
Percepción sobre el acceso y uso de servicios sanitarios, barreras y facilitadores en inmigrantes con factores de riesgo cardiovascular: un estudio interseccional

*Zonas Básicas de Salud de Las Fuentes Norte (Zaragoza) y Binéfar (Huesca)
2024–2025*

Yuleydy Collazo García | Isabel Aguilar Palacio
Grupo de Investigación en Servicios Sanitarios de Aragón (GRISSA)
Marzo de 2026



ÍNDICE

1. Resumen ejecutivo
2. Hallazgos principales
3. Introducción y contexto
4. Metodología
5. Resultados
6. Conclusiones y recomendaciones
7. Limitaciones y fortalezas
8. Referencias bibliográficas
9. Anexos

1. RESUMEN EJECUTIVO

Contexto y objetivo

La salud de la población inmigrante está influida por determinantes sociales, condiciones socioeconómicas, patrones epidemiológicos del país de origen y procesos de adaptación al país de acogida. En este marco, las enfermedades crónicas no transmisibles, en especial las cardiovasculares, representan un reto creciente, dado el aumento de factores de riesgo cardiovascular (FRECV) con el tiempo de residencia.

El estudio tuvo como **objetivo** analizar la percepción del acceso y uso de los servicios sanitarios por parte de pacientes inmigrantes, profesionales sanitarios e integrantes del Consejo de Salud de Zona (CSZ) en dos Zonas Básicas de Salud: Las Fuentes Norte en Zaragoza (entorno urbano) y Binéfar en Huesca (entorno rural). Se incorporó un enfoque interseccional multinivel para delimitar los ejes de opresión, y se examinaron facilitadores y barreras en tres momentos temporales: período prepandémico, pandémico y pospandémico.

Principales hallazgos

De forma transversal, el dominio del idioma, la cercanía a los centros de salud, la disponibilidad de médicos de cabecera especialmente en áreas urbanas y el uso de herramientas telefónicas y digitales actuaron como principales facilitadores del acceso.

También se observó la persistencia de barreras estructurales, como las dificultades idiomáticas, la lejanía de los centros de salud (más acentuada en zonas rurales), la escasez de profesionales sanitarios, las largas listas de espera y las demoras en atención especializada, así como barreras culturales y religiosas. En el período pospandémico emergió la brecha digital como nueva fuente de desigualdad.

Perspectiva interseccional

El estudio identificó múltiples categorías sociales que interactúan generando desigualdad en el acceso y uso de los servicios sanitarios. Los ejes de opresión más percibidos fueron: residir en zona rural y no dominar el idioma; la práctica de la religión islámica y la cultura árabe; el origen africano, el color negro de la piel, la cultura africana y los bajos ingresos; y la interacción entre género, cultura y religión. Estas categorías no actúan de forma aislada, sino que se refuerzan mutuamente.

Recomendaciones estratégicas y conclusiones

Las recomendaciones se organizan en cinco niveles: político, organizativo del sistema sanitario, asistencial y profesional, comunitario e intersectorial, y metodológico. Entre las acciones prioritarias destacan: incorporar el enfoque interseccional en las políticas públicas, reforzar la Atención Primaria como eje fundamental de la prevención cardiovascular en población inmigrante, mejorar la dotación de recursos en zonas rurales, incorporar mediadores interculturales y lingüísticos, y desarrollar materiales informativos culturalmente adaptados.

Como conclusión, persisten barreras estructurales que limitan el acceso a los servicios sanitarios, especialmente en zonas rurales, siendo las más relevantes el no dominio del idioma, la lejanía de los centros y la escasez de profesionales. La pandemia consolidó la atención telefónica, lo que permitió mantener la asistencia, aunque generó congestión, despersonalización y mayores listas de espera. En el período pospandémico, la digitalización mejoró la coordinación, pero introdujo la brecha digital como nueva fuente de desigualdad. La adopción de un enfoque interseccional se confirma como elemento clave para diseñar intervenciones focalizadas, estructurales, organizativas y comunitarias que fortalezcan la equidad en el acceso y uso de los servicios, particularmente en la prevención cardiovascular.

2. HALLAZGOS PRINCIPALES

A continuación, se presentan los cinco hallazgos de mayor relevancia para la planificación y gestión del sistema sanitario:

40 participantes	13 países de origen	2 zonas (urbana/rural)	3 períodos analizados
----------------------------	-------------------------------	----------------------------------	---------------------------------

Hallazgo 1. Las barreras estructurales son persistentes y se intensifican en el entorno rural

Las dificultades idiomáticas y la lejanía de los centros de salud constituyen obstáculos transversales a todos los períodos analizados. En el entorno rural, estas barreras se amplifican por la escasez de transporte y la limitada disponibilidad de profesionales sanitarios, generando desigualdades territoriales significativas en el acceso a todos los niveles asistenciales.

Hallazgo 2. La pandemia transformó el sistema sanitario, con efectos desiguales según el perfil del paciente

La atención telefónica y la digitalización actuaron como facilitadores durante y tras la pandemia, pero generaron nuevas desigualdades para los pacientes con menor alfabetización digital o dificultades lingüísticas. Se percibió de forma generalizada una pérdida de humanización y calidad en la atención respecto al período prepandémico.

