GENERALITAT VALENCIANA

Vicepresidència Segona i Conselleria de Serveis Socials, Igualtat i Habitatge

Dirección General de Inclusión y Cooperación al Desarrollo

Servicio de Prestaciones Inclusivas

GENERALITAT VALENCIANA

Conselleria de Sanitat

Oficina Autonómica de Coordinación e Integración Sociosanitaria de la Comunitat Valenciana OCISS

Informe para la Mejora de la Coordinación entre Sanidad y Servicios Sociales en la Atención a Personas Migrantes

SISTEMA PÚBLICO VALENCIANO DE SERVICIOS SOCIALES

Cátedra del Sistema Público Valenciano de Servicios Sociales

Universitat de València

Esta iniciativa nace en el marco de la Oficina de Coordinación e Integración Sociosanitaria, dentro del Grupo de Trabajo de Migraciones con el respaldo de la Dirección General de Inclusión y Cooperación al Desarrollo y la Cátedra Interuniversitaria del Sistema Público de Servicios Sociales de la Universitat de València.

Coordinador GET Migraciones:

Javier Campos Serna. Médico de Familia y Comunitaria. Centro de Salud El Campello, Alicante. GVA. Profesor asociado del Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia de la Universidad de Alicante.

Grupo de trabajo:

- Marta Asensi. Educadora Social OND ACOEC.
- Juanjo Ballesta. Profesor jubilado de Farmacología de la Universidad Miguel Hernández.
- Esther Campos. Trabajadora Social de Médicos del Mundo en Alicante.
- Carolina Concepción. Trabajadora Social Centro de Salud. GVA.
- Marisa García Tena. Trabajadora Social Centro de Salud de Castellón. GVA.
- Lola Gómez Gómez. Trabajadora Social Unidad de Salud Mental. GVA.
- Vanessa Gómez. Trabajadora Social de Pangea en Alicante.
- Mercedes Martínez López. Trabajadora Social Centro de Salud. GVA.
- Soledad Martí. Técnica de inclusión social de Médicos del Mundo Comunidad Valenciana.
- Mª del Mar Miralles Pascual. Medicina Familiar y Comunitaria Centro de Salud. GVA.
- Nuria Tornador. Especialista en Medicina Interna – Hospital La Plana.
- Meritxell Villalonga. Universidad de Valencia.

Coordinadora del GAT de Inclusión social:

- Mercedes Botija. Directora Cátedra Servicios Sociales. Universitat de Valencia.

ISBN 978-84-129620-3-1

Introducción

El presente documento de trabajo recoge las recomendaciones finales del Grupo Específico de Trabajo (GET) en migrantes que se enmarca en el Grupo de Área Técnica (GAT) de Inclusión Social y se sitúa en el seno de la Estrategia Valenciana de Coordinación e Integración Sociosanitaria 2024/2027 desarrollada por la Oficina de Coordinación e Integración Sociosanitaria de la Comunidad Valenciana de la Conselleria de Sanitat.

La población migrante es una realidad demográfica creciente y reciente en la Comunitat Valencia, que se sitúa en la tercera comunidad autónoma de España con mayor población migrante (n=969.602), por detrás de Cataluña (n=1.444.192) y la Comunidad Autónoma de Madrid (n=1.123.731), concentrándose sobre todo en el litoral de sus tres provincias, debido quizás a la alta oferta laboral en el sector de la construcción, agrícola y de la hostelería. Así mismo, la provincia de Alicante es la tercera provincia de España con un mayor número de población extranjera empadronada (n=464.601) por detrás tan sólo de Madrid (n=1.123.731) y Barcelona (n= 1.015.934) según datos de INE de 2024[1]

Este aumento demográfico de la población migrante, que se ha producido en las últimas dos décadas, en la Comunitat Valencia supone una oportunidad no solo para reforzar su fuerza de trabajo y su crecimiento económico; sino que también de expansión de su diversidad y riqueza sociocultural[2].

Si bien, por un lado, la población migrante contribuye con su trabajo a la sostenibilidad de la oferta de los servicios públicos valencianos, entre ellos el sanitario, siguen existiendo techos de cristal que dificultan su acceso a estos servicios públicos así como su uso eficiente y efectivo en comparación con la población autóctona[3-8]. Todo ello, cuando además el acceso a la salud está consolidado como un derecho de todas personas que viven en la Comunitat Valencia independientemente de su país de origen y su condición administrativa[9-11].

Es por ello que, el principal objetivo de este GET en migración se centra en mejorar el acceso de la población migrante al sistema sanitario valenciano, así como su participación en la oferta sanitaria tanto asistencial como en las actividades de salud comunitaria y en los planes de prevención y promoción de la salud en equidad con respecto a la población autóctona.

Objectivo principal

Garantizar el derecho a la atención sociosanitaria mejorando la accesibilidad a los migrantes al sistema valenciano de salud.

Objetivos específicos

Establecer protocolos con el Ayuntamiento (trabajador social de centro de salud y trabajador social municipal) para formalizar su situación a través del aseguramiento (SIP).

Actualizar la información del APSIG del Sistema de Información Poblacional (SIP) de la Conselleria de Sanidad.

- Elaborar un protocolo de derivación para las personas migrantes con necesidades sociales que acuden a un centro sanitario de urgencia.
- Establecer circuitos de coordinación sociosanitaria a diferentes niveles asistenciales.
- Identificar y potenciar las redes de apoyo (formales e informales)
- Mejorar la coordinación SIP con la cobertura del INSS y Extranjería

Indicadores

- Identificar si existen circuitos de coordinación sociosanitaria en los diferentes niveles establecidos en cada departamento de salud Si/No - Tipos
- Población migrante con SIP en el departamento / Población total migrante empadronada.
- Identificar las redes de apoyo tanto formales como informales Sí/No – Tipos
- Número de trabajadoras sociales sanitarias / población total migrante empadronada por departamentos de salud
- Número de trabajadoras sociales sanitarias / población total migrante empadronada por zona básica de salud
- Detectar mejoras de la coordinación e información con el INSS y extranjería que faciliten la desburocratización de la cobertura sanitaria Sí/No
- Población mujer migrante en el programa de prevención del cáncer de mama en relación con el total de mujeres migrantes con tarjeta SIP susceptibles de participar en este programa.
- Población mujer migrante en el programa de prevención del cáncer de mama en relación con el total de mujeres nativas con tarjeta SIP susceptibles de participar en este programa.
- Población migrante que participa del programa de prevención de cáncer de colon en relación con el total de población migrante con tarjeta SIP y susceptible de participar en este programa.

