

Trabajo final de máster

Máster en Salud Pública

Universitat Pompeu Fabra – Universitat Autònoma de Barcelona

Barreras y facilitadores del acceso a los servicios de salud de la población migrante en situación administrativa regular según el tipo de sistema de salud: una revisión de alcance

18 de junio de 2026

Alumna: Sandra Galaviz Villa

Directoras: Ingrid Vargas Lorenzo, María Luisa Vázquez Navarrete

Institución: Serveis d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut (SEPPS). Consorci de Salut i Social de Catalunya (CSC)

Barcelona, 18 de junio de 2026.

Estimado comité,

A través del presente documento, nosotras Ingrid Vargas Lorenzo y María Luisa Vázquez Navarrete del Consorci de Salut i Social de Catalunya, como directoras **AUTORIZAMOS** a **SANDRA GALAVIZ VILLA** a presentar su trabajo final del Máster en Salud Pública de la Universidad Pompeu Fabra en conjunto con la Universidad Autónoma de Barcelona para el curso 2025/26 titulado: **“Barreras y facilitadores del acceso a los servicios de salud de la población migrante en situación administrativa regular según el tipo de sistema de salud: una revisión de alcance”**, el que será enviado por publicación en acuerdo con la siguiente:

Nombre de la revista: Revista Española de Salud Pública		
	Normativa de la revista	Artículo TFM
Número de palabras del resumen	No se especifica	250
Extensión máxima (sin contar tablas, figuras ni bibliografía)	15 páginas	15 páginas incluyendo resumen
Tablas y Figuras	6	5
Cuerpo de letra	12	12
Interlineado	1.5	1.5
Número de referencias	100	81
Número de palabras	No aplica	4,183

En constancia firmamos,

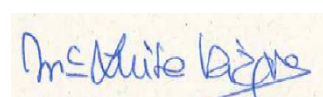


Ingrid Vargas Lorenzo

Inverstigadora permanente

Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques
de Salut (SEPPS)

Consorci de Salut i Social de Catalunya



María Luisa Vázquez Navarrete

Directora

Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques
de Salut (SEPPS)

Consorci de Salut i Social de Catalunya

Resumen

Antecedentes: La población migrante presenta patrones de salud y utilización de servicios que sugieren desigualdades de acceso. Analizar los factores que lo condicionan es fundamental para comprender y abordar este fenómeno. El objetivo del estudio fue sintetizar el conocimiento existente sobre barreras y facilitadores del acceso de la población migrante en situación regular según el modelo de sistema de salud y perspectivas de la población migrante y profesionales sanitarios, e identificar vacíos de conocimiento.

Métodos: Revisión de alcance de artículos originales que analizaran las barreras y/o facilitadores de acceso de la población migrante regular en cualquier nivel asistencial, utilizando bases de datos científicas (MEDLINE, Scopus, ScienceDirect, LILACS, SciELO). Se extrajeron datos sobre características del estudio, barreras y facilitadores identificados y sus consecuencias en el acceso.

Resultados: Se incluyeron 39 que identifican más barreras que facilitadores del acceso. Estas difieren según el modelo sanitario: falta de cobertura en sistemas privados, factores estructurales y organizativos de los servicios en sistemas con cobertura universal y, una combinación de ambos en segmentados. Como barreras comunes: idioma y dificultades económicas, pero con consecuencias variables según sistema. Además, los profesionales identifican más barreras relacionadas a factores poblacionales, mientras que las personas migrantes señalan principalmente limitaciones de los servicios.

Conclusión: Se identificó la escasez de estudios cuantitativos y comparativos, baja representación de países de renta media y baja, falta de diferenciación entre niveles asistenciales y ausencia de marcos conceptuales explícitos que orienten el análisis del acceso. Incorporar esta evidencia en futuros estudios contribuiría a mejorar su análisis.

Palabras clave: Revisión de alcance, barreras y facilitadores de acceso a servicios de salud, sistemas sanitarios, migrantes.

1. Introducción

La migración constituye un fenómeno complejo, atravesado por factores económicos, políticos, ambientales y sociales⁽¹⁾. Aunque se trata de una dinámica presente desde tiempos históricos, los retos asociados persisten y, en muchos casos, se intensifican, especialmente en el ámbito de la salud. Los estudios existentes muestran desigualdades que afectan a la población migrante, reflejadas en una mayor carga de enfermedades crónicas, multimorbilidad, mayor vulnerabilidad a enfermedades transmisibles; así como diagnósticos tardíos y mayor gravedad clínica, que parecen reflejar dificultades de acceso a la atención en salud⁽²⁻⁴⁾.

Los estudios sobre la utilización de los servicios sanitarios por parte de la población migrante, en comparación con la población autóctona⁽⁴⁻¹¹⁾, muestran un menor uso de servicios preventivos y de atención especializada, junto con una mayor utilización de los servicios de urgencias, caracterizada por consultas de baja complejidad y en horarios no habituales⁽⁴⁻⁸⁾. Estos patrones apuntan a la existencia de barreras que condicionan el acceso a servicios de esta población.

Uno de los marcos conceptuales más utilizados en el análisis del acceso a servicios sanitarios es el desarrollado por Aday y Andersen⁽¹²⁾, que concibe el acceso en términos de utilización y lo explica a partir de la interacción entre las características del sistema de salud y sus políticas, la organización y disponibilidad de los servicios de salud, y las características poblacionales que facilitan o limitan dicha utilización. Este modelo distingue entre **acceso potencial**, condiciones que permiten o dificultan el uso de los servicios —incluyendo factores relativos a la población y a los servicios de salud—, y **acceso realizado** (utilización), que analiza el tipo de servicio recibido, el lugar donde se presta la atención, el motivo de la consulta (preventiva o curativa) y los resultados obtenidos; así como la satisfacción del paciente y la resolución del problema de salud⁽²¹⁾. Este modelo permite examinar cómo la interacción entre múltiples factores condiciona el acceso a la atención sanitaria. El acceso sanitario es la razón de ser de los sistemas de salud.

Los sistemas de salud son el conjunto de recursos orientados a promover y mantener la salud de la población⁽¹⁴⁾ y según la forma en que se organizan sus funciones básicas—dirección, financiamiento y provisión— dan lugar a distintos modelos, aunque no existe una

clasificación única, ni países con un sistema de salud puro, en este estudio se adopta la clasificación que distingue entre Sistema Nacional de Salud (SNS), Seguro Social (SS), sistemas privados y segmentados⁽¹⁵⁾. El SNS, se caracteriza por estar financiado mediante impuestos, por ofrecer cobertura universal, y provisión de servicios bajo responsabilidad pública⁽¹⁶⁾. En el modelo de SS, la financiación se basa en contribuciones obligatorias de empleados y empleadores, complementada, a veces, con impuestos; suele ser de cobertura universal y la prestación de servicios suele ser pública, pero puede englobar prestadores privados^(16,17). Los sistemas privados, se basan mayoritariamente en seguros privados, la cobertura de servicios depende estrictamente de la capacidad de pago de los individuos para abonar las primas del seguro y/o el pago directo de los servicios de salud. La provisión de servicios es mayoritariamente privada. Finalmente, los sistemas de salud segmentados son aquellos en los que coexisten distintos subsistemas con financiación independiente a los que la población es adscrita según sus condiciones laborales o capacidad de pago⁽¹⁵⁾.

Existen numerosos estudios disponibles sobre barreras de acceso a los servicios de salud en población migrante en personas en situación administrativa irregular (sin permiso de residencia en el país de acogida)^(18–24), que analizan el acceso a servicios preventivos^(25,26), atención especializada —principalmente en los ámbitos de la salud mental^(27–30) y salud sexual y reproductiva^(31–34)—, así como en el análisis de barreras específicas, principalmente el idioma^(34,35) y discriminación^(36,37). Sin embargo, no se ha identificado una revisión que analice las barreras y facilitadores del acceso a los servicios de salud en general de la población migrante en situación administrativa regular. Tampoco existen revisiones que comparen estos factores entre países con diferentes modelos sanitarios, o diferentes perspectivas. El objetivo de este estudio es sintetizar el conocimiento existente sobre las barreras y los facilitadores del acceso de la población migrante en situación regular según el tipo de sistema de salud y las perspectivas de la población migrante y de los profesionales sanitarios e identificar los vacíos de conocimiento.

2. Métodos

Se realizó una revisión de alcance (scoping review) siguiendo la metodología del Joanna Briggs Institute (JBI) y los lineamientos de la guía PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items

for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews)⁽³⁸⁾, presentados en el Anexo 1, para identificar artículos originales publicados en español, inglés o francés que emplearan métodos cualitativos, cuantitativos o métodos mixtos. Se adoptó el marco Población–Concepto–Contexto (PCC)⁽³⁹⁾:

- Población: personas migrantes internacionales en situación regular (aquellas personas nacidas en un país distinto al de residencia cuya permanencia en el país de destino se encuentra autorizada conforme a la legislación vigente, incluyendo aquellos con estatus de refugiados⁽¹⁾).
- Concepto: barreras y/o facilitadores en el acceso a los servicios de salud
- Contexto: sin restricción por fecha de publicación, lugar del estudio o tipos de métodos

Para la búsqueda de los artículos se utilizaron las siguientes bases de datos científicas: MEDLINE (PubMed), Scopus, ScienceDirect, LILACS y SciELO. En MEDLINE, se utilizaron términos MeSH y libres, mientras que en las demás bases se utilizaron solo términos libres en inglés y/o español. La estrategia completa de búsqueda se presenta en el material complementario (Anexo 2). Los términos se combinaron con operadores booleanos "AND" y "OR". Además, se realizó una búsqueda manual utilizando las referencias bibliográficas de los artículos seleccionados y la literatura previamente identificada. Los resultados obtenidos fueron exportados a Zotero, donde se eliminaron duplicados. La búsqueda se realizó entre enero y marzo de 2026.

La selección inicial de artículos se realizó mediante la revisión de títulos y resúmenes, seguida de la lectura completa de los textos. Las dudas sobre la inclusión de artículos se debatieron tras su revisión con las investigadoras del equipo.

Se incluyeron aquellos estudios **cuyo objetivo fuera identificar barreras y/o facilitadores en el acceso de la población migrante en situación administrativa regular a los servicios de salud**, en cualquier nivel asistencial. Se excluyeron los estudios centrados en el contexto de la pandemia por COVID-19, aquellos cuya población de análisis estuviera compuesta únicamente por migrantes en situación administrativa irregular o solicitantes de asilo, población migrante dentro del mismo país, o que no desagregaran los resultados según los

distintos tipos de migrantes y los estudios enfocados en el acceso sanitario relacionado con patologías o ámbitos de salud específicos (Figura 1).

Los artículos seleccionados fueron clasificados según el modelo de sistema de salud del país al que se referían: SNS, SS, privado o segmentado. Se extrajeron sus características principales -autor/a y año de publicación, país de estudio, diseño y técnica de recogida de datos, población y muestra, así como los resultados sobre las barreras y facilitadores identificados y sus consecuencias en el acceso a los servicios de salud. Los resultados se clasificaron siguiendo el modelo de Aday y Andersen⁽¹²⁾, independientemente del marco conceptual utilizado en cada estudio.

3. Resultados

Se identificaron 2,237 artículos, de los que se seleccionaron 532 tras eliminar duplicados y otros no relacionados con el objetivo del estudio. Tras la revisión de título y resúmenes, se excluyeron 373 artículos, obteniendo 159 para evaluar su elegibilidad mediante análisis del texto completo. De éstos, 39 cumplieron los criterios de inclusión (Figura 1). No se identificaron estudios antes del 2005 y el mayor número se concentró en el 2025^(40–45).

La mayoría de los artículos proceden de Canadá^(46–55), Estados Unidos^(41,56–62) y España^(44,45,63–67). Predominan los estudios en países con SNS —Canadá, España, Australia^(43,68), Noruega^(69,70), Suecia⁽⁷¹⁾, Malasia⁽⁷²⁾ y Guayana Francesa⁽⁷³⁾ (Tabla 1)—, seguidos por los países con sistemas privados —Estados Unidos (Tabla 2)—, de SS —Alemania⁽⁷⁴⁾, Países Bajos⁽⁷⁵⁾ y Taiwán⁽⁷⁶⁾ (Tabla 3)—, y segmentados —China⁽⁴²⁾, India⁽⁷⁷⁾, Kenia⁽⁷⁸⁾ y Marruecos⁽⁴⁰⁾ (Tabla 4)—. La mayoría de estos países son de renta alta o media alta.

En cuanto al diseño, predominan los estudios cualitativos, con excepción de dos estudios de métodos mixtos, realizados en Australia^(43,68). La mayoría analizan el acceso general a los servicios de salud, sin especificar el nivel de atención, algunos específicamente analizan el acceso a AP^(46,51–53,61) y un estudio analiza el acceso a los servicios de salud de población infantil⁽⁴⁹⁾. Sólo algunos indican los marcos conceptuales de acceso que utilizan: Levesque^(40,44,51,54,67,72,73), Aday y Andersen^(48,63–65) y Andersen^(50,75).

La mayoría de los artículos analizan las barreras de acceso desde la perspectiva de la población migrante (26 artículos), 8 de los profesionales sanitarios y/o sociales (44,47,51,63,67,72,73,76); y 5, ambas perspectivas^(40,62,64,77,78). La población de estudio eran personas migrantes en situación administrativa regular, procedentes **principalmente** de países de renta media y baja de Asia^(43,49,50,52–56,58,59,65,68,77) y África^(40–42,46,48,49,61,64,65,70,75,78) pero también de países de Oriente Medio^(49,50,55,62,71), Europa del Este^(50,55,65,69,74) y América Latina^(45,57,60,64,66). En su mayoría hombres y mujeres de entre 25 y 60 años, excepto dos estudios cuya población de estudio son adultos mayores de 60 años^(54,56); mayoritariamente con empleo y con más de 5 años residiendo en el país de acogida. En los estudios en que participaron profesionales, fueron sanitarios^(64,67,78,79) —administrativos y asistenciales—, y tanto sanitarios como sociales^(40,44,47,51,62,72,73,76,77) que trabajan con población migrante —trabajadores sociales, mediadores culturales y organizaciones de apoyo a migrantes—.

Los estudios identifican principalmente barreras en el acceso, y menos, facilitadores^(40–43,45,46,51,54,56,59,63–67,69,72,75,77), que se diferencian según el modelo de sistema de salud y la perspectiva de análisis. A continuación, se describen los hallazgos diferenciando las barreras relacionadas con las características del sistema de salud y sus políticas, de los servicios de salud y de la población.

Características del sistema de salud y sus políticas

La barrera que más diferencia a los sistemas y sus políticas son los costos, cuya presencia es especialmente marcada en el sistema de salud privado. En éste, los elevados costos de los seguros médicos y de los servicios^(56–60,62) constituyen una barrera central para las personas migrantes, por no poder asumir las pólizas no cubiertas por sus empleadores, los copagos variables según cobertura^(41,56,58,60,62) o los pagos directos cuando carecen de seguro^(56,58–60,62), junto con la ausencia de planes de financiación accesibles o de pagos flexibles^(58,60), lo que limita mantener una cobertura continua. Señalan como consecuencia quedar excluidos de la atención^(56,58–60,62).

En los países con SNS^(43,55,65,66,68,73), la gratuidad de la atención sanitaria es identificada como el gran facilitador del acceso. Sin embargo, y también presente en los estudios con sistemas segmentados^(40,77,78) y en menor medida en SS⁽⁷⁶⁾, los pagos por servicios no cubiertos, principalmente medicamentos^(46–49,51,53,55,64,68,70,73,79) y algunos, atención dental, oftálmica, salud mental, rehabilitación o pruebas de laboratorio^(43,46,47,49,51,53,55,68,70,72,73). Además, en los sistemas segmentados se identifican las consultas a la atención especializada como servicios no cubiertos^(40,78). Como consecuencia de estas barreras^(40,43,46–49,51,53,55,64,68,70,72,73,76–79), los estudios señalan retrasos en diagnósticos, tratamientos prescritos incompletos, aumento de complicaciones y cronificación de patologías.

La falta de información sobre el funcionamiento del sistema sanitario, incluyendo cómo acceder y a qué servicios tienen derecho, es señalada como barrera importante de acceso, especialmente en los sistemas segmentados^(40,42,77) y SS⁽⁷⁴⁾, aunque también presente en los SNS^(43,45,46,49,50,52,65,66,68–71,73). Los estudios la relacionan con retrasos en la búsqueda de atención, una mayor utilización de los servicios de urgencias y menor uso de servicios preventivos. Asimismo, los trámites necesarios para obtener cobertura sanitaria—requisitos administrativos complejos, documentación difícil de reunir y procesos prolongados—^(42,55,63,64,66,73,74,77) dificultan el acceso a la atención. En los sistemas privados, esta barrera se refiere principalmente a falta de información del funcionamiento del seguro médico y sus coberturas, y señalan evitar buscar atención por miedo a cobros adicionales^(41,56,58,60,62).

Las barreras identificadas difieren según la perspectiva. Mientras que los profesionales sanitarios destacaron principalmente las barreras de los pagos^(40,47,51,62–64,72,73,76), las personas migrantes también señalaron las dificultades para comprender el funcionamiento del sistema sanitario, los servicios disponibles y completar los trámites administrativos^(18,40,42,43,45,46,49,50,52,55,56,58,60,62,64–66,68–71,74,77).

Características de los servicios de salud

Se identificaron factores estructurales, organizativos y de calidad como barreras o facilitadores del acceso, con diferencias según el modelo sanitario y la perspectiva. En sistemas privados y segmentados son más frecuentes las barreras estructurales; también las más destacadas por los profesionales. En los SNS predominan las barreras organizativas y,

en SS, ambos tipos. La calidad percibida aparece en todos los sistemas. Las personas migrantes destacan los factores organizativos y la calidad.

Un factor estructural señalado en todos los sistemas son los servicios de traducción y mediación cultural, cuya ausencia se identifica como barrera por personas migrantes^(40,42,48,50,52,57,59,60) y profesionales sanitarios^(51,62,64,72,73,76), y es particularmente destacada en el sistema privado. Su disponibilidad^(44,56,73) se señala como facilitador para navegar el sistema, mejorar la comunicación clínica y generar una mayor confianza y adherencia a tratamientos.

Otro factor estructural relevante es la accesibilidad geográfica a los servicios de salud. La distancia a los centros sanitarios^(51,53,55,60,63,73,78) y la falta de medios de transporte^(46,47,49–51,53,55,56,60,62,64,72,73,78) se identifican como barreras en la mayoría de los sistemas, especialmente en SNS, pero no en los SS. Se asocian con retrasos en la búsqueda de atención, pérdida de citas, mayor uso de urgencias y menor de servicios preventivos. En los SNS, la atención virtual^(54,64) y las clínicas móviles^(67,73) se señalan como estrategias facilitadoras del acceso geográfico.

Los elevados tiempos de espera, derivados de la escasez de recursos y de personal sanitario, predominan en los estudios de países con cobertura universal^(42,43,45–47,49–55,63–66,68,70,71,73,74,77,78), particularmente en SNS^(43,45–47,49–55,63–66,68,70,71,73), y no se señalan en sistemas privados. Como consecuencias se mencionan retrasos en la búsqueda de atención, mayor uso de servicios de urgencias, de atención privada y abandono del proceso asistencial.

Asimismo, se señalan barreras organizativas, principalmente en SNS, como horarios de atención incompatibles con los horarios laborales^(44,45,49–52,60,63,66,70), que favorecen la pérdida de citas; la complejidad de los mecanismos de obtención de citas^(48,50,51,58,71,76), y los sistemas de derivación a atención especializada^(47,50,51,54,69).

La calidad percibida de la atención se identifica principalmente como barrera en los sistemas privados —consistente en todos los estudios^(41,56–62)— y en los segmentados^(40,74,77,78) aunque también se señala en los otros sistemas^(43,45–50,52,55,66–71). La mala calidad asistencial es atribuida a trato discriminatorio^(40,45,57,59–62,67,68,74,77,78), la corta duración de las consultas y dificultad para comprenderlas o establecer una relación asistencial cercana^(43,46,47,50,53,55,66,70);

así como a la percepción de exceso de tratamientos farmacológicos^(41,56,61) o, por el contrario, a no recibir medicación tras la consulta^(46,49,69,71). En Canadá⁽⁵¹⁾, los profesionales destacaron que el modelo de pago a los médicos —frecuentemente basado en pago por acto— es una barrera que limita el tiempo disponible por paciente y dificulta la calidad asistencial.

Características de la población

Todos los estudios coinciden en señalar que los factores capacitantes como las características de la población que más influyen en el acceso. Entre las barreras destacan el desconocimiento del idioma local, el nivel socioeconómico bajo y la precariedad laboral; y como facilitadores, las redes de apoyo^(40,42–44,46,51,54,56,56,59,66,67,69,72,73,75) y el mayor tiempo de residencia en el país^(44,56,63,65,67,69). Los profesionales identifican más barreras relacionadas con factores predisponentes (creencias y preferencias) que las personas migrantes.

El desconocimiento del idioma local se señala como principal barrera de acceso en todos los sistemas analizados^(40–44,46–60,62,65,67–70,72–79). Como consecuencia se tienen que reprogramar consultas ante la ausencia de intérpretes e incluso se renuncia a buscar atención sanitaria. Asimismo, se relaciona con problemas de calidad, por la dificultad de comunicación con los profesionales, como errores diagnósticos, tratamientos inadecuados, menor adherencia terapéutica por la falta de comprensión de las indicaciones y, consentimientos poco informados para intervenciones quirúrgicas.

También el nivel socioeconómico bajo se identifica como barrera en todos los sistemas sanitarios, pero especialmente en el privado^(56–60,62), ya que no permite asumir el costo de las pólizas, los copagos o pagos por servicios. En los sistemas públicos —principalmente en SNS y segmentados— estas dificultades afectan los pagos por medicamentos^(40,43,46,47,49,51,63–65,67,70,72,73,77) y servicios no incluidos^(40,46,47,49,68,70,72,76–78) y, para cubrir los costes de transporte para acudir a los servicios^(49,51,63,64,73).

En los sistemas públicos, se señala que la precariedad laboral limita la posibilidad de buscar atención debido a la ausencia de permisos^(44,51,63,64,66,67), el miedo al despido^(44,47,63,64,66,70,76) y la pérdida del salario^(44,45,47,67). En el sistema privado, se describen como barreras de acceso la falta de contratos formales y de derechos laborales^(57,60,62). En este sentido, un estudio de

sistema segmentado⁽⁷⁷⁾, identificó como facilitador el empleo en empresas grandes, por ofrecer mejores coberturas y estabilidad laboral.

En estudios en **España y Canadá**^(44,51,64,66) se identifican las condiciones inadecuadas de vivienda como barreras porque dificultan la posibilidad de recibir tratamientos en el domicilio. Asimismo, en estudios realizados en Canadá^(46,50,53) se señala que las condiciones climáticas extremas provocan desde la pérdida de citas médicas hasta la no búsqueda de atención durante los meses de invierno.

Las redes de apoyo^(40,42–44,46,51,54,56,59,66,67,69,72,73,75) se identifican como factores capacitantes importantes para el acceso a los servicios de salud. Tanto migrantes como profesionales señalan que el apoyo de familiares, amistades y organizaciones comunitarias facilita el acceso y la búsqueda activa de atención, al proporcionar información sobre los servicios, acompañamiento, traducción y generar un entorno de confianza. Su ausencia representa una barrera, particularmente para las mujeres migrantes, ya que las responsabilidades domésticas y de cuidado pueden provocar la pérdida de citas médicas o no búsqueda de atención^(46,50,51,54,62,70).

En todos los sistemas se identifican factores predisponentes que actúan como barreras en la búsqueda de atención—especialmente de salud mental, salud sexual, cribados preventivos y vacunas—: preferencia por tratamientos tradicionales^(40,42–44,54,55,59,61,65,72), ser atendidos por personal del mismo sexo^(44,51,55,62,67) o, la negación de padecimientos por razones religiosas, pudor^(40,51,61,62) o percepción de deshonra⁽⁷¹⁾; y, necesidad percibida centrada en la enfermedad y no en la prevención⁽⁶⁴⁾.

Los profesionales sanitarios, principalmente en SNS^(44,47,51), identifican el desconocimiento del funcionamiento del sistema sanitario como una barrera que limita el acceso a los servicios

4. Discusión

El acceso equitativo a los servicios sanitarios constituye uno de los principales desafíos de los sistemas de salud, especialmente en el contexto de diversidad poblacional. La evidencia muestra desigualdades en salud y en la utilización de servicios sanitarios por parte de la población migrante, incluso entre personas con situación administrativa regular y en sistemas de salud con cobertura universal, sugiriendo la persistencia de barreras de acceso^(5,7). Esta

revisión de alcance constituye la primera síntesis del conocimiento existente sobre las barreras y facilitadores del acceso a los servicios de salud de la población migrante en situación administrativa regular y sus consecuencias, comparando entre sistema sanitario y según las perspectivas de personas migrantes y profesionales. Se orienta por el marco de análisis de Aday y Andersen⁽¹²⁾, que permite comprender cómo factores como las políticas sanitarias, la organización de los servicios y las características de la población interactúan e influyen en el acceso.

La presente revisión identifica múltiples vacíos de conocimiento. En primer lugar, la mayoría de los estudios identificados son de carácter cualitativo, enfoque adecuado para captar percepciones y experiencias. Sin embargo, la incorporación de diseños cuantitativos y métodos mixtos en población en situación administrativa regular permitiría generar evidencia sobre la prevalencia de las barreras, cuantificar la magnitud de las desigualdades de acceso, identificar patrones poblacionales y analizar asociaciones entre tipos de barreras y resultados de utilización de los servicios.

La mayoría de los estudios se concentran en países de renta alta como Canadá, Estados Unidos y España, lo que coincide con la literatura previa que señala una mayor producción científica en estos^(21,80-86). En contraste, existe una escasez de estudios en países de renta baja y media, pese a que los principales corredores migratorios del mundo se ubican en regiones de Sur Global⁽¹⁾. Esto restringe la comprensión de las dinámicas de acceso en contextos de mayor vulnerabilidad y subraya la necesidad de ampliar la investigación en estos países.

Asimismo, no se identificaron estudios comparativos entre países, lo que limita el análisis del papel de los distintos sistemas sanitarios en el acceso. El desarrollo de investigaciones comparativas permitiría identificar características institucionales que facilitan o dificultan el acceso a los servicios para la población migrante. Este tipo de evidencia resulta relevante para orientar reformas en políticas sanitarias y favorecer la transferencia de aprendizajes entre contextos.

Por otra parte, la mayoría de los estudios no hace distinción entre niveles asistenciales; incorporar esta diferenciación permitiría identificar barreras propias de cada tipo de servicio y sus efectos en el acceso. De forma similar, en los sistemas segmentados, la falta de diferenciación según subsistema limita la comprensión de barreras específicas. Incorporar

esta información en futuras líneas de investigación permitiría desarrollar políticas focalizadas en los factores donde se concentran las mayores dificultades, optimizar la organización de los servicios y reducir inequidades en el acceso.

La mayoría de los estudios no explicitan el marco conceptual o la definición de acceso que orienta su análisis, lo que dificulta la interpretación de los resultados y la comparación entre investigaciones. Esta limitación resulta especialmente relevante considerando que existen múltiples definiciones y perspectivas teóricas sobre el acceso a los servicios de salud. En este sentido, la utilización de marcos de acceso, como el propuesto por Aday y Andersen⁽¹²⁾, podría favorecer al análisis más estructurados del acceso, permitiendo diferenciar entre los distintos factores implicados y comprender sus interacciones.

Los resultados muestran diferencias en el tipo de barreras según el modelo de sistema sanitario y la perspectiva analizada. En los estudios realizados en sistemas privados predominan las barreras relacionadas con las características del sistema sanitario, financiamiento del seguro médico y cobertura de los servicios; lo que puede limitar el acceso de personas migrantes que no pueden asumir los costes. Por su parte, en los SNS destacan principalmente las barreras organizativas, como los elevados tiempos de espera y la incompatibilidad de los horarios de atención con las obligaciones laborales. Estas últimas se asocian con una mayor utilización de los servicios de urgencias como vía alternativa de acceso, en línea con la literatura previa sobre patrones de utilización de los servicios de salud por parte de la población migrante^(4-7,13,88). En los sistemas de SS y segmentados se presenta una combinación de barreras políticas, estructurales y organizacionales; aunque la evidencia encontrada es limitada.

En todos los sistemas, las dificultades económicas constituyen una barrera de acceso. No obstante, su impacto varía según el modelo sanitario: en el sistema privado puede implicar la limitación del acceso, como en el contexto de Estados Unidos, donde el 8,2% de la población carece de cobertura y el gasto de bolsillo representa aproximadamente el 10% del gasto sanitario total⁽⁸⁷⁾. En los sistemas de cobertura universal, la gratuidad actúa como principal facilitador del acceso; sin embargo, las dificultades económicas se traducen principalmente en problemas para asumir costes indirectos, como medicamentos o determinados servicios especializados, especialmente en sistemas segmentados.

Otras barreras comunes en todos los sistemas son el desconocimiento del idioma local y la percepción de mala calidad asistencial, particularmente en sistemas privados y segmentados. Estos hallazgos son consistentes con estudios previos sobre calidad asistencial^(81–83), que indican que ésta se ve afectada por dinámicas de racismo, prejuicios o insensibilidad cultural en las prácticas clínicas, reduciendo la confianza en los servicios y desincentivando la búsqueda de atención.

También, se identificaron diferencias en los discursos entre profesionales sanitarios y población migrante: mientras los profesionales tienden a identificar barreras relacionadas con las características que capacitan a la población, los usuarios señalan más limitaciones estructurales y organizativas de los servicios.

Una de las principales limitaciones de este estudio se relaciona con el idioma de los artículos incluidos, lo que podría haber llevado a la omisión de publicaciones relevantes en otros idiomas. Esta restricción podría contribuir a la infrarrepresentación de estudios procedentes de países con sistemas de SS y sistemas segmentados. Asimismo, la estrategia de búsqueda podría haber limitado la identificación de estudios que emplearan terminología diferente para referirse a la población migrante regular, lo que podría haber reducido la identificación de artículos potencialmente relevantes. No obstante, los resultados obtenidos permiten identificar hallazgos importantes sobre barreras en el acceso y vacíos de conocimiento que contribuyen a orientar futuras líneas de investigación.

En conclusión, los resultados de esta revisión evidencian que el acceso a los servicios sanitarios de la población migrante en situación administrativa regular está condicionado por la interacción entre factores que varían según el tipo de sistema sanitario y tienen distintas consecuencias sobre el acceso. Estas barreras no actúan de forma aislada, sino que se refuerzan entre sí, generando dificultades persistentes en el acceso incluso cuando las políticas no excluyen a esta población de la atención sanitaria.

Asimismo, se identifican diferencias relevantes en la forma en que estas barreras son percibidas por profesionales sanitarios y población migrante, lo que sugiere la existencia de una brecha interpretativa que puede influir en el diseño de intervenciones y políticas sanitarias.

Finalmente, la identificación de vacíos de conocimiento pone de manifiesto la necesidad de ampliar la investigación mediante enfoques cuantitativos y comparativos, así como de incorporar marcos teóricos que permitan analizar de manera integrada el acceso a los servicios sanitarios. Estos resultados subrayan la importancia de abordar el acceso sanitario desde una perspectiva sistémica y multidimensional orientada a la reducción de inequidades.

5. Financiación

Este estudio fue realizado como Trabajo de Fin de Máster por una estudiante beneficiaria de la beca otorgada por el Consorci de Salut y Social de Catalunya en el marco de su convenio de colaboración con la Universitat Pompeu Fabra.

Referencias

1. OIM. Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2024 [Internet]. Ginebra. 2024. Disponible en: <https://publications.iom.int/books/informe-sobre-las-migraciones-en-el-mundo-2024>
2. Norredam M, Nielsen A, Krasnik A. Migrants' access to healthcare. *Danish medical bulletin*. 1 de marzo de 2007;54:48-9.
3. Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, Mackenbach JP, McKee M. Migration and health in an increasingly diverse Europe. *The Lancet*. 6 de abril de 2013;381(9873):1235-45. doi:10.1016/S0140-6736(12)62086-8
4. Lebano A, Hamed S, Bradby H, Gil-Salmerón A, Durá-Ferrandis E, Garcés-Ferrer J, et al. Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: a scoping literature review. *BMC public health*. 2020;20(1):1039.
5. Acquadro-Pacera G, Valente M, Facci G, Molla Kiros B, Della Corte F, Barone-Adesi F, et al. Exploring differences in the utilization of the emergency department between migrant and non-migrant populations: a systematic review. *BMC Public Health*. 5 de abril de 2024;24(1):963. doi:10.1186/s12889-024-18472-3
6. Credé SH, Such E, Mason S. International migrants' use of emergency departments in Europe compared with non-migrants' use: a systematic review. *European Journal of Public Health*. 1 de febrero de 2018;28(1):61-73. doi:10.1093/eurpub/ckx057
7. Graetz V, Rechel B, Groot W, Norredam M, Pavlova M. Utilization of health care services by migrants in Europe—a systematic literature review. *British Medical Bulletin*. 1 de enero de 2017;121(1):5-18. doi:10.1093/bmb/ldw057
8. Dourgnon P, Pourat N, Rocco L. European immigrant health policies, immigrants' health, and immigrants' access to healthcare. *Health Policy*. 1 de enero de 2023;127:37-43. doi:10.1016/j.healthpol.2022.12.012
9. Campbell RM, Klei AG, Hodges BD, Fisman D, Kitto S. A comparison of health access between permanent residents, undocumented immigrants and refugee claimants in Toronto, Canada. *J Immigr Minor Health*. 2014;16. doi:10.1007/s10903-012-9740-1
10. Phung VH, Asghar Z, Matiti M, Siriwardena AN. Understanding how Eastern European migrants use and experience UK health services: a systematic scoping review. *BMC Health Services Research*. 6 de marzo de 2020;20(1):173. doi:10.1186/s12913-020-4987-z
11. Çilenti K, Rask S, Elovainio M, Lilja E, Kuusio H, Koskinen S, et al. Use of Health Services and Unmet Need among Adults of Russian, Somali, and Kurdish Origin in Finland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(5):2229. doi:10.3390/ijerph18052229

12. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health services research*. 1974;9(3):208.
13. Llop-Gironés A, Vargas Lorenzo I, Garcia-Subirats I, Aller MB, Vázquez Navarrete ML. Acceso a los servicios de salud de la población inmigrante en España. *Revista Española de Salud Pública*. 2014;88:715-34.
14. McCoy D, Allotey P. An Introduction to Health Systems. En: Martins JoM, Pathmanathan I, Tan DT, Lim SC, Allotey P, editores. *Systems Thinking Analyses for Health Policy and Systems Development: A Malaysian Case Study* [Internet]. Cambridge: Cambridge University Press; 2021. p. 3-16. Located at: Cambridge Core. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/product/2910546A898D34D6C96092A5042F8311> doi:10.1017/9781108954846.004
15. Armando De Negri F, García Sánchez LV, Elisabet Jané C, Mogollón Pérez AS, Nancy Jeanet MA, Ingrid VL, et al. Reflexiones en salud pública. 1.^a ed. En: Bogotá: Editorial de la Universidad del Rosario; 2009. p. 99-133. Located at: Problemas & servicios de bienestar social. Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/11030>
16. Böhm K, Schmid A, Götze R, Landwehr C, Rothgang H. Five types of OECD healthcare systems: Empirical results of a deductive classification. *Health Policy*. 1 de diciembre de 2013;113(3):258-69. doi:10.1016/j.healthpol.2013.09.003
17. Toth F. Classification of healthcare systems: Can we go further? *Health Policy*. 1 de mayo de 2016;120(5):535-43. doi:10.1016/j.healthpol.2016.03.011
18. Winters M, Rechel B, de Jong L, Pavlova M. A systematic review on the use of healthcare services by undocumented migrants in Europe. *BMC Health Services Research*. 18 de enero de 2018;18(1):30. doi:10.1186/s12913-018-2838-y
19. Gogishvili M, Costa SA, Flórez K, Huang TT. Policy implementation analysis on access to healthcare among undocumented immigrants in seven autonomous communities of Spain, 2012–2018. *BMJ Open*. 1 de junio de 2021;11(6):e045626. doi:10.1136/bmjopen-2020-045626
20. Woodward A, Howard N, Wolffers I. Health and access to care for undocumented migrants living in the European Union: a scoping review. *Health Policy and Planning*. 1 de octubre de 2014;29(7):818-30. doi:10.1093/heapol/czt061
21. Fagundo-Rivera J, García-Lozano MS, Portero-Prados FJ, Romero-Castillo R, Badillo-Sánchez N, Fernández-León P. Barriers to healthcare access for irregular immigrants after their arrival in Spain: a systematic review. *European Journal of Public Health*. 1 de junio de 2025;35(3):407-22. doi:10.1093/eurpub/ckaf042
22. Gea-Sánchez M, Alconada-Romero Á, Briones-Vozmediano E, Pastells R, Gastaldo D, Molina F. Undocumented Immigrant Women in Spain: A Scoping Review on Access to

- and Utilization of Health and Social Services. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 1 de febrero de 2017;19(1):194-204. doi:10.1007/s10903-016-0356-8
23. Etemadi M, Shahabi S, Hedayati M, Lankarani KB, Behzadifar M, Rad ND. Identifying challenges and enabling factors in utilizing health care services by undocumented immigrant women: a scoping review of qualitative research. *Journal of Health, Population and Nutrition*. 20 de agosto de 2025;44(1):301. doi:10.1186/s41043-025-01051-6
 24. Suess A, Ruiz Pérez I, Ruiz Azarola A, March Cerdà JC. The right of access to health care for undocumented migrants: a revision of comparative analysis in the European context. *European Journal of Public Health*. 1 de octubre de 2014;24(5):712-20. doi:10.1093/eurpub/cku036
 25. Ferdous M, Lee S, Goopy S, Yang H, Rumana N, Abedin T, et al. Barriers to cervical cancer screening faced by immigrant women in Canada: a systematic scoping review. *BMC Women's Health*. 11 de octubre de 2018;18(1):165. doi:10.1186/s12905-018-0654-5
 26. Zeng Y, Kang X, Yang Y, Hwang E. Barriers and facilitators of preventive healthcare access among immigrants in rural America: a scoping review. *International Journal for Equity in Health*. 29 de septiembre de 2025;24(1):241. doi:10.1186/s12939-025-02603-2
 27. Satinsky E, Fuhr DC, Woodward A, Sondorp E, Roberts B. Mental health care utilisation and access among refugees and asylum seekers in Europe: A systematic review. *Health Policy*. 1 de septiembre de 2019;123(9):851-63. doi:10.1016/j.healthpol.2019.02.007
 28. Thomson MS, Chaze F, George U, Guruge S. Improving Immigrant Populations' Access to Mental Health Services in Canada: A Review of Barriers and Recommendations. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 1 de diciembre de 2015;17(6):1895-905. doi:10.1007/s10903-015-0175-3
 29. Bilican S, Irfan M, Cox A, Salaets H, Sabbe M, Schoenmakers B. Access to mental healthcare for refugees, asylum seekers and migrants: an umbrella review of barriers. *BMJ Open*. 1 de junio de 2025;15(6):e096267. doi:10.1136/bmjopen-2024-096267
 30. Gao C, Cho LL, Dhillon A, Kim S, McGrail K, Law MR, et al. Understanding the factors related to how East and Southeast Asian immigrant youth and families access mental health and substance use services: A scoping review. *PLOS ONE*. 15 de julio de 2024;19(7):e0304907. doi:10.1371/journal.pone.0304907
 31. Adrian Parra C, Stuardo Ávila V, Contreras Hernández P, Quirland Lazo C, Bustos Ibarra C, Carrasco-Portiño M, et al. Structural and intermediary determinants in sexual health care access in migrant populations: a scoping review. *Public Health*. 1 de febrero de 2024;227:54-62. doi:10.1016/j.puhe.2023.11.031

32. Pérez-Sánchez M, Immordino P, Romano G, Giordano A, García-Gil C, Morales F. Access of migrant women to sexual and reproductive health services: A systematic review. *Midwifery*. 1 de diciembre de 2024;139:104167. doi:10.1016/j.midw.2024.104167
33. Jahangir YT, Meyer SB. Understanding Access to and Utilisation of Sexual Health Services by South Asian Immigrant Men in Western Countries: A Scoping Review. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 1 de junio de 2020;22(3):621-33. doi:10.1007/s10903-020-00981-z
34. Barrio-Ruiz C, Ruiz de Viñaspre-Hernandez R, Colaceci S, Juarez-Vela R, Santolalla-Arnedo I, Durante A, et al. Language and Cultural Barriers and Facilitators of Sexual and Reproductive Health Care for Migrant Women in High-Income European Countries: An Integrative Review. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 1 de enero de 2024;69(1):71-90. doi:10.1111/jmwh.13545
35. Giese A, Uyar M, Uslucan HH, Becker S, Henning BF. How do hospitalised patients with Turkish migration background estimate their language skills and their comprehension of medical information – a prospective cross-sectional study and comparison to native patients in Germany to assess the language barrier and the need for translation. *BMC Health Services Research*. 28 de mayo de 2013;13(1):196. doi:10.1186/1472-6963-13-196
36. Arcilla JT, Nanou A, Hamed S, Osman F. Racialized migrant women's discrimination in maternal care: a scoping review. *International Journal for Equity in Health*. 20 de enero de 2025;24(1):16. doi:10.1186/s12939-025-02384-8
37. Suurmond J, Uiters E, de Bruijne MC, Stronks K, Essink-Bot ML. Negative health care experiences of immigrant patients: a qualitative study. *BMC Health Services Research*. 14 de enero de 2011;11(1):10. doi:10.1186/1472-6963-11-10
38. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2 de octubre de 2018;169(7):467-73. doi:10.7326/M18-0850
39. Peters MDJ, Marnie C, Tricco AC, Pollock D, Munn Z, Alexander L, et al. Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBIC Evidence Synthesis* [Internet]. 2020;18(10). Disponible en: https://journals.lww.com/jbisrir/fulltext/2020/10000/updated_methodological_guidance_for_the_conduct_of.4.aspx
40. Bouaddi O, Evangelidou S, Abdellatifi M, Seedat F, Chemao-Elfihri W, Assarag B, et al. Healthcare access among migrants in Morocco: perspectives of migrant communities, primary healthcare professionals and civil society actors. *BMJ Global Health*. 17 de diciembre de 2025;10(12):e018980. doi:10.1136/bmjgh-2025-018980
41. Tefera GM, Ngondwe P, Varol S. Trust Matters: A Qualitative Study on Healthcare Access and Utilization Among African Immigrants in the United States. *Journal of*

- Community Health. 1 de octubre de 2025;50(5):948-58. doi:10.1007/s10900-025-01481-7
42. Zheng Wanqing, Akram Sara, He Ruqin. Exploring health care experiences and access challenges: A qualitative study of African migrants in Guangzhou, China. *African Journal of Reproductive Health*. 1 de agosto de 2025;29(8):40-50. doi:10.29063/ajrh2025/v29i8.4
 43. Nisar M, Costa N, Kolbe-Alexander T, Khan A. Exploring Healthcare Access Challenges Among South Asian Migrants in Australia: A Mixed-Method Study. *Health Promotion Journal of Australia*. 1 de abril de 2025;36(2):e70008. doi:10.1002/hpja.70008
 44. van Selm L, Pérez-Urdiales I, Úbeda-Pavia M, Tomás-Mateos J, Jiménez-Lasserrotte M del M, Pastor-Bravo M del M, et al. Migrant Farmworkers' Acceptability of Health Services in Spain: Barriers and Facilitators Identified by Professionals. *Health Expectations*. 1 de febrero de 2025;28(1):e70147. doi:10.1111/hex.70147
 45. Armenta-Paulino N, Borrell LN, Sandín-Vázquez M. Exploring healthcare challenges for Latin American migrant women in Madrid through the lens of dignified treatment. *Journal of Migration and Health*. 1 de enero de 2025;12:100370. doi:10.1016/j.jmh.2025.100370
 46. Woodgate RL, Busolo DS, Crockett M, Dean RA, Amaladas MR, Plourde PJ. A qualitative study on African immigrant and refugee families' experiences of accessing primary health care services in Manitoba, Canada: it's not easy! *International Journal for Equity in Health*. 9 de enero de 2017;16(1):5. doi:10.1186/s12939-016-0510-x
 47. Dastjerdi M. The case of Iranian immigrants in the greater Toronto area: a qualitative study. *International Journal for Equity in Health*. 27 de febrero de 2012;11(1):9. doi:10.1186/1475-9276-11-9
 48. Ngwakongnwi E, Hemmelgarn BR, Musto R, Quan H, King-Shier KM. Experiences of French Speaking Immigrants and Non-immigrants Accessing Health Care Services in a Large Canadian City. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2012;9(10):3755-68. doi:10.3390/ijerph9103755
 49. Salami B, Mason A, Salma J, Yohani S, Amin M, Okeke-Ihejirika P, et al. Access to Healthcare for Immigrant Children in Canada. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(9):3320. doi:10.3390/ijerph17093320
 50. Pandey M, Kamrul R, Michaels CR, McCarron M. Identifying Barriers to Healthcare Access for New Immigrants: A Qualitative Study in Regina, Saskatchewan, Canada. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 1 de febrero de 2022;24(1):188-98. doi:10.1007/s10903-021-01262-z

51. Sundareswaran M, Martignetti L, Purkey E. Barriers to primary care among immigrants and refugees in Peterborough, Ontario: a qualitative study of provider perspectives. *BMC Primary Care*. 5 de junio de 2024;25(1):199. doi:10.1186/s12875-024-02453-x
52. Turin TC, Rashid R, Ferdous M, Naeem I, Rumana N, Rahman A, et al. Perceived barriers and primary care access experiences among immigrant Bangladeshi men in Canada. *Family Medicine and Community Health*. 29 de septiembre de 2020;8(4):e000453. doi:10.1136/fmch-2020-000453
53. Turin TC, Rashid R, Ferdous M, Chowdhury N, Naeem I, Rumana N, et al. Perceived Challenges and Unmet Primary Care Access Needs among Bangladeshi Immigrant Women in Canada. *J Prim Care Community Health*. 1 de enero de 2020;11:2150132720952618. doi:10.1177/2150132720952618
54. Chowdhury D, Tong C, Lopez K, Neiterman E, Stolee P. “When in Rome...”: structural determinants impacting healthcare access, health outcomes, and well-being of South Asian older adults in Ontario using a multilingual qualitative approach. *Frontiers in Public Health* [Internet]. 2024;Volume 12-2024. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2024.1405851>
55. Asanin J, Wilson K. “I spent nine years looking for a doctor”: Exploring access to health care among immigrants in Mississauga, Ontario, Canada. *Social Science & Medicine*. 1 de marzo de 2008;66(6):1271-83. doi:10.1016/j.socscimed.2007.11.043
56. Chung J, Seo JY, Lee J. Using the socioecological model to explore factors affecting health-seeking behaviours of older Korean immigrants. *International Journal of Older People Nursing*. 1 de junio de 2018;13(2):e12179. doi:10.1111/opn.12179
57. Lindsay AC, de Oliveira MG, Wallington SF, Greaney ML, Machado MMT, Freitag Pagliuca LM, et al. Access and utilization of healthcare services in Massachusetts, United States: a qualitative study of the perspectives and experiences of Brazilian-born immigrant women. *BMC Health Services Research*. 2 de septiembre de 2016;16(1):467. doi:10.1186/s12913-016-1723-9
58. Rhodes SD, Song E, Nam S, Choi SJ, Choi S. Identifying and intervening on barriers to healthcare access among members of a small Korean community in the southern USA. *Patient Education and Counseling*. 1 de abril de 2015;98(4):484-91. doi:10.1016/j.pec.2015.01.001
59. Williams DP, Hampton A. Barriers to Health Services Perceived by Marshallese Immigrants. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 1 de octubre de 2005;7(4):317-26. doi:10.1007/s10903-005-5129-8
60. Cristancho S, Garces DM, Peters KE, Mueller BC. Listening to Rural Hispanic Immigrants in the Midwest: A Community-Based Participatory Assessment of Major Barriers to Health Care Access and Use. *Qual Health Res*. 1 de mayo de 2008;18(5):633-46. doi:10.1177/1049732308316669

61. Tefera GM. Exploring lack of trust and its impact on access and utilization of primary healthcare services among African immigrant women in the United States: a qualitative study of Ethiopian immigrant women. *BMC Health Services Research*. 18 de diciembre de 2024;24(1):1605. doi:10.1186/s12913-024-11798-z
62. Rashoka FN, Kelley MS, Choi JK, Garcia MA, Chai W, Rashawka HN. “Many people have no idea”: a qualitative analysis of healthcare barriers among Yazidi refugees in the Midwestern United States. *International Journal for Equity in Health*. 11 de abril de 2022;21(1):48. doi:10.1186/s12939-022-01654-z
63. Vázquez ML, Vargas I, Jaramillo DL, Porthé V, López-Fernández LA, Vargas H, et al. Was access to health care easy for immigrants in Spain? The perspectives of health personnel in Catalonia and Andalusia. *Health Policy*. 1 de abril de 2016;120(4):396-405. doi:10.1016/j.healthpol.2016.01.011
64. Porthé V, Vargas I, Sanz-Barbero B, Plaza-España I, Bosch L, Vázquez ML. Changes in access to health care for immigrants in Catalonia during the economic crisis: Opinions of health professionals and immigrant users. *Health Policy*. 1 de noviembre de 2016;120(11):1293-303. doi:10.1016/j.healthpol.2016.09.005
65. Bas-Sarmiento P, Fernández-Gutiérrez M, Albar-Marín MJ, García-Ramírez M. Percepción y experiencias en el acceso y el uso de los servicios sanitarios en población inmigrante. *Gaceta Sanitaria*. 1 de julio de 2015;29(4):244-51. doi:10.1016/j.gaceta.2015.03.008
66. Terraza-Núñez R, Toledo D, Vargas I, Vázquez ML. Perception of the Ecuadorian population living in Barcelona regarding access to health services. *International Journal of Public Health*. 1 de octubre de 2010;55(5):381-90. doi:10.1007/s00038-010-0180-1
67. Pérez-Urdiales I, Goicolea I. ¿Cómo acceden las mujeres inmigrantes a los servicios sanitarios en el País Vasco? Percepciones de profesionales sanitarias. *Atención Primaria*. 1 de junio de 2018;50(6):368-76. doi:10.1016/j.aprim.2017.05.011
68. Adhikari M, Kaphle S, Dhakal Y, Duwadi S, Subedi R, Shakya S, et al. Too long to wait: South Asian migrants’ experiences of accessing health care in Australia. *BMC Public Health*. 17 de noviembre de 2021;21(1):2107. doi:10.1186/s12889-021-12132-6
69. Czapka EA, Sagbakken M. “Where to find those doctors?” A qualitative study on barriers and facilitators in access to and utilization of health care services by Polish migrants in Norway. *BMC Health Services Research*. 1 de septiembre de 2016;16(1):460. doi:10.1186/s12913-016-1715-9
70. Mbanya VN, Terragni L, Gele AA, Diaz E, Kumar BN. Access to Norwegian healthcare system – challenges for sub-Saharan African immigrants. *International Journal for Equity in Health*. 14 de agosto de 2019;18(1):125. doi:10.1186/s12939-019-1027-x

71. Fatahi N, Krupic F. Factors Beyond the Language Barrier in Providing Health Care to Immigrant Patients. *Med Arch.* febrero de 2016;70(1):61-5. Located at: PubMed; 26980935. doi:10.5455/medarh.2016.70.61-65
72. Chuah FLH, Tan ST, Yeo J, Legido-Quigley H. The health needs and access barriers among refugees and asylum-seekers in Malaysia: a qualitative study. *International Journal for Equity in Health.* 15 de agosto de 2018;17(1):120. doi:10.1186/s12939-018-0833-x
73. Brun-Rambaud G, Alcouffe L, Tareau MA, Adenis A, Vignier N. Access to health care for migrants in French Guiana in 2022: a qualitative study of health care system actors. *Frontiers in Public Health* [Internet]. 2023;Volume 11-2023. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2023.1185341>
74. Davitian K, Noack P, Eckstein K, Hübner J, Ahmadi E. Barriers of Ukrainian refugees and migrants in accessing German healthcare. *BMC Health Services Research.* 24 de septiembre de 2024;24(1):1112. doi:10.1186/s12913-024-11592-x
75. Boateng L, Nicolaou M, Dijkshoorn H, Stronks K, Agyemang C. An exploration of the enablers and barriers in access to the Dutch healthcare system among Ghanaians in Amsterdam. *BMC Health Services Research.* 24 de marzo de 2012;12(1):75. doi:10.1186/1472-6963-12-75
76. Kuan AS, Chen TJ, Lee WC. Barriers to health care services in migrants and potential strategies to improve accessibility: A qualitative analysis. *Journal of the Chinese Medical Association* [Internet]. 2020;83(1). Disponible en: https://journals.lww.com/jcma/fulltext/2020/01000/barriers_to_health_care_services_in_migrants_and.17.aspx
77. Adhikary P, Aryal N, Dhungana RR, KC RK, Regmi PR, Wickramage KP, et al. Accessing health services in India: experiences of seasonal migrants returning to Nepal. *BMC Health Services Research.* 29 de octubre de 2020;20(1):992. doi:10.1186/s12913-020-05846-7
78. Arnold C, Theede J, Gagnon A. A qualitative exploration of access to urban migrant healthcare in Nairobi, Kenya. *Social Science & Medicine.* 1 de junio de 2014;110:1-9. doi:10.1016/j.socscimed.2014.03.019
79. Vázquez ML, Terraza-Núñez R, S-Hernández S, Vargas I, Bosch L, González A, et al. Are migrants health policies aimed at improving access to quality healthcare? An analysis of Spanish policies. *Health Policy.* 1 de diciembre de 2013;113(3):236-46. doi:10.1016/j.healthpol.2013.06.007
80. González-Rábago Y, Lanborena N, Rodríguez-Álvarez E. Barriers to healthcare for racialised populations in Europe: a scoping review of reviews. *International Journal for Equity in Health.* 28 de julio de 2025;24(1):212. doi:10.1186/s12939-025-02577-1

81. Kalich A, Heinemann L, Ghahari S. A Scoping Review of Immigrant Experience of Health Care Access Barriers in Canada. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 1 de junio de 2016;18(3):697-709. doi:10.1007/s10903-015-0237-6
82. Moezzi SMI, Etemadi M, Lankarani KB, Behzadifar M, Katebzada H, Shahabi S. Barriers and facilitators to primary healthcare utilization among immigrants and refugees of low and middle-income countries: a scoping review. *Globalization and Health*. 24 de octubre de 2024;20(1):75. doi:10.1186/s12992-024-01079-z
83. Agudelo-Suárez AA, Gil-González D, Vives-Cases C, Love JG, Wimpenny P, Ronda-Pérez E. A metasynthesis of qualitative studies regarding opinions and perceptions about barriers and determinants of health services' accessibility in economic migrants. *BMC Health Services Research*. 17 de diciembre de 2012;12(1):461. doi:10.1186/1472-6963-12-461
84. Khin YP, Owusu FM, Nawa N, Surkan PJ, Fujiwara T. Barriers and facilitators for healthcare access among immigrants in Japan: a mixed methods systematic review and meta-synthesis. *The Lancet Regional Health – Western Pacific*. 1 de enero de 2025;54. doi:10.1016/j.lanwpc.2024.101276
85. Zhu C, Song B, Walsh CA, Ekoh PC, Qiao X, Xu A. Barriers to accessing health care of older Chinese immigrants in Canada: a scoping review. *Frontiers in Public Health* [Internet]. 2024;Volume 12-2024. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2024.1445964>
86. Tsai PL, Ghahari S. Immigrants' Experience of Health Care Access in Canada: A Recent Scoping Review. *J Immigr Minor Health*. junio de 2023;25(3):712-27. Located at: PubMed; 36870008. doi:10.1007/s10903-023-01461-w
87. Tikkanen R, Osborn R, Mossialos E, Djordjevic A, Wharton G. International Profiles of Health Care Systems 2020 [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/system-profiles>
88. Devillanova C, Frattini T. Inequities in immigrants' access to health care services: disentangling potential barriers. *International Journal of Manpower*. 3 de octubre de 2016;37(7):1191-208. doi:10.1108/IJM-08-2015-0114
89. Tsai PL, Ghahari S. Immigrants' Experience of Health Care Access in Canada: A Recent Scoping Review. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 1 de junio de 2023;25(3):712-27. doi:10.1007/s10903-023-01461-w
90. Loganathan T, Rui D, Ng CW, Pocock NS. Breaking down the barriers: Understanding migrant workers' access to healthcare in Malaysia. *PLOS ONE*. 3 de julio de 2019;14(7):e0218669. doi:10.1371/journal.pone.0218669
91. Llosada Gistau J, Vallverdú Duch I, Miró Orpinell M, Pijem Serra C, Guarga Rojas À. Acceso y uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes inmigrantes: la voz

de los profesionales. Atención Primaria. 2012;44(2):82-8.
doi:10.1016/j.aprim.2010.11.014

Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de estudios.

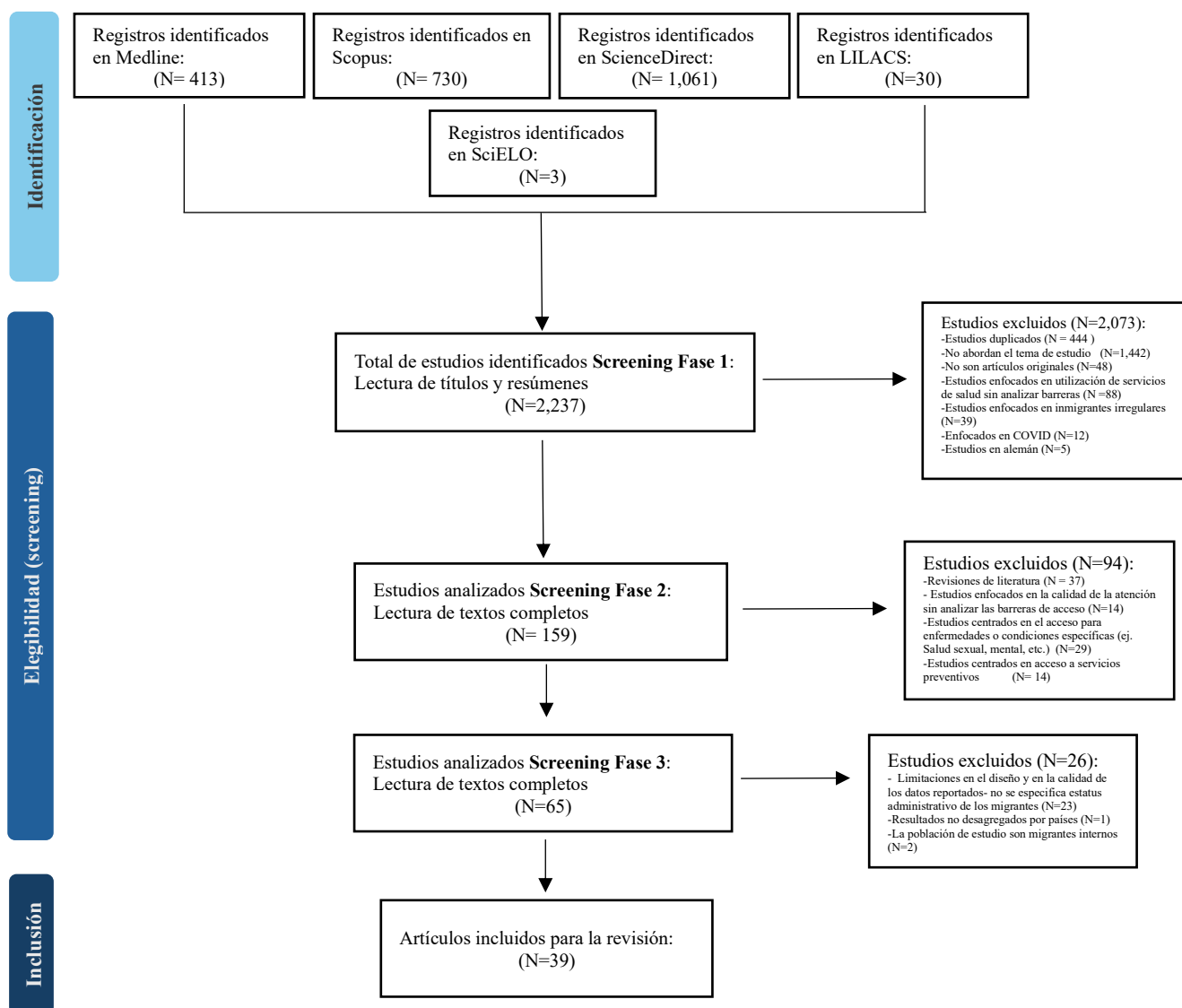


Tabla 1. Barreras y facilitadores de acceso a servicios sanitarios de población migrante en situación administrativa regular en países con Sistemas Nacionales de Salud (SNS)

Primer autor/a y año de publicación	Lugar de estudio, diseño y técnica de recogida de datos	Población de estudio y muestra	Tipo de factor	Principales barreras de acceso y consecuencias	Principales facilitadores de acceso y consecuencias
Perspectiva de personas migrantes					
Asanin, J. 2008(55)	Ontario, Canadá Cualitativo con grupos focales	Migrantes residentes de Mississauga (N=53 mujeres y hombres migrantes de entre 30 y 64 años procedentes de 21 países distintos. Mayoritariamente Pakistán, India, China y Rumanía.). La muestra se compone mayoritariamente de mujeres amas de casa (40%) y desempleadas (32%)	<i>Características del sistema de salud y de las políticas</i>	• Copagos (medicamentos, salud dental, oftálmica, fisioterapia, salud mental): tratamientos incompletos, abandono terapéutico, falta de acceso a ciertos servicios • Burocracia para obtener el seguro de salud: Retrasos en la entrada al sistema; falta de acceso a servicios; no buscan atención	• Acceso gratuito /a servicios básicos)
			<i>Características de los servicios de salud</i>	Factores estructurales: • Falta de médicos (en especial mujeres): Aumento de tiempos de espera • Larga distancia a los servicios: Retrasos en la búsqueda, inasistencia, mayor uso de servicios de urgencias (<i>walk-in clinics</i>) • Falta de medios de transporte: pérdida de citas, no buscar atención Factores organizativos: • Elevados tiempos de espera: Retraso y abandono en la búsqueda de atención; mayor uso de urgencias, retrasos en diagnósticos, interrupción de tratamientos • Experiencias previas de mala calidad de atención (atención impersonal, apresurada e incomprensible): evitan buscar atención, dejan de acudir, interrupción de tratamientos, automedicación	
			<i>Características de la población</i>	Factores predisponentes: • Preferencia por ser atendidos por médicos de su mismo sexo (en especial en atención ginecológica): evitan buscar atención, se van sin ser atendidos • Preferencia por tratamientos tradicionales sobre biomédicos: Retraso en la búsqueda de atención, poca adherencia a tratamientos Factores capacitantes: • Desconocimiento del idioma: Retrasos en diagnósticos, diagnósticos erróneos, tratamientos inadecuados por no poder comunicarse • Precariedad laboral y desempleo (seguro provisto por empleadores cubre servicios no cubiertos por el SNS): tienen que pagar por servicios no cubiertos, no pueden acceder a servicios no cubiertos	
Ngwakongnwi, E. 2012(48)	Calgary, Canadá Cualitativo descriptivo con entrevistas individuales semi estructuradas	Migrantes francófonos residentes de una provincia angloparlante (26 participantes de entre 26 y 86 años: 16 hombres y	<i>Características del sistema de salud y de las políticas</i>	• Copagos (medicamentos): retrasos en la búsqueda de atención, tratamientos incompletos, abandono terapéutico	
			<i>Características de los servicios de salud</i>	Factores estructurales: • Falta de intérpretes: diagnósticos erróneos, tratamientos inadecuados, desconfianza e inasistencia a los servicios • Falta de medios de transporte: pérdida de citas, no buscar atención, mayor uso de servicios de urgencias (<i>walk-in clinics</i>) Factores organizativos:	

	mujeres migrantes originarios de Benin, Burundi, Camerún, Chad, Gabon, Togo, Costa de Marfil, República Democrática del Congo, Francia y Suiza. Los 10 restantes son originarios de Quebec y Manitoba)		• <u>Dificultad para agendar consultas</u> (Proceso largo y complicado para conseguir un médico de familia): retraso en la búsqueda de atención, uso de urgencias (walk-in clinics), pérdida de continuidad asistencial • <u>Experiencias previas de mala calidad de atención</u> (errores en diagnósticos, procesos lentos, sensación de no ser escuchados y comprendidos): evitan buscar atención, dejan de acudir, interrupción de tratamientos, automedicación
		<i>Características de la población</i>	Factores capacitantes: • <u>Desconocimiento del idioma:</u> No buscan atención en el momento que necesitan por no contar con alguien que los acompañe para traducir. Diagnósticos erróneos y tratamientos inadecuados por la dificultad de expresar sus síntomas. Poca adherencia a tratamientos por falta de comprensión de instrucciones. • <u>Desconocimiento del funcionamiento de los servicios de salud:</u> Retrasos en la búsqueda de atención, uso inadecuado de los servicios: mayor uso de servicios de urgencias y menos de servicios preventivos.
Woodgate, R. 2017(46)	Manitoba, Canadá Cualitativo con entrevistas abiertas	<u>Atención primaria:</u> <u>Migrantes de origen africano</u> (108 hombres y mujeres que llevan menos de 6 años residiendo en Canadá: <u>65% son desempleados</u>) Países de origen: Burundi, Camerún, Congo, República Democrática del Congo, Eritrea, Etiopía, Costa de Marfil, Liberia, Mali, Ruanda, Sierra Leona, Somalia, Sudán del Sur, Sudán, Uganda y Zimbabue	<i>Características del sistema de salud y de las políticas</i> • <u>Copagos (consultas, medicamentos y servicios no esenciales):</u> Retraso en la búsqueda de atención, falta de seguimiento de padecimientos, tratamientos incompletos, abandono terapéutico • <u>Falta de información disponible sobre el funcionamiento del sistema de salud:</u> no buscan atención médica, retrasos en la búsqueda, uso inadecuado de los servicios, retraso en diagnósticos <i>Características de los servicios de salud</i> Factores estructurales: • <u>Falta de médicos:</u> Aumento de tiempos de espera • <u>Falta de medios de transporte:</u> pérdida de citas, no buscar atención Factores organizativos: • <u>Elevados tiempos de espera:</u> Retrasos en la búsqueda de atención; uso de urgencias, interrupción de tratamientos, dejan de acudir, se van sin ser atendidos, retraso en diagnósticos, menos visitas de seguimiento y prevención • <u>Experiencias previas de mala calidad de atención</u> (atención inadecuada y culturalmente insensible, no les recetan medicamentos cada que acuden, lo que les genera desconfianza): evitan buscar atención, dejan de acudir, interrupción de tratamientos
		<i>Características de la población</i>	Factores capacitantes: • <u>Precariedad laboral:</u> no cuentan con seguro provisto por empleadores: no tienen cobertura completa de servicios • <u>Situación económica desfavorable:</u> Retraso en la búsqueda de atención a servicios no cubiertos (dental y oftálmico) por no poder pagarlos. No acuden a los servicios de salud por no poder cubrir el costo del transporte. Tratamientos incompletos y/o abandono terapéutico por no poder pagar los medicamentos. • <u>Condiciones de vida (frío extremo):</u> pérdida de citas, no buscar atención por no contar con ropa adecuada y medios de transporte. • <u>Desconocimiento del idioma:</u> No buscan atención o pérdida de citas por no contar con alguien que los acompañe para traducir. Diagnósticos erróneos y tratamientos inadecuados por no poder comunicar correctamente sus síntomas. Baja adherencia a tratamientos por no comprender las instrucciones.
			Factores capacitantes: <u>Redes de apoyo:</u> facilitan información acerca de los servicios de salud, mejor navegación del sistema de salud aumenta la confianza en el sistema de salud, acompañamiento

				<u>Falta de redes de apoyo</u>: no buscan atención y pérdida de citas por no tener quien los acompañe. Poco involucramiento en servicios de promoción de salud por no tener quién los ayude con las tareas domésticas y de cuidado.
Salami, B. 2020(49)	Alberta, Canadá Cualitativo con entrevistas individuales semi estructuradas	<u>Acceso para niños migrantes</u> (50 padres y madres migrantes originarios de Nigeria, Etiopía, Ghana, Ucrania, Rumania, Libia, Pakistán, Siria, Irak, Arabia Saudita, Egipto, India, Nepal, Filipinas, Vietnam, Corea del Sur, y China)	<i>Características del sistema de salud y de las políticas</i> <i>Características de los servicios de salud</i>	<u>Copagos</u> (medicamentos, salud mental, salud dental y optometría): Retraso en la búsqueda de atención, falta de seguimiento de padecimientos, tratamientos incompletos, abandono terapéutico <u>Falta de información disponible sobre el funcionamiento del sistema de salud</u>: no buscan atención médica, retrasos en la búsqueda, uso inadecuado de los servicios, mayor uso de urgencias
				Factores estructurales: <u>Falta de intérpretes</u>: diagnósticos erróneos, tratamientos inadecuados, desconfianza e inasistencia a los servicios <u>Falta de medios de transporte</u>: Retraso en la búsqueda de atención, dificultad para acudir a citas Factores organizativos: <u>Elevados tiempos de espera</u>: Retrasos en la búsqueda de atención; uso de urgencias, interrupción de tratamientos, dejar de acudir, mayor uso de servicios de urgencias (<i>walk-in clinics</i>), retraso en diagnósticos, menos visitas de seguimiento y prevención <u>Horarios de atención incompatibles con horarios laborales y escolares</u>: retrasos en la búsqueda de atención; pérdida de citas <u>Desconfianza en prácticas médicas por malas experiencias previas con la calidad de la atención</u> (por no recetar medicamentos para todos los padecimientos): evitan buscar atención, dejan de acudir
			<i>Características de la población</i>	Factores capacitantes: <u>Desconocimiento del idioma</u>: Diagnósticos erróneos y tratamientos inadecuados por no poder comunicarse. Errores en el seguimiento de tratamientos. <u>Situación económica desfavorable</u>: Retraso en la búsqueda de atención por no poder cubrir los costos de transporte. No buscan atención de servicios no cubiertos. Abandono terapéutico por imposibilidad para pagar medicación o servicios no cubiertos (salud dental, servicios psicológicos)
Turin, T. 2020(52)	Calgary, Canadá Cualitativo con grupos focales	<u>Atención primaria: hombres de Bangladesh</u> (38 hombres migrantes mayores de 25 años con más de 5 años residiendo en Canadá en su mayoría empleados de tiempo completo)	<i>Características del sistema de salud y de las políticas</i> <i>Características de los servicios de salud</i>	<u>Falta de información disponible sobre el funcionamiento del sistema de salud</u>: no buscan atención médica, retrasos en la búsqueda y diagnósticos, uso inadecuado de los servicios: mayor uso de servicios de urgencias.
				Factores estructurales: <u>Falta de intérpretes</u>: diagnósticos erróneos, tratamientos inadecuados, desconfianza e inasistencia a los servicios <u>Falta de recursos</u> (clínicas/infraestructura): Retrasos en la búsqueda de atención, interrupción de tratamientos, Dejar de acudir, retraso en diagnósticos Factores organizativos: <u>Elevados tiempos de espera</u>: Retrasos en la búsqueda de atención; uso de urgencias, interrupción de tratamientos, Dejar de acudir, se van sin ser atendidos, retraso en diagnósticos, menos visitas de seguimiento y prevención <u>Horarios de atención incompatibles con horarios laborales</u>: Uso de urgencias; retrasos en la búsqueda de atención; pérdida de citas; interrupción de tratamientos <u>Experiencias previas de mala calidad de atención (atención impersonal, pocas explicaciones, no los examinan como ellos esperan)</u>: dejan de acudir

			<i>Características de la población</i>	Factores capacitantes: • <u>Desconocimiento del idioma:</u> Poca utilización de los servicios a pesar de necesitarlos por miedo a comunicarse en otro idioma. Diagnósticos erróneos por no poder comunicar los síntomas. Poca adherencia a tratamientos por no entender las instrucciones.
Turin, T. 2020 (53)	Calgary, Canadá Cualitativo con grupos focales	Atención primaria: mujeres de Bangladesh (42 mujeres migrantes de 26 a 45 años) La mayoría tienen empleo	<i>Características del sistema de salud y de las políticas</i>	• <u>Copagos:</u> Retraso en la búsqueda de atención, incapacidad de pagar ciertos servicios o tratamientos (ej: fisioterapias, medicamentos)
			<i>Características de los servicios de salud</i>	Factores estructurales: • <u>Larga distancia a los servicios:</u> Retrasos en la búsqueda, inasistencia, mayor uso de servicios de urgencias y menos visitas de seguimiento y prevención; patologías más avanzadas; no utilización de los servicios • <u>Falta de medios de transporte:</u> pérdida de citas, no buscar atención • <u>Falta de médicos:</u> Aumento de tiempos de espera
				Factores organizativos: • <u>Elevados tiempos de espera:</u> Retrasos en la búsqueda de atención, dejar de acudir, se van sin ser atendidos, retraso en diagnósticos
			<i>Características de la población</i>	Factores capacitantes: • <u>Desconocimiento del idioma:</u> Diagnósticos erróneos y tratamientos inadecuados por no poder comunicarse. Baja adherencia a tratamientos por no entender las instrucciones. • <u>Condiciones de vida (frío extremo):</u> pérdida de citas y no buscar atención por no contar con vestimenta adecuada y transporte
Pandey, M. 2021(50)	Saskatchewan, Canadá Cualitativo interpretativo fenomenológico con grupos focales	Migrantes recientes (37 mujeres y hombres originarios de Afganistán, China, India, Pakistán, Filipinas, Rusia, Corea del Sur, Hungría, Polonia, Turquía, Ucrania, Egipto, Túnez y Eritrea) (76% mujeres)	<i>Características del sistema de salud y de las políticas</i>	• <u>Falta de información disponible sobre el funcionamiento del sistema de salud:</u> uso inadecuado de los servicios, mayor uso de urgencias, menos visitas de seguimiento y prevención
			<i>Características de los servicios de salud</i>	Factores estructurales: • <u>Falta de intérpretes:</u> diagnósticos erróneos, tratamientos inadecuados, desconfianza e inasistencia a los servicios • <u>Falta de medios de transporte:</u> pérdida de citas Factores organizativos: • <u>Sistema de referencia a especialistas a través de médico de familia:</u> abandono de seguimiento, retrasos en la búsqueda de atención, percepción de mala calidad de atención, retrasos en diagnósticos • <u>Horarios de atención incompatibles con horarios laborales:</u> Uso de urgencias; retrasos en la búsqueda de atención; pérdida de citas; interrupción de tratamientos • <u>Elevados tiempos de espera:</u> uso de urgencias, retraso en diagnósticos • <u>Dificultad para agendar consultas (falta de disponibilidad de citas, falta de entendimiento de los sistemas automatizados de citas):</u> retraso en la búsqueda de atención, mayor uso de urgencias • <u>Desconfianza en prácticas médicas por experiencias previas de mala calidad de atención (por poca transparencia con la información):</u> evitan buscar atención, dejan de acudir, baja adherencia a tratamientos

			<i>Características de la población</i>	Factores capacitantes: • <u>Desconocimiento del idioma:</u> No buscan atención por miedo a no poder comunicarse o por no contar con quién les traduzca. Diagnósticos erróneos, tratamientos inadecuados por no poder comunicar sus síntomas. Baja adherencia a tratamientos por no entender las instrucciones. • <u>Carga doméstica de mujeres:</u> no buscan atención, no acuden a las consultas por no tener quién cuide de sus hijos • <u>Condiciones de vida (condiciones climáticas extremas):</u> no buscan atención, no acuden a las consultas por no contar con transporte y ropa adecuada.	
Chowdhury, D. 2024(54)	Ontario, Canadá Cualitativo con entrevistas individuales	Adultos mayores del sur de Asia (28 mujeres y hombres migrantes mayores de 60 años originarios de India, Pakistán, Bangladesh y Sri Lanka) <u>89% con educación universitaria o superior</u>	<i>Características de los servicios de salud</i>	Factores organizativos: • <u>Elevados tiempos de espera:</u> Retrasos en la búsqueda de atención, dejar de acudir, retraso en diagnósticos • Sistema de referencia a especialistas a través de médicos de familia: abandono de seguimiento, retrasos en la búsqueda de atención, percepción de mala calidad de atención, retrasos en diagnósticos	Factores organizativos: <u>Atención médica virtual:</u> mayor acceso a consultas a pesar de tener discapacidades, falta de transporte, limitaciones horarias
			<i>Características de la población</i>	Factores predisponentes: • <u>Preferencia por tratamientos tradicionales sobre biomédicos:</u> Retraso en la búsqueda de atención, poca adherencia a tratamientos Factores capacitantes: • <u>Carga doméstica (mujeres):</u> no buscan atención, no acuden a las consultas • <u>Falta de redes de apoyo</u> (alguien que las acompañe a los servicios): no buscan atención, pérdida de citas • <u>Desconocimiento del idioma:</u> No buscan atención y pérdida de citas por no contar con alguien que les traduzca. Diagnósticos erróneos y tratamientos inadecuados por no poder comunicar sus síntomas. Baja adherencia a tratamientos por no comprender instrucciones. • <u>Nivel educativo bajo:</u> Retrasos en la búsqueda de atención por dificultades para navegar el sistema, dificultad para comprender información médica, mayor dependencia de terceros.	Factores capacitantes: <u>Redes de apoyo:</u> mejor navegación del sistema de salud aumenta la confianza en el sistema de salud, acompañamiento
Terraza, R. 2010(66)	Barcelona, España Cualitativo descriptivo fenomenológico con entrevistas individuales semi estructuradas	Migrantes ecuatorianos (18 hombres y mujeres migrantes: 8 migrantes económicos)	<i>Características del sistema de salud y de las políticas</i>	• <u>Falta de información disponible sobre el funcionamiento del sistema de salud:</u> retrasos en obtención de tarjeta sanitaria, retrasos en la búsqueda, uso inadecuado de los servicios, retraso en diagnósticos • <u>Burocracia para obtener el seguro médico:</u> Retrasos en la entrada al sistema; uso de urgencias; pago de servicios; menor uso de atención preventiva, falta de acceso a servicios, no buscan atención	• Acceso gratuito: sensación de protección e inclusión en el sistema
			<i>Características de los servicios de salud</i>	Factores organizativos: • <u>Horarios de atención incompatibles con horarios laborales:</u> retrasos en la búsqueda de atención; pérdida de citas • <u>Elevados tiempos de espera:</u> Retrasos en la búsqueda de atención; mayor uso de urgencias, dejar de acudir • <u>Experiencias previas de mala calidad de atención y desconfianza en prácticas médicas</u> (corta duración de las consultas, no ser examinados como esperan): evitan buscar atención, dejan de acudir, interrupción de tratamientos.	

			<i>Características de la población</i> Factores predisponentes: • <u>Negación de padecimientos</u> (no van a menos que sea grave): Retrasos en la búsqueda de atención, retraso en diagnósticos, mayor uso de urgencias, poca adherencia a tratamientos Factores capacitantes: • <u>Desconocimiento del funcionamiento de los servicios de salud:</u> no buscan atención, uso inadecuado de los servicios, contratación de seguro privado • <u>Precariedad laboral:</u> no buscan atención, pérdida de citas por miedo a ser despedidos, por falta de permisos laborales, automedicación (para evitar acudir a los servicios de salud). • <u>Condiciones habitacionales desfavorables:</u> No pueden tomar tratamientos en casa, posponer tratamientos, mayor uso de urgencias, no pueden registrarse al sistema de salud por no tener domicilio fijo	Factores capacitantes: <u>Redes de apoyo:</u> mejor navegación del sistema aumenta la confianza; acompañamiento <u>Conocimiento del idioma local (catalán):</u> mejor navegación del sistema y servicios de salud
Bas-Sarmiento, P. 2015(65)	Campo de Gibraltar, España Cualitativo descriptivo fenomenológico con grupos focales	Migrantes residentes de Campo de Gibraltar (N=51 hombres y mujeres migrantes de entre 18 y 65 años originarios de Marruecos, Argelia, Costa de Marfil, Guinea, Nigeria Senegal, Lituania, Ucrania, Rusia, China, e India. En su mayoría empleados manuales	<i>Características del sistema de salud y de las políticas</i> <i>Características de los servicios de salud</i> <i>Características de la población</i> Factores predisponentes: • <u>Falta de información disponible sobre el funcionamiento del sistema de salud:</u> no buscan atención médica, uso inadecuado de los servicios, mayor uso de servicios de urgencias, retraso en diagnósticos	Acceso gratuito: facilita la decisión de acudir al sistema sanitario público
			Factores organizativos: • <u>Elevados tiempos de espera:</u> Abandono de la búsqueda de atención, automedicación, mayor uso de urgencias, uso de servicios privados	
			Factores predisponentes: • <u>Preferencia por tratamientos tradicionales sobre biomédicos:</u> Retraso en la búsqueda de atención, poca adherencia a tratamientos Factores capacitantes: • <u>Desconocimiento del idioma:</u> Retraso en la búsqueda de atención por inseguridad de no entender y por dependencia de terceros para traducir. Diagnósticos erróneos y tratamientos inadecuados por no poder comunicar sus síntomas • <u>Situación económica desfavorable:</u> No buscar atención por miedo a tener que pagar, no contar con domicilio fijo para obtener tarjeta sanitaria	Factores capacitantes: <u>Mayor tiempo de residencia en el país:</u> mejor entendimiento del sistema de salud, búsqueda activa de atención, reducción de uso de urgencias y uso adecuado de servicios preventivos y AP
Porthé, V. 2016(64)	Cataluña, España Cualitativo Descriptivo-interpretativo con entrevistas individuales semi estructuradas	Migrantes marroquíes y bolivianos (11 hombres y 9 mujeres: 50% empleados, 35% inactivos y 15% desempleados)	<i>Características del sistema de salud y de las políticas</i> <i>Características de los servicios de salud</i> <i>Características de la población</i> Factores predisponentes: • <u>Burocracia para obtener el seguro médico:</u> falta de acceso a servicios, no buscan atención • <u>Copagos (medicamentos):</u> Tratamientos incompletos; abandono terapéutico; complicaciones de salud Factores estructurales: • <u>Falta de médicos:</u> Aumento de tiempos de espera Factores organizativos: • <u>Elevados tiempos de espera:</u> Retrasar y/o desistir en la búsqueda de atención, mayor uso de servicios de urgencias, interrupción de tratamientos, retraso en diagnósticos, menos visitas de seguimiento y prevención, uso de servicios privados, automedicación.	
			Factores capacitantes: • <u>Situación económica desfavorable:</u> Retraso en la búsqueda de atención, no acudir a visitas por no poder pagar los servicios de transporte. Tratamientos incompletos y abandono terapéutico por la imposibilidad para pagar medicación.	

				• Precariedad laboral: No buscar atención y pérdida de citas por no tener permiso de ausentarse por enfermedad. Automedicación por no poder asistir a los servicios de salud. Dificultades para renovar u obtener el permiso de residencia.	
Armenta-Paulino, N. 2025(45)	Madrid, España Cualitativo descriptivo exploratorio con entrevistas individuales semi estructuradas	Mujeres migrantes de Latinoamérica (16 mujeres entre 25 y 72 años originarias de México, Honduras, Venezuela, Perú, Colombia y Ecuador: <u>75% con educación universitaria o superior</u>)	Características del sistema de salud y de las políticas	• Falta de información disponible sobre el funcionamiento del sistema de salud: retrasos en la búsqueda, uso inadecuado de los servicios • Burocracia para obtener el seguro médico: Retrasos en la entrada al sistema; pago de servicios; uso de servicios privados	
			Características de los servicios de salud	Factores organizativos: • Horarios de atención incompatibles con horarios laborales: retrasos en la búsqueda de atención; pérdida de citas; interrupción de tratamientos • Elevados tiempos de espera: Retrasos en la búsqueda de atención, interrupción de tratamientos, Dejar de acudir; uso de servicios privados • Experiencias previas de mala calidad de atención (discriminación, abuso verbal, trato apresurado, falta de explicaciones de los procedimientos médicos, no les hacen las pruebas que esperan): dejan de acudir	Factores organizativos: • Uso de aplicaciones tecnológicas para solicitar citas
			Características de la población	• Precariedad laboral: Las empleadas autónomas no acuden a citas médicas porque perderán el salario del día	Factores capacitantes: Nivel educativo alto: mejor entendimiento y navegación del sistema de salud y de los servicios
Adhikari, M. 2021(68)	Melbourne, Australia <u>Métodos mixtos</u> con encuestas en línea y entrevistas individuales	Migrantes del sur de Asia Cualitativo: N=14 Cuantitativo: N=62 Países de origen: Nepal, India, Bután y Sri Lanka) <u>*69% con educación universitaria o superior</u>	Características del sistema de salud y de las políticas	• Copagos (de servicios no cubiertos): Retraso en la búsqueda de atención, tratamientos incompletos, abandono terapéutico • Falta de información disponible sobre el funcionamiento del sistema de salud: retrasos en la búsqueda	
			Características de los servicios de salud	Factores estructurales: • Falta de recursos (médicos, enfermeras, camas): Aumento de tiempos de espera, retrasos en la búsqueda de atención, abandono de búsqueda de atención Factores organizativos: • Elevados tiempos de espera*: Retrasos en la búsqueda de atención, Dejar de acudir, retraso en diagnósticos, utilización de servicios privados (20% cuantitativo) • Experiencias previas de mala calidad de atención (atención inadecuada y corta, falta de resolución de los problemas de salud, discriminación) *: evitan buscar atención, dejan de acudir. (20% cuantitativo)	• Acceso gratuito: mejor acceso comparado con sus países de origen
			Características de la población	Factores capacitantes: • Situación económica desfavorable*: No pueden acceder a servicios no cubiertos por no poder pagarlos (25% cuantitativo) • Desconocimiento del idioma: 45%	

Nisar, M. 2025(43)	Brisbane, Australia <u>Métodos mixtos</u> con grupos focales y encuestas en línea	Migrantes del sur de Asia <u>Cualitativo</u> : 29 hombres y mujeres migrantes de entre 27 y 50 años que llevan residiendo en Australia más de 5 años. Países: Afganistán, Bangladesh, Pakistán, Bután, India, Nepal, Maldivas y Sri Lanka (69% empleados) <u>Cuantitativo</u> : N=460 (51% empleados de tiempo completo)	<i>Características del sistema de salud y de las políticas</i>	• Copagos (servicios de especialidad y dentales)*: Retraso en la búsqueda de atención, falta de seguimiento de padecimientos, tratamientos incompletos, abandono terapéutico (48.2% cuantitativo) • Falta de información disponible sobre el funcionamiento del sistema de salud*: no buscan atención médica, retrasos en la búsqueda, uso inadecuado de los servicios, retraso en diagnósticos, uso de servicios privados (36.1% cuantitativo)	• Acceso gratuito: disponibilidad del “bulk billing” facilita la atención (57.7%)
			<i>Características de los servicios de salud</i>	Factores organizativos: • Elevados tiempos de espera*: Retrasos en la búsqueda de atención; Dejar de acudir, retraso en diagnósticos, uso de servicios privados (72.1% cuantitativo) • Experiencias previas de mala calidad de atención (atención apresurada e impersonal): evitan buscar atención, dejan de acudir, interrupción de tratamientos, automedicación, abandono de seguimiento • Falta de medios de transporte: (29.6% cuantitativo)	
			<i>Características de la población</i>	Factores capacitantes: • Preferencia por tratamientos tradicionales sobre biomédicos (por ser más naturales y por los costos asociados; únicamente acuden por padecimientos graves): Retraso en la búsqueda de atención, poca adherencia a tratamientos, baja utilización de atención primaria y mayor uso de urgencias • Desconocimiento del idioma*: Dificultades para navegar el sistema, por lo que retrasan la búsqueda de atención. Diagnósticos erróneos y tratamientos inadecuados por no poder comunicar sus síntomas (3.8% cuantitativo) • Situación económica desfavorable: Retraso en la búsqueda de atención por no priorizar cubrir necesidades básicas sobre pago a servicios sanitarios. Tratamientos incompletos o abandono terapéutico por no poder cubrir el costo. • Desempleo*: no acuden a los servicios o abandonan los tratamientos por no tener ingresos para costearlos. (39.7% cuantitativo)	Factores predisponentes: <u>Atención por personal médico de su mismo sexo (24.6%)</u> <u>Atención por personal médico que hable su mismo idioma (14.9%)</u> <u>Médico de su mismo país/cultura (18.1%)</u> Factores capacitantes: <u>Redes de apoyo</u> : facilitan información acerca de los servicios de salud, mejor navegación del sistema de salud aumenta la confianza en el sistema de salud
Czapka, E. 2016(69)	Oslo, Noruega Cualitativo con entrevistas individuales semi estructuradas	Migrantes polacos (N=19: 11 mujeres y 8 hombres)	<i>Características del sistema de salud y de las políticas</i>	• Falta de información disponible sobre el funcionamiento del sistema de salud: retrasos en la búsqueda de atención, uso inadecuado de los servicios	
			<i>Características de los servicios de salud</i>	Factores organizativos: • Desconfianza en prácticas médicas por experiencias previas de mala calidad de atención (porque no recetan siempre antibióticos y porque no quieren que los atienda el médico de familia, sino el especialista): No buscan atención, poca adherencia a tratamientos, no regresan a los servicios • Sistema de referencia a especialistas a través de médicos de familia: abandono de seguimiento, retrasos en la búsqueda de atención, percepción de mala calidad de atención, regreso a su país para atención	Factores organizativos: <u>Sistema de recordatorio de citas</u> : acuden a las citas

			<i>Características de la población</i> Factores capacitantes: • Desconocimiento del idioma: No entienden cómo navegar el sistema. No buscan atención por miedo de no poderse comunicar. Diagnósticos erróneos y tratamientos inadecuados por no poder comunicar sus síntomas.	Factores capacitantes: <u>Mayor tiempo de residencia en el país:</u> mejor entendimiento del sistema de salud mejora el uso de los servicios <u>Redes de apoyo:</u> facilitan información acerca de los servicios de salud, mejor navegación del sistema de salud aumenta la confianza en el sistema de salud, acompañamiento
Mbanya, V. 2019(70)	Oslo, Noruega Cualitativo con grupos focales y entrevistas individuales	Migrantes de África Subsahariana (47 mujeres y hombres migrantes mayores de 18 años originarios de Somalia, Sudán, Nigeria, Camerún, Etiopía, Ghana, Senegal, Eritrea, Uganda, Gambia, Liberia, Congo, Burundi y Tanzania) <u>75% con empleo</u>	<i>Características del sistema de salud y de las políticas</i> • Falta de información disponible sobre el funcionamiento del sistema de salud: no buscan atención médica, retrasos en la búsqueda, uso inadecuado de los servicios • Copagos (consultas médicas, medicamentos, fisioterapia, salud dental): Retraso en la búsqueda de atención, falta de seguimiento de padecimientos, tratamientos incompletos, abandono terapéutico, viajar al extranjero para tratarse	
			<i>Características de los servicios de salud</i> Factores organizativos: • Horarios de atención incompatibles con horarios laborales: retrasos en la búsqueda de atención; pérdida de citas • Elevados tiempos de espera: Retrasos en la búsqueda de atención, retraso en diagnósticos, viajar al extranjero en busca de atención • Experiencias previas de mala calidad de atención (falta de exámenes físicos, poca profundidad clínica sensación de no ser escuchados, discriminación y estigma): evitan buscar atención, dejan de acudir, interrupción de tratamientos, acudir a servicios privados (para ser atendidos por médicos migrantes)	
			<i>Características de la población</i> Factores capacitantes: • Desconocimiento del idioma: no entienden el sistema, por lo que evitan acudir (pues la información está en noruego). Diagnósticos erróneos y tratamientos inadecuados por no poder comunicar sus síntomas. Abandono terapéutico, por no entender las instrucciones médicas • Carga doméstica (mujeres): no buscan atención por falta de tiempo. No acuden a las consultas por no tener con quién dejar a sus hijos. • Situación económica desfavorable: No pueden pagar servicios no cubiertos (dentales, fisioterapia, medicamentos), viajan a países vecinos donde esos servicios son más baratos. • Precariedad laboral: No acuden a los servicios sanitarios por miedo a perder su empleo. • Falta de información disponible sobre el funcionamiento del sistema de salud: no buscan atención médica, uso inadecuado de los servicios	Factores predisponentes: <u>Médico de su mismo país/cultura</u>
Fatahi, N. 2016(71)	Suecia Cualitativo con grupos focales	Migrantes kurdos (26 hombres y mujeres viviendo en el país entre 16 y 40 años) <u>88% con empleo</u>	<i>Características del sistema de salud y de las políticas</i>	
			<i>Características de los servicios de salud</i> Factores organizativos: • Elevados tiempos de espera: Retrasos en la búsqueda de atención • Desconfianza en prácticas médicas por experiencias previas de mala calidad de atención (consideran que, si no les dan medicamentos en cada visita, la visita fue ineficiente y que el diagnóstico es inadecuado): evitan buscar atención, dejan de acudir, interrupción de tratamientos, abandono de seguimiento	

				<u>Dificultad para agendar consultas (complicaciones para comunicarse con el personal de enfermería para pedir una cita):</u> Acceso tardío; uso de urgencias; desmotivación para buscar atención.
		<i>Características de la población</i>	Factores predisponentes: <u>Negación de padecimientos</u> (salud mental por ser considerados deshonra en su cultura): No buscan atención, poca adherencia a tratamientos	Factores capacitantes: Conocimiento del idioma: mejor navegación del sistema
Perspectiva de profesionales sanitarios				
Dastjerdi, M. 2012 (47)	Toronto, Canadá Cualitativo con grupos focales y entrevistas individuales	Profesionales sanitarios iraníes que atienden a población migrante iraní (N=50: 42 profesionales asistenciales, 8 trabajadores sociales)	<i>Características del sistema de salud y de las políticas</i> <u>Copagos (medicamentos, pruebas especiales, atención dental y oftalmológica):</u> Retraso en la búsqueda de atención, tratamientos incompletos, abandono terapéutico	
		<i>Características de los servicios de salud</i>	Factores estructurales: - Sistema de referencia a especialistas a través de médicos de familia: abandono de seguimiento, retrasos en la búsqueda de atención, percepción de mala calidad de atención <u>Falta de medios de transporte:</u> pérdida de citas, no buscar atención Factores organizativos: <u>Elevados tiempos de espera:</u> Retrasos en la búsqueda de atención; uso de urgencias, Dejar de acudir, retraso en diagnósticos <u>Desconfianza en prácticas médicas (por temas de confidencialidad, sensación de falta de transparencia y por no poder elegir a su médico tratante):</u> No buscan atención, poca adherencia a tratamientos, interrupción de tratamientos, no regresan a los servicios	
		<i>Características de la población</i>	Factores capacitantes: <u>Situación económica desfavorable:</u> No buscan atención para servicios no cubiertos, retraso de tratamientos por no poder pagarlos, automedicación (con otros medicamentos más baratos), compartir medicamentos. <u>Precariedad laboral:</u> no buscan atención para no pedir tiempo libre del trabajo y evitar perderlo. <u>Desconocimiento del idioma (cuando son atendidos por médicos canadienses):</u> diagnósticos erróneos y tratamientos inadecuados por no poder comunicar sus síntomas. No buscan atención por no entender cómo funciona el sistema de salud <u>Desconocimiento del funcionamiento de los servicios de salud:</u> Uso inadecuado de los servicios, retrasos en la atención, insatisfacción	
Sundareswaran, M. 2024(51)	Ontario, Canadá Cualitativo exploratorio con grupos focales	Atención Primaria Profesionales que atienden a población migrante reciente (N=12: 4 profesionales sanitarios, 5 trabajadores de organizaciones de servicios)	<i>Características del sistema de salud y de las políticas</i> <u>Copagos (medicamentos, laboratorios, salud dental, optometría):</u> Retraso en la búsqueda de atención, falta de seguimiento de padecimientos, tratamientos incompletos, abandono terapéutico <u>Modelo de compensación/pagos a médicos (pago por servicio-por cada consulta realizada):</u> atención poco personalizada y breve para poder atender más volumen de pacientes. La población migrante deja de acudir por percepción de mala calidad de atención y por no responder a sus necesidades específicas	
		<i>Características de los servicios de salud</i>	Factores estructurales: <u>Falta de médicos:</u> Aumento de tiempos de espera <u>Falta de intérpretes:</u> diagnósticos erróneos, tratamientos inadecuados, desconfianza e inasistencia a los servicios	

		para migrantes, 3 administrativos)	• <u>Larga distancia de los servicios:</u> Retrasos en la búsqueda, inasistencia, menos visitas de seguimiento y prevención; patologías más avanzadas; no utilización de los servicios, mayor uso de urgencias (<i>walk-in clinics</i>) • <u>Falta de medios de transporte:</u> pérdida de citas, no buscar atención Factores organizativos: • <u>Elevados tiempos de espera:</u> Retrasos en la búsqueda de atención; uso de urgencias, interrupción de tratamientos, Dejar de acudir, se van sin ser atendidos, retraso en diagnósticos, menos visitas de seguimiento y prevención • <u>Horarios de atención incompatibles con horarios laborales:</u> Uso de urgencias, uso de urgencias (<i>walk in clinics</i>), retrasos en la búsqueda de atención; pérdida de citas; interrupción de tratamientos • <u>Sistema de referencia a especialistas a través de médicos de familia:</u> abandono de seguimiento, retrasos en la búsqueda de atención, mayor uso de urgencias, mayor uso de urgencias (<i>walk in clinics</i>) • Dificultad para agendar consultas (sistemas de citas complejos y difíciles de navegar): retraso en la búsqueda de atención, uso de urgencias (<i>walk in clinics</i>), pérdida de continuidad asistencial	
		Características de la población	Factores predisponentes: • <u>Preferencia por ser atendidos por médicos de su mismo sexo:</u> evitan buscar atención, se van sin ser atendidos (rechazo de atención) Factores capacitantes: • <u>Precariedad laboral:</u> no buscar atención por falta de permisos laborales y por falta de ingresos suficientes para cubrir los copagos • <u>Situación económica desfavorable:</u> Retraso en la búsqueda de atención por priorizar el pago de otras necesidades como alimentación y vivienda. No acudir a visitas por imposibilidad de pagar transporte. Tratamientos incompletos y abandono terapéutico por imposibilidad para pagar medicación. • <u>Desconocimiento del funcionamiento de los servicios de salud:</u> no buscan atención, uso inadecuado de los servicios • <u>Condiciones habitacionales desfavorables:</u> no pueden recibir tratamientos en casa • <u>Condiciones de vida (frío extremo):</u> pérdida de citas por falta de transporte y aislamiento en meses de invierno. • <u>Desconocimiento del idioma:</u> No buscan atención por la dificultad de entender el sistema. Pérdida de citas por no contestar llamadas de confirmación por no entender el idioma o por depender de terceros que los acompañen. Diagnósticos erróneos y tratamientos inadecuados por no poder comunicar síntomas. • <u>Falta de redes de apoyo:</u> no tienen quién los ayude a navegar el sistema o que los acompañen a sus consultas, por lo que no buscan atención. Necesidades percibidas: • <u>Negación de padecimientos (salud mental):</u> No buscan atención • <u>Copagos (medicamentos):</u> Tratamientos incompletos; abandono terapéutico	Factores capacitantes: <u>Redes de apoyo:</u> facilitan información acerca de los servicios de salud, mejor navegación del sistema de salud, mejor adherencia a tratamientos
Porthé. V. 2016(64)	Cataluña, España	Profesionales sanitarios de atención primaria y	Características del sistema de salud y de las políticas	

	entrevistas individuales semi estructuradas	secundaria (N=34: 24 profesionales médicos y 10 administrativos)	<i>Características de los servicios de salud</i>	Factores estructurales: • Falta de médicos: Aumento de tiempos de espera • Falta de intérpretes: Reagendar citas • Falta de medios de transporte: Retrasos en la búsqueda de atención, pérdida de citas Factores organizativos: • Elevados tiempos de espera: Retrasos en la búsqueda de atención, mayor uso de servicios de urgencias, interrupción de tratamientos, retraso en diagnósticos	Factores organizativos: <u>Consultas telefónicas y envío de resultados por internet o email:</u> - Reduce barreras de tiempo y transporte, evita pérdida de ingresos por ausentarse del trabajo, reducción de uso de urgencias
			<i>Características de la población</i>	Factores capacitantes: • Situación económica desfavorable: Retraso en la búsqueda de atención y no acudir a visitas por dificultades para pagar servicios de transporte. Tratamientos incompletos y abandono terapéutico por dificultades para pagar medicación • Precariedad laboral: Retrasos en la búsqueda de atención por miedo a pedir permisos por enfermedad y perder el empleo. Pérdida de citas por no tener permisos para ausentarse. Posponer cirugías no esenciales por miedo a perder su trabajo. • Condiciones habitacionales desfavorables: no pueden recibir tratamientos en domicilio, mayor uso de servicios de hospitalización Necesidades percibidas: • <u>Percepción de la enfermedad centrada en la urgencia, no en la prevención:</u> no buscan atención en el momento que necesitan	
Vázquez, ML. 2016(63)	Cataluña y Andalucía, España Cualitativo con entrevistas individuales semi estructuradas	Profesionales de atención primaria y secundaria (N=92: 27 gerentes y directivos; 65 profesionales sanitarios)	<i>Características del sistema de salud y de las políticas</i> <i>Características de los servicios de salud</i>	• Burocracia para obtener el seguro médico: Retrasos en la entrada al sistema; uso de urgencias; pago de servicios; menor uso de atención preventiva • Copagos (medicamentos): Tratamientos incompletos; abandono terapéutico; retraso en consultas, retraso en la búsqueda de atención Factores estructurales: • Larga distancia a los servicios: Retrasos en la búsqueda, inasistencia, menos visitas de seguimiento y prevención; patologías más avanzadas Factores organizativos: • Horarios de atención incompatibles con horarios laborales: Uso de urgencias; retrasos en la búsqueda de atención; pérdida de citas; interrupción de tratamientos • Elevados tiempos de espera: retrasos en la búsqueda • Mecanismos de comunicación de citas inadecuados: inasistencia	
			<i>Características de la población</i>	Factores capacitantes: • Situación económica desfavorable: Retrasar la búsqueda de atención por dificultad para pagar los costos del transporte (especialmente en áreas rurales de Cataluña); mayor uso de urgencias. Abandono terapéutico por imposibilidad de pagar medicación • Precariedad laboral: No acuden a las consultas por no tener permisos de enfermedad o por las largas jornadas de trabajo y miedo a perder el empleo. • Desconocimiento del idioma: No pueden agendar citas. Necesitan reagendar consultas en caso de no ir acompañados de alguien que hable el idioma. Tratamientos inadecuados por no entender la información que se les da	Factores capacitantes: <u>Mayor tiempo de residencia en el país:</u> mejor entendimiento del sistema de salud, búsqueda activa de atención
Pérez-Urdiales, I. 2018(67)	País Vasco, España Cualitativo con entrevistas individuales	Profesionales que atienden mujeres migrantes (N=11: 10	<i>Características de los servicios de salud</i>	Factores estructurales: • Escasez de personal y exceso de carga asistencial: imposibilidad de atención personalizada, percepción de mala calidad asistencial por parte de la población migrante, por lo que evitan buscar atención Factores organizativos:	Factores estructurales: <u>Centros sanitarios alternativos:</u> búsqueda de atención, mejor calidad de atención

		mujeres y 1 hombre; 6 médicas, 4 enfermeras y 1 psicóloga clínica)		• <u>Experiencias previas de mala calidad de atención (discriminación y estigma)</u>: dejar de acudir	
			<i>Características de la población</i>	Factores predisponentes: • <u>Desconocimiento del funcionamiento de los servicios de salud</u> (miedo a cobros por servicios): no buscan atención • <u>Preferencia por ser atendidos por médicos de su mismo sexo</u>: evitan buscar atención, se van sin ser atendidos, rechazo de atención • <u>Negación de enfermedades</u> (no van a menos que sea grave): Retrasos en la búsqueda de atención, retraso en diagnósticos, mayor uso de urgencias Factores capacitantes: • <u>Desconocimiento del idioma</u>: No buscan atención por no poder comunicarse. • <u>Situación económica desfavorable</u>: Retrasos en la búsqueda de atención por priorizar otras necesidades. Tratamientos incompletos y abandono terapéutico por no poder pagarlos. • <u>Precariedad laboral</u>: Retrasos en la búsqueda de atención por poca flexibilidad para solicitar permisos por enfermedad. Mujeres dedicadas al trabajo sexual no acuden a los servicios de salud porque perderán la paga del día.	Factores capacitantes: <u>Redes de apoyo</u> : facilitan información acerca de los servicios de salud, mejor navegación del sistema de salud <u>Mayor tiempo de residencia en el país</u> : mejor entendimiento del sistema de salud y de sus derechos
Van Selm, L. 2025(44)	Andalucía, Murcia, Cataluña y La Rioja, España	Profesionales que atienden migrantes dedicados a trabajo agrícola (N=92: 23 profesionales sanitarios, 43 trabajadores de ONGs, 17 representantes de organizaciones de trabajadores, 6 representantes de instituciones gubernamentales, 3 trabajadores sociales)	<i>Características de los servicios de salud</i> <i>Características de la población</i>	Factores organizativos: • <u>Horarios de atención incompatibles con horarios laborales</u>: Uso de urgencias; retrasos en la búsqueda de atención; pérdida de citas; interrupción de tratamientos Factores predisponentes: • <u>Desconocimiento del funcionamiento de los servicios de salud</u> (miedo a tener que pagar): no buscan atención, uso inadecuado de los servicios, mayor uso de urgencias, falta de seguimiento terapéutico • <u>Preferencia por tratamientos tradicionales sobre biomédicos</u>: Retraso en la búsqueda de atención, poca adherencia a tratamientos • <u>Preferencia por ser atendidos por médicos de su mismo sexo</u>: evitan buscar atención, se van sin ser atendidos, rechazo de atención Factores capacitantes: • <u>Desconocimiento del idioma</u>: No realizan visitas de seguimiento por no entender que tienen que acudir. Pérdida de citas si un tercero que hable el idioma no puede acompañarlos. Diagnósticos incorrectos por no poder expresar sus síntomas. • <u>Precariedad laboral</u>: Retrasos en la búsqueda de atención por miedo a perder el trabajo. Pérdida de citas por horarios inflexibles, falta de permisos de ausentismo por enfermedad y miedo a perder la paga del día. Mayor uso de urgencias por ser el único servicio al que pueden acceder en el horario que tienen disponible. Complicación de padecimientos por no atenderlos en el momento que necesitan. Baja adherencia a tratamientos porque no pueden seguir tratamientos que requieren reposo y porque no pueden acudir a las revisiones. • <u>Condiciones habitacionales desfavorables</u>: No pueden recibir tratamientos en domicilio. Complicaciones en salud	Factores estructurales: <u>Mediadores culturales</u> : mayor adherencia a tratamientos, más confianza, mejor comunicación Factores capacitantes: <u>Redes de apoyo (en especial de ONG)</u> : facilitan información acerca de los servicios de salud, mejor navegación del sistema de salud <u>Mayor tiempo de residencia en el país</u> : mejor entendimiento del sistema de salud, búsqueda activa de atención

Chuah, F. 2018(72)	Malasia Cualitativo con entrevistas individuales semi estructuradas	Profesionales que trabajan con población refugiada (N=20: 9 ejecutivos y directores de programas, 3 expertos en políticas, 5 profesionales sanitarios y 3 académicos)	Características del sistema de salud y de las políticas	<u>Copagos</u> (En Malasia a personas extranjeras, independientemente de su estatus administrativo, se les cobra diferente por los servicios): no buscan atención, no pueden pagar los tratamientos ni los servicios	
			Características de los servicios de salud	Factores estructurales: <u>Falta de intérpretes</u>: diagnósticos erróneos, tratamientos inadecuados, desconfianza e inasistencia a los servicios <u>Falta de medios de transporte</u>: pérdida de citas, no buscar atención	
			Características de la población	Factores predisponentes: <u>Preferencia por tratamientos tradicionales sobre biomédicos</u>: Retraso en la búsqueda de atención, poca adherencia a tratamientos Factores capacitantes: <u>Desconocimiento del funcionamiento de los servicios de salud</u>: Retrasos en la búsqueda de atención por no saber a qué tienen derecho. <u>Desconocimiento del idioma</u>: No buscan atención por no entender cómo navegar el sistema. Diagnósticos incompletos por no poder comunicar síntomas. Dependencia de terceros para que los acompañen. <u>Situación económica desfavorable</u>: Retraso en la búsqueda de atención por no poder pagar los servicios ni el transporte. Tratamientos incompletos y abandono terapéutico por imposibilidad para pagar medicación.	Factores capacitantes: <u>Redes de apoyo</u> (en especial de ONG): facilitan información acerca de los servicios de salud, mejor navegación del sistema de salud aumenta la confianza en el sistema de salud
Brun-Rambaud, G. 2023(73)	Cayenne, Kourou, Saint-Laurent-du Maroni, y Saint-Georges-de-l'Oyapock-Guyana Francesa Cualitativo fenomenológico con entrevistas individuales semi estructuradas	Profesionales que trabajan con población migrante (N=25: 12 médicos, 6 enfermeras, psicólogos y gerentes y 7 mediadores culturales y trabajadores sociales)	Características del sistema de salud y de las políticas	<u>Burocracia para obtener el seguro médico</u>: Retrasos en afiliación al sistema; acceso reducido <u>Falta de información disponible sobre el funcionamiento del sistema de salud</u>: retrasos en la búsqueda, uso inadecuado de los servicios, retraso en diagnósticos <u>Copagos (consultas, medicamentos y servicios especializados)</u>: Retraso en la búsqueda de atención, imposibilidad de pagar ciertos servicios o tratamientos, abandono terapéutico	Acceso gratuito: favorece el uso de los servicios de salud a pesar de dificultades económicas
			Características de los servicios de salud	Factores estructurales: <u>Larga distancia a los servicios (servicios concentrados en las zonas costeras, mientras que en el centro del país son muy escasos)</u>: Retrasos en la búsqueda, inasistencia, menos visitas de seguimiento y prevención <u>Falta de medios de transporte</u>: pérdida de citas, no buscar atención <u>Falta de intérpretes</u>: diagnósticos erróneos, tratamientos inadecuados <u>Falta de recursos (hospitales/infraestructura)</u>: Aumento de tiempos de espera Factores organizativos <u>Elevados tiempos de espera</u>: Retrasos en la búsqueda de atención, retraso en diagnósticos	Factores estructurales: <u>Clínicas móviles</u> : facilita la búsqueda de atención incluso en zonas rurales, favorecen la continuidad de cuidados <u>Disponibilidad de servicios sociales y de mediación cultural</u> : mejor adherencia a tratamientos, soporte para mejor navegación del sistema de salud y los servicios, uso adecuado de los servicios
			Características de la población	Factores capacitantes: <u>Situación económica desfavorable</u>: Retraso en la búsqueda de atención por priorizar necesidades como alimentación y vivienda sobre salud. No acudir a consultas por no poder pagar servicios de transporte. Tratamientos incompletos o abandono terapéutico por dificultades para pagar medicación. <u>Desconocimiento del idioma</u>: Diagnósticos incompletos por dificultades en comunicar síntomas	Factores capacitantes: <u>Redes de apoyo</u> (en especial de ONG): facilitan información acerca de los servicios de salud, mejor navegación del sistema de salud
*Barreras reportadas tanto en la parte cualitativa como en la cuantitativa					

Tabla 2. Barreras y facilitadores de acceso a servicios sanitarios de población migrante en situación administrativa regular en países con sistemas de salud privados					
Primer autor/a y año de publicación	Lugar de estudio, diseño y técnica de recogida de datos	Población de estudio y muestra	Tipo de factor	Principales barreras de acceso y consecuencias	Principales facilitadores de acceso y consecuencias
Perspectiva de personas migrantes					
Pérez-Williams, D. 2005(59)	Arkansas, EUA Cualitativo con observación participante, grupos de discusión y cuestionarios	Migrantes de Islas Marshall (N=71 mujeres y hombres mayores de 18 años en los grupos de discusión y 70 en cuestionarios) *	Características del sistema de salud y de las políticas	• Costos elevados de los seguros médicos: No pueden adquirir un seguro médico • Costos directos de los servicios de salud: No acuden a los servicios, no pueden pagar los tratamientos. Automedicación	
			Características de los servicios de salud	Factores estructurales: • Falta de intérpretes: No acuden a las visitas médicas, no entienden los diagnósticos ni tratamientos Factores organizativos: • Experiencias previas de mala calidad de atención (discriminación y estigma): dejan de acudir	
			Características de la población	Factores predisponentes: • Preferencia por tratamientos tradicionales sobre biomédicos: no buscan atención, automedicación • Negación de padecimientos (pudor para tratar temas de salud sexual, salud mental, screenings; además, creencia de que acudir a los servicios de salud se relaciona con consecuencias mortales): no buscan atención, diagnósticos tardíos Factores capacitantes: • Situación económica desfavorable: no pueden pagar un seguro médico y no buscan atención médica por no poder pagarla, por lo que recurren a la automedicación. • Desconocimiento del idioma: Retrasos en la búsqueda por no entender cómo navegar los servicios. No acuden a citas si no tienen quién los acompañe. Diagnósticos erróneos por no poder comunicar sus síntomas. Baja adherencia a tratamientos por no entender instrucciones.	Factores capacitantes: • Redes de apoyo: mejor navegación de los servicios de salud, en consecuencia, mejor uso de estos. Acompañamiento a consultas para interpretación y traducción
Cristancho, S. 2008(60)	Illinois, EUA (área rural) Cualitativo Grupos focales	Migrantes de Latinoamérica (N=181 hombres y mujeres migrantes mayores de 18 años de México, Guatemala, El Salvador, Colombia, Cuba y Puerto Rico). En su mayoría <u>trabajadores manuales</u>	Características del sistema de salud y de las políticas	• Costos elevados de los seguros médicos: No pueden adquirir un seguro médico • Costos directos de los servicios de salud: No acuden a los servicios, no pueden pagar los tratamientos • Copagos (costos asociados al uso del seguro): Retraso en la búsqueda de atención por primas altas, coberturas parciales o planes que excluyen servicios como atención preventiva. • Falta de información del funcionamiento del seguro médico: no buscan atención por miedo a cobros	
			Características de los servicios de salud	Factores estructurales: • Falta de intérpretes: dejan de acudir • Larga distancia a los servicios: inasistencia a consultas y no utilización • Falta de medios de transporte: inasistencia a consultas. Retraso en la búsqueda de atención.	

				Factores organizativos: • Horarios de atención incompatibles con horarios laborales: inasistencia a consultas, no buscan atención • Experiencias previas de mala calidad de atención: (experiencias de discriminación e insatisfacción con servicios de interpretación): dejan de acudir, no siguen los tratamientos
			Características de la población	Factores capacitantes: • Situación económica desfavorable: no pueden pagar un seguro médico. No buscan atención por no poder pagar los costos directos de la atención (los que no cuentan con seguro médico). Retrasos o nula búsqueda de atención por no poder costear servicios no cubiertos por su póliza o los tratamientos. • Precariedad laboral: no tienen contratos formales que les den un seguro médico. Ingresos limitados, por lo que no pueden pagar los costos directos de los servicios ni los copagos (los que cuentan con seguro médico). No buscan atención por no contar con permisos para ausentarse por enfermedad y perder el ingreso del día. • Desconocimiento del idioma: Diagnósticos erróneos por no poder expresar correctamente sus síntomas. Desconfianza en los servicios por esos errores clínicos, por lo que dejan de acudir
Rhodes, S. 2015(58)	Carolina del Norte, EUA Cualitativo con grupos focales y entrevistas individuales	Migrantes coreanos (N=78 hombres y mujeres mayores de 18 años). Mayoritariamente con empleo	Características del sistema de salud y de las políticas	• Costos elevados de los seguros médicos: No pueden adquirir un seguro médico • Costos directos de los servicios de salud: No acuden a los servicios, pues no los pueden pagar • Copagos (costos asociados al uso del seguro): Retraso en la búsqueda de atención por primas altas y coberturas parciales. Regresan a su país de origen a tratarse • Falta de información disponible sobre el funcionamiento del seguro médico: no buscan atención médica por no entender las coberturas y por miedo a tener que pagar.
			Características de los servicios de salud	Factores organizativos: • Dificultad para agendar consultas (no les contestan, tienen que esperar mucho tiempo): dejan de acudir, acuden a urgencias • Experiencias previas de mala calidad de atención (por ausencia de pruebas que consideran necesarias, por considerar que personal de enfermería no está bien capacitado y por servicios de interpretación): dejan de acudir • Fragmentación de los servicios: Inasistencia a citas médicas por no encontrarse en un solo punto de atención y diagnósticos tardíos
			Características de la población	Factores capacitantes: • Desconocimiento del idioma: diagnósticos erróneos y tratamientos inadecuados por no poder expresar correctamente sus síntomas. Desconfianza en los médicos y los servicios por no contar con materiales en su idioma. • Situación socioeconómica desfavorable: No pueden pagar un seguro médico • Costos elevados de los seguros médicos: No pueden adquirir un seguro médico
Lindsay, A. 2016(57)	Massachusetts, EUA Cualitativo Grupos focales	Mujeres migrantes brasileñas	Características del sistema de salud y de las políticas	

		(N=35 mujeres que llevan más de 12 meses en EUA) El <u>92% son autónomas trabajadoras de limpieza</u> . Muchas son beneficiarias del programa "MassHealth"***	<i>Características de los servicios de salud</i>	Factores estructurales: Falta de intérpretes: diagnósticos erróneos, tratamientos inadecuados, desconfianza e inasistencia a los servicios Factores organizativos: <u>Experiencias previas de mala calidad de atención (discriminación y estigma):</u> inasistencia a los servicios	
			<i>Características de la población</i>	Factores capacitantes: Desconocimiento del idioma: Diagnósticos erróneos y tratamientos inadecuados por no poder expresar sus síntomas. Precariedad laboral: No cuentan con seguro médico, por lo que no pueden acudir a los servicios. Situación socioeconómica desfavorable: Dependen de las ayudas del gobierno por bajos ingresos. No pueden pagar un seguro médico.	
Chung, J. 2018(56)	Seattle, EUA Cualitativo con grupos focales y entrevistas individuales	Adultos mayores coreanos (N=17 hombres y mujeres mayores de 65 años) *	<i>Características del sistema de salud y de las políticas</i>	Costos elevados de los seguros médicos: No pueden adquirir un seguro médico Costos directos de los servicios de salud: No acuden a los servicios, pues no los pueden pagar Copagos (costos asociados al uso del seguro): Retraso en la búsqueda de atención por coberturas parciales. Falta de información del funcionamiento del seguro médico: evitan buscar atención (por miedo a cobros extras)	
			<i>Características de los servicios de salud</i>	Factores estructurales: Falta de medios de transporte: no acuden a sus consultas Factores organizativos: - Desconfianza en prácticas médicas por experiencias previas de mala calidad de atención (percepción de <i>exceso de medicalización</i>): no siguen los tratamientos	Factores estructurales: <u>Servicios de traducción e interpretación:</u> mayor adherencia a tratamientos, mejor navegación del sistema de salud, mejor uso de los servicios
			<i>Características de la población</i>	Factores predisponentes: <u>Negación de padecimientos</u> (creencia de sólo acudir a los servicios de salud cuando los síntomas son muy graves): no buscan atención en el momento que necesitan. Factores capacitantes: Desconocimiento del idioma: retrasos en la búsqueda por no entender cómo funcionan los servicios. Pérdida de citas por dependencia de terceros que les ayuden a traducir. Situación socioeconómica desfavorable: No pueden pagar los servicios no cubiertos; no pueden adquirir un seguro médico	Factores capacitantes: Redes de apoyo: facilitan información acerca de los servicios de salud, mejor navegación del sistema de salud, ayudan con traducción, facilitan medios de transporte, aumenta la atención a sus consultas Mayor tiempo de residencia en el país: búsqueda activa de atención
Rashoka, F. 2022(62)	Nebraska, EUA Cualitativo interpretativo fenomenológico con grupos focales	Refugiados Yazidi (N=2 originarios de Irak)*	<i>Características del sistema de salud y de las políticas</i>	Costos elevados de los seguros médicos: No pueden adquirir un seguro médico Costos directos de los servicios de salud: No acuden a los servicios, pues no los pueden pagar Copagos (costos asociados al uso del seguro): Retraso en la búsqueda de atención por primas altas y coberturas parciales.	

				Falta de información disponible sobre el funcionamiento del seguro médico: no buscan atención por no saber qué servicios están cubiertos y por miedo a cobros extras
			Características de los servicios de salud	Factores estructurales: - Falta de medios de transporte: no buscan atención, no acuden a las consultas Factores organizativos: <u>Experiencias previas de mala calidad de atención (discriminación y estigma):</u> dejan de acudir
			Características de la población	Factores predisponentes: <u>Preferencia por ser atendidos por médicos de su mismo sexo:</u> evitan buscar atención, se van sin ser atendidos Factores capacitantes: <u>Carga doméstica (mujeres):</u> no buscan atención y no acuden a las consultas por falta de tiempo <u>Precariedad laboral:</u> no se les proporciona seguro médico ni buenos salarios, por lo que les es imposible pagar los costos directos de los servicios. No acuden a las consultas por no tener permisos de ausentismo y para no perder el salario del día. <u>Situación económica desfavorable:</u> No pueden pagar un seguro médico. No buscan atención porque no pueden pagar los costos directos de los servicios, los servicios no cubiertos por el seguro médico. Retrasos en la búsqueda por no poder pagar los servicios de transporte.
Tefera, G. 2024(61)	Missouri, Maryland, Virginia, Kansas, Michigan, Indiana y Washington DC, EUA Cualitativo transversal con entrevistas individuales	Atención primaria: Mujeres migrantes de Etiopía (N=21 mujeres mayores de 18 años que lleven menos de 5 años de residencia en EUA) El 95% tiene empleo	Características de los servicios de salud	Factores organizativos: <u>Experiencias previas de mala calidad de atención (discriminación y percepción de exceso de medicalización):</u> dejan de acudir, no siguen los tratamientos
			Características de la población	Factores predisponentes: <u>Preferencia por tratamientos tradicionales sobre biomédicos:</u> evitan buscar atención, no siguen los tratamientos <u>Negación de padecimientos (dificultad cultural/religiosa para abordar ciertos padecimientos de salud sexual, salud mental, screenings):</u> no buscan atención, retraso en diagnósticos y mayor uso de urgencias
Tefera, G. 2025(41)	Florida, EUA Cualitativo transversal con entrevistas individuales	Migrantes africanos (N=19: 11 mujeres y 8 hombres mayores de 18 años que lleven más de 5 años de residencia. Originarios de Ghana, Nigeria, Zambia, Kenia, Tanzania, Sudán, Etiopía, Costa de Marfil y Camerún). El 95% tiene empleo,	Características del sistema de salud y de las políticas	<u>Copagos (costos asociados al uso de seguro médico):</u> evitan buscar atención médica, interrupción de tratamientos <u>Falta de información del funcionamiento del seguro médico:</u> no buscan atención por miedo a cobros, uso inadecuado
			Características de los servicios de salud	Factores organizativos: <u>Desconfianza en prácticas médicas por experiencias previas de mala calidad de atención</u> (percepción de exceso de medicalización): evitan buscar atención, dejan de acudir, no siguen los tratamientos
			Características de la población	Factores capacitantes: <u>Desconocimiento del idioma:</u> Diagnósticos erróneos por no poder comunicar sus síntomas correctamente.
				Factores capacitantes: <u>Nivel educativo alto:</u> mejor navegación del sistema de salud y coberturas

todos cuentan con
seguro médico

Perspectiva de profesionales sanitarios				
Rashoka, F. 2022(62)	Nebraska, EUA Cualitativo interpretativo fenomenológico con grupos focales	7 hombres y mujeres profesionales que trabajan con población Yazidi (2 profesionales sanitarios y 5 representantes de organizaciones de reasentamiento, centros culturales, intérpretes y trabajadores sociales)	<i>Características del sistema de salud y de las políticas</i>	• Costos elevados de los seguros médicos: No pueden adquirir un seguro médico • Costos directos de los servicios de salud: No acuden a los servicios, pues no los pueden pagar • Copagos (costos asociados al uso del seguro): Retraso en la búsqueda de atención por primas altas y coberturas parciales.
			<i>Características de los servicios de salud</i>	Factores estructurales: • <u>Falta de intérpretes:</u> evitan buscar atención • <u>Falta de medios de transporte:</u> no buscan atención, no acuden a las consultas
			<i>Características de la población</i>	Factores predisponentes: • <u>Preferencia por ser atendidos por médicos de su mismo sexo:</u> evitan buscar atención, se van sin ser atendidos • <u>Desconocimiento sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios:</u> no acuden, uso inadecuado de los servicios • <u>Negación de padecimientos (salud mental):</u> no buscan atención Factores capacitantes: • Situación económica desfavorable: no buscan atención por no contar con seguro médico ni posibilidad de hacer pagos directos ni copagos • <u>Desconocimiento del idioma:</u> no pueden agendar consultas, no acuden

*No se especifican más datos poblacionales

** “Mass Health”: programa público de cobertura sanitaria del estado de Massachusetts (EE. UU.), equivalente a Medicaid a nivel federal.

Tabla 3. Barreras y facilitadores de acceso a servicios sanitarios de población migrante en situación administrativa regular en países con Seguridad Social (SS)

Primer autor/a y año de publicación	Lugar de estudio, diseño y técnica de recogida de datos	Población de estudio y muestra	Tipo de factor	Principales barreras de acceso y consecuencias	Principales facilitadores de acceso y consecuencias
Perspectiva de personas migrantes					
Boateng, L. 2012(75)	Ámsterdam, Países Bajos Cualitativo con grupos focales	Migrantes de Ghana (N=51 hombres y mujeres mayores de 18 años). En su mayoría trabajadores y estudiantes	<i>Características de los servicios de salud</i>	Factores organizativos: <u>Desconfianza en prácticas por experiencias previas de mala calidad de atención</u> (por ser atendidos por médicos residentes o estudiantes, por no recetar siempre medicamentos y por sospecha de convenios entre médicos-aseguradoras y farmacéuticas): dejan de acudir, no buscan atención. No siguen los tratamientos	Factores estructurales: <u>Servicios de promoción de salud (de enfermedades recurrentes):</u> Buscan atención, se realizan a tiempo screenings Factores organizativos: <u>Percepción de buena calidad de los servicios:</u> búsqueda de atención en el momento que necesitan, uso adecuado de los niveles asistenciales, mejor adherencia a tratamientos
			<i>Características de la población</i>	Factores capacitantes: <u>Desconocimiento del idioma:</u> Diagnósticos y tratamientos erróneos por no poder expresar sus síntomas correctamente.	Factores capacitantes: <u>Redes de apoyo:</u> facilitan información acerca de los servicios de salud, mejor navegación del sistema de salud, ayudan con traducción, aumenta la atención a sus consultas <u>Nivel educativo alto:</u> mejor navegación del sistema de salud y de sus coberturas, mayor confianza en prácticas médicas
Davitian, K. 2024(74)	Berlín, Alemania Cualitativo con entrevistas individuales semiestructuradas	Migrantes y refugiados ucranianos (N=28) 65% empleados y estudiantes; 75% mujeres	<i>Características del sistema de salud y de las políticas</i>	<u>Falta de información disponible sobre el funcionamiento del sistema de salud</u> (explicaciones poco claras sobre qué servicios están cubiertos): uso inadecuado de los servicios <u>Burocracia para obtener el seguro médico (requisitos poco comprensibles, trámites largos):</u> no buscan atención, interrupción de tratamientos previos	

			<i>Características de los servicios de salud</i> Factores estructurales: • <u>Falta de médicos</u> (especialmente en áreas rurales): aumentan los tiempos de espera Factores organizativos: • <u>Experiencias previas de mala calidad de atención</u> (por considerar que el trato del personal sanitario es grosero y la atención apresurada; así como experiencias de discriminación): evitan buscar atención, dejan de acudir, interrupción de tratamientos, automedicación • <u>Elevados tiempos de espera</u>: no reciben atención en el momento que necesitan por falta de disponibilidad de citas. Mayor uso de servicios de urgencias. Interrupción de tratamientos de padecimientos previos por falta de citas.	
			<i>Características de la población</i> Factores capacitantes: • <u>Desconocimiento del idioma</u>: No pueden pedir citas, por lo que no acuden. No saben cómo navegar el sistema, lo que retrasa la búsqueda de atención. Baja adherencia a los tratamientos indicados porque se sienten inseguros por no entender los efectos y las instrucciones.	Factores capacitantes: <u>Redes de apoyo: Ayudan con traducción de consultas</u>
Perspectiva de profesionales sanitarios				
Kuan, A. 2020(76)	Taiwán Cualitativo con grupos focales	Profesionales que trabajan con población migrante (N=111: 3 profesionales clínicos, 3 representantes de personas migrantes, 4 coordinadores de organizaciones de migrantes, 99 representantes de 46 instituciones médicas, 1 representante de una escuela de idiomas y 1 de una empresa de servicios lingüísticos)	<i>Características del sistema de salud y de las políticas</i> • <u>Copagos</u>: no buscan atención, mayor uso de servicios de urgencias, falta de seguimiento de padecimientos, interrupción de tratamientos	
			<i>Características de los servicios de salud</i> Factores estructurales: • <u>Falta de intérpretes</u>: no acuden, diagnósticos erróneos y tratamientos inadecuados Factores organizativos: • <u>Dificultad para agendar consultas</u> (especialmente si deben hacerlo mediante dispositivos electrónicos): desisten de la búsqueda de atención	
			<i>Características de la población</i> Factores predisponentes: • <u>Negación de padecimientos (tendencia a la automedicación basada en prácticas del país de origen; e interpretación de la enfermedad como algo que solo requiere atención profesional cuando los síntomas son graves o incontrolables)</u>: no buscan atención médica en el momento que necesitan, retraso en diagnósticos y complicación de padecimientos. Factores capacitantes: • <u>Desconocimiento del funcionamiento de los servicios de salud</u>: no buscan atención o la retrasan por no saber a qué servicios tienen derecho. Uso inadecuado de los servicios: uso de urgencias para padecimientos que no lo requieren. Interrupción de tratamientos para padecimientos previos por no saber a dónde acudir. • <u>Desconocimiento del idioma</u>: No acuden por no poder agendar consultas. Diagnósticos erróneos y tratamientos inadecuados por no poder expresar sus síntomas. Consentimientos poco informados por no entender. Baja adherencia a los tratamientos por no entender las instrucciones. • <u>Situación económica desfavorable</u>: no buscan atención médica por no poder costear los copagos. • <u>Precariedad laboral</u>: Retrasos en la búsqueda de atención y diagnósticos por miedo a perder el empleo	

Tabla 4. Barreras y facilitadores de acceso a servicios sanitarios públicos de población migrante en situación administrativa regular en países con sistemas segmentados

Primer autor/a y año de publicación	Lugar de estudio, diseño y técnica de recogida de datos	Población de estudio y muestra	Tipo de factor	Principales barreras de acceso y consecuencias	Principales facilitadores de acceso y consecuencias
Perspectiva de personas migrantes internacionales					
Arnold, C. 2014(78)	Nairobi, Kenia Cualitativo descriptivo con grupos focales y entrevistas individuales semi estructuradas	Migrantes africanos (N=21: hombres y mujeres migrantes, refugiados y solicitantes de asilo mayores de 18 años originarios de República Democrática del Congo, Costa de Marfil, Tanzania, Uganda y Ruanda)*	<i>Características del sistema de salud y de las políticas</i>	• Copagos (en servicios de especialidad): no buscan atención, no pueden pagar ciertos servicios y tratamientos	
			<i>Características de los servicios de salud</i>	Factores estructurales: • Larga distancia a los servicios: no utilización, mayor uso de servicios de urgencias • Falta de recursos (falta de medicamentos; infraestructura insuficiente): evitan acudir, interrupción de tratamientos, mayores complicaciones de salud • Falta de medios de transporte: retrasos en la búsqueda de atención Factores organizativos: • Elevados tiempos de espera: se van sin ser atendidos, dejan de acudir a los servicios • Experiencias previas de mala calidad de atención (discriminación y estigma): dejan de acudir	
			<i>Características de la población</i>	Factores capacitantes: • Situación económica desfavorable: no buscan atención por no poder costear los copagos, no pueden pagar los tratamientos • Desconocimiento del idioma: dificultad para comunicar síntomas, poca aceptabilidad de la atención	
Adhikary, P. 2020(77)	India (15 estados) Cualitativo con grupos focales y entrevistas individuales. El trabajo de campo se llevó a cabo en Nepal	Migrantes temporales de Nepal (N=53 hombres y mujeres mayores de 18 años retornados desde India, con un mínimo de 6 meses viviendo en India)	<i>Características del sistema de salud y de las políticas</i>	• Burocracia para obtener el seguro médico (tarjeta Aadhaar): No pueden acceder a los servicios públicos, no buscan atención, retrasos en la atención, buscan atención privada • Copagos: No buscan atención, complicaciones en salud, regresan a tratarse a su país • Tipo de seguro médico (provisto por los empleadores): copagos, servicios no cubiertos, evitan buscar atención • Falta de información disponible sobre el funcionamiento del sistema de salud: no buscan atención médica, uso inadecuado de los servicios	• Tipo de seguro médico (provisto por el empleador): más cobertura de servicios

			<i>Características de los servicios de salud</i>	Factores estructurales: <u>Falta de recursos (hospitales saturados: personal insuficiente, infraestructura insuficiente):</u> aumento de tiempos de espera Factores organizativos: <u>Experiencias previas de mala calidad de atención (discriminación):</u> dejan de acudir <u>Elevados tiempos de espera:</u> no buscan atención médica, buscan atención privada (a pesar de no poder pagarla)	Factores organizativos: <u>Percepción de buena calidad de los servicios:</u> búsqueda de atención en el momento que necesitan, uso adecuado de los niveles asistenciales, mejor adherencia a tratamientos
			<i>Características de la población</i>	Factores capacitantes: <u>Situación económica desfavorable:</u> no buscan atención por no pueden costear los copagos. No pueden pagar los medicamentos <u>Precariedad laboral:</u> no cuentan con buena cobertura, por el seguro provisto por el empleador <u>Desconocimiento del idioma:</u> No buscan atención por sentirse inseguros por no poder comunicarse. Diagnósticos erróneos y tratamientos inadecuados por no poder comunicar sus síntomas	Factores capacitantes: <u>Empleo en una empresa grande:</u> mayor apoyo, mejores coberturas del seguro médico, búsqueda de atención en el momento que necesitan
Bouaddi, O. 2025(40)	Rabat, Casablanca, Tangier, Oujda y Agadir, Marruecos	Migrantes africanos (N=51 mujeres y hombres migrantes y líderes de la comunidad originarios de: Costa de Marfil, Guinea, Camerún, Congo, República Democrática del Congo, República Centroafricana, Burkina Faso, Mali, Nigeria, Senegal y Liberia) <u>49% desempleados;</u> <u>75% mujeres</u>	<i>Características del sistema de salud y de las políticas</i>	<u>Copagos (medicamentos, hospitalización y atención especializada):</u> no buscan atención, mayor uso de servicios de urgencias, falta de seguimiento de padecimientos, interrupción de tratamientos <u>Falta de información disponible sobre el funcionamiento del sistema de salud:</u> no buscan atención, uso inadecuado de los servicios	
			<i>Características de los servicios de salud</i>	Factores estructurales: <u>Falta de servicios sociales en los servicios de salud:</u> miedo de acudir a los servicios de salud, dejan de asistir <u>Falta de intérpretes:</u> diagnósticos erróneos, tratamientos inadecuados, desconfianza e inasistencia a los servicios <u>Experiencias previas de mala calidad de atención (discriminación):</u> dejan de acudir	
			<i>Características de la población</i>	Factores predisponentes: <u>Negación de padecimientos (creencias religiosas a buscar atención en salud sexual y vacunas; estigma hacia padecimientos de salud mental):</u> retrasos en la búsqueda de atención, no siguen los tratamientos, no acuden <u>Preferencia por tratamientos tradicionales sobre biomédicos:</u> evitan buscar atención, no siguen los tratamientos Factores capacitantes: <u>Desconocimiento del idioma:</u> Dificultades para navegar el sistema. Dependencia de terceros que los acompañen a las citas. <u>Situación económica desfavorable:</u> No pueden pagar los servicios no cubiertos ni los medicamentos. No acuden a los servicios por miedo a tener que pagar o por no poder pagar servicios de transporte.	Factores capacitantes: <u>Redes sociales y comunitarias:</u> mejor navegación de los servicios de salud, en consecuencia, mejor uso de los mismos. Acompañamiento a consultas para interpretación y traducción. Provisión de medicamentos

Zheng, W. 2025(42)	Guangzhou, China Cualitativo exploