

FECHA DE RECEPCIÓN:
19 DE MAYO DE 2026
FECHA DE ACEPTACIÓN:
13 DE JUNIO DE 2026

EDITORIAL

Una década sin Aylan. Personas migrantes en nuestras comunidades

A decade without Aylan: migrants in our communities

Adrián Cardo Miota. Unidad de Gestión Clínica de Órgiva. AGS Sur de Granada. Servicio Andaluz de Salud. ORCID: 0000-0001-8208-6407

Para contactar:

Adrián Cardo Miota

adrian.cardo.2011@gmail.com

Editor/a responsable:

Javier Gállego Diéguez

Corría el verano de 2015. Algunos preparábamos el mir mientras los telediarios abrían con imágenes de personas agolpándose en las carreteras de los Balcanes y en las costas griegas. Sin embargo, algo sucedería en septiembre de ese mismo año que lo cambiaría todo. La imagen del cuerpo sin vida de Aylan Kurdi en una playa turca ([figura 1](#)).

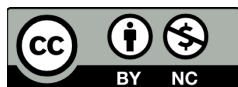
Figura 1. Mural dedicado a Aylan Kurdi en Frankfurt (Alemania), realizado por los artistas Justus Becker y Oğuz Şen tras la muerte del niño sirio en septiembre de 2015, inspirado en la fotografía de Nilüfer Demir



Fuente: Fotografía de Paul Lenz (Plenz). Wikimedia Commons, licencia CC BY-SA 3.0.

En estos tiempos, en los que hemos normalizado un genocidio retransmitido en directo, cuesta pensar en una imagen transformadora en términos de impacto y movilización social¹. Pero lo consiguió.

Fueron miles las personas que, siguiendo el ejemplo de aquellos griegos que llegaron primeros a auxiliar a los «refugiados», no dudaron en paralizar sus vidas para responder a la emergencia. La respuesta de la Unión Europea no sería tan rápida ni tan solidaria. Sus políticas serían cambiantes a lo largo de la crisis. De ser las islas un punto de tránsito, pasarían a convertirse en una suerte de lazaretos modernos. La acogida pasó de ser un problema griego a un obligado mandato europeo cuando Ángela Merkel pronunció aquel «Podemos conseguirlo», lo cual impulsó un cambio en la legislación en cuanto al asilo y refugio que llevaría a los países europeos a firmar compromisos de cuotas de solicitantes de asilo. En España pasamos de negarnos a acatar las órdenes de Alemania, para finalmente incumplir nuestros compromisos formales.



El contenido de Comunidad está sujeto a las condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional

A pesar de que ha pasado mucho tiempo de todo lo sucedido en torno a la «crisis de los refugiados», las imágenes de las personas hacinadas en los campos, el análisis de organizaciones internacionales², los relatos de profesionales, así como de las personas que transitaban su proceso migratorio en torno a esta crisis³, deben servirnos con un doble propósito: por un lado, permanecer como una mácula en la historia de Europa; por otro, actuar como ejemplo de aquello que no debe repetirse en el futuro.

Sin embargo, este no es el único ejemplo de una mala respuesta a la gestión de la migración a Europa. Desde la fotografía de Aylan, más de 30.000 personas han muerto en el Mediterráneo al intentar llegar a las costas europeas⁴. Buques humanitarios han denunciado negligencias de las autoridades marítimas que han repercutido en finales infaustos. Los campos italianos y los macrocampamentos del Plan Canarias, siendo diferentes, guardan similitudes con los griegos.

UNA ACOGIDA DIFERENTE

El motivo de estas líneas no es solo denunciar lo sucedido, sino también poner en valor experiencias que puedan servir de ejemplo para un presente y un futuro en el que los movimientos migratorios, lejos de desaparecer, están aumentando. Los cambios en los flujos migratorios hacia rutas cada vez más peligrosas repercuten en la salud de las personas que migran⁵.

Existen ejemplos de administraciones que han puesto como prioridad la integración y el bienestar de las personas migrantes en sus programas de acogida. El primero que es necesario mencionar es el «modelo Riace»⁶.

Riace es un pueblo de Calabria, región del sur de Italia, que en la década de 1990 y la primera década de los 2000 sufrió el destino de muchas poblaciones rurales del sur de Europa: emigración, envejecimiento de la población y abandono. Su alcalde decidió dar una nueva vida a su pueblo haciendo de la acogida de personas migrantes no solo un ejemplo de integración, sino también una oportunidad para una población condenada a desaparecer. Reabrieron viviendas abandonadas y talleres de artesanía y canalizaron las ayudas a través de una moneda social para utilizar en los comercios locales. Los resultados se pueden medir en variables tangibles como la reapertura de escuelas, la estabilización demográfica o la revitalización de la economía local. También en variables intangibles como la transformación de la comunidad en términos de asentamiento y no tanto de integración de los nuevos pobladores y la creación de una narrativa compartida de hospitalidad⁶.

También hay ejemplos en España, como el pueblo de Artenara, en Gran Canaria. En un contexto nacional de estigmatización de los niños que han migrado a Canarias sin sus progenitores, esta experiencia ha sido señalada como una manera de responder tanto a la emergencia migratoria como a la despoblación. Los menores se incorporaron a la escuela, que pasaría de ocho alumnos a más de treinta, se involucraron en actividades comunitarias y protagonizaron el pregón de las fiestas patronales. Aunque esta iniciativa aún no ha sido evaluada en publicaciones científicas, me aventuro a señalar que la autopercepción de bienestar de estos niños es sensiblemente diferente a la de aquellos que cogen el metro y ven pancartas que los criminalizan.

Estas experiencias se pueden analizar desde múltiples perspectivas. Desde los resultados, el método o el marco conceptual que los sustenta. Siendo los dos primeros relevantes para la justificación de su existencia, no es menos importante conocer cuáles son los principios que rigen la acogida. Modelos basados en una lógica asistencialista que garantizan alojamiento y manutención no son lo mismo que modelos de acogida que pretendan la integración y el enriquecimiento mutuo.

La atención sanitaria ejemplifica esta diferencia. Para garantizar la cobertura sanitaria universal, equiparar el acceso de las personas migrantes al de la población local —como ocurrió en Riace— se alinea mejor con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud⁷ que externalizar la atención sanitaria mediante empresas y ONG, como sucedió en los campos griegos... y en los canarios.

PROPUESTAS ORGANIZATIVAS PARA LA ATENCIÓN SANITARIA A PERSONAS MIGRANTES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN ESPAÑA

El marco normativo español reconoce el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria pública a las personas extranjeras residentes, solicitantes de protección internacional, refugiadas y personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España, en condiciones equiparables a las de la población española, especialmente cuando se encuentran en situación de vulnerabilidad⁸. Siendo

la Atención Primaria de Salud (APS) la piedra angular del sistema sanitario para mejorar su sostenibilidad y lograr la cobertura sanitaria universal⁷, es necesario planteamos cómo abordar la realidad migrante en los centros de salud (CS).

La población migrante es una realidad de proporciones variables en nuestra sociedad, no debe ser abordada desde la excepcionalidad, sino como una parte del trabajo en APS. Por ello, debe partir de un diagnóstico de situación⁹ y organizarse siguiendo los principios de la APS descritos por B. Starfield¹⁰.

Accesibilidad

El establecimiento de flujos de trabajo que palien la excesiva burocracia en la obtención de tarjeta sanitaria, como en el Distrito Poniente de Almería^{11,12}, la adaptación de los horarios de consulta a la población atendida, la utilización de herramientas digitales o el apoyo de mediadores interculturales o agentes comunitarios informales podrían ayudar a hacer la APS accesible a la población migrante.

Longitudinalidad

La adscripción a un equipo de APS permitiría abordar la complejidad de la realidad migrante de manera longitudinal en lugar de como un interrogatorio policíaco. Para ello, de nuevo, la obtención de una tarjeta sanitaria es crucial.

Coordinación

La coordinación debe entenderse desde el CS, el sistema sanitario y con la comunidad. El CS debe trabajar en equipo y limitar los contactos ineficientes. Para ello, los diferentes elementos del equipo deben entender la idiosincrasia de la población a la que atienden y adaptar sus dinámicas de trabajo. A nivel del sistema sanitario existen experiencias e «innovaciones» en el ámbito de la coordinación, pero debemos exigir unos mínimos: agendas abiertas y reuniones APS-Atención hospitalaria^{12,13}. Hablando se entiende la gente. Con respecto a la comunidad, los mapeos de activos constituirían un precioso elemento de partida para conocer los diferentes agentes que trabajan con población migrante y establecer dinámicas de trabajo compartido que redunden en el beneficio de la población atendida¹⁴.

Integralidad

Entender este principio no como la necesidad de conformar equipos todoterreno sino como la de construir equipos adaptados a los caminos que recorreremos en el día a día nos hace preguntarnos si nuestro trabajo responde realmente a la población que atendemos. Si trabajamos con población migrante, debemos responder a esta realidad, y hacerlo, de nuevo, en equipo.