- Población migrante que participa del programa de prevención de cáncer de colon en relación con el total de población migrante con tarjeta SIP y susceptible de participar en este programa.
- Población migrante que participa del programa de prevención de cáncer de colon en relación con el total de población nativa con tarjeta SIP y susceptible de participar en este programa.
- Proporción de población migrante derivada desde atención primaria a los servicios de salud mental en relación con la proporción de población nativa.
- Proporción de derivaciones de población migrante hechas por el Médico de Familia que son finalmente admitidas en salud mental para recibir atención en relación con la proporción de solicitudes admitidas para la población nativa.
- Índice de adherencia en la población migrante al tratamiento pautado por el servicio de salud mental en atención primaria en relación con el índice de adherencia en la población nativa.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. Proyecto de Mediación Intercultural en población migrante 11
Introducción 11
Justificación 11
Propuesta de acciones 11
Organización 12
2. Mujer y migración: Trata y violencia. Atención Primaria y ATC y Urgencia Hospital CIPS . 15
Introducción 15
Definición de trata 15
Justificación 16
Propuestas de acciones 16
Organización 17
3. Continuidad de cuidados, prevención sanitaria y promoción de la salud 19
Introducción 19
Justificación 20
Propuestas de acciones 23
Organización 25
4. Salud mental 27
Introducción 27
Justificación 28
Propuestas de acciones 29
Organización 29
Anexos 30
5. Fomento, refuerzo y continuidad en el acceso al sistema sanitario para personas migrantes 31
Propuestas de acciones 31
Organización 31
Anexos 32
Recomendaciones finales 32
6. Bibliografía 35

1. Proyecto de Mediación Intercultural en población migrante

Introducción

En la Comunitat Valenciana, así como en otras CCAA como Madrid, Barcelona y Extremadura, así como en otros países del marco europeo existen experiencias previas de programas de medicación intercultural con la finalidad de facilitar el acceso al sistema sanitario en la población migrante, así como para poder hacer un uso adecuado y racional del mismo.

En la Comunitat Valencia, y en concreto en los centros de salud de la ciudad de Alicante de Ciudad Jardín y Parque Lo Morant cabe destacar la experiencia piloto de mediación Intercultural desarrollada por iniciativa de Médicos Mundi y en colaboración con la Conselleria de Sanitat por dos años consecutivos a través de un acuerdo de colaboración.

Asimismo, otras CCAA tiene en marcha algún tipo de programa de mediación intercultural con la finalidad de mejorar el acceso de la población migrante al sistema sanitarios, así como a la continuidad de los cuidados.

Justificación

Permitiría un acceso al sistema sanitario óptimo y un uso más eficiente del acceso a las consultas y además permitiría a los pacientes entender las instrucciones en determinados tratamientos y en pre y post operatorios evitando ingresos hospitalarios innecesarios por no haberse entendido las instrucciones y también el que los pacientes se dirijan al servicio adecuado de urgencias y no se colapsen los servicios hospitalarios. Asimismo se garantizaría el seguimiento adecuado en los programas de enfermedades crónicas atendidas en los Equipos de Atención Primaria -Diabetes, Hipertensión Arterial, etcétera-.

También el mediador podría colaborar con el personal sanitario aportando informacion sobre las características culturales de un colectivo, como, por ejemplo, el de las personas que son musulmanas en el mes de Ramadán y consultas que pueden recibir en ese mes (jaquecas, bajadas de tensión gastritis etc.).

Propuesta de acciones

<u>Retomar experiencias previas de éxito como el Proyecto de Mediación Cultural</u>

El proyecto de mediación intercultural en salud, desarrollado entre 2010 y 2016 por Médicos Mundi Comunidad Valenciana-Alicante en colaboración con la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, se implementó en el Departamento de Salud Hospital General de Alicante con especial incidencia en los Centros de Salud "Parque Lo Morant" y "Ciudad Jardín" de Alicante -

ubicados en la zona norte de Alicante, de especial vulnerabilidad social y sanitaria- y en la consulta de enfermedades importadas del Hospital, donde se concentra una alta proporción de población inmigrante y con altos índices de desempleo, abandono escolar temprano[12]
El objetivo principal de esta iniciativa fue reducir las barreras lingüísticas y culturales que dificultan la comunicación entre el personal sanitario y los pacientes migrantes, especialmente aquellos de origen magrebí y subsahariano.

Para ello, se incorporaron mediadores interculturales (MI), migrantes integrados en la comunidad alicantina con un buen conocimiento del sistema sanitario y en contacto con asociaciones de inmigrantes. Sus funciones dentro de los Equipos de Salud donde estaban integrados, incluían facilitar la comunicación entre profesionales de la salud y pacientes, informar a estos últimos sobre el funcionamiento del sistema sanitario, acompañarlos en el proceso asistencial cuando fuese necesario y adaptar programas de promoción de la salud y prevención a las particularidades culturales de la población inmigrante. Asimismo se empezaron a incluir en el Programa de Educación para la Salud de los dos Centros de Salud para facilitar la comprensión de los cuidados transmitidos por el personal sanitario, y viceversa, en las actividades grupales y comunitarias que se estaban impartiendo.
Una evaluación realizada en 2021 sobre la percepción del personal sanitario respecto al impacto de la mediación intercultural reveló resultados positivos. Más de la mitad de los encuestados estuvieron "muy de acuerdo" en que la mediación mejoraba la comunicación (4,68 en la escala Likert) y el abordaje de los problemas de salud (4,52 en la escala Likert). También se destacó que la mediación facilitaba el diagnóstico, disminuía los errores en la interpretación del tratamiento prescrito y reduce la distancia cultural entre profesionales y pacientes[13].

Entre los cambios identificados tras la implementación del servicio de mediación intercultural se encuentran la disminución del tiempo empleado en la atención, el aumento de la confianza y la mejora de la relación entre la población migrante y el sistema sanitario. Además, se observó una mayor participación de las personas migrantes en las actividades de promoción y prevención de la salud, así como una reducción de consultas innecesarias.

Organización

La actividad de la Mediación Intercultural se podría organizar desde los centros de salud como un programa específico de acogida, como cualquier otro programa de salud en coordinación con los ayuntamientos y otras ONGD locales, dirigido de manera específica a la población migrante.

Se precisaría de un equipo multidisciplinar, liderado por las trabajadoras sociales, sanitarios del centro de salud y en colaboración de todo el EAP y otros agentes locales del ayuntamiento y el tercer sector en aquellos municipios donde estén en funcionamiento y en red hospitalaria en los casos concretos en los que se solicite. Duración del programa de acogida recomendable de 6 meses y con un máximo de 12 meses, prorrogable en caso excepcionales justificadas. Los mediadores y mediadoras deben formar parte de los Equipos de Atención Primaria para realizar su tarea de manera adecuada, y como apoyo a todos los miembros del mismo.

Es por ello que esta iniciativa se debería financiar por la Conselleria de Sanitat, que sería una acción de innovación sanitaria pionera en Sistema Nacional de Salud (35.000 euros anuales por mediador al año).

Perfil de los mediadores

1. Del país de origen o en relación con el país de origen.
2. Que hayan superado el proceso migratorio.
3. Formación específica para poder manejarse en un sistema sanitario en cuanto a confidencialidad de los datos y la información y sobre los circuitos de acceso al sistema sanitario. Estos cursos estarían vinculados a la Conselleria de Sanidad a través del EVES a los departamentos de salud a través de sus programas específicos de formación.

2. Mujer y migración: Trata y violencia. Atención Primaria y ATC y Urgencia Hospital CIPS

Introducción

La trata de personas con fines de explotación sexual se considera un problema universal de salud pública, puesto que las víctimas y sobrevivientes tienen más riesgo de sufrir problemas de salud física, mental y reproductiva.

Además, supone un delito grave contra los derechos humanos de las víctimas, en su gran mayoría mujeres y niñas.

Definición de trata

La trata de seres humanos conforme a lo dispuesto en el artículo 177 bis del Código Penal, se considera la captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de personas, incluido el intercambio o transferencia de control sobre esas personas, cuando se emplee violencia, intimidación o engaño, o se abuse de una situación de superioridad o de necesidad o vulnerabilidad de una víctima, ya sea nacional o extranjera, o cuando medie la entrega o recepción de pagos o beneficios para lograr el consentimiento de la persona que posea el control sobre la víctima, con alguna de las finalidades siguientes: a) La imposición de trabajo o servicios forzados, la esclavitud o prácticas similares a la esclavitud, a la servidumbre o a la mendicidad. b) La explotación sexual, incluida la pornografía. c) La explotación para realizar actividades delictivas. d) La extracción de sus órganos corporales. e) La celebración de matrimonios forzados.

Existe una situación de necesidad o vulnerabilidad cuando la persona en cuestión no tiene otra alternativa, real o aceptable, que someterse al abuso.

El consentimiento de una víctima de trata de seres humanos será irrelevante cuando se haya recurrido a alguno de los medios indicados en el apartado primero de este artículo.

Cuando la conducta se refiera a una persona menor de edad, se considerará trata aun cuando no se haya recurrido a ninguno de los medios enunciados.

Se entenderá por víctima de trata de seres humanos cualquier persona física de la que existan indicios de que haya sido objeto de la conducta descrita en los apartados anteriores, aun cuando la explotación no se haya consumado y con independencia de la existencia de denuncia por parte de la supuesta víctima.

Existe una situación de vulnerabilidad cuando la persona en cuestión no tiene otra alternativa real o aceptable excepto someterse al abuso. Son particularmente vulnerables las personas

menores de edad y migrantes. Otros factores para tener en cuenta para evaluar la vulnerabilidad de las víctimas son el género, el estado de gestación, el estado de salud y la discapacidad.

Justificación

El 50% de las víctimas de trata con fines de explotación sexual son atendidas por personal sanitario mientras son explotadas, sin embargo, en la mayoría de las ocasiones no son identificadas como víctimas de trata.

El ámbito sanitario es un espacio esencial para la detección de la violencia, incluida la trata de mujeres con fines de explotación sexual.

Consideramos que es esencial formar a todo el personal de las instituciones sanitarias para identificar y derivar a las víctimas a los recursos específicos, alertar a las autoridades de situaciones de riesgo y adecuar la prestación de servicios sanitarios a las necesidades de las potenciales víctimas de trata.

Es muy importante promover la formación del personal de las instituciones sanitarias para sensibilizar en la capacidad de detección de situaciones de trata y para que dispongan de herramientas y pautas claras de actuación.

Propuestas de acciones

- Es muy importante que en cada Departamento de Salud haya un profesional referente para la atención de víctimas potenciales de trata con fines de explotación sexual: lo ideal sería en cada servicio de Urgencias, centro hospitalario, centro de Salud, etc. Pero al menos en cada Departamento de Salud debería asignarse a un profesional con experiencia, sensibilidad y formación en trata de personas (sanitario, trabajo social...) la categoría de “referente”, para que asuma el papel de coordinador en la atención.
- Instar a las Comisiones de Violencia de cada Departamento de Salud a que dinamicen la asignación de personal de referencia en atención a víctimas de trata.
- Realizar un mapa local de recursos de atención (institucionales, ONG...) en cada Departamento de Salud.
- Dinamizar la creación de mesas de trabajo multidisciplinares e interinstitucionales.
- Generar un programa de formación específico en atención para víctimas de trata (fallamos en la identificación) y ofrecerlo a los profesionales de todas las instituciones sanitarias.

Organización

La dinamización para generar la designación de personal de referencia departamental en detección de trata debería corresponder a los equipos directivos del Departamento , con la asistencia y apoyo de la Comisión de Violencia del Departamento.

3. Continuidad de cuidados, prevención sanitaria y promoción de la salud[1]

Introducción

La población migrada que llega a los programas de acogida, de las distintas entidades de atención socio sanitaria, no presenta en general grandes patologías de salud, salvo algunos casos, en los que evidentemente, incluso el proceso migratorio puede estar motivado por la posibilidad de acceder a un sistema de salud que permita la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

Desde un punto de vista sanitario, la población migrada es en su mayoría población sana y en ningún caso constituye un riesgo para la población de acogida. No obstante, hay que tener en cuenta que hay subgrupos de personas más vulnerables a padecer enfermedades infecciosas propias de la zona de origen o ruta migratoria (refugiados, solicitantes de asilo...). Además, la población migrada constituye un colectivo vulnerable desde el primer momento. El primer contacto de estas personas con el sistema sanitario suele ser la consulta de atención primaria y los servicios de urgencias, tanto hospitalarios como de atención primaria[14].

En este punto y una vez que la población, cumpliendo los requisitos de acceso, incluso los excepcionales, llega a la atención primaria, nos encontramos con un desconocimiento del funcionamiento del sistema de salud, y de los programas de prevención que componen el mismo.

Todo esto unido a las consecuencias del proceso migratorio en ocasiones forzoso, como problemas para la cobertura de necesidades básicas, imposibilidad de acceso a tramitar documentación legal, empadronamiento, y los sentimientos de soledad, abandono y desesperanza ante la ausencia de familia y redes sociales, hacen que la población migrada presente la necesidad de atención en temas de salud, no sólo física sino también mental, porque

---

[1] **Consejo de Salud Básico de la Zona Básica de Salud (CSB)**
- Es un órgano de participación cuyo objetivo es **impulsar la acción comunitaria para la salud** en el ámbito local.
- Promueve la **intersectorialidad, equidad y participación** en las políticas de salud.
- Su creación y correcto funcionamiento dependen de la **jefatura de la zona básica de salud**, con el apoyo del equipo sanitario, especialmente del Grupo de Atención Comunitaria (GAC).

Mesa Intersectorial y de Participación de Ámbito Municipal (MIP)
- Es un órgano de participación municipal que busca **coordinar acciones de promoción de la salud** y **reducir desigualdades**.

Involucra a la administración sanitaria, administraciones locales y el tejido asociativo.
- Su formación es responsabilidad de la **alcaldía o concejalía con competencias en salud**.
- Se vincula con **redes de municipios saludables** como XarxaSalut o la Red Española de Ciudades Saludables.

En algunos municipios, este mismo órgano puede asumir también las funciones del Consejo de Salud de Zona Básica.

las personas somos un sistema bio-psico-social y pasar por estas situaciones se refleja a todos los niveles mencionados en forma de enfermedad o ausencia de salud.

De hecho, uno de los aspectos más importantes en el abordaje del paciente inmigrante desde atención primaria es la salud mental. El fenómeno migratorio en sí supone un factor estresante para la persona que emigra, por múltiples causas: abandono de familiares y de su tierra, ruptura con su cultura de origen y sus costumbres, así como la llegada a una sociedad nueva, en la que no dispone de redes sociales y se debe adaptar a cambios en todos los aspectos de su vida. Todo ello predispone al padecimiento de síntomas psicológicos y psicosomáticos que pueden dificultar su adaptación y empeorar su calidad de vida. Dada sus particularidades, tiene especial mención el duelo migratorio, originado como consecuencia de la separación y ruptura con los objetos y seres queridos. La persona migrada tenga dificultades en la elaboración del duelo, apareciendo síntomas como la depresión o la ansiedad[15].

Justificación

Por todo lo anteriormente expuesto, creemos que es necesario desarrollar actividades en materia de prevención, y seguimiento sanitario, emplazando a los titulares de obligaciones y responsabilidades en materia sanitaria a organizar acciones desde la propia comunidad mediante actividades de formación y asesoramiento trasversales con el sistema público de salud.

En la Comunitat Valenciana, el marco normativo en materia de salud establece la importancia de fortalecer la participación comunitaria y la coordinación intersectorial para mejorar la salud de la población. La Ley 10/2014 de Salud de la Comunitat Valenciana, modificada por la Ley 8/2018, reconoce la necesidad de potenciar estrategias que refuercen los activos para la salud. Estos activos pueden operar a nivel individual, familiar y comunitario, permitiendo fortalecer la capacidad de las personas y grupos para mantener o mejorar su salud. En este sentido, la ley destaca el empoderamiento de las comunidades, facilitando su participación en las decisiones que afectan su bienestar.

En el ámbito autonómico, el Decreto 173/2021 del Consell refuerza esta perspectiva al fomentar estructuras de participación como los consejos de salud de zona básica y las mesas intersectoriales de acción local en salud. Estas estructuras permiten una coordinación efectiva entre distintos actores para lograr intervenciones en salud más eficaces y sostenibles.

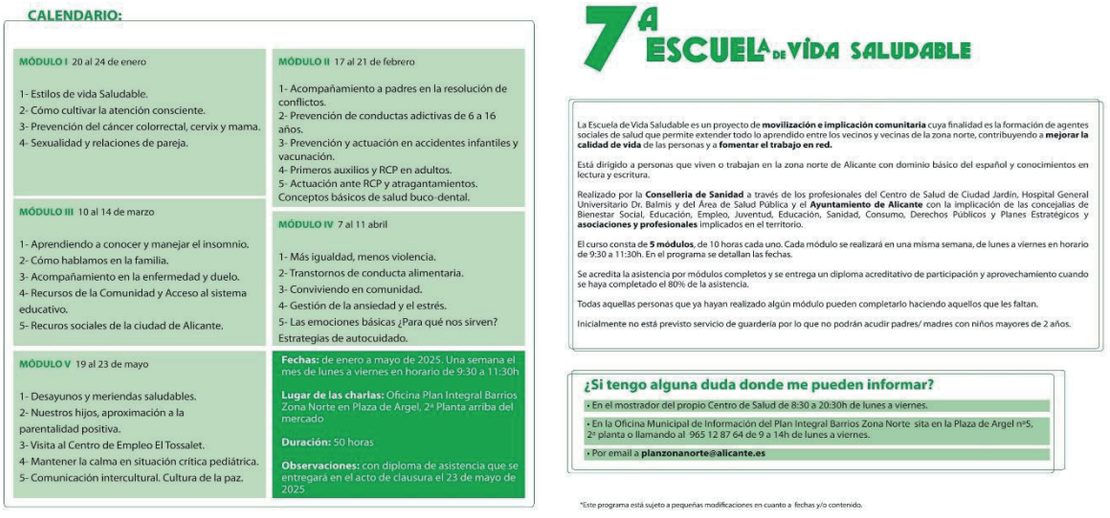
Más recientemente, el Decreto 47/2023, publicado el 6 de abril de 2023, ha regulado la composición y funciones de los consejos de salud básicos, consolidando su papel como espacios clave de participación y planificación en salud pública.

Todo ello se enmarca dentro del V Plan de Salud 2022-2030 de la Comunitat Valenciana[16], que establece tres líneas estratégicas fundamentales:

1. Abordar la salud con un enfoque transversal y equitativo.
2. Fomentar la participación comunitaria.
3. Promover entornos saludables con una Atención Primaria fuerte como eje del sistema sanitario.

Existen a nivel comunitario, diferentes iniciativas que llevan tiempo desarrollándose, como forma de prevención y autocuidado de la salud, dirigido a población migrada y autóctona que reside en barrios con una alta tasa de empadronamiento o residencia de extranjeros.

Por ejemplo, la Escuela de Vida Saludable de la zona Norte de Alicante, organizado por el Centro de Salud Ciudad Jardín del Departamento Hospital General Universitario de Alicante y la Concejalía de Proyectos Europeos del ayuntamiento de Alicante: se trata de un proyecto en el que profesionales de ambas administraciones colaboran en la movilización e implicación comunitaria a fin de formar agentes sociales de salud que permite extender todo lo aprendido entre los vecinos y vecinas del barrio, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de las personas y fomentar el trabajo en red. Consta de 5 módulos con los siguientes temas para el curso de 2024-2025:



Año tras año se van adaptando los temas en función de las evaluaciones del curso anterior; dichas evaluaciopnes se basan en los temas propuestos por la población y por los profesionales que trabajan en la zona; estos plantean propuestas en función de lo que observan en sus consultas. Participan mas de 30 profesionaes de diferentes administraciones elegidos por ser expertos en los temas impartidos asi como profesionales de ong de la zona. Cuenta con el Certificado de Buenas prácticas por parte de la Conselleria de Sanidad.

Desde la propia Conselleria de Sanidad y a través de la EVES, Escuela Valencia de Estudios para la Salud, se ha organizado desde el Departamento de Salud Pública de Alicante un curso de formador de formadores en Salud, denominado:

Curso de Formación de Agentes de Salud de Base Comunitaria.
Del cual se han realizado 5 ediciones, invitando a participar a población migrada y autóctona de la ciudad de Alicante, que además fueran voluntarios o participaran en asociaciones o entidades de acción social. El contenido de las sesiones siempre estaba relacionado con el autocuidado y la prevención de la salud y además había un módulo de prácticas para plasmar las iniciativas que surgían desde la propia comunidad.

CONTENIDOS

- Presentación del curso. Determinantes sociales de salud. Salud comunitaria.
- La educación entre iguales ¿Qué significa ser Agente de Salud de Base Comunitaria?
- Estructura de los Servicios de Salud. Acceso a la Tarjeta Sanitaria (TAS).
- Bienestar emocional. Cuídate. Habilidades de comunicación: conversaciones individuales y manejo de grupos.
- Mapa de activos. Preparación de acciones.
- Promoción de la actividad física. Prevención del sedentarismo.
- Promoción de la alimentación saludable. Compra saludable y sostenible.
- Higiene y manipulación de alimentos. Promoción del reciclaje.
- Salud bucodental. Prevención de la caries.
- Salud infantil. Programa del niño sano. Vacunaciones.
- Salud en el embarazo, parto y puerperio.
- Salud reproductiva. Métodos anticonceptivos.
- Sexualidad.

- Prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y de VIH.
- Diversidad y género. Derechos sexuales y reproductivos.
- Educación para la igualdad. Relaciones de igualdad entre hombres y mujeres. Prevención de la violencia de género y de la violencia doméstica.
- Detección precoz del cáncer de mama, colon y cérvix. Programas de cribado. Prevención de las adicciones: Tabaco, alcohol, drogas.

Las actividades prácticas se seleccionarán del total de temas teóricos abordados. Consistirán en:

- Realización de un mapa de recursos comunitarios
- 14 conversaciones informales
- 3-4 talleres grupales del total de talleres propuestos

Además, existen todo tipo de iniciativas relacionadas con la prevención y la continuidad en la atención sanitaria, a través de la información directa en las entrevistas sociales de las entidades a la población, donde se les explica el acceso al sistema sanitario y las posibilidades de utilizar servicios preventivos de salud, a través de charlas en entidades y asociaciones, sobre recursos y programas de salud, derivando a entidades sociales que tienen programas de prevención en salud, como atención psicológica en situaciones de crisis, grupos de crecimiento personal, pero a pesar de todo sigue siendo insuficiente porque depende de la capacidad organizativa del sector privado, de la red de recursos del tejido asociativo y del conocimiento que los profesionales de lo social y de la salud tenga de todas estas iniciativas de prevención comunitarias.

Propuestas de acciones

1. Reactivar los programas "Mujeres, Infancia y Hombres Construyendo Salud[17]" (MIH Salud), la "Escuela Comunitaria de Vida Saludable[18]" (EVS) y la "Formación de Agentes de salud de Base Comunitaria[19]" (ASBC) a nivel de la zona básica y consejos de salud.

El programa MIH Salud es una iniciativa desarrollada en Valencia desde 2007, enfocada en promover la salud y la convivencia intercultural mediante la dinamización comunitaria (ACOEC, s.f.). Este programa se centra en áreas como la salud sexual y reproductiva, prestando especial atención a mujeres e infancia en situación de vulnerabilidad. Entre sus actividades destacan la formación de Agentes de Salud de Base Comunitaria (ASBC), la realización de foros comunitarios mensuales y la creación de mapas de recursos en salud en diversos barrios de la ciudad (Red de Agentes de Salud, s.f.).

La Escuela Comunitaria de Vida Saludable es otra iniciativa que se ha implementado en diversas localidades, como Alicante, donde se ha desarrollado en la Zona Norte desde hace varios años. Este programa tiene como objetivo formar a agentes sociales en competencias relacionadas con la promoción de hábitos saludables y la mejora de la calidad de vida en la comunidad (Ayuntamiento de Alicante, 2024). Las actividades incluyen talleres sobre alimentación equilibrada, actividad física, gestión emocional y prevención de enfermedades. La escuela cuenta con la participación de profesionales de distintas instituciones y busca fomentar la participación de la comunidad en la promoción de la salud.

La formación de Agentes de Salud de Base Comunitaria es una componente esencial de programas como MIH Salud. Consiste en capacitar a personas con liderazgo en la comunidad para que actúen como educadores en salud entre sus iguales. La formación, avalada por la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES), abarca temas como autocuidados, acceso y uso adecuado de los recursos sanitarios, salud sexual y reproductiva, prevención de infecciones de transmisión sexual y promoción de la igualdad de género (Red de Agentes de Salud, s.f.). Estos agentes desempeñan un papel clave en la difusión de información y en la promoción de comportamientos saludables dentro de sus comunidades.

En resumen, estos programas comparten el objetivo común de mejorar la salud y el bienestar de las comunidades a través de la educación, la participación ciudadana activa y el fortalecimiento de redes de apoyo locales.

2. Canales de información sobre el acceso al sistema sanitario: folletos informativos sobre requisitos de acceso al sistema sanitario, campañas de difusión, canales de TELEGRAM O WHATSAPP sobre dudas sobre salud.

3. Promover un programa de mediación intercultural y lingüístico que refuerce la atención de la población migrada en el acceso al sistema sanitario, con mediaciones no sólo lingüísticas sino también Interculturales, formación a profesionales de la salud y lo social sobre pautas y claves culturales como forma de mejorar la empatía y el entendimiento de las diferentes concepciones de salud y enfermedad de la población migrada y viceversa.

Organización

Desde los Consejos de Salud y/o zonas básicas; mapeo de activos de salud comunitarios, que mejoran la calidad de vida y salud de las personas. Actualmente en marcha en los Centros de Salud de Parque Lo Morant y Juan XXIII, y se ha propuesto a otros departamentos de Salud.

4. Salud mental

Introducción

Tal y como se señala ya ampliamente en este documento uno *de los aspectos más importantes en el abordaje del paciente inmigrante es la salud mental.*

La atención a personas que presentan sufrimiento psíquico derivado de sus circunstancias de vida, que incluye tanto tratamiento farmacológico como apoyo y acompañamiento psicosocial, se presta en las unidades de salud mental, configuradas como unidades de apoyo a la atención primaria. El acceso a estas unidades requiere una valoración previa por el médico de familia y un cribado que se hace dentro de la propia unidad, que admite problemáticas en base una serie de criterios definidos previamente y que rechaza un número indeterminado de estas derivaciones hechas por atención primaria[20]. Esto es así para toda la población que se encuentra con barreras de acceso a esta prestación, siendo doblemente difícil para colectivos vulnerables como el que nos ocupa.

Tanto el recién publicado Plan de Acción de Salud Mental 25-27[21], como a nivel autonómico, el Plan Valenciano de Salud Mental y Adicciones 2024-2027[22], señalan en sus líneas estratégicas la importancia de priorizar la atención a la salud mental de colectivos con mayor vulnerabilidad y favorecer la accesibilidad al tratamiento entre quienes presentan dificultades. El primero incluye la necesidad de dar un enfoque de derechos y lucha contra el estigma, que sigue vigente en nuestra sociedad y muy presente entre los profesionales de todos los ámbitos, además de la propuesta de desarrollo de la salud mental comunitaria. Por último, el plan valenciano señala el apoyo individualizado entre iguales como medio de soporte al tratamiento y mejora de la adherencia terapéutica.

Por otra parte, la Comunidad Valenciana presenta la más alta prevalencia de trastornos mentales de todo el país, siendo destacable el dato de que la tasa de prevalencia en mujeres duplica aquí, como en la mayoría de los territorios, a la de hombres. (Indicadores Clave del SNS 2021, INCLASNS). El de introducir la perspectiva de género es un aspecto relevante a tener en cuenta en la atención si el objetivo es mejorar la salud mental no sólo de la mitad de la población, sino la de un colectivo como es el de las que hasta hoy han sido las cuidadoras principales.

Justificación

Para facilitar el acceso a salud mental a personas migrantes es necesario definir un itinerario de acogida sanitaria y acompañamiento, con una duración limitada y hasta que haya obtenido la atención necesaria. Un taller de acogida de salud mental con el objetivo de acompañar en el duelo migratorio[23].

Una de las herramientas a desarrollar es la creación de una red de acogida y acompañamiento a personas que precisen de una atención específica por presentar problemas de salud mental. Teniendo en cuenta las diferencias entre los problemas derivados de sus circunstancias de vida temporales, como es el hecho estresante de migrar y los de aquellos otros problemas de salud mental que ya forman parte de la historia clínica de la persona o debutan tras la llegada al territorio, de entidad diferente y con mayor necesidad de apoyos, dicha red puede establecer dos niveles de acompañamiento. En ambos niveles, esta red se ha de configurar como una herramienta ágil, de activación inmediata y con la continuidad necesaria según los procesos personales de adaptación y las necesidades de atención.

Como resultado del reciente estudio sobre necesidades de salud mental[24] realizado por la Universidad de Alicante para el Ayuntamiento de la misma ciudad y con el objetivo de orientar el nuevo plan municipal de salud mental, en el encuentro ciudadano celebrado el 14 de marzo de 2025, las personas extranjeras transmiten e intentan explicar su situación de incertidumbre e inseguridad, principalmente las de muchas madres solas con sus hijos. Miedos como el de no llegar a tiempo o poder cumplimentar formularios de empadronamiento, matriculación, inscripción a actividades, solicitud de becas y otros apoyos económicos. Las de habla no-hispana con una barrera añadida por el problema de comunicación y las que vienen de zonas en conflicto comparten su angustia ante la posibilidad de expulsión, cuando el retorno incluye la posibilidad de que a sus hijos les recluten para el ejército en su país de origen. A continuación, se enumeran algunas de las demandas surgidas de este encuentro que pueden servir de orientación para la planificación del proceso de acogida y acompañamiento.

- Acceso fácil y gratuito a psicólogo/a para reducción de ansiedad y sus síntomas: insomnio, falta de concentración, bloqueo...
- Cuestionarios únicos, fáciles de entender y de cumplimentar, intuitivos, en varios idiomas, donde se exploren necesidades económicas, educativas, sanitarias, sociales, deportivas y culturales. Estos cuestionarios sustituirían a las numerosas

entrevistas que se hacen por parte de diversos profesionales de cada área, sector, administración pública.

- Acceso a actividades deportivas para los/as menores cuando acaben las jornadas escolares y reducir estrés y evitar aislamiento, excesivo uso de pantallas y depresión.
- Acompañamiento social de personas intérpretes y con conocimiento de trámites, gestiones y burocracia.

Propuestas de acciones

- Elaborar cuestionarios de detección de necesidades en salud mental para profesionales y personas migrantes.
- Fomentar redes de apoyo entres las asociaciones de migrantes.
- Generar espacios de participación comunitaria para las personas migrantes y con experiencia en primera persona de problemas de salud mental, así como de sus familiares/red afectiva, para el desarrollo de estas propuestas de acciones. Crear grupos de apoyo desde las USM, Ayuntamientos, Tercer Sector, o Consejos de Salud. Estos grupos de apoyo pueden realizarse en entornos comunitarios y abiertos a la población vecinal para favorecer participación comunitaria e integración. Facilitar la creación y promover su autogestión.
- Desarrollar actividades de formación continuada y sensibilización para profesionales sanitarios sobre el hecho migratorio.
- Ofrecer información/formación en relación con la salud mental y el acceso a los diferentes recursos de asistencia sanitaria para las personas interesadas y profesionales del ámbito no sanitario.

Organización

Liderado desde los equipos de salud comunitaria de los equipos de atención primaria y articulado desde los consejos de salud.

Asociaciones de acogida a la llegada de pateras (Cruz Roja/CEAR)

Solidaridad Internacional

Consejos de Salud

Anexos

https://Diagnóstico Participativo Salud Mental Alicante. Resumen de diagnóstico y principales resultados.

5. Fomento, refuerzo y continuidad en el acceso al sistema sanitario para personas migrantes

Propuestas de acciones

1. Establecer circuitos de coordinación sociosanitaria a diferentes niveles asistenciales.
2. Circuitos de accesibilidad (SIP).
3. Mejorar los canales de coordinación entre los activos en salud entre ayuntamiento, tercer sector y centros de atención primaria.
4. Mejorar los protocolos de manejo entre los ayuntamientos (Bienestar social) y los centros de salud (Conselleria de Sanitat) para lograr un acceso más eficiente de la población migrante al sistema de salud.
5. Mejorar la información sobre el funcionamiento del sistema sanitario, de los centros de salud y de los hospitales destinados a la población general y sobre todo migrante.
6. Informar sobre los requisitos y cómo obtener la tarjeta sanitaria para poder acceder al sistema sanitario.
7. Establecer protocolo con el Ayuntamiento (trabajador social de centro de salud y trabajador social municipal) para formalizar su situación a través del aseguramiento (SIP).
8. Actualizar la información del APSIG del Sistema de Información Poblacional (SIP) de la Conselleria de Sanidad.
9. Elaborar un protocolo de derivación para las personas migrantes con necesidades sociales que acuden a un centro sanitario de urgencia.
10. Protocolizar el acceso al sistema educativo, sanitario y bienestar social para la población migrante

Organización

- Ayuntamiento
- Centros de salud
- Consejos de salud
- Tercer sector
- Escuelas e Institutos – concejalía de Educación

Anexos

Enlaces de interés de la Conselleria de Sanitat sobre el acceso al sistema sanitario para personas en situación de exclusión social:

https://www.san.gva.es/es/web/tarjeta-sanitaria/acceso-a-la-atenci%C3%B3n-sanitaria-por-personas-en-situaci%C3%B3n-o-riesgo-de-exclusi%C3%B3n-sanitaria

Recomendaciones finales

Proponemos el siguiente decálogo que reúne las recomendaciones esenciales a implementar por la Conselleria de Sanitat para garantizar el acceso a la salud, de una manera eficiente y efectiva, a la población migrante que vive en la Comunitat Valenciana contribuyendo con ello a su enriquecimiento no solo económico sino también cultural.

1. La creación del/la mediador/a intercultural y lingüístico/a y su incorporación a los equipos de atención primaria es clave y necesaria, no solo para garantizar el acceso efectivo de la población migrante al sistema sanitario, sino también para que esta haga un uso eficiente de todos sus recursos, tanto asistenciales como de promoción de la salud y prevención de las enfermedades ofertados en todos sus dispositivos.
2. Fortalecer y mejorar la ratio entre trabajadores/as sociales sanitarios/as respecto al total de la población migrante empadronada en un departamento de salud.
3. Mejorar los canales de comunicación entre los/las trabajadores/as sociales sanitarios/as y los de los servicios sociales de los ayuntamientos, así como con los del tercer sector creando para ello grupos de trabajo multidisciplinares liderados desde los equipos de atención primaria.
4. Asegurar la estabilidad de los equipos de atención primaria es fundamental para ofertar una continuidad de cuidados a la población migrante. Esto permitiría trazar planes de salud comunitaria y programas de salud no solo física sino también de salud mental ofertados de manera específica a la población migrante para abordar sus problemas de salud más específicos derivados de los procesos migratorios.
5. Mejorar la información sobre el funcionamiento de los centros de salud y los hospitales de la red del sistema de salud dirigidos específicamente a la población primaria a través de un programa de acogida liderado desde los equipos de atención primaria.
6. Mejorar la formación del personal administrativo y técnico de administración del sistema valenciano de salud reforzando los canales actuales de accesibilidad al sistema

público de salud haciendo hincapié en las situaciones especiales que contempla la legislación vigente para población vulnerable.

7. Aunque no es el empadronamiento una condición indispensable para la obtención de la tarjeta sanitaria, es este un proceso que se tendría que flexibilizar siguiendo como ejemplo el de la ciudad de Valencia que cuenta con un padrón municipal para situaciones especiales. Esto no solo facilitaría el acceso al sistema sanitario sino también a los centros educativos.
8. Crear canales específicos desde los centros de atención primaria en coordinación con los servicios sociales del ayuntamiento para el asesoramiento a la población migrante en su proceso de solicitud y tramitación de la tarjeta sanitaria (SIP)
9. Potenciar los consejos de salud en su papel integrador entre los equipos de atención primaria y la sociedad prestando especial atención a las asociaciones de migrantes de los barrios, así como a los ONGs que trabajan con la población migrante para facilitar su acceso a la salud.
10. Creación de un observatorio valenciano de accesibilidad al sistema sanitario en la Comunitat Valencia nos permitiría monitorizar y detectar prematuramente posibles dificultades en el acceso de la población migrante al sistema sanitario con la finalidad de corregirlo y garantir de este modo el ejercicio de su derecho a la salud.

Finalmente decir que todas estas recomendaciones se tendrían que implementar prestando especial atención y de una manera transversal a las mujeres migrantes, embarazadas, niñas y niños menores de edad, personas de edad avanzada y mujeres que son víctimas de las redes de tráfico de seres humanos y explotación sexual.

Esperamos y deseamos que todas estas recomendaciones sean tenidas en consideración por la Conselleria de Sanitat con la finalidad ultima de mejorar la salud de todos los valencianos y las valencianas independientemente de su país de origen y su situación administrativa.

Castellón, Valencia y Alicante a 2 de junio de 2025

6. Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística (INE) (2024) Disponible en: https://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?padre=10607&capsel=11555
2. López-Jiménez, J. (2024). La reciente migración laboral de población extranjera a los municipios con menor población con relación a la diversificación económica: el caso de la Comunidad Valenciana. Investigaciones Geográficas, (82), 167-185
3. Lacomba Vázquez J et al. Documentos del Observatorio Permanente de la Inmigración. Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones Gobierno de España. Gobierno de España Disponible en: https://www.inclusion.gob.es/documents/3976286/3995201/Publicacion2020_33_Aportacion_inmigracion_a_la_sociedad.pdf
4. Llop-Gironés A, Vargas Lorenzo I, Garcia-Subirats I, Aller M, Vázquez Navarrete ML. Acceso a los servicios de salud de la población inmigrante en España. Revista Española de Salud Pública 2014;88(6):715-734.
5. Hanssens LG, Detollenaere J, Hardyns W, Willems SJ. Access, treatment and outcomes of care: a study of ethnic minorities in Europe. Int J Public Health 2016;61(4).
6. Médicos del Mundo. 2025. III Informe de barreras al sistema nacional de salud en poblaciones vulnerabilizadas. [Online]. Acceso 10/05/2025. Disponible en: https://www.medicosdelmundo.org/app/uploads/2024/12/III-INFORME-DE-BARRERAS.pdf
7. R. W. Aldridge, A. K. Miller, B. Jakubowski, L. Pereira, F. Fille e I. Noret, Personas excluidas: el fracaso de la cobertura sanitaria universal en Europa, Informe del Observatorio de la Red europea para reducir las vulnerabilidades en salud. (Londres, 2017). [Online]. Acceso 10/05/2025. Disponible en: https://www.medicosdelmundo.org/actualidad-y-publicaciones/noticias/el-fracaso-de-la-cobertura-sanitaria-en-europa
8. Santamaría-Rodríguez Sara, Martínez-Negro Irene, Jiménez-Viseu-Pinheiro Inés, Pulido-Manzanero José, Ares-Blanco Sara. Acceso al sistema sanitario de la población inmigrante en España según posición socioeconómica. Rev Clin Med Fam 2025; 18(1): 21-28.
9. BOE. 2018. Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. [online] Acceso 13/05/2024 Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2018-10752
10. LEY 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de Salud de la Comunitat Valenciana. Generalitat Valenciana. [Online] (acceso el 10/05/2025) Disponible en: https://dogv.gva.es/es/eli/es-vc/l/2014/12/29/10/

11. Generalitat Valenciana. 2020. Protocolo de Trabajo Social Sanitario para el desarrollo del Acceso a la Asistencia Sanitaria Universal [Online] (Acceso el 10/05/2025) Disponible en: https://www.san.gva.es/documents/3016813/3065095/protocolo_trabajadoras_y_trabajadores_sociales_es.pdf
12. Castejón-Bolea, R. Martínez-López, M. Pérez-García, A. y García-López, Y. (2019) Mediación intercultural e intervención con agentes de salud en poblaciones subsaharianas y magrebíes en la ciudad de Alicante: una experiencia de atención a la diversidad. En Mendoza, R. y Gualda, E. La mediación intercultural en la atención sanitaria a inmigrantes y minorías Éticas. Markus Spinatsch, editores. México
13. García Marco, A. (2021). Percepción del personal sanitario sobre la influencia del servicio de mediación intercultural en los centros de salud Parque Lo Morant y Ciudad Jardín [Trabajo Fin de Grado, Universidad Miguel Hernández de Elche]. Repositorio Institucional UMH.
14. Broto-Hernández M, Romero-Cauyola S. A propósito de un caso: Cribado del paciente inmigrante asintomático. AMF 2019;15(7):400-406
15. López Izquierdo R, Martín del Barco Ó, Álvarez Manzanares P. Entrevista al paciente inmigrante. AMF. 2007;3:259-66.
16. Estrategia de Salud Comunitaria de la CV 2023-2025. Plan de Acción de Atención Primaria Comunitaria (PRI) 2022/2023
17. ACOEC. (s.f.). MIH Salud: Mujeres, Infancia y Hombres construyendo salud. ACOEC. https://acoecongd.org/mih-salud/
18. Ayuntamiento de Alicante. (2024, 18 de enero). Arranca con éxito la VII Escuela de Vida Saludable en la Zona Norte para formar agentes sociales. https://www.alicante.es/es/noticias/arranca-exito-vii-escuela-vida-saludable-zona-norte-formar-agentes-sociales
19. Red de Agentes de Salud. (s.f.). Programa MIH Salud. https://redagentesdesalud.org/mihsalud
20. Hernández García, María, Ojeda Rodríguez, Eva, Jannone Pedro, Lucía, García Valls, José Manuel, Alcantarilla Chaves, Laura, Segura Vicent, Cristina, & Moya Diago, Marcos L. (2023). Análisis de interconsultas derivadas desde atención primaria y rechazadas por salud mental en el departamento de salud Arnau de Vilanova-Llíria (Valencia). Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 43(144), 73-90. Epub 15 de enero de 2024.https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352023000200004

21. Plan de Acción de Salud Mental 25-27. Comisionado de Salud Mental. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España.
22. Acuerdo de 23 de julio de 2024, del Consell, por el que se aprueba el Plan Valenciano de Salud Mental y Adicciones 2024-2027
23. Loizate, J. A., Suárez-Varela, M. M. M., Boada, P. C., Bauset, C. Q., Fuster, J. V. P., Clemente, N. G., ... & Borrell, C. (2010). Características de los inmigrantes con síndrome de estrés crónico del inmigrante o síndrome de Ulises. Norte de salud mental, 8(37), 23-30. Comunidad Valenciana.
24. Salud Mental en Alicante. Conecta, Comparte, Cuida. Diagnóstico Participativo Sobre Salud Mental en Alicante a través de encuentros ciudadanos. Ayto de Alicante en colaboración con la Universidad de Alicante.

GENERALITAT VALENCIANA

SISTEMA PÚBLIC VALENCIÀ DE SERVEIS SOCIALS

VNIVERSITAT DE VALÈNCIA

UVcàtedrès
Cátedra Interuniversitaria del
SISTEMA PÚBLICO VALENCIANO DE SERVICIOS SOCIALES

GENERALITAT VALENCIANA

XARXA DE CÀTEDRES | Sistema Públic Valencià de Serveis Socials

SISTEMA PÚBLIC VALENCIÀ DE SERVEIS SOCIALS · Universitat d'Alacant Universidad de Alicante · UJI UNIVERSITAT JAUME I · UNIVERSITAS Miguel Hernández · UNIVERSITAT POLITÈCNICA DE VALÈNCIA · VNIVERSITAT DE VALÈNCIA