este sentido, Achotegui<sup>14</sup> señala la importancia de acompañar a la persona inmigrante desde una perspectiva integral y preventiva, no tanto centrada en un tratamiento médico o psicológico individual y a posteriori, sino, más bien, focalizada en generar desde la llegada una situación de bienestar general a través de la asistencia social, con trabajadores/as o educadores/as sociales, enfermeros/as, etc., abordando todas las problemáticas de una manera más interdisciplinar

---

<sup>12</sup> Andrew Geddes, Leila Hadj-Abdou y Leiza Brumat, *Migration and mobility in the European Union* (London: Red Globe Press, 2020).

<sup>13</sup> Eduardo L. Menéndez, "Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias", *Salud Colect* 16 (2020), <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>.

<sup>14</sup> Joseba Achotegui, "El síndrome del inmigrante con duelo migratorio extremo: el síndrome de Ulises. Una perspectiva psicoanalítica", *Aperturas Psicoanalíticas* 68, (2021), 1-10, <http://www.aperturas.org/imagenes/archivos/ap2021%7Dn068a3.pdf>.

y preventiva. Es por ello que fortalecer las redes de integración se revela como esencial para garantizar la salud de la persona inmigrante, siendo éste un proceso bidireccional, pues si las personas inmigrantes gozan de una mejor salud van a poder participar más activamente en la sociedad de acogida y, de esta manera, ser parte aceptada de la misma. Así, el modelo de vulnerabilidad sanitaria y resiliencia de las migraciones (“migration health vulnerability and resilience model”)<sup>15</sup>, elaborado en el marco de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) en base al enfoque de los determinantes sociales de la salud (DSS), entiende que, como factores potenciadores de la capacidad resiliente de las personas migrantes, se encuentran las políticas efectivas de integración, la formación en competencias antidiscriminatorias e interculturales de los/as profesionales médicos/as, facilitar los trámites de homologación de títulos sanitarios para las personas inmigrantes, la coordinación entre agentes y sectores distintos a escala multinivel (educación, servicios sociales, etc.) y construir verdaderos sistemas sanitarios sensibilizados con la cuestión migratoria (“migrant sensitive health systems”).

Por otro lado, los diagnósticos sobre la integración tradicionalmente se han centrado en un grupo (etario, generacional, nacional, etc.), sin tener en cuenta el impacto diferenciado que las políticas de integración tendrán dependiendo de la ubicación social que se ocupe y los ejes que la interseccionen. Las mujeres inmigrantes se encuentran con muchos más obstáculos a la hora de devenir parte aceptada de la sociedad, pues éstas se enfrentan a una situación en la cual se interseccionan diversos motivos de discriminación, por lo que no solo es necesario que las medidas encaminadas a la integración incluyan una perspectiva de género, sino también un enfoque interseccional<sup>16</sup>, ya que “the absence of intersectional analysis contributes to a failure to address many of the root causes that render racialized, migrant female workers prey to violence, hyper-exploitation, and rightlessness” [La ausencia de un análisis interseccional contribuye a que no se aborden muchas de las causas fundamentales que convierten a las trabajadoras migrantes racializadas en víctimas de la violencia, la hiperexplotación y la falta de derechos]<sup>17</sup>. La discriminación interseccional hace referencia a la

---

<sup>15</sup> Chesmal Siriwardhana, Bayard Roberts y Martin McKee, Vulnerability and resilience, 2017, IOM Development Fund, acceso el 9 de octubre de 2023, [https://www.iom.int/sites/g/files/tmzbdl486/files/our\\_work/DMM/Migration-Health/Vulnerability%20and%20Resilience%20paper%20excerpts\\_%20final.pdf](https://www.iom.int/sites/g/files/tmzbdl486/files/our_work/DMM/Migration-Health/Vulnerability%20and%20Resilience%20paper%20excerpts_%20final.pdf).

<sup>16</sup> Kimberlé Crenshaw, “Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory, and Antiracist Politics”, *University of Chicago Legal Forum*, 1989, 1 (8), (1989), <http://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>. Si bien fue Crenshaw la que patentó el término a nivel académico, con anterioridad ya existía un pensamiento y acción interseccional, como podemos encontrar en los textos de Anna Julia Cooper, Mary Church Terrel o en la línea de acción del Combahee River Collective.

<sup>17</sup> Daiva Stasiulus, Zaheera Jinnah y Blair Rutherford, *Migration, Intersectionality and Social Justice*, 14 1 (2020), 1-12.

situación en la cual diversos motivos de discriminación (por razón de etnia, raza, género, etc.) actúan simultáneamente e interactúan entre ellos<sup>18</sup>, dando lugar a una situación de opresión que va más allá de la discriminación múltiple — la cual se basa en la mera suma de los motivos de discriminación — y se erige como una nueva discriminación en particular. En el caso de las mujeres inmigrantes, esta discriminación se ve reflejada en marcadores como el empleo (con menores tasas de actividad, mayor temporalidad y precariedad<sup>19</sup>), la mayor irregularidad administrativa<sup>20</sup>, la vulnerabilidad ante actos de violencia sexual, la segregación residencial o precariedad de la vivienda, la imposición del rol de proveedora de cuidados y la consecuente obstaculización para la consecución de actividades formativas y , en definitiva, una situación socio-económica más desfavorable que sus pares varones.<sup>21</sup> De hecho, el Plan Estratégico 2022-2025 de ONU-Mujeres señala que la situación de las mujeres que experimentan múltiples formas de discriminación es la que menos ha mejorado desde la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing.<sup>22</sup> Así, al tener en cuenta otras posiciones de opresión, lejos de invisibilizar la cuestión de género, la interseccionalidad ofrece un marco conceptual de complementariedad no-jerarquizada de luchas, dado que la liberación de un grupo implica la liberación de otro.<sup>23</sup> La óptica interseccional nos permite identificar las jerarquías construidas en las prácticas sociales e institucionales y revelar el papel que desempeñan las normas, los discursos y las prácticas de las políticas estatales en la perpetuación o la reducción de las desigualdades. Asimismo, se trata de un enfoque que pone de manifiesto como el nivel de aceptabilidad e idoneidad de las personas inmigrantes a la sociedad receptora se construyen en las intersecciones del género, la raza, la clase, la

---

<sup>18</sup> Manual de legislación europea contra la discriminación, Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea y Consejo de Europa (2018), acceso el 12 de octubre de 2023, [https://www.echr.coe.int/Documents/Handbook\\_non\\_discri\\_law\\_SPA.pdf](https://www.echr.coe.int/Documents/Handbook_non_discri_law_SPA.pdf).

<sup>19</sup> Ramón Mahía y Eva Medina, *Informe sobre la integración de la población extranjera en el Mercado Laboral Español* (OBERAXE, 2022), <https://www.inclusion.gob.es/oberaxe/ficheros/documentos/Integraciondelapoblacion.pdf>.

<sup>20</sup> Gonzalo Fanjul e Ismael Gálvez-Iniesta, *Extranjeros, sin papeles e imprescindibles: Una fotografía de la inmigración irregular en España* (Investigación por Causa, 2020), <https://porcausa.org/wp-content/uploads/2020/07/RetratodelairregularidadporCausa.pdf>.

<sup>21</sup> Foro para la Integración Social de los Inmigrantes (FISI), 2022, *op. Cit.*

<sup>22</sup> Plan Estratégico para ONU-Mujeres, 2022-2025, UNW 2021/6, acceso el 24 de septiembre de 2023, <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N21/186/25/PDF/N2118625.pdf?OpenElement>.

<sup>23</sup> Rodó-Zárate, María, *Interseccionalidad. Desigualdades, lugares y emociones* (Manresa: Bellaterra Edicions, 2021).

proximidad cultural y religiosa percibida, además de basarse en lógicas de mercado neoliberales.<sup>24</sup>

La experiencia de las mujeres inmigrantes va a estar condicionada por las normativas, políticas y discursos a nivel estatal, pero será en una dimensión a menor escala donde cobrará sustantividad el impacto de las medidas de integración, por lo que en un mismo Estado convivirán diversos modos de sufrir y enfrentarse a la desigualdad según el espacio concreto que habiten y las personas con las que lo compartan<sup>25</sup>. En este sentido, el enfoque interseccional implica un análisis de las diferentes dimensiones jurídico-territoriales (internacional, estatal, autonómico y local) donde confluyan las diversas fuentes normativas y políticas institucionales a escala multinivel. No obstante, un diagnóstico de este calibre excedería los límites del presente artículo, por lo que nos focalizaremos en el ámbito estatal y autonómico, con alguna mención al marco de la Unión Europea.

En relación con los instrumentos nacionales y europeos que tratan la cuestión de la integración, en el Plan de Acción de la Unión para 2021-2027 se hace especial énfasis en el “maistreaming gender” o transversalidad de género y no discriminación, señalando las dificultades particulares a las que se enfrentan mujeres y niñas inmigrantes en su integración social. En el ámbito de la salud, está previsto formar a la población inmigrante en cuanto a sus derechos y formas de acceso al servicio sanitario (incluyendo salud mental), subrayando la acción específica encaminada a abordar los aspectos de la salud de las mujeres y niñas migrantes en relación con los derechos reproductivos, la asistencia prenatal y posparto en personas gestantes, así como la importancia de tejer sinergias con otros instrumentos como el Plan de Acción Antirracismo o la Estrategia para la Igualdad de las personas LGTBIQ+, encontrándose en sintonía con el marco estatal español. Cabe señalar que, reconociendo las particularidades a las que se enfrenta la infancia inmigrante a la hora de ser parte aceptada de la sociedad —especialmente aquellos/as menores que llegan solos/as y no cuentan con la protección de una persona adulta o familiar, sobre las que recae un discurso de odio en auge en los últimos años<sup>26</sup> — la extensión de la investigación no nos permite abordar acciones concretas que tengan en cuenta esta realidad, concretamente la de las

---

<sup>24</sup> Sarah Scuzzarello y Laura Moroşanu, “Integration and intersectionality: boundaries and belonging “from above” and “from below” *Ethnic and Racial Studies*, (2023) 46:14, 2991-3013, doi: 10.1080/01419870.2023.2182649.