El CS de Torreblanca, en Sevilla, puso en práctica una propuesta de trabajo en la que un grupo de profesionales del CS formados específicamente en atención inicial a la población migrante pasa una consulta de acogida, realizando las actividades asistenciales y de prevención necesarias para ayudar a los profesionales de referencia en esos primeros pasos¹⁵. Es una propuesta, pero no tiene por qué ser la única.

CONCLUSIONES

Como ya se ha señalado, la población migrante no es una excepción, es una parte fundamental de nuestras comunidades. Atenderla con un enfoque biopsicosocial, adaptado a sus necesidades y con un pie en la comunidad es nuestra obligación. Si somos capaces de hacerlo, quizá nuestras acciones tengan mayor impacto que cuando cogíamos nuestros fonendoscopios rumbo a Grecia.

BIBLIOGRAFÍA

1. De-Andrés S, Nos-Aldás E, García-Matilla A. La imagen transformadora. El poder de cambio social de una fotografía: la muerte de Aylan. *Comunicar*. 2016;24(47):27-37. doi:10.3916/C47-2016-03.
2. Amnistía Internacional. Grecia: Atrapados en Grecia: una crisis de refugiados evitable. [Internet]. Londres: Amnistía Internacional; 2016 abr 18 [citado: 9 de junio de 2026]. Disponible en: <https://www.amnesty.org/es/documents/eur25/3778/2016/es/>
3. Médecins Sans Frontières. Constructing crisis at Europe's borders. [Internet]. Ginebra: Médecins Sans Frontières; 2021 jun 9 [citado: 10 de junio de 2026]. Disponible en: <https://www.msf.org/constructing-crisis-europe-border-migration-report>
4. International Organization for Migration. Missing Migrants Project: Mediterranean. [Internet]. Ginebra: International Organization for Migration; [fecha desconocida] [citado: 13 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://missingmigrants.iom.int/mediterranean>
5. Médecins Sans Frontières. Fortress in the Sand: EU externalisation policies and trans-Saharan migration routes. [Internet]. París: MSF; 2025 sep [citado: 13 de mayo de 2026]. Disponible en: https://www.msf.fr/sites/default/files/2025-10/Rapport%20Fortress%20in%20the%20sand-final_compressed.pdf
6. van Driel C. Refugee settlement and the revival of local communities: lessons from the Riace model. [Internet]. Utrecht: Utrecht University; 2020 [citado: 13 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://dspace.library.uu.nl/handle/1874/407910>
7. World Health Organization Regional Office for Europe. Action plan for refugee and migrant health in the WHO European Region 2023-2030. [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024 [citado: 10 de junio de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2023-8966-48738-72475>
8. Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*. [Internet]. 2018 jul 30;(183). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2018-10752>
9. Valls Pérez B, Cardo Miota A, Godoy Lorite I, Campos García de Quevedo M, Youssef El Ayad Siraj N, De Peray Baiges JL. Contribuir a reducir las barreras de acceso al sistema sanitario para jóvenes migrantes de origen marroquí que viven en Granada: una aproximación a través de técnicas cualitativas. *Comunidad*. 2021;23(3). doi: 10.55783/comunidad.230305.
10. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. New York: Oxford University Press; 1998.
11. Belmonte García MT. Servicios de salud e inmigración en Andalucía (España): una mirada desde dentro. *Saúde Soc*. [Internet]. 2012;21(3):763-74. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/YLzc3RhhyJNvTyJ8ZzSD5BQ/?lang=es>
12. Vázquez Villegas J. Inmigración y salud: experiencias en Andalucía. [Internet]. En: 1.ª Jornada sobre Inmigración y Salud Pública. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; [fecha desconocida] [citado: 9 de junio de 2026]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/migracionSalud/docs/jVazquez.pdf>
13. Coronado-Vázquez V, Martín-Álvarez R, Gómez-Salgado J. Coordinación entre atención primaria y hospitalaria: enfocando la asistencia sanitaria centrada en las personas. *Informe SESPAS 2026*. *Gac Sanit*. 2026;40:102554. doi:10.1016/j.gaceta.2025.102554.
14. Paredes-Carbonell JJ, Alcaraz Quevedo M, López Sánchez P, Ramírez Delgado ML, El Bokhari Zoukani M. MIHSALUD: una experiencia de dinamización comunitaria con población inmigrante de la ciudad de Valencia. *Comunidad*. 2012;14(1).
15. Gómez Langley SL, Gómez Díaz I. Alfabetización sanitaria: programa de alfabetización y acompañamiento de refugiados. [Internet]. *Red ISIR: inmigración y salud*; 2023 may 3 [citado: 9 de junio de 2026]. Disponible en: <https://www.redisir.net/documentos/buena-practica-en-alfabetizacion-sanitaria/>