Hallazgo 3. Las desigualdades responden a la interacción de múltiples factores, no a causas aisladas

El eje de opresión más percibido es la combinación de residir en zona rural y no dominar el idioma. A este se añaden la interacción entre religión islámica y cultura árabe, el origen africano, el color negro de la piel y los bajos ingresos. Estos factores no actúan de forma independiente, sino que se refuerzan mutuamente, generando formas complejas de desventaja en el acceso sanitario.

Hallazgo 4. Los distintos actores perciben las desigualdades de forma diferente

Los profesionales sanitarios enfatizaron las barreras culturales y religiosas; los miembros del CSZ, la discriminación por origen africano y bajos ingresos; y los pacientes, las barreras idiomáticas y territoriales. Esta diversidad de perspectivas refuerza la necesidad de enfoques participativos en el diseño de intervenciones.

Hallazgo 5. El acceso se percibe como bueno en comparación con el país de origen, pero inferior al período prepandémico

La mayoría de los pacientes valoran positivamente el sistema sanitario español en términos absolutos, especialmente en comparación con sus países de origen. Sin embargo, existe un consenso generalizado en que la atención ha empeorado respecto al período anterior a la pandemia, especialmente en cuanto a humanización, acceso a especialidades y tiempos de espera.

3. INTRODUCCIÓN Y CONTEXTO

La salud de la población inmigrante está condicionada por una combinación de determinantes sociales, patrones epidemiológicos propios de sus países de origen y procesos de adaptación al país de acogida. Al igual que la población autóctona, las personas inmigrantes presentan una carga creciente de enfermedades crónicas no transmisibles, entre las que destacan las patologías cardiovasculares, con elevada prevalencia de factores de riesgo conductuales y biológicos (1). Diversos estudios han evidenciado que los FRECV aumentan con el tiempo de estancia en el país, llegando incluso a superar la frecuencia observada en la población autóctona (2).

La atención a los FRECV requiere una utilización frecuente de servicios sanitarios para su correcto control y tratamiento (3). Sin embargo, la literatura describe cómo los inmigrantes hacen un menor uso de estos servicios en comparación con la población autóctona, con una brecha más pronunciada en los niveles socioeconómicos más bajos. En inmigrantes no pertenecientes a la Unión Europea existe una diferencia significativa en el uso de atención primaria respecto a la población autóctona. Con independencia del origen, la población inmigrante tiende a utilizar los servicios de urgencias como vía preferente de acceso a la atención sanitaria (4), con variaciones según el origen: menor utilización que la población autóctona en asiáticos, latinoamericanos y magrebíes, y mayor en los procedentes de África subsahariana (5).

Entre las principales barreras de acceso al sistema sanitario destacan las lingüísticas y comunicativas. La falta de dominio del español dificulta la comunicación entre pacientes inmigrantes y profesionales sanitarios, con efectos negativos sobre el acceso, la calidad de la atención y la continuidad del cuidado (6). En el contexto de Aragón, estudios cualitativos han identificado que las barreras estructurales más relevantes para el acceso equitativo a los servicios sanitarios incluyen la brecha digital, la desigualdad territorial y la sobrecarga del sistema, mientras que la digitalización y la colaboración interdisciplinar se consideran facilitadores clave (7).

En la población inmigrante confluyen diversos ejes de desigualdad: condiciones socioeconómicas desfavorables, precariedad laboral, barreras culturales y discriminación (8). Estos determinantes condicionan la accesibilidad y el uso de servicios sanitarios y se relacionan con peores resultados de salud (9). La pandemia de COVID-19 agravó esta situación mediante su fuerte impacto socioeconómico y la reducción de recursos sanitarios (10), lo que dificultó el acceso a la información y la atención médica, aumentando las desigualdades en salud entre las personas inmigrantes (11).

En este contexto adquiere relevancia el enfoque interseccional, entendido como una forma de analizar la complejidad de las experiencias individuales al reconocer cómo interactúan las distintas categorías sociales. Esta perspectiva permite examinar cómo diferentes categorías se influyen mutuamente para generar desigualdad en el acceso y uso de servicios desde la visión de distintos actores (12). El **objetivo** de este estudio fue analizar la percepción de pacientes inmigrantes, profesionales sanitarios e integrantes del CSZ en relación al acceso y utilización de los servicios sanitarios con enfoque interseccional multinivel, identificando barreras y facilitadores en los períodos prepandémico, pandémico y pospandémico.

4. METODOLOGÍA

Diseño del estudio

Estudio descriptivo cualitativo con enfoque interseccional. El trabajo de campo se desarrolló entre julio de 2024 y marzo de 2025 en Aragón (España). Este diseño permitió indagar en profundidad en la experiencia de los participantes, considerando sus respectivos contextos (15).

Contexto del estudio

El estudio se realizó en dos Zonas Básicas de Salud con perfiles territoriales diferenciados:

- Las Fuentes Norte (Zaragoza): zona urbana con alto envejecimiento y una proporción significativa de población extranjera, superior a la media municipal (16, 17, 18).
- Binéfar (Huesca): zona rural que cubre varios municipios del entorno (Binaced, Esplús, San Esteban de Litera, Vencillón, Peralta de Calasanz y núcleos rurales anexos), con dinámicas migratorias estacionales y presencia de población inmigrante vinculada, principalmente, al sector agrícola e industrial (19).

Población de estudio y selección de participantes

La población de estudio pertenece a los Centros de Salud de Las Fuentes Norte y Binéfar, seleccionados por su elevado porcentaje de población inmigrante con FRECV, según información procedente de la cohorte CARhES (20). Se incluyeron tres perfiles de participantes: pacientes inmigrantes con FRECV, profesionales sanitarios de atención primaria e integrantes del CSZ de ambos centros.

El muestreo fue no probabilístico. Los pacientes fueron reclutados a través de los profesionales sanitarios de ambos centros. El tamaño muestral fue de 40 participantes y quedó determinado por la saturación de la información recogida. Los criterios de inclusión y exclusión comunes a todos los perfiles de participantes, así como los criterios específicos, se presentan de forma esquemática en la Figura 1.



Figura 1. Criterios de selección de sujetos para el análisis cualitativo descriptivo de la percepción del acceso y usos de servicios.

PS: Profesionales Sanitarios; CSZ: Consejo de Salud de Zona; PTE: Pacientes

Recogida de información

Se realizaron entrevistas semiestructuradas con una duración media de 45 minutos a partir de una guía de entrevista coherente con el marco teórico del estudio y diferenciada según el perfil del entrevistado (véanse Anexos 1 y 2). Las entrevistas fueron grabadas con el consentimiento previo de los participantes y transcritas de forma literal.

Análisis de la información

Se realizó un análisis temático de contenido con apoyo del software MAXQDA. Las categorías, subcategorías y códigos relacionados con la percepción de barreras y facilitadores se generaron a partir de la guía de entrevista, la información emergente y el Modelo de Tanahashi (21). La selección de la información se llevó a cabo mediante la identificación de patrones convergentes y divergentes en las respuestas de los participantes.

En relación con la perspectiva interseccional, se adoptaron dos enfoques de análisis: el intercategorial, en el que a partir de categorías sociales ya existentes se documentó el tipo de relaciones de desigualdad percibidas; y el intracategorial, que reconoce la importancia de estas categorías para comprender la experiencia social y la complejidad de significados a partir de las trayectorias de los actores sociales (23).

Aspectos éticos

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad Autónoma de Aragón (CEICA) (PI24/331). La participación fue voluntaria. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado. Los datos fueron anonimizados antes de su análisis y lo presentado en este informe no permite identificar a ningún participante.

5. RESULTADOS

Descripción de la muestra

La muestra estuvo compuesta por 40 participantes: 24 pacientes (60%), 12 integrantes del CSZ (30%) y 4 profesionales sanitarios (10%). El 82,5% tenía entre 45 y 64 años y predominaron las mujeres (57,5%). Estuvieron representadas las cuatro regiones de origen de los inmigrantes con mayor carga de FRECV: Europa (52,5%), África (32,5%), Latinoamérica y el Caribe (12,5%) y Asia (2,5%). Se entrevistaron participantes de 13 países distintos.

Tabla 1. Descripción de la muestra de participantes por zona básica de salud.

Variable	ZBS Las Fuentes Norte N (%)	ZBS Binéfar N (%)	Total N (%)
Edad 16-44 años	1 (2,5%)	4 (10,0%)	5 (12,5%)
Edad 45-64 años	19 (47,5%)	14 (35,0%)	33 (82,5%)
Edad 65-79 años	2 (5,0%)	0 (0,0%)	2 (5,0%)
Género femenino	13 (32,5%)	10 (25,0%)	23 (57,5%)
Género masculino	9 (22,5%)	8 (20,0%)	17 (42,5%)
Origen europeo	13 (32,5%)	8 (20,0%)	21 (52,5%)
Origen africano	3 (7,5%)	10 (25,0%)	13 (32,5%)
Origen latinoamericano	5 (12,5%)	0 (0,0%)	5 (12,5%)
Origen asiático	1 (2,5%)	0 (0,0%)	1 (2,5%)
Ingresos < 18.000 €/año	10 (25,0%)	9 (22,5%)	19 (47,5%)
Ingresos ≥ 18.000 €/año	12 (30,0%)	9 (22,5%)	21 (52,5%)
Residencia urbana	22 (55,0%)	0 (0,0%)	22 (55,0%)
Residencia rural	0 (0,0%)	18 (45,0%)	18 (45,0%)

Facilitadores y barreras percibidos en el acceso y uso de los servicios sanitarios

Se identificaron los facilitadores y las barreras percibidos por los participantes a partir de sus experiencias con el funcionamiento del sistema sanitario, considerando las ventajas y limitaciones reconocidas, el momento temporal (períodos prepandémicos, pandémico y pospandémico) y el nivel asistencial en el que se manifestaron. El análisis reveló tanto narrativas divergentes entre los contextos urbano y rural y entre los distintos actores sociales, como elementos de convergencia transversal.

Facilitadores comunes a los tres períodos

Entre los facilitadores transversales, se destacó reiteradamente el dominio del idioma nativo y la cercanía de los Centros de Salud. En menor medida, compartir una cultura e idiosincrasia similares a las del país de acogida fue señalado como facilitador, principalmente por profesionales sanitarios e integrantes del CSZ de ambos contextos, así como por la mayoría de los pacientes latinoamericanos del ámbito urbano.

Barreras comunes a los tres períodos

Existió un amplio consenso en reconocer el impacto significativo de las dificultades idiomáticas y la lejanía de los centros de salud como obstáculos presentes en todos los períodos y niveles asistenciales. Los profesionales sanitarios de ambos contextos señalaron también de forma recurrente la presencia de barreras

culturales, particularmente las vinculadas a la cultura africana y musulmana y a determinadas prácticas religiosas. En el contexto rural emergieron de forma transversal la percepción de lejanía de las unidades de salud, la escasez de recursos y las dificultades de transporte.

Período prepanadémico

En el ámbito urbano, la disponibilidad de médicos de cabecera, la cercanía geográfica de los Centros de Salud y la percepción mayoritaria de una atención próxima y de buena calidad fueron ampliamente valoradas por todos los perfiles de actores. En el entorno rural, aunque la disponibilidad de profesionales sanitarios no se consideraba óptima, la situación se percibió como más favorable que en períodos posteriores.

Período pandémico

El acceso telefónico fue percibido como un facilitador relevante en ambos contextos. No obstante, algunos integrantes del CSZ y pacientes señalaron como barreras la saturación de las líneas telefónicas y la pérdida de cercanía en la atención. De forma generalizada, todos los actores identificaron largas listas de espera y tiempos excesivos en atención especializada, así como escasez de información en las fases iniciales de la pandemia. Estas circunstancias contribuyeron a una percepción de atención más impersonal y de menor calidad.

Período pospandémico

El uso del servicio telefónico y de la aplicación Salud Informa fue identificado como facilitador en ambos contextos. Todos los profesionales sanitarios destacaron la utilidad del contacto telefónico para interconsultas con atención especializada. Sin embargo, esta modalidad también fue reconocida como barrera para determinados pacientes, por falta de acceso a la tecnología o limitaciones en las competencias digitales. En el ámbito urbano se recuperó la percepción de disponibilidad de médicos de cabecera como elemento facilitador, aunque con matices críticos. Las largas listas de espera y la limitada disponibilidad de profesionales, especialmente en atención especializada y en el entorno rural, se mantuvieron como las principales barreras sistémicas.

Percepción del acceso y uso de los servicios sanitarios en el período pospandémico

De manera general, los participantes percibieron un acceso y uso aceptable de los servicios sanitarios en la actualidad, con diferencias relevantes entre los contextos urbano y rural y entre los distintos actores. Las posturas más críticas correspondieron a los miembros del CSZ y a los profesionales sanitarios y pacientes del ámbito rural. La mayoría de los entrevistados consideraron que el acceso era mejor antes de la pandemia, y existió consenso en destacar la utilidad del acceso telefónico en atención primaria y en señalar los retrasos en atención especializada.

Tabla 2. Citas textuales sobre la percepción del acceso y uso de servicios sanitarios.

Perfil	Cita textual
PS-U	<i>El acceso es muy bueno en la atención primaria, se puede pedir cita por la web y también está la consulta telefónica después de la Covid (...) hay buen acceso a las urgencias y a los hospitales.</i>
PS-R	<i>Una ventaja es el acceso telefónico según las acciones que se vayan a hacer, y con los especialistas también se puede por correo (...) las listas de espera son largas, la gente se aburre de esperar, hay poca oferta de profesionales.</i>
CSZ-U	<i>El acceso está entre bueno y regular. Se ha reducido la presencialidad (...) falta de profesionales, desconocimiento de los usuarios.</i>
CSZ-R	<i>El problema es a nivel de atención primaria, con los especialistas y con los hospitales también. Después de la Covid hemos empeorado. Con las especialidades (...) si te quieres ver, tienes que acudir al sistema privado. La sanidad pública esta jodida, faltan médicos.</i>
PTE-U (Nigeria)	<i>Las citas ahora son más demoradas, ese es el cambio. Aquí en España siempre me han tratado bien (...) la salud es excelente.</i>

Perfil	Cita textual
PTE-R (Marruecos)	<i>Antes de la Covid el funcionamiento era mejor. La limitación es grande para las citas con los especialistas (...) hasta 2008 la salud estaba muy bien, ahora hay menos recursos.</i>
PTE-R (Rumania)	<i>La verdad es que ahora es regular (...) también nos queda lejos el Centro de Salud. El sistema sanitario es muy superior, aquí funciona la seguridad social y hay medicamentos.</i>

PS: Profesional Sanitario; CSZ: Consejo de Salud de Zona; PTE: Paciente; U: urbano; R: rural.

Perspectiva interseccional

Análisis intercategorial

Los ejes de opresión percibidos, ordenados por frecuencia e intensidad, se presentan en la Tabla 3. La interacción entre no dominar el idioma y residir en zona rural fue el eje de opresión más frecuentemente percibido. En el contexto rural afloraron más declaraciones sobre categorías sociales generadoras de opresión y posicionamientos más críticos que en el ámbito urbano.

Tabla 3. Citas textuales en torno a la percepción de los ejes de opresión por perfil del entrevistado (perspectiva intercategorial).

Perfil	Cita textual
PS-U / CSZ-U-R / PTE-U-R	<i>PS-U: "La verdad sí que puede haber desigualdad, cuando no dominan el idioma, si no tenemos un intérprete yo uso el traductor de Google (...) los que viven en la zona rural tampoco tienen las mismas condiciones que los que viven en la ciudad. El acceso a hospitales y pruebas diagnósticas es peor..." CSZ-R: "Si hay factores que generan opresión: para los inmigrantes que no dominan nuestro idioma es muy difícil (...) y los que tienen menos ingresos a veces no pueden comprar los tratamientos costosos..." PTE-R-GA: "...es más difícil, no hablamos bien español y el transporte para ir a urgencias, aquí muy difícil..."</i>
PS-U-R / CSZ-U-R	<i>PS-U: "...y luego algunas religiones como la musulmana (...) con el Ramadán (...) también los pone en desventajas, si tienen problemas de salud y deben mantener un ayuno prolongado..." PS-R: "Los días de Ramadán sabes que no se tomarán el tratamiento completo, si acaso una dosis. A veces hasta tienes que cambiarles la medicación."</i>
PS-R / CSZ-U-R / PTE-R	<i>CSZ-U: "...sí, son discriminados en muchas ocasiones, he conocido de muchos casos en admisión a los que no les querían dar el alta al sistema a pesar de que tengan derecho (...) a veces me han tildado de estar haciendo turismo sanitario, sencillamente por buscar soluciones para ayudarlos (...) pero yo continuo con mi labor..." PTE-R-MR: "Sí, depende del personal, los que son de color negro pueden estar en desventaja (...) y ser de África y marroquí, a la primera te das cuenta, con la mirada ves la discriminación (...) y si eres musulmán depende del profesional, algunos piensan: vienen de la selva a tocarnos las narices..."</i>
PS-U	<i>PS-U: "Una vez vino una pareja musulmana, el esposo me dijo que tenía que sacarse esa barriga, que estaba mal, todo el rato vomitando y no podía atenderlo, ni cocinarle (...) ella estaba callada todo el tiempo (...) era un feto valioso (...) no tenía hijos..."</i>
PS-R	<i>PS-R: "La cultura es importantísima, y el lugar que ocupa la mujer. Tuvimos varios casos de mutilación genital femenina, a veces ni querían venir a consulta por la sepsis (...) es horrible (...) ahora se da menos, tenemos más control sobre las familias..."</i>
PS-U-R / CSZ-U	<i>PS-U: "Los pacientes del África subsahariana no tienen el concepto de lo que es una enfermedad crónica (...) aun explicándoles en la consulta que tienen que tomarse la pastilla para bajar la presión todos los días, no lo hacen..." CSZ-U: "...con los africanos hay enfermedades que ellos las entienden desde un punto de vista mágico en comparación con la medicina occidental."</i>
CSZ-U / PTE-R	<i>CSZ-U: "Cuando hay problemas con el idioma, problemas económicos, se vive en zonas de difícil acceso (...) todo eso también influye en la actitud que se tiene con los pacientes." PTE-R-SE: "Los de la ciudad lo tienen más fácil (...) aquí hay escasez de transporte, el hospital está lejos (...) es muy importante entender el idioma", "...si tienes más dinero te puedes alimentar mejor, hacer mejor el tratamiento..."</i>

PS: Profesional Sanitario; CSZ: Consejo de Salud de Zona; PTE: Paciente; U: urbano; R: rural; GA: Gambia; MR: Marruecos; SE: Senegal.

Análisis intracategorial

Los distintos actores sociales no otorgaron el mismo significado a las categorías generadoras de opresión. La mayoría percibió opresión al residir en el entorno rural y no dominar el idioma; la residencia rural se relacionó con dificultades de acceso físico, escasez de transporte y falta de profesionales, mientras que las barreras idiomáticas obligaban a recurrir a intérpretes, familiares o aplicaciones móviles.

Los profesionales sanitarios enfatizaron la interacción entre la condición femenina, la cultura islámica y africana, y el papel de la religión como factores que dificultan la atención sanitaria. Los del entorno rural señalaron también los bajos ingresos y el color negro de la piel como ejes de opresión, influidos por el origen mayoritariamente subsahariano de sus pacientes.

Los integrantes del CSZ reconocieron enfáticamente la interacción del origen africano, el color negro de la piel, la cultura árabe y africana, la religión y los bajos ingresos como ejes de opresión, asumiendo una postura mediadora respecto al sistema de salud.

Los pacientes latinoamericanos y europeos señalaron principalmente la combinación de contexto rural e idioma. Los pacientes magrebíes del entorno rural hicieron énfasis en su cultura, el color de la piel y la religión islámica, percibiendo estos factores como generadores de opresión y declararon matices de discriminación en salud asociados a su cultura. Los pacientes del África subsahariana no identificaron el color negro como causa de opresión y valoraron positivamente el trato recibido en España respecto a su país de origen. Para estos pacientes, el idioma, el contexto rural y los bajos ingresos fueron los principales ejes de desventaja.

Diferencias entre el contexto urbano (Las Fuentes Norte, Zaragoza) y el entorno rural (Binéfar)

El análisis comparado entre ambas zonas básicas de salud revela diferencias sustanciales en la percepción del acceso y uso de los servicios sanitarios, condicionadas por el perfil territorial, la composición de la población inmigrante y la disponibilidad de recursos.

Contexto urbano — ZBS Las Fuentes Norte (Zaragoza). La disponibilidad de médicos de familia, la cercanía geográfica de los centros de salud y la posibilidad de gestión de citas a través de plataformas digitales y vía telefónica constituyeron los principales facilitadores del acceso en los tres períodos analizados. La mayoría de los participantes de este contexto percibieron el acceso a urgencias y a la hospitalización como adecuado, y valoraron positivamente la atención recibida, aunque con percepciones de menor calidad y humanización en el período pospandémico. La composición diversa de la muestra urbana, con mayor proporción de latinoamericanos, europeos del este y asiáticos, determinó un perfil de barreras más heterogéneo, donde las dificultades idiomáticas coexisten con una mayor facilidad de comunicación en determinados grupos por afinidad cultural y lingüística.

Contexto rural — ZBS Binéfar (Huesca). Los participantes manifestaron de forma sistemática mayores dificultades en el acceso a todos los niveles asistenciales. La lejanía de los centros de salud y hospitales, la escasez de transporte público y la limitada disponibilidad de profesionales sanitarios, especialmente en atención especializada, se identificaron como barreras estructurales presentes en todos los períodos. Los participantes del CSZ y los pacientes de esta zona describieron demoras en la atención urgente y un deterioro del acceso más pronunciado que en el contexto urbano durante el período pospandémico. La composición de la muestra de Binéfar, con mayor proporción de participantes de origen africano subsahariano, vinculados al sector agrícola e industrial, con menor nivel de ingresos y mayor frecuencia de práctica islámica, se asocia a una acumulación de barreras más intensa: desconocimiento del idioma, menor alfabetización digital, dificultades económicas y aislamiento territorial. La herramienta de cita digital, aunque valorada, resultó de utilidad limitada para determinados pacientes, especialmente los de mayor edad. La zona rural concentró asimismo el mayor número de declaraciones sobre ejes de opresión interseccionales, lo que refleja una acumulación de desventajas sociales y sanitarias estructuralmente más intensa que en el contexto urbano.

La Tabla 4 resume las principales diferencias identificadas entre ambos contextos.

Tabla 4. Comparación de las principales características del acceso y uso de servicios sanitarios entre la ZBS Las Fuentes Norte (urbana) y la ZBS Binéfar (rural).

Dimensión	ZBS Las Fuentes Norte (urbana)	ZBS Binéfar (rural)
Acceso general	Bueno/aceptable, inferior al prepandémico	Regular/deficiente, peor que en el contexto urbano
Principales facilitadores	Médico de familia disponible, cercanía del centro, cita digital, acceso telefónico	Acceso telefónico, trato cercano del médico (valorado positivamente en comparación con país de origen)
Principales barreras	Listas de espera en especializada, brecha digital en perfiles vulnerables, menor humanización pospandémica	Lejanía del centro, escasez de transporte, falta de profesionales, desconocimiento del idioma, brecha digital, bajos ingresos, aislamiento territorial
Perfil de la muestra	Mayor diversidad de origen (europeos del este, latinoamericanos, asiáticos); mayor nivel de ingresos relativo	Mayor proporción de africanos subsaharianos; bajos ingresos frecuentes; vinculación al sector agrícola-industrial; alta frecuencia de práctica islámica
Ejes de opresión dominantes	Idioma, cultura/religión islámica y africana (especialmente percibidas por PS y CSZ)	Idioma + zona rural (eje más percibido), bajos ingresos, origen africano, religión, escasez de transporte

PS: Profesional Sanitario; CSZ: Consejo de Salud de Zona.

El entorno rural acumula una mayor intensidad y complejidad de barreras que el urbano. Las desigualdades territoriales en el acceso no se resuelven con medidas genéricas: requieren intervenciones específicas adaptadas al perfil de la población de Binéfar, centradas en mediación lingüística e intercultural, transporte sanitario y refuerzo de profesionales en atención especializada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Las barreras y facilitadores en el acceso y uso de los servicios sanitarios están condicionados por factores estructurales persistentes y por cambios organizativos derivados de la pandemia de COVID-19.

De forma transversal en los tres períodos analizados, el dominio del idioma nativo y la cercanía de los centros de salud actuaron como facilitadores del acceso, mientras que las barreras idiomáticas y la lejanía constituyeron obstáculos estructurales, más intensos en el ámbito rural, donde se suman dificultades de transporte y escasez de profesionales.

Durante la pandemia, la atención telefónica permitió sostener la asistencia sanitaria en Atención Primaria, pero esto no evitó que se generara despersonalización y mayores listas de espera. En el período pospandémico, la digitalización y el acceso telefónico mejoraron la coordinación asistencial, aunque la brecha digital emergió como nueva barrera. Además, persisten limitaciones sistémicas vinculadas a la disponibilidad de profesionales y los retrasos en atención especializada, especialmente en zonas rurales.

Las inequidades no responden a un único factor, sino a la interacción de múltiples ejes de opresión, siendo la residencia rural y las barreras idiomáticas los más determinantes, junto con factores como cultura, religión, género y bajos ingresos. La adopción de un enfoque interseccional se confirma como elemento clave para diseñar intervenciones focalizadas que fortalezcan la equidad en el acceso y uso de los servicios, particularmente en la prevención cardiovascular.

El análisis comparado entre la ZBS Las Fuentes Norte (urbana, Zaragoza) y la ZBS Binéfar (rural, Huesca) evidencia que el territorio constituye un determinante estructural de primer orden en el acceso y uso de los servicios sanitarios. En Binéfar, la acumulación de barreras, como lejanía, escasez de transporte, limitada disponibilidad de profesionales, desconocimiento del idioma y bajos ingresos, en una población mayoritariamente africana subsahariana, genera desigualdades más intensas que las observadas en el contexto urbano. Esta brecha territorial se agudizó en el período pandémico y se mantiene en la actualidad, resultando especialmente pronunciada en la atención especializada y urgente. Las posiciones más críticas del estudio provienen sistemáticamente del entorno rural, y en este contexto se concentra el mayor número de ejes de opresión interseccionales identificados.

Mejorar el acceso en el entorno rural no es una cuestión de escala, sino de especificidad. Las intervenciones en Binéfar deben priorizarse y diseñarse atendiendo a su perfil particular: mediadores lingüísticos e interculturales en los centros de salud, mejora del transporte sanitario y adaptación de las herramientas digitales a perfiles de baja alfabetización tecnológica.

Recomendaciones priorizadas

Las recomendaciones se presentan en dos niveles de prioridad: acciones a corto plazo, de mayor viabilidad e impacto inmediato, y acciones estructurales o de medio-largo plazo.

Acciones prioritarias (corto plazo)

- Incorporar mediadores interculturales y lingüísticos en centros de salud con alta concentración de población inmigrante, especialmente en zonas rurales, para reducir las barreras idiomáticas y mejorar la adherencia terapéutica.
- Adaptar las herramientas de telemedicina y cita digital a las necesidades de pacientes con baja alfabetización digital, garantizando que no sustituyan la atención presencial en colectivos en situación de vulnerabilidad.

- Desarrollar materiales informativos accesibles y culturalmente adaptados en varios idiomas, con apoyo de asociaciones de inmigrantes y ONGs, para mejorar el conocimiento del sistema sanitario y los derechos de acceso.
- Diseñar y difundir formación continuada en competencias interculturales e interseccionales para los profesionales sanitarios, con énfasis en la identificación y abordaje del sesgo implícito.

Acciones estructurales (medio-largo plazo)

- Incorporar de forma sistemática el enfoque interseccional en las políticas de salud pública, superando aproximaciones basadas exclusivamente en variables clínicas o en la condición migratoria aislada.
- Reforzar la Atención Primaria como eje central de la prevención cardiovascular en población inmigrante, priorizando la detección precoz de FRECV y el seguimiento longitudinal en grupos con mayor carga de riesgo.
- Mejorar la dotación de recursos humanos y materiales en zonas rurales mediante incentivos para la estabilidad de profesionales sanitarios, mejora del transporte sanitario y reducción de listas de espera en atención especializada.
- Impulsar la participación activa de la población inmigrante en el diseño, implementación y evaluación de intervenciones sanitarias, consolidando espacios de participación estables.
- Mejorar el registro de variables de etnicidad y trayectoria migratoria en los sistemas de información sanitaria, superando el uso exclusivo de proxies como sexo o país de origen.
- Promover estudios longitudinales que permitan analizar relaciones causales entre condiciones sociales, tiempo de residencia y evolución de los FRECV, e incluir en futuras investigaciones a población inmigrante no usuaria del sistema sanitario público.

7. LIMITACIONES Y FORTALEZAS

Fortalezas

La principal fortaleza del estudio es la adopción de un enfoque interseccional que permitió analizar cómo interactúan múltiples ejes de desigualdad en la configuración de las experiencias de acceso y uso de los servicios sanitarios, superando perspectivas analíticas unidimensionales. La incorporación de dos contextos territoriales diferenciados (urbano y rural) y la diversidad de actores sociales implicados enriquece la triangulación de perspectivas y aporta una visión contextualizada del fenómeno. Esta aproximación comparativa y multisituada no ha sido suficientemente desarrollada en la literatura previa, lo que refuerza el valor añadido del estudio.

Limitaciones

No estuvieron representadas todas las regiones de origen de la población inmigrante, lo que puede limitar la generalización de los hallazgos obtenidos en el estudio. La exclusión de personas que no han accedido al sistema sanitario impide captar las experiencias de quienes se encuentran en situaciones de mayor vulnerabilidad o exclusión estructural, lo que podría llevar a subestimar determinadas barreras críticas. Finalmente, la reticencia de algunos participantes a emitir juicios valorativos negativos sobre la atención recibida podría introducir un sesgo de deseabilidad social. No obstante, a pesar de estas limitaciones, consideramos que los hallazgos obtenidos son válidos y que aportan información suficiente para la intervención.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cainzos-Achirica M, et al. Cardiovascular risk factors and disease among non-European immigrants living in Catalonia. *Heart*. 2019;105(15):1168-74.
2. Rodríguez-Alvarez E, et al. Cardiovascular disease risk factors in Spain: A comparison of native and immigrant populations. *PLoS One*. 2020;15(11).
3. Ministerio de Sanidad. Estrategia de Salud Cardiovascular del SNS. 2022.
4. Santamaría Rodríguez S, et al. Acceso al sistema sanitario de la población inmigrante en España según posición socioeconómica. *Rev Clínica Med Familia*. 2025.
5. Llop-Gironés A, et al. Acceso a los servicios de salud de la población inmigrante en España. Revisión bibliográfica.
6. Fagundo-Rivera J, et al. Barriers to healthcare access for irregular immigrants after their arrival in Spain. *Eur J Public Health*. 2025;35(3):407-22.
7. Bengoa-Urrungoechea I, Aguilar-Palacio I, et al. Barriers and facilitators to accessing healthcare during the pandemic. *Aten Primaria*. 2026;58(1).
8. Malmusi D, Ortiz-Barreda G. Desigualdades sociales en salud en poblaciones inmigradas en España. *Rev Esp Salud Pública*. 2014;88:687-701.
9. Salinero-Fort MA, et al. The relationship between social support and self-reported health status in immigrants. *BMC Fam Pract*. 2011;12.
10. Tolosa Montoya D. Impacto de la pandemia por COVID-19 en el sistema sanitario español. UPV; 2022.
11. Impacto de la pandemia de la COVID-19 en la población inmigrante en España. *Policy Brief*. 2023.
12. Collins PH, Bilge S. Interseccionalidad. Morata; 2019.
15. Flick U. The SAGE Handbook of Qualitative Research Design. 2022.
20. Aguilar-Palacio I, et al. Cohort Profile: The CARhES cohort study. *Int J Epidemiol*. 2024;53(2).
21. Hirmas Adaury M, et al. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: revisión sistemática. *Rev Panam Salud Pública*. 2013.
23. Winker G, Degele N. Intersectionality as multi-level analysis. *Eur J Womens Stud*. 2011;18(1):51-66.
24. Hirmas Adaury M, et al. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud. *Rev Panam Salud Pública*. 2013.
25. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care. *Int J Equity Health*. 2013;12:18.

9. ANEXOS

Anexo 1. Guion de entrevista semiestructurada — Pacientes

Indicaciones previas: registrar género, zona de residencia, rango de edad, nivel socioeconómico, región/país de origen, color de la piel, práctica religiosa.

Bloque 1. Acceso al sistema sanitario

- ¿Cómo describiría su acceso al sistema sanitario antes, durante y después de la pandemia?
- ¿Diría que el acceso a los profesionales sanitarios cambió entre estos tres períodos?
- ¿Cree que el sistema de salud funcionó igual en los tres momentos? ¿Qué limitaciones o ventajas observó?
- ¿Percibió cambios en el uso de los servicios sanitarios según el período?
- ¿Cómo valoraría globalmente el acceso y uso de servicios en cada período?

Bloque 2. Factores que influyen en el acceso

- ¿Considera que existen factores que pudieron favorecer el acceso y uso de servicios sanitarios en su caso o en el de otros pacientes inmigrantes con FRECV?
- ¿Considera que existen factores que pudieron dificultar o limitar el acceso?

Factores a explorar: género, edad, nivel socioeconómico, zona de residencia, color de la piel, región de origen, práctica religiosa, cultura.

Anexo 2. Guion de entrevista semiestructurada — Profesionales Sanitarios y miembros del CSZ

Mismos bloques temáticos que el Anexo 1, adaptados a la perspectiva institucional y profesional del entrevistado.

Anexo 3. Agradecimientos

Agradecemos en primer lugar a los y las pacientes del estudio la confianza depositada y su inestimable cooperación.

A María Antonia Sánchez, médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, por su orientación y su vínculo especial con la población inmigrante.

A María Luisa Juan, trabajadora social del Centro de Salud de Las Fuentes Norte, por su certera guía y sensibilidad en el manejo de colectivos vulnerables.

A los profesionales sanitarios, al Consejo de Salud de Las Fuentes Norte y especialmente al de Binéfar, por aportar visiones relevantes de la temática.

A Belén Benedé, por el apoyo brindado al estudio.