<sup>25</sup> Paolo Boccagni y Pierrette Hondagneu-Sotelo, “Integration and the Struggle to Turn Space Into ‘Our’ Place: Homemaking as a Way Beyond the Stalemate of Assimilationism vs Transnationalism.” *International Migration* (2021), 154-167, doi:10.1111/imig.12846.

<sup>26</sup> Oficina Nacional de Lucha contra los Delitos de Odio (ONDOD), *Informe sobre la evolución de los delitos de odio en España*, 2022, acceso el 2 de diciembre de 2023, [https://www.interior.gob.es/opencms/export/sites/default/.galleries/galeria-de-prensa/documentos-y-multimedia/balances-e-informes/2022/Informe\\_Evolucion\\_delitos\\_odio\\_2022.pdf](https://www.interior.gob.es/opencms/export/sites/default/.galleries/galeria-de-prensa/documentos-y-multimedia/balances-e-informes/2022/Informe_Evolucion_delitos_odio_2022.pdf).

niñas inmigrantes, ya que exigiría un análisis exhaustivo de su realidad. No obstante, enfatizamos la importancia de la adopción de un enfoque de derechos de la infancia en las políticas de integración, en línea con una propuesta interseccional, que tenga en cuenta los principios reconocidos por la Convención de los Derechos del Niño (CDN), concretamente la participación de niños/as y adolescentes, tal y como recoge el Marco estratégico.

Tras esta breve pero necesaria introducción, que delimita el tema que se tratará en el presente artículo y su justificación, se expondrán los obstáculos con los que se encuentran las mujeres inmigrantes a la hora de acceder a los servicios sanitarios de manera más genérica, para centrarnos en la última parte en el estudio del acceso a la sanidad de las personas inmigrantes y las políticas de integración en el marco estatal, así como en tres Comunidades Autónomas concretas, incluyendo en todo el análisis el enfoque de género e interseccional.

## **1.2.- Las mujeres inmigrantes ante el sistema sanitario**

Como venimos señalando, la perspectiva interseccional es esencial a la hora de abordar la cuestión de la integración de las mujeres inmigrantes, pues en su ubicación social pueden entrecruzarse diversos ejes de desigualdad, desde la etnia, el género, la clase, nacionalidad, etc., por lo que aunando en una misma categoría a todas las mujeres de origen inmigrante se correría el riesgo de caer en discursos esencialistas que pueden llevar a profundizar más en las discriminaciones, estereotipos y estigmas ya existentes. En todo caso, la OMS señala que las mujeres inmigrantes, en su diversidad, se encuentran en un mayor riesgo de sufrir violencia física, sexual o emocional, así como abusos y discriminación en diversos ámbitos, desde el hogar hasta el lugar de trabajo, en comparación con el género masculino.<sup>27</sup> La pandemia del Covid-19 no hizo más que agravar esta situación<sup>28</sup>, dado que el cierre de las escuelas y los espacios de socialización, así como la situación de necesidad por la escasez de medios de subsistencia y el desempleo, generó un aislamiento que abocó a muchas mujeres y niñas a ser sometidas a violencias como el matrimonio forzado y la trata<sup>29</sup>.

---

<sup>27</sup> Organización Mundial de la Salud, *Informe mundial sobre la salud de los refugiados y los migrantes: resumen* [World report on the health of refugees and migrants: summary] (Ginebra, 2022), acceso el 7 de octubre de 2023, <https://reliefweb.int/report/world/world-report-health-refugees-and-migrants-enarruzh>.

<sup>28</sup> Instituto de la Mujer, *La perspectiva de género, esencial en la respuesta a la COVID-19*, (2020), acceso el 5 de octubre de 2023, <https://www.inmujeres.gob.es/actualidad/noticias/2020/Mayo/InformeCOVID19.htm>.

<sup>29</sup> Es importante destacar que, estos datos, que sitúan a las mujeres inmigrantes en el rol de víctima, pueden llevar su reificación como ente pasivo y objeto de violencia, invisibilizando las resistencias y mecanismos de supervivencia que esta desarrolla en

Asimismo, cabe tener en cuenta que, más allá de todas las barreras que afectan de manera transversal a las mujeres inmigrantes, la legislación de extranjería es uno de los ejes que más influirá en la situación de desigualdad. La cuestión de la irregularidad administrativa es la principal traba a la hora de insertarse en las estructuras sociales básicas, generándose impedimentos para el acceso a la sanidad, pero también a los servicios de justicia, prestaciones sociales, a un contrato de alquiler o el proceso de reagrupación. Así lo señala con contundencia el informe de la OIM respecto a la dimensión migratoria de los ODS en España: el 30% de las personas en situación administrativa irregular en España manifiesta no tener acceso a sanidad — mientras que este número se mantiene en el 10% para aquellas que cuentan con permiso de residencia —, pudiendo llegar esta cifra hasta un 38% para aquellas personas que necesitan de un tratamiento de enfermedades crónicas o transmisibles.<sup>30</sup>

Si la salud ocupacional de las personas inmigrantes es per sé una cuestión crítica por las malas condiciones de trabajo a las que son sometidas (bajos salarios, falta de higiene en los espacios de trabajo, ausencia de contrato de trabajo, etc.), las personas inmigrantes mujeres se hallan en un contexto de mayor vulnerabilidad por su condición de género, situación que se agrava si éstas se encuentran indocumentadas o en proceso de obtención de sus documentos identificativos, exponiéndolas a un mayor riesgo de ser víctimas de abusos o violencias sexuales y a la impunidad de dichos actos. A continuación, se expondrán en líneas generales cuáles son aquellos obstáculos que se interponen entre las mujeres inmigrantes y la protección de su salud a través de los servicios sanitarios. Para ello, se tendrán en cuenta los resultados del citado informe de la OIM que demuestran que, después de la irregularidad administrativa, son las barreras lingüísticas y culturales aquellas que suponen una mayor traba para el conjunto de las personas inmigrantes, a lo que le siguen problemas de accesibilidad por distancia o transporte.<sup>31</sup> En todo caso, la clasificación de este tipo de impedimentos en categorías separadas tiene un fin esencialmente propedéutico, dado que todos ellos se encuentran interconectados en una red de causas y efectos recíproca, fruto de la interseccionalidad de los diversos sistemas de opresión coexistentes. Además, como decimos, la irregularidad administrativa es el principal impedimento hacia la inclusión, que además resulta transversal a todos los obstáculos que iremos mencionando, puesto que profundiza en la alterización de la persona inmigrante y su

---

la práctica cotidiana, por lo que el enfoque que tomamos en este documento es aquel que reconoce la capacidad de agencia y complejidad de las subjetividades migrantes.

<sup>30</sup> Organización Internacional para las Migraciones (OIM), *NEX-O-DS: Logrando las dimensiones migratorias de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en España* (Madrid, 2022).

<sup>31</sup> *Ibidem*, p. 45.

ubicación fuera del sistema<sup>32</sup>. Si bien en muchos casos, los obstáculos que mencionamos pueden ser comunes a toda persona de origen inmigrante, la dimensión del género, al igual que la irregularidad administrativa, otorgará una forma concreta a cada una de las barreras, puesto que se experimentará desde una posición social determinada que condicionará las vivencias de cada cual.

En primer lugar, encontramos obstáculos idiomáticos y de comunicación. Resulta evidente que la dificultad para expresar dolencias puede llevar a interpretaciones erróneas de la situación de salud de una paciente, menoscabando así su derecho a recibir una prestación sanitaria en condiciones y aumentando el riesgo de malas prácticas. El desconocimiento de la lengua vehicular por parte de las mujeres inmigrantes puede llevarlas a situaciones discriminatorias o de exclusión concretas, como sería la violencia obstétrica, la desmotivación a asistir a los cursos de educación maternal, la dilatación en el tiempo de diagnósticos que son per se lentos (endometriosis, ovario poliquístico, etc.), la imposibilidad o dificultad de detección precoz de malos tratos o violencia de género por la complejidad de expresar tales vivencias en otra lengua, etc. Todo ello puede llevar a una medicalización aún más agudizada de la que se da por normal general a las problemáticas típicamente feminizadas (la prescripción de anticonceptivos para todo tipo de dolor asociado a la menstruación, los medicamentos para paliar los síntomas de la menopausia, los psicofármacos relacionados con trastornos de salud mental sobrediagnosticados<sup>33</sup>, etc.) al dificultarse la contextualización y el conocimiento del historial médico y vivencial de la paciente.

En segunda instancia, encontramos la carencia de información sobre los derechos de los que disponen las personas inmigrantes, así como las prestaciones a las que pueden acceder en materia sanitaria, especialmente en los servicios preventivos o revisiones de salud (citologías, mamografías, etc.)<sup>34</sup>, que en muchos casos se desconocen. Esta falta de información se puede ver agravada por el desconocimiento de la lengua en la que es proporcionada, conectando con el punto anterior, e incluso las actitudes paternalistas de los profesionales sanitarios que infantilizan a las pacientes al considerarlas incapaces de entender las explicaciones médicas que deberían proporcionárseles. En un gran número de procedimientos ante la

---

<sup>32</sup> No obstante, resultaría de sumo interés recabar datos concretos sobre la incidencia concreta de la irregularidad administrativa en cada uno de los obstáculos mencionados, esto es, exponer como esta impacta en el conocimiento del idioma, el tratamiento por parte de los/as profesionales sanitarios/as, el conocimiento de sus derechos, etc.

<sup>33</sup> Carmen del Río-Pedraza, "La medicalización del malestar en la mujer. Una valoración crítica". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 42, 141 (2022), <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352022000100004>.

<sup>34</sup> Rosa Urbanos-Garrido, "La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad", *Gaceta Sanitaria* 30, S1, 25-30 (2016), 10.1016/j.gaceta.2016.01.012.

administración sanitaria, es necesario prestar un consentimiento informado a través del cual la paciente tenga conciencia de que está recibiendo una información adecuada y para la que consiente de manera libre y voluntaria. Además, en muchos casos, las personas inmigrantes al desconocer sus derechos no acuden a los servicios sanitarios si no es en situación de urgencia, lo cual presenta un grave riesgo para su salud.

Ligado con el aspecto anterior, llegamos al tercer punto que tiene que ver con las barreras organizativas y de accesibilidad. En efecto, cada paciente cuenta con unas necesidades distintas y ello ha de ser tenido en cuenta en todos los aspectos de las políticas sanitarias, tanto desde una perspectiva más global (como las partidas presupuestarias) como aspectos más micro como los horarios de apertura de los centros sanitarios — lo cual afecta por ejemplo a las madres inmigrantes que carecen de apoyo familiar para hacerse cargo de sus hijos cuando han de acudir al médico —, la falta de conocimiento sobre ciertas problemáticas como la mutilación genital femenina o concertar citas en días que dentro de una cultura se considera festivos — como los viernes para las mujeres musulmanas— o las barreras físicas que, para las mujeres inmigrantes con discapacidad, pueden impedir un acceso a la sanidad en condiciones de igualdad.

Otro de los obstáculos que juega un papel fundamental son las condiciones de vida y de trabajo en las que se encuentre la mujer inmigrante. A pesar de que en muchos casos su situación administrativa esté regularizada, la violencia institucional que hayan podido sufrir a lo largo de todo su proceso migratorio hace que las mujeres rechacen acudir al centro sanitario por miedo a ser denunciadas ante las autoridades y deportadas a su país de origen. Además, a ello se suma el temor a perder el empleo por ausentarse, incluso por razones médicas. Así, algunos de los factores que influyen en que la población inmigrante presente una continuidad asistencial más baja que las personas nacidas en España se deben a las cargas familiares que no pueden delegar — por falta de redes de apoyo — y, en ciertos casos, a la dependencia de medios de transporte públicos, cuyos horarios son en ocasiones limitados.

En última instancia, cabe señalar los obstáculos culturales y psicológicos que se pueden interponer entre la paciente y el/la profesional médico/a. Diferentes concepciones acerca de los cuidados necesarios que implica un embarazo, el parto o la maternidad, así como el tabú que puede recaer sobre ciertos temas, como la salud mental o la discapacidad, pueden suponer un obstáculo notable a la hora de recibir un diagnóstico y tratamiento adecuado. Podemos evidenciar que, en comparación con el modelo médico occidental, el factor religioso juega un rol central en ciertas culturas a la hora de abordar la cuestión de la salud y el cuerpo, cuestiones que han de ser tenidas en cuenta con el fin de proporcionar un espacio seguro para todo tipo de creencias. Es importante destacar que la existencia de dichos obstáculos y su supresión no recae sobre la responsabilidad —

exclusiva — de la persona inmigrante que recibe atención sanitaria, sino que en múltiples casos son los/as propios/as profesionales de la salud los/as que generan estas barreras a raíz de prejuicios y estereotipos. Las generalizaciones que pueden pesar sobre un grupo cultural o minoría pueden desencadenar que los cuidados no se realicen de manera individualizada ni satisfactoria. Además, los profesionales de la salud pueden llevar a cabo imposiciones culturales, no dejando espacio al entendimiento mutuo y sin esfuerzos por entender el comportamiento de la persona a la que se atiende.

En las siguientes líneas, nos centraremos en exponer el marco de asistencia sanitaria a nivel estatal, así como tres supuestos de referencia autonómicos para evidenciar cuáles son las trabas que subsisten en un sentido administrativo o legal, teniendo en cuenta que, como se ha reiterado en diversas ocasiones, es la irregularidad administrativa la losa que pesa sobre muchas de las mujeres inmigrantes en el Estado español y que las expulsa automáticamente del sistema.

## **2.- CARTOGRAFÍA DEL ACCESO A LOS SERVICIOS SANITARIOS EN EL ESTADO ESPAÑOL**

### **2.1.- La naturaleza cambiante del derecho a la protección de la salud en el ordenamiento estatal**

En el Estado español, el derecho a la protección de la salud se reconoce en el artículo 43 de la Constitución española como principio rector de la política económica y social, desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS en adelante), complementada con las legislaciones autonómicas en virtud del principio de descentralización. Así, la gestión y provisión sanitaria, anteriormente centralizada en el Instituto Nacional de Salud (INSALUD), queda delegada a las Comunidades Autónomas y a sus respectivas consejerías de salud, habiéndose disuelto la mencionada entidad en 2002. Por esta razón, se pueden apreciar grandes asimetrías entre territorios en cuanto a la terminología: mientras algunos Estatutos reconocen la salud como un derecho básico y universal (véase el Estatuto de Catalunya en su artículo 23.1), otros no realizan mención alguna al mismo (como el Estatuto de la Comunidad Valenciana). En todo caso, la LGS establece que los titulares de dicho derecho son todos los españoles, así como los extranjeros que residan de manera permanente en territorio español (artículo 1). Además, en el artículo 3 se explicita que la sanidad pública se extiende a toda la “población española” en condiciones de igualdad efectiva. En el caso de los extranjeros no residentes, dicho artículo señala que serán las leyes y los convenios internacionales los que regulen su titularidad y ejercicio.

Siguiendo la teoría tripartita de los derechos desarrollada por el Tribunal Constitucional en su célebre sentencia 107/84, de 23 de

noviembre de 1984, el derecho a recibir prestaciones sanitarias entraría dentro de aquellos derechos que los extranjeros ostentarán dependiendo de la configuración legal y de los convenios internacionales, permitiendo una diferencia de trato entre nacionales y extranjeros. De acuerdo con la jurisprudencia constitucional (STC 236/2007 y 139/2016, de 21 de julio), el derecho a la protección de la salud y la asistencia sanitaria, en tanto que derecho de configuración legal, es susceptible de ser modulado y, por tanto, limitado en su aplicación a los extranjeros por la legislación en vigor. Así, la configuración legal de este derecho en la normativa española parece contradecir el carácter universalista que le atribuyen los textos internacionales, al reconocer estos a "toda persona" el derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física y mental posible (artículo 25 DUDH o artículo 12 PIDESC).

El modelo público de asistencia sanitaria en el Estado español ha ido evolucionando progresivamente, aproximándose hacia un sistema universal similar al modelo Beveridge o Sistema Nacional de Salud (SNS), que se contrapone al bismarckiano o de Seguridad Social. Si durante un periodo de la dictadura franquista se siguió un sistema basado en el aseguramiento, en 1967<sup>35</sup> el acceso a la prestación de asistencia sanitaria por parte de los poderes públicos quedó vinculada a las estructuras de la Seguridad Social y a la cotización. Tras el fin del régimen franquista, se aprobaron diversas normativas tendentes a universalizar el sistema, como la Ley General de Sanidad de 1986 o "Decreto de universalización" de 1989, culminando con la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (LCCSS) de 2003, la cual reconoce la asistencia sanitaria bonificada a todos los extranjeros, ciudadanos de la Unión Europea y a todas las personas que tenían derecho a la misma en virtud de normas internacionales. No obstante, hay que poner en conexión con dicha ley la LO 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, que reconoce el derecho de todos los extranjeros empadronados a recibir asistencia sanitaria, sin necesidad de contar con la residencia legal y efectiva en territorio español. Las aspiraciones de universalizar el derecho a recibir asistencia sanitaria sufrieron un revés con el Real Decreto-Ley 16/2012, el cual volvió a exigir la cotización a la Seguridad Social para tener acceso al SNS<sup>36</sup>, por lo que a las personas extranjeras en situación irregular solo se les podría proporcionar atención a cargo de fondos públicos en el supuesto de urgencia por enfermedad grave o accidente, así como en caso de embarazo, parto o posparto. Esta normativa se aplicó de forma muy desigual en las CC. AA. debido a la disconformidad que generó, lo cual

---

<sup>35</sup> Real Decreto 2766/1967 de asistencia sanitaria y ordenación de los servicios médicos en el Régimen de Seguridad Social y la Ley General de Seguridad Social de 1974.

<sup>36</sup> María Dalli, "Cobertura sanitaria para inmigrantes en situación irregular en Europa: Análisis de 12 casos", *Revista General de Derecho Administrativo*, 49 (2018), 1-30.

llevó a las administraciones autonómicas a aprobar instrucciones con el fin de dar apertura a los colectivos excluidos por el RD.

Finalmente, mediante el Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, se desligó el derecho a recibir atención sanitaria de la Seguridad Social a través de la modificación y ampliación del artículo 3. Actualmente, existen diversos criterios que permiten establecer la titularidad del derecho a la sanidad pública, entre los cuales encontramos el tener nacionalidad española o ser extranjero con residencia habitual en territorio español. Asimismo, las personas extranjeras que no tengan un permiso de residencia en España – esto es, cuya situación administrativa sea irregular – pueden gozar en igualdad de condiciones de los servicios sanitarios siempre que “no tengan la obligación de acreditar la existencia de cobertura por otra vía, no puedan exportar su derecho de cobertura sanitaria desde sus países de origen, ni exista un tercero obligado al pago”, tal y como se explicita en el artículo 3 ter de RDL citado. Este artículo deja en manos de las Comunidades Autónomas los documentos que pueden exigir a las personas en esta situación para que puedan recibir asistencia sanitaria (artículo 3 ter, apartado tercero).

A pesar de que, hoy en día, el derecho a acceder a los servicios sanitarios para las personas inmigrantes está contemplado de manera considerablemente amplia, existen ciertas cuestiones que es necesario destacar, como es el caso de los/as extranjeros/as con autorización de residencia temporal por ser familiares de ciudadanos/as de la Unión. Con el fin de que el/la extranjero/a residente en España pueda ejercer su derecho a la reagrupación familiar, el/la reagrupante deberá acreditar la posesión de medios económicos suficientes<sup>37</sup> para atender a las necesidades familiares, dentro de los cuales se encuentra la posesión de un seguro médico si no se está cubierto por el régimen de Seguridad Social. El 11 de mayo de 2022, el Tribunal Supremo estableció, en su sentencia 1878/2022, que una persona extranjera y con autorización de residencia en España como familiar de un ciudadano de la Unión Europea no tiene derecho a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos, ya que su permiso de residencia implica la suscripción de un seguro, por lo que obligatoriamente su atención sanitaria estaría cubierta por otras vías.

Otra de las categorías que se encuentra en una situación de vulnerabilidad son los/as inmigrantes en situación irregular que, a pesar que desde el RD 7/2018 vuelven a contar con vías de acceso a la atención sanitaria, los obstáculos administrativos con los que se pueden encontrar son numerosos y varían de una CC.AA a otra, como veremos en el último capítulo del presente trabajo. En todo caso, cabe destacar que, el derecho de la población inmigrante en situación

---

<sup>37</sup> Artículo 54.1, Real Decreto 557/2011, de 20 de abril, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, tras su reforma por Ley Orgánica 2/2009.

irregular a acceder a la sanidad ha sido legitimado y apoyado desde múltiples perspectivas, tanto de los derechos humanos, como justicia social hasta por razones de salud pública.<sup>38</sup>

## 2.2.- Supuestos de referencia autonómicos

### 2.2.1.- Consideraciones previas

El artículo 149.1.2ª de la Constitución Española asigna de manera exclusiva a la Administración General del Estado la competencia en materia de nacionalidad, inmigración, emigración, extranjería y derecho de asilo, tal y como lo recoge también el artículo 2 bis de la Ley 4/2000. No obstante, se trata de un sistema de gobernanza en cooperación, donde es el Estado el que deberá regular el régimen jurídico del extranjero, mientras que todo lo concerniente a los servicios sociales será competencia de las Comunidades Autónomas. La integración, entendida como una acción asistencial para fomentar la inclusión y promover la convivencia, se inserta dentro de las competencias de los entes autonómicos. Así, son las CC. AA. las que emiten el informe sobre esfuerzo de integración previsto en el artículo 31 de dicha ley, que podrá ser entregado en las Oficinas de Extranjería para que se realice la pertinente valoración en aras de renovar la residencia temporal.

Cabría destacar también la importancia de las entidades locales, pues son éstas las que ejercen la mayor parte de las competencias autonómicas en virtud del artículo 25.2 e) de la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases de Régimen Local. En efecto, esta disposición otorga a los órganos municipales la competencia para evaluar e informar de las situaciones de necesidad social y la atención inmediata a personas en situación de riesgo o exclusión social, lo cual resulta lógico al ser esta la administración más cercana a la ciudadanía. Además, son éstas las que están encargadas de tramitar las inscripciones en el padrón municipal.

A continuación, analizaremos cómo son las vías de acceso concretas a los servicios sanitarios de las personas inmigrantes en España, especialmente de aquellas sin permiso de residencia, las cuales se encuentran en una situación considerablemente más crítica, tomando como modelo cuatro Comunidades Autónomas.

Para el caso que nos ocupa, como hemos señalado previamente, pondremos especial atención en la situación de la mujer inmigrante y en las necesidades particulares que puede presentar, especialmente en materia de derechos sexuales y reproductivos y atención en el embarazo, parto y posparto. Cabe recordar que la asistencia sanitaria a menores y a mujeres en situación irregular durante su embarazo,

---

<sup>38</sup> Tatiana Andrea Cano, "Salud de los inmigrantes: una reflexión desde la justicia social". *Migraciones Internacionales*, 11 (2020), <https://doi.org/10.33679/rmi.v1i1.1747>.

parto y postparto, está garantizada por la disposición adicional octava del RD 1192/2012, que no quedó derogada por el RD 7/2018, por lo que se entiende que sigue en vigor. No obstante, la ausencia de mención a estas situaciones en el RDL 7/2018 y en el documento de Recomendaciones ha supuesto que en muchas CC. AA. hayan quedado desprotegidas, con denegaciones de atención y facturaciones de la asistencia. De esta manera se pondrán de manifiesto las exclusiones existentes en el sistema de prestaciones sanitarias, a la vez que la heterogeneidad existente dentro del Estado español. Las disparidades legislativas entre CC. AA. no solo constituyen una dificultad para la persona inmigrante, sino que además reflejan la tensión vertical existente entre la Administración central y las administraciones autonómicas y locales que genera la división de competencias entre los entes públicos en materias que siguen unas lógicas contradictorias, como la política migratoria y la protección social.<sup>39</sup>

En las siguientes líneas analizaremos cómo se ha abordado la situación en las tres Comunidades Autónomas siguientes: Catalunya, Andalucía y la Comunitat Valenciana. La elección de éstas responde a una doble justificación: por una parte, se trata de los núcleos poblacionales más amplios del Estado español, por lo que su relevancia para realizar una radiografía del estado de la cuestión en España es notable; por otro lado, se trata de las cuatro primeras Comunidades Autónomas que han presentado un saldo migratorio positivo en el año 2022, según datos del INE.<sup>40</sup> Además, las provincias con más porcentaje de población extranjera se encuentran en Andalucía (Almería y Granada), la Comunitat Valenciana (Alicante) y Catalunya (Girona y Lleida).

### 2.2.2.- Catalunya

El artículo 23 del Estatuto de Autonomía de Catalunya reconoce el derecho de todas las personas a acceder en condiciones de igualdad y gratuidad al sistema sanitario "en els termes que estableixen les lleis". El marco legislativo que rige en Catalunya es la Ley 9/2017, aprobada cuando aún regía el RD 16/2012, suponiendo un desafío tal para la distribución de competencias con la Administración central que desencadenó un recurso de inconstitucionalidad. Con la aprobación del RD 7/2018 se puso fin a las posibles contradicciones existentes entre la normativa autonómica y nacional, lo que llevó al Consejo de Ministros a acordar el desistimiento del recurso de inconstitucionalidad.

---

<sup>39</sup> Roberta Perna, *La regulación del acceso a la sanidad de los inmigrantes en situación irregular en sistemas descentralizados. España e Italia en perspectiva comparada*. En Francisco Javier Moreno; Eloísa Pino del (eds.). *Las transformaciones territoriales y sociales del Estado en la edad digital. Libro homenaje a Luis Moreno*. (Madrid: CEPC), 2020, pp. 355-376.

<sup>40</sup> Instituto Nacional de Estadística (INE), *Estadística de Migraciones (EM). Primer semestre de 2022*, Nota de prensa, 18 de noviembre de 2022, acceso el 4 de octubre de 2023, [https://www.ine.es/prensa/cp\\_j2022\\_p.pdf](https://www.ine.es/prensa/cp_j2022_p.pdf).

Cabe destacar que está aún pendiente el desarrollo reglamentario necesario mediante el cual se reconozca la asistencia sanitaria a las personas que no tengan condición de aseguradas o beneficiarias del SNS. No obstante, sigue vigente una instrucción de 2015<sup>41</sup>, que cubre a las personas extranjeras que están empadronadas pero que no tienen acceso a los servicios sanitarios por no poseer la condición de asegurado o beneficiario del SNS. Esta normativa añade un requisito adicional relativo a los ingresos, que han de ser inferiores a la renta básica para la inclusión y protección social.

Como en el resto de los casos, la solicitud para acceder al sistema sanitario se realiza ante los centros de atención primaria (CAP) a través de un modelo disponible online donde se tiene que acreditar una multiplicidad de requisitos, entre ellos un documento que acredita la identidad, el certificado de empadronamiento, un justificante de ingresos y acreditar no estar cubierto a nivel sanitario por un tercero. Como vemos, en Catalunya también está presente el requisito del empadronamiento de al menos 90 días en territorio español, estando cubiertas durante este periodo, puesto que desde el primer día del padrón todas las personas acceden a la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) del Servicio Catalán de Salud (art. 6.1 de la instrucción 08/2015). Si bien, en principio, esta TSI no tendría fecha de caducidad, para las personas extranjeras empadronadas en cualquier municipio de Catalunya que no tengan la condición de aseguradas o beneficiarias del Sistema Nacional de Salud y ni cobertura obligatoria por otro medio, es necesaria una renovación anual que se hace a petición de la persona interesada.

Durante los primeros 90 días de estancia en España tienen acceso al nivel uno de cobertura, el cual incluye atención urgente, programas de interés sanitario (drogodependencia, sida y VIH, ETS, etc.) y prestación farmacéutica con una aportación del usuario del 40%. Tras 90 días de empadronamiento, se puede acceder al nivel dos de cobertura, que incluye atención primaria y especializada, psiquiátrica, sociosanitaria, etc. En el caso de los menores, tienen acceso al nivel dos de cobertura desde el primer día de empadronamiento, y para las mujeres inmigrantes embarazadas está garantizada su atención, como para el resto de inmigrantes, desde el primer día de empadronamiento.

Además, aquellas personas en situación de vulnerabilidad (personas sin permiso de residencia, no empadronadas, personas desahuciadas o sin hogar, entre otros) que no se encuentren empadronadas o carezcan de algún otro requisito indispensable para acceder a los servicios sanitarios están cubiertas por un convenio

---

<sup>41</sup> Instrucció 08/2015, *Accés a l'assistència sanitària de cobertura pública del CatSalut als ciutadans estrangers empadronats a Catalunya que no tenen la condició d'assegurats o beneficiaris del Sistema Nacional de Salut, acceso el 5 de octubre de 2023,*

[https://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors\\_professionals/normatives\\_instruccions/2015/instruccio\\_08\\_2015/instruccio\\_08\\_2015.pdf](https://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors_professionals/normatives_instruccions/2015/instruccio_08_2015/instruccio_08_2015.pdf).

suscrito entre Cruz Roja y la administración catalana de salud en 2015.<sup>42</sup> En marzo de 2021 se actualizó dicho acuerdo para añadir el requisito de "necesidad asistencial", lo cual fue criticado por diversas asociaciones por suponer una barrera más hacia la universalización de la sanidad.

En lo concerniente a las mujeres inmigrantes, en 2020 se publicó un informe<sup>43</sup> donde se señalaba la necesidad de incorporar una mirada intercultural y con perspectiva de género en los sistemas sanitarios. Para estos fines, la organización instigadora de dicho proyecto planteó tres propuestas: formar a los profesionales de la salud en materia de interculturalidad y género; incorporar la mediación intercultural en la cartera de servicios sanitarios como un derecho del que disponen las mujeres inmigrantes; promover las redes de salud comunitaria, a través de encuentros entre los CAP y las entidades que trabajan con mujeres inmigrantes, crear espacios de diálogo sobre los derechos sexuales y reproductivos o crear planes de difusión para dar a conocer las vías de acceso al servicio sanitario. La realidad en Catalunya es que, como señala el informe, cerca del 30% de los nacimientos vivos se dan en mujeres de origen inmigrante, lo cual ejemplifica la demografía intercultural que habita en la zona y la necesidad de poner en marcha iniciativas como la expuesta.

En materia de integración, el Estatuto de Catalunya reconoce en su artículo 138 el título competencial para legislar en políticas de integración de la población inmigrante, además de contar con la *Llei 10/2010, del 7 de maig, d'acollida de les persones immigrades i de les retornades a Catalunya*. En virtud del artículo 22 de dicha ley, Catalunya ha llevado a cabo una estrategia materializada en planes plurianuales denominados Plan de Ciudadanía y Migración, siendo el último de ellos aprobado para los años 2016-2020.<sup>44</sup> La accesibilidad a servicios públicos como la sanidad, con independencia de la situación administrativa, es uno de los objetivos que persigue dicho plan, además de prever la acogida en los servicios sanitarios a través de mediadores interculturales y de CatSalut Respon. Esta medida ha sido implementada a través de la externalización a empresas como EULEN

---

<sup>42</sup> *Conveni de col.laboració entre el Servei Català de Salut i la Creu Roja Espanyola – Comité Autòmic, per a facilitar l'accessibilitat de persones en situació de vulnerabilitat*, Barcelona, 2 de març de 2015, acceso el 11 de octubre de 2023, [https://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/coneix\\_catsalut/convenis-contractes/convenis/2015/1535-15.pdf](https://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/coneix_catsalut/convenis-contractes/convenis/2015/1535-15.pdf).

<sup>43</sup> Cecilia García y Mar Baños, "Atender el embarazo y el parto en Barcelona: Imágenes y voces de profesionales de la ciudad", *Farmamundi Catalunya* (2020), <https://www.slideshare.net/farmamundicatalunya/informe-atendre-lembars-i-el-part-a-barcelona-imatges-i-veus-de-professionals-de-la-ciutat>.

<sup>44</sup> Secretaria d'igualtat, Migracions i Ciutadania, Generalitat de Catalunya, *Plan de Ciudadanía y de las Migraciones, 2017-2020* (2017), acceso el 15 de octubre de 2023, [https://dixit.gencat.cat/web/.content/home/04recursos/02publicacions/02publicacions\\_de\\_bsf/05\\_immigracio/pla\\_ciutadania\\_migracions\\_2017\\_2020/plan\\_ciutadania\\_migracions\\_2017\\_2020.pdf](https://dixit.gencat.cat/web/.content/home/04recursos/02publicacions/02publicacions_de_bsf/05_immigracio/pla_ciutadania_migracions_2017_2020/plan_ciutadania_migracions_2017_2020.pdf).

o Salud y Familia.<sup>45</sup> Asimismo, se pretende promover el empoderamiento y la visibilización de las mujeres inmigrantes, aprobar un plan de prevención y detección de la violencia machista que recaerá sobre ellas así como otras acciones como la formación en materia de derechos de las mujeres o el fomento de la participación social de la mujer reagrupada.

### 2.2.3.- Andalucía

La norma autonómica que establece las bases en la comunidad de Andalucía en cuestiones de asistencia sanitaria es la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, así como el artículo 22 de Estatuto de Autonomía, que reconoce el derecho a la protección de la salud mediante un sistema sanitario público y universal. El artículo 3 de la ley de 1998 tan solo reconoce como titulares de los derechos del ámbito sanitario a los nacionales y a los residentes en Andalucía, por lo que, para el caso de los nacionales de países extra-comunitarios, se garantiza lo indicado en la normativa internacional, haciendo una excepción para los casos de urgencia ("prestaciones vitales de emergencia"). En lo referente a la integración, el artículo 62 del Estatuto de Autonomía para Andalucía reconoce su competencia para legislar en políticas de integración, además de contar con el Foro Andaluz para la integración social de las personas de origen migrante y los respectivos foros provinciales. No obstante, la actividad de dichos órganos de consulta no es fácilmente accesible, por lo que resulta complicado determinar cuáles son las acciones que han llevado a cabo. En la Estrategia Andaluza para la Inmigración 2021-2025<sup>46</sup> se establece, dentro del eje estratégico 2 "Inclusión e integración", un objetivo específico concerniente a la mejora de la salud bio-psico-social de la población migrante y refugiada en Andalucía. En este documento se hace especial énfasis en la necesidad de adoptar programas de actuación específicos de atención mujeres víctimas de violencia de género, trata, matrimonios forzados o MGF, así como facilitar el acceso a los servicios socio-sanitarios y mejorar las competencias de los profesionales sanitarios en su trato con las personas de origen inmigrante.

La Comunidad Autónoma de Andalucía no aprobó ninguna ley como tal que se enfrentase al RD 16/2012 (como si fue el caso de Euskadi, la Comunitat Valenciana o Catalunya), pero el 6 de junio de

---

<sup>45</sup> Esta organización ha desarrollado un amplio trabajo en el área materno-infantil, como transmitir información sobre los trámites de inscripción de los recién nacidos en el registro civil, aconsejar sobre la lactancia materna y los cuidados del bebé, informar sobre los controles pediátricos y ginecológicos o informar respecto a la anestesia epidural.

<sup>46</sup> Junta de Andalucía, *Estrategia andaluza para la inmigración 2021-2025: Inclusión y Convivencia*, acceso el 25 de septiembre de 2023, [https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Estrategia\\_Aandaluza\\_Inmigracion\\_2021\\_2025\\_inclusionyconvivencia.pdf](https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Estrategia_Aandaluza_Inmigracion_2021_2025_inclusionyconvivencia.pdf).

2013 se emitió una instrucción<sup>47</sup> para paliar la desprotección causada por dicha legislación a las personas en situación administrativa irregular y asegurar su atención sanitaria durante periodos de 1 a 12 meses renovables. Se exigía, además de encontrarse en situación administrativa irregular y ser mayor de edad, el no contar con medios económicos suficientes (a través de una declaración jurada); ser inmigrante extracomunitario y no entrar en la categoría de beneficiario o asegurado según la ley estatal. Como es habitual, el procedimiento se iniciaba en los centros de atención primaria. En el caso de las personas extranjeras no comunitarias que no cuentan con un NIE, es probable que el centro de salud las derive a un trabajador social que realizará un informe en relación al contexto económico, familiar y administrativo de la persona solicitante. Por otra parte, en algunos casos se podría solicitar el no tener reconocido el derecho a la asistencia sanitaria por el INSS ni derecho a la exportación de la asistencia sanitaria desde el país de procedencia. Tras la realización de todos los trámites, se otorgaba un documento acreditativo que reconocía de manera temporal el derecho a la asistencia sanitaria (que permitía el acceso a los mismos servicios que cualquier ciudadano), siendo posible renovarlo si las circunstancias de necesidad subsistían.

Podemos observar, en la citada instrucción, cierta flexibilidad a la hora de probar la identidad del demandante, al explicitarse que el documento de identidad no es requisito para la inclusión en la base de datos, pero debiéndose hacer todo lo posible por demostrar la identidad, aceptándose cualquier documento oficial donde consten los datos personales. Además, cabe destacar que en Andalucía no se exige el empadronamiento como requisito para darse de alta por esta vía, lo cual es un punto a favor en comparación con las otras CC. AA.

Con la aprobación del Real Decreto de 2018 y de la introducción del artículo 3 ter, en caso de que la tramitación resulte favorable, se entrega una tarjeta sanitaria individual (TSI) que toma la misma forma que para el resto de personas que son beneficiarias del sistema de salud andaluz, cuya validez es de 2 años. Como señala el informe de "Yo Sí, Sanidad Universal", a pesar de que el empadronamiento durante 90 días es requisito necesario, se da cobertura directa desde el primer día mediante un alta temporal, que sirve más adelante para acreditar los tres meses de residencia efectiva en el territorio a la hora de solicitar el alta definitiva. Además, la Junta de Andalucía ha suscrito diversos convenios con organizaciones del tercer sector como Andalucía Acoge, Cepaim o la Cruz Roja, con el fin de tramitar la tarjeta

---

<sup>47</sup> *Instrucciones desde el Servicio Andaluz de Salud para el Reconocimiento Temporal de Asistencia Sanitaria en Andalucía e Instrucciones de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud sobre el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria en centros del Servicio Público de Andalucía a personas extranjeras en situación irregular y sin recursos*, 6 de junio de 2013, acceso el 30 de septiembre de 2023, <https://www.defensordelpuebloandaluz.es/sites/default/files/20131205125641980.pdf>.

sanitaria de las personas que llegan en pateras o el protocolo para atender a las mujeres embarazadas que llegan a las costas<sup>48</sup>, pero podemos constatar una falta de transparencia de dichos documentos y el incumplimiento de la obligación de publicidad que compete a las administraciones públicas, por lo que el acceso a la información en la materia es limitado.<sup>49</sup>

#### 2.2.4.- Comunitat Valenciana

En la Comunitat Valenciana se aprobó el Decreto Ley 3/2015, con el fin de paliar los efectos de Real Decreto 16/2012, que dejó sin cobertura sanitaria en el territorio valenciano a más de 127.000 personas, además de dictarse las pautas recogidas en la Instrucción 20/2015 para garantizar el acceso universal a la asistencia a la atención de los colectivos excluidos<sup>50</sup>. Actualmente, la legislación que regula el sistema sanitario en la Comunitat Valenciana es la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana, con su posterior modificación por la Ley 8/2018, de 20 de abril, de la Generalitat.

La instrucción de 2015 está destinada a garantizar el acceso a la sanidad a inmigrantes sin permiso de residencia que no se encuentren en situación de estancia — esto es, han de estar más de 90 días empadronados — y que no puedan recibir asistencia médica por otros medios que no sea a cargo de fondos públicos. Estas personas podrán ser beneficiarias de un documento SIP (Sistema de Información Poblacional), que ha de solicitarse en el centro de salud correspondiente según su domicilio habitual. Su validez es de 2 años renovables siempre y cuando se acredite el cumplimiento de los requisitos iniciales.

A pesar de que el empadronamiento de más de 3 meses puede suponer un obstáculo para muchas personas, como hemos indicado anteriormente, en la decimocuarta instrucción se tienen en cuenta situaciones especiales que, tras un informe social, pueden dar acceso al sistema de salud, como es el caso de personas que tengan dificultad para obtener los documentos necesarios para el empadronamiento y

---

<sup>48</sup> Yo Sí, Sanidad Universal, *Informe acerca de la trasposición y aplicación del RDL 7/2018 a nivel autonómico entre 2018 y 2022 (2022)*, acceso el 5 de octubre de 2023, <https://yosisanidaduniversal.net/materiales/informes/informe-derecho-asistencia-sanitaria-comunidades-autonomas>.

<sup>49</sup> Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud y Consumo, acceso el 6 de octubre de 2023, <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/ciudadania/cobertura-sanitaria>.

<sup>50</sup> Instrucción 20/2015, de la Secretaría Autonómica para garantizar el acceso universal a la Atención Sanitaria, Generalitat Valenciana, acceso el 15 de octubre de 2023, [https://www.san.gva.es/documents/3016813/3056242/acceso\\_universal\\_a\\_la\\_atencion\\_sanitaria\\_es.pdf/5cb97661-5839-055a-06e1-e45e0dbe1886?t=1676476473808](https://www.san.gva.es/documents/3016813/3056242/acceso_universal_a_la_atencion_sanitaria_es.pdf/5cb97661-5839-055a-06e1-e45e0dbe1886?t=1676476473808).

acrediten su residencia efectiva. Esto concuerda con lo indicado en las Recomendaciones del Estado, donde se indica que se podrá probar la residencia efectiva por medio de cualquier documento oficial de la Administración, como una "carta de viaje expedida por el consulado, inscripciones en colegios, registro de visitas a Servicios Sociales, etc." Asimismo, cabe destacar que existen modos excepcionales de empadronamiento<sup>51</sup> cuando los requisitos por la vía convencional no se cumplan y las personas solicitantes se encuentren en situación de exclusión social (vivienda precaria, personas sin hogar, vivienda ocupada, etc.). En el caso de que no se pueda acreditar la disponibilidad de la vivienda (por no tener contrato de alquiler, vivir en una habitación alquilada o en un albergue), la Policía local puede visitar el domicilio con el fin de acreditar — exclusivamente — la residencia efectiva del mismo, sin que se pueda realizar en ningún caso un control de la situación administrativa de la persona solicitante.

No obstante, el requisito de permanencia en el territorio durante más de 90 días deja sin amparo a las personas que no posean autorización de entrada ni permanencia (estancia) en el territorio, las cuales deberían recibir asistencia sanitaria desde el primer momento que entran en el territorio. Mientras que el RD 7/2018 no exige este requisito temporal, las Recomendaciones sí que lo hacen. Por otra parte, la insuficiencia de personal que se viene denunciando desde los medios para hacer frente a todas las solicitudes de empadronamiento conlleva una saturación del sistema y un retraso en los trámites.<sup>52</sup>

En el Plan Valenciano de Inclusión y Cohesión Social 2017-2022, se consagraba una línea estratégica 3 a la materia de la Salud. En ella, se señalaba la importancia de aproximarse hacia un sistema de salud inclusivo, lo cual se traduce en un sistema intercultural, acogedor y con la capacidad suficiente para responder a la diversidad de personas atendidas. En lo que concierne al municipio de Valencia, el 23 de noviembre de 2021 se aprobó el Plan de Inclusión y Cohesión Social 2021-2025, el cual incluye acciones dirigidas a colectivos en situación de vulnerabilidad, como las personas inmigrantes, así como garantías de acceso a los servicios públicos, pero se encuentra falto de una perspectiva interseccional donde se contemplen los diversos elementos que pueden tender a una exclusión social agravada.

Cabe destacar que, en lo que respecta a las políticas de integración, el año 2021 supuso un punto de inflexión, dejando atrás una perspectiva sectorial con la aprobación de la Estrategia Valenciana para las Migraciones (2021-2026) — en cuya elaboración participaron una diversidad actores, públicos y privados, así como regionales y locales — con el fin de adoptar un enfoque que responda de manera

---

<sup>51</sup> Ajuntament de València, *Casos especiales d'empadronament*, 11 de octubre de 2023, <https://sede.valencia.es/sede/registro/procedimiento/PA.GP.65?lang=1>.

<sup>52</sup> Saray Fajardo, "Padrón solicita más personal para evitar largas colas ante el ayuntamiento", <https://www.levante-emv.com/valencia/2023/02/22/padron-solicita-personal-evitar-largas-83369282.html>.

específica a los retos de la inmigración. Para su supervisión, se creó mediante el Decreto 21/2022, de 25 de marzo, el Consejo Valenciano de Migraciones, en el cual participarán una multiplicidad de actores, incluyendo representantes de colectivos de personas inmigrantes y las propias personas inmigrantes y un área especializada en igualdad de género. En materia sanitaria, se prevé la formación del personal sanitario en competencias interculturales o la implementación de mesas de intercambio entre diferentes agentes, tanto personas migrantes como personal sanitario o mediadores interculturales. Asimismo, es una de las pocas CC. AA. que cuenta con un plan específico de lucha contra la discriminación y los delitos de odio, en el cual se incluye una perspectiva de género y propuestas como la formación del personal sanitario en igualdad de trato y no discriminación<sup>53</sup>.

### **3.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

En primer lugar, se puede afirmar que la protección de la salud a través de la atención socio-sanitaria es un aspecto clave a la hora de facilitar el proceso de integración. Así, las prácticas médicas, los discursos, instituciones y recomendaciones sanitarias van a influir en los procesos de subjetivación y conformación de las identidades, actuando como una vía de control y determinación del valor de ciertos cuerpos. En este sentido, la interacción entre salud e inclusión social es de carácter recíproco, puesto que un buen estado de salud va a permitir una mayor apertura a la participación social y ésta influirá a su vez de manera positiva en la salud individual. En todo caso, son necesarias más investigaciones acerca de cómo impacta el racismo en la salud de las personas, desagregando los datos con el fin de poder evaluar, por una parte, las repercusiones del racismo en la salud y de la discriminación estructural en determinadas comunidades, así como para fundamentar la elaboración de presupuestos y el gasto en medidas preventivas, curativas y paliativas. En la actualidad, los estudios que incidan en las barreras con las que se encuentran las mujeres inmigrantes en particular a la hora de acceder a los servicios sanitarios en el ámbito geográfico español son ínfimas, debiéndonos remitir a informes llevados a cabo por organismos europeos u organizaciones no gubernamentales. En este sentido, el Marco Estratégico puede ser un buen punto de partida para una recopilación más exhaustiva y rigurosa de la información existente, con el consiguiente mapeo para dotar de utilidad práctica a los datos obtenidos.

---

<sup>53</sup> Estrategia Valenciana para la Igualdad de Trato, la No Discriminación y la Prevención de los Delitos de odio 2019-2024, acceso el 10 de octubre de 2023, [https://inclusio.gva.es/documents/162705074/172860750/GVA-EstrategiaIgualdadTrato19-24\\_rev.pdf/15f3c1a3-1b0c-45c4-aa0e-adabffef004](https://inclusio.gva.es/documents/162705074/172860750/GVA-EstrategiaIgualdadTrato19-24_rev.pdf/15f3c1a3-1b0c-45c4-aa0e-adabffef004).

En segunda instancia, podemos concluir que el modelo de integración del Estado español se encuentra aún en fase de construcción, pero sigue una senda adecuada. Con la aprobación del Marco Estratégico 2021-2027, podemos afirmar que se están tratando de superar algunos de los obstáculos que se interponían a la hora de construir una estrategia sólida y cohesionada como la ausencia de indicadores para evaluar de manera concreta la situación de las personas inmigrantes; la intermitencia de las estrategias de acción o la ausencia de centralidad y coordinación en la materia<sup>54</sup>, como refleja el anterior Plan Estratégico de Ciudadanía e Integración 2011-2014.

El hecho de que las competencias en este ámbito se encuentren ampliamente descentralizadas en los entes autonómicos y locales complica la tarea de realizar una evaluación exhaustiva de la presencia de medidas de integración en todo el territorio. Tal y como recomendó el MIPEX en su último análisis<sup>55</sup>, el cual indicaba que era necesario renovar el Plan Estratégico de Ciudadanía e Integración — dado que el último PECI finalizó en 2014 —, el Estado español cuenta actualmente con un nuevo Marco Estratégico de Ciudadanía, Inclusión, contra la Xenofobia y el Racismo 2021-2027, gracias al cual se han realizado importantes informes, como el relativo a la Integración de la población inmigrante en el ámbito laboral<sup>56</sup> o en la educación.<sup>57</sup> Por último, cabe destacar, en virtud de la multidimensionalidad de la integración, la importante tarea de organismos vinculados a los poderes públicos, como el Foro para la Integración Social de los Inmigrantes u Oberaxe, pues sus estudios y recopilaciones de datos son esenciales a la hora de orientar la acción de las administraciones públicas en la materia con el fin de que se aborden las problemáticas que más atención necesitan. Además, está previsto que se realice un seguimiento de dicho instrumento a través de la creación de un Comité de Seguimiento y Evaluación del Marco Estratégico, que aprobará un informe anual y propuestas de mejoras, lo cual es de vital importancia para que el Marco esté constantemente actualizado y pueda responder a los retos que se presenten.

La comparativa entre Comunidades Autónomas nos ha permitido extraer una tercera conclusión. En primer lugar, la heterogeneidad que se ha venido exponiendo respecto a la regulación de los servicios sanitarios se ve también reflejada en las políticas de integración, ya que existen Comunidades Autónomas cuyos Estatutos reconocen competencias en materia de integración de población inmigrante

---

<sup>54</sup> Comisión Europea contra el Racismo y la Intolerancia (ECRI), *Informe de la ECRI sobre España (quinto ciclo de supervisión)* (2018), acceso el 25 de septiembre de 2023, <https://rm.coe.int/fifth-report-on-spain-spanish-translation-/16808b56cb>.

<sup>55</sup> Migrant Integration Policy Index 2020 (MIPEX), *Spain*, acceso el 28 de septiembre de 2023, <https://www.mipex.eu/spain>.

<sup>56</sup> Ramón Mahía y Eva Medina, 2022, *op. cit.*

<sup>57</sup> Ramón Mahía y Eva Medina, *Informe sobre la integración de los estudiantes extranjeros en el sistema educativo español* (Madrid: OBERAXE, 2022), [https://inclusion.seg-social.es/oberaxe/ficheros/documentos/OB15\\_accesible.pdf](https://inclusion.seg-social.es/oberaxe/ficheros/documentos/OB15_accesible.pdf).

(como Catalunya o Andalucía), otras donde se ha desarrollado legislación autonómica al respecto sin ser reconocida a nivel estatutario (como la Comunitat Valenciana) y otras, como Madrid, donde se han desarrollado planes de integración sin un encaje legal concreto. De las tres CC.AA. analizadas, la única que cuenta con una estrategia concreta de lucha contra la discriminación es la Comunitat Valenciana, que, junto a la Comunidad Foral de Navarra, se erigen como las dos Comunidades con un plan de lucha particular contra la xenofobia y el racismo. En la práctica totalidad del Estado español, un importante peso del desarrollo de las políticas de integración recae sobre las ONGs y asociaciones locales<sup>58</sup>, en el caso catalán se observa muy claramente el rol de agente “externalizador” y proveedor de fondos que poseen los poderes públicos, especialmente en el ámbito de la sanidad, tanto en el plano exclusivamente médico (derivando funciones a Cruz Roja), como de mediación e interpretación intercultural. Además, un aspecto que llama la atención en relación con la gobernanza autonómica en materia de integración es la carencia de construcción de puentes de diálogo con las organizaciones migrantes. La gobernanza multinivel propuesta por el Marco Estratégico — a pesar de que éste sí que ha sido fruto de diálogo con la sociedad civil —mencionado pierde sustantividad si ésta no tiene en cuenta el rol esencial que ha de tener el asociacionismo migrante en la elaboración de políticas de inclusión.

En todo caso, a pesar de que existan planes y estrategias a nivel autonómico para favorecer la integración, su ejecución depende de la administración local. De hecho, a través del padrón, en tanto que registro administrativo donde constan los habitantes de un municipio con independencia de su estatus legal, se accede a derechos sociales como la sanidad o la educación, por lo que su correcto funcionamiento será esencial para fomentar la integración desde una perspectiva jurídica.<sup>59</sup> Además, también poseen competencias en materia de prestaciones sociales y en cuestiones que incidirán en la entrada y permanencia de las personas inmigrantes, como el informe de integración social (necesario para el permiso por arraigo) o la acreditación de la habitabilidad de la vivienda en relación a la reagrupación familiar. Diversos estudios vienen mostrando que la integración<sup>60</sup> y la lucha contra el racismo<sup>61</sup> no son una prioridad para

---

<sup>58</sup> Reinhard Schweitzer *et. al.*, *Immigrant integration in small and medium- sized towns and rural areas: local policies and policymaking relations in Spain* (Barcelona: CIBOD, 2022), [https://whole-comm.eu/wp-content/uploads/2023/02/Comparative-Working-Paper\\_OCT22\\_formated\\_final\\_revised-NOV22.pdf](https://whole-comm.eu/wp-content/uploads/2023/02/Comparative-Working-Paper_OCT22_formated_final_revised-NOV22.pdf)

<sup>59</sup> Ángeles Solanes, “La integración de las personas inmigrantes en España: un balance normativo”, *Mediterráneo económico* 36 (2022), 153-168, <https://publicacionescajamar.es/publicacionescajamar/public/pdf/publicaciones-periodicas/mediterraneo-economico/36/7-me-36-la-integracion-de-las-personas-inmigrantes-en-espana.pdf>

<sup>60</sup> Reinhard Schweitzer *et. al.*, 2022, *op. cit.*

<sup>61</sup> Inclusión, gestión de la diversidad y lucha contra el racismo y la xenofobia: Actuaciones de las Comunidades Autónomas y las Administraciones locales (Madrid:

los municipios, pero cabría evaluar en un futuro cómo ha impactado el Marco Estratégico en el desarrollo de políticas municipales de integración, dado que éste reconoce a las entidades locales como actores esenciales en impulsar la inclusión.

Un cuarto aspecto que podemos sostener con determinación es la urgencia de incorporar o expandir la perspectiva de género e interseccional en las políticas de integración, ya que las mujeres inmigrantes se ven más expuestas a los factores exclusógenos que sus pares varones. Se ha de valorar positivamente que el Marco Estratégico incorpore la perspectiva de género y la discriminación interseccional, si bien es cierto que será necesario un control de la adopción efectiva de medidas que tengan en cuenta dichos enfoques dado que la transversalidad inherente a dicha. Si bien se puede afirmar que, por norma general, en los planes de inclusión estatales y autonómicos se mencionan las problemáticas que atañen a las mujeres inmigrantes, se trata de una aproximación genérica que tiene en cuenta aquellas opresiones y violencias que afectan de manera más evidente y sonada a las mujeres inmigrantes, como el ser víctimas de trata o mutilación genital femenina en proporciones mayores que las mujeres nacidas en España. Para combatir estas violencias, además de ofrecer un arsenal de medidas preventivas y paliativas, la mirada interseccional permitiría abordarlas como actos de dominio fruto de la conjunción de una multiplicidad de ejes de desigualdad. Así, combatir la violencia machista sobre las mujeres inmigrantes también es luchar por sus derechos laborales, por la facilitación de los trámites de regularización, por el derecho a una vivienda digna o, lo que nos atañe en este trabajo, el acceso a los servicios sanitarios.

Finalmente, en lo concerniente al ámbito sanitario, la perspectiva de género es esencial debido a que el sesgo androcéntrico en la investigación, diagnóstico y tratamiento de enfermedades está ampliamente presente en la disciplina médica. Esta perspectiva de género ha de ir complementada de un enfoque intercultural, con el fin de que la atención socio-sanitaria sea plenamente satisfactoria. Efectivamente, es así como se puede revertir el sesgo que produce la intersección entre la pervivencia de un Modelo Médico Hegemónico, con tendencia al etno- y androcentrismo, así como excesivamente patologizador e individualista.

En clave de recomendaciones, sería necesario elaborar estrategias más concretas de intervención socio-sanitaria para favorecer la integración de las mujeres inmigrantes. Ello requiere un análisis minucioso del contexto en el cual se ubican las mujeres inmigrantes, las cuales han pasado por un proceso migratorio, cuyo rastro se puede manifestar de múltiples maneras (duelo migratorio, síndrome de Ulises, etc.) y requieren de una intervención bio-psico-social. Además, una vez en el Estado de acogida, pueden sufrir estrés

---

OBEXAXE, 2022), acceso el 15 de octubre de 2023, <http://www.inclusion.gob.es/oberaxe/es/publicaciones/index.htm>.

o ansiedad debido a múltiples factores, como la dificultad de inserción laboral, la carencia de una red de apoyo, el desgaste por los trámites y trabas administrativas, la discriminación en razón de género y etnia o la doble jornada laboral entre trabajo remunerado y no remunerado. De esta manera, tal vez resulte interesante la inclusión de figuras como la del mediador intercultural e interlingüístico<sup>62</sup> en las consultas médicas o el desarrollo de cursos de capacitación y formación para los/as profesionales médicos/as en cuestiones de género y diversidad cultural. Por otro lado, a pesar de que a nivel formal o legislativo el acceso a los servicios sanitarios de las mujeres inmigrantes en el ámbito español es altamente igualitario con el resto de la población (sobre todo, en caso de tener permiso de residencia), las trabas detectadas son de carácter material, como las que afectan a la comunicación — barreras lingüísticas y culturales — o a la falta de información, que dificulta que las mujeres inmigrantes acudan a centros hospitalarios en caso de necesidad.

#### 4.- BIBLIOGRAFÍA

- Achotegui, J "El síndrome del inmigrante con duelo migratorio extremo: el síndrome de Ulises. Una perspectiva psicoanalítica", *Aperturas Psicoanalíticas* 68 (2021), 1-10, <http://www.aperturas.org/imagenes/archivos/ap2021%7Dn068a3.pdf>.
- Boccagni, P y Hondagneu-Sotelo, P, "Integration and the Struggle to Turn Space Into 'Our' Place: Homemaking as a Way Beyond the Stalemate of Assimilationism vs Transnationalism", *International Migration* (2021), 154-167, doi:10.1111/imig.12846.
- Cano Isaza, TA, "Salud de los inmigrantes: una reflexión desde la justicia social", *Migraciones Internacionales* 11 (2020), doi: <https://doi.org/10.33679/rmi.v1i1.1747>.
- Castles, S et al., *Integration: Mapping the Field*, Centre for Migration and Policy Research and Refugee Studies Centre, 2002.
- Crenshaw, K, "Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory, and Antiracist Politics" *University of Chicago Legal Forum* 1989 (8) (1989), <https://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>.
- Dalli, M "Cobertura sanitaria para inmigrantes en situación irregular en Europa: Análisis de 12 casos" *Revista General de Derecho Administrativo* 49 (2018), ISSN: 1696-9650.
- Favell, A, "Integration: Twelve Propositions After Schinkel", *Comparative Migration Studies* 7 21 (2019), doi:10.1186/s40878-019-0125-7.

---

<sup>62</sup> María Pina y Ma Ángeles Hernández Prados (coord.), *Miradas interdisciplinares de la salud en mujeres inmigrantes y refugiadas* (Ediciones de la Universidad de Murcia, 2022), <https://doi.org/10.6018/editum.2938>.

- Fanjul, G y Gálvez-Iniesta, I, *Extranjeros, sin papeles e imprescindibles: Una fotografía de la inmigración irregular en España*, Investigación por Causa (2020), <https://porcausa.org/wp-content/uploads/2020/07/RetratodelairregularidadporCausa.pdf>.
- García, C y Baños, M, "Atender el embarazo y el parto en Barcelona: Imágenes y voces de profesionales de la ciudad", Farmamundi Catalunya (2020), <https://www.slideshare.net/farmamundicatalunya/informe-atendre-lembars-i-el-part-a-barcelona-imatges-i-veus-de-professionals-de-la-ciutat>.
- Geddes, A, Hadj-Abdou, L y Brumat, L, *Migration and mobility in the European Union*, London: Red Globe Press, 2020.
- Mahía, R. y Medina, E. *Informe sobre la integración de la población extranjera en el Mercado Laboral Español*, Observatorio Español del Racismo y la Xenofobia, (2022), <https://www.inclusion.gob.es/oberaxe/ficheros/documentos/Integraciondelapoblacion.pdf>.
- Menéndez, EL "Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias", *Salud Colect* 16 (2020), <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>.
- Migrant Integration Policy Index 2020 (MIPEX). *Spain*, <https://www.mipex.eu/spain>.
- Penninx, R y Martiniello, M, "Procesos de integración y políticas (locales): estado de la cuestión y algunas enseñanzas", *Revista española de Investigaciones Sociológicas* 116 (2006), 123-156.
- Penninx, R y Garcés-Masareñas, B (eds.), *Integration Processes and Policies in Europe*, IMISCOE Research Series, Springer Cham, 2016, <https://doi.org/10.1007/978-3-319-21674-4>.
- Perna, R, "La regulación del acceso a la sanidad de los inmigrantes en situación irregular en sistemas descentralizados. España e Italia en perspectiva comparada" en Moreno, FJ, Pino, E (eds), *Las transformaciones territoriales y sociales del Estado en la edad digital. Libro homenaje a Luis Moreno*, Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, 2020, 355-376.
- Pina, M y Hernández-Prados, MA (coord.), *Miradas interdisciplinarias de la salud en mujeres inmigrantes y refugiadas*. Editum. Ediciones de la Universidad de Murcia, 2021, <https://doi.org/10.6018/editum.2938>.
- Río-Pedraza, C, "La medicalización del malestar en la mujer. Una valoración crítica". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 42, 141 (2022), <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352022000100004>.
- Rodó-Zárate, M, *Interseccionalidad. Desigualdades, lugares y emociones*, Manresa: Bellaterra Edicions, 2021.
- Schweitzer, R et. al., *Immigrant integration in small and medium-sized towns and rural areas: local policies and policymaking relations in Spain*, Barcelona: CIBOD, 2022.

- Scuzzarello, S y Moroşanu, L, "Integration and intersectionality: boundaries and belonging "from above" and "from below" *Ethnic and Racial Studies*, (2023) 46:14, 2991-3013, doi: [10.1080/01419870.2023.2182649](https://doi.org/10.1080/01419870.2023.2182649).
- Siriwardhana, C, Roberts, B y McKee, M, *Vulnerability and resilience*, IOM Development Fund: 2017, [https://www.iom.int/sites/g/files/tmzbd1486/files/our\\_work/DMM/Migration-Health/Vulnerability%20and%20Resilience%20paper%20excerpt\\_s\\_%20final.pdf](https://www.iom.int/sites/g/files/tmzbd1486/files/our_work/DMM/Migration-Health/Vulnerability%20and%20Resilience%20paper%20excerpt_s_%20final.pdf).
- Solanes, Á, "La integración de las personas inmigrantes en España: un balance normativo" *Mediterráneo económico* 36 (2022), 153-168, ISSN: 1698-3726.
- Urbanos-Garrido, R, "La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad", *Gaceta Sanitaria* 30, S1, 25-30 (2016), doi: [10.1016/j.gaceta.2016.01.012](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.01.012).
- Weinar, A, Unterreiner, A y Fargues, P (eds), *Migrant integration between homeland and host society. Volume 1, Where does the country of origin fit?*, Cham, Springer (2017), 1-19, <https://hdl.handle.net/1814/47467>.
- Yo Sí, Sanidad Universal (2022): *Informe acerca de la trasposición y aplicación del RDL 7/2018 a nivel autonómico entre 2018 y 2022*, <https://yosisanidaduniversal.net/materiales/informes/informe-derecho-asistencia-sanitaria-comunidades-autonomas>.

#### 4.1.- Fuentes institucionales

- Estrategia andaluza para la inmigración 2021-2025: Inclusión y Convivencia, Junta de Andalucía, [https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Estrategia\\_Andaluza\\_Inmigracion\\_2021\\_2025\\_inclusionyconvivencia.pdf](https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Estrategia_Andaluza_Inmigracion_2021_2025_inclusionyconvivencia.pdf).
- Estrategia Valenciana para la Igualdad de Trato, la No Discriminación y la Prevención de los Delitos de odio 2019-2024, [https://inclusio.gva.es/documents/162705074/172860750/GVA-EstrategiaIgualdadTrato19-24\\_rev.pdf/15f3c1a3-1b0c-45c4-aa0e-adabffef004](https://inclusio.gva.es/documents/162705074/172860750/GVA-EstrategiaIgualdadTrato19-24_rev.pdf/15f3c1a3-1b0c-45c4-aa0e-adabffef004).
- Foro para la Integración Social de los Inmigrantes (FISI) (2022): *Situación de las personas migrantes y refugiadas en España. Informe anual 2021*, Madrid, Observatorio Español del Racismo y la Xenofobia (Oberaxe).
- Instituto de la Mujer, Ministerio de Igualdad (2020): *La perspectiva de género, esencial en la respuesta a la COVID-19*, Secretaría de Estado de Igualdad y contra la Violencia de Género, [https://www.inmujer.gob.es/disenov/novedades/IMPACTO\\_DE\\_GENERO\\_DEL\\_COVID\\_19\\_uv.pdf](https://www.inmujer.gob.es/disenov/novedades/IMPACTO_DE_GENERO_DEL_COVID_19_uv.pdf).
- Instrucció 08/2015, *Accés a l'assistència sanitària de cobertura pública del CatSalut als ciutadans estrangers empadronats a Catalunya que no tenen la condició d'assegurats o beneficiaris del Sistema*

*Nacional de Salut.*  
[https://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors\\_professionals/normatives\\_instruccions/2015/instruccio\\_08\\_2015/instruccio\\_08\\_2015.pdf](https://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors_professionals/normatives_instruccions/2015/instruccio_08_2015/instruccio_08_2015.pdf).

Instrucción 20/2015, de la Secretaría Autonómica, para garantizar el acceso universal a la Atención Sanitaria, Generalitat Valenciana.  
[https://www.san.gva.es/documents/3016813/3056242/acceso\\_universal\\_a\\_la\\_atencion\\_sanitaria\\_es.pdf/5cb97661-5839-055a-06e1-e45e0dbe1886?t=1676476473808](https://www.san.gva.es/documents/3016813/3056242/acceso_universal_a_la_atencion_sanitaria_es.pdf/5cb97661-5839-055a-06e1-e45e0dbe1886?t=1676476473808).

Instrucciones desde el Servicio Andaluz de Salud para el Reconocimiento Temporal de Asistencia Sanitaria en Andalucía e Instrucciones de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud sobre el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria en centros del Servicio Público de Andalucía a personas extranjeras en situación irregular y sin recursos, 6 de junio de 2013,  
<https://www.defensordelpuebloandaluz.es/sites/default/files/20131205125641980.pdf>.

Marco Estratégico de Ciudadanía e Inclusión, contra el Racismo y la Xenofobia (2023-2027), Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, Julio 2023,  
<https://www.inclusion.gob.es/oberaxe/ficheros/documentos/MARCO ESTRATEGICO VERSION 04 07 2023.pdf>.

Observatorio Español del Racismo y la Xenofobia (OBERAXE) (2022): Inclusión, gestión de la diversidad y lucha contra la xenofobia: Actuaciones de las CC. AA y las Administraciones locales,  
[https://inclusion.seg-social.es/oberaxe/es/publicaciones/documentos/documento\\_0129.htm](https://inclusion.seg-social.es/oberaxe/es/publicaciones/documentos/documento_0129.htm).

Organización Internacional para las Migraciones (OIM) (2022): *NEX-ODS: Logrando las dimensiones migratorias de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en España*, Madrid.

*Plan de Ciudadanía y de las Migraciones, 2017-2020* (2017), Secretaria d'igualtat, Migracions i Ciutadania, Generalitat de Catalunya  
[https://dixit.gencat.cat/web/.content/home/04recursos/02publicacions/02publicacions\\_de\\_bsf/05\\_immigracio/pla\\_ciutadania\\_migracions\\_2017\\_2020/plan\\_ciudadania\\_migracions\\_2017\\_2020.pdf](https://dixit.gencat.cat/web/.content/home/04recursos/02publicacions/02publicacions_de_bsf/05_immigracio/pla_ciutadania_migracions_2017_2020/plan_ciudadania_migracions_2017_2020.pdf).

Unión Europea, Comisión Europea (2020): *Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, el Consejo, el Comité Europeo Económico y Social y el Comité de las Regiones: Plan de acción sobre Integración e Inclusión 2021-2027*, COM(2020) 758 final,  
<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX:52020DC0758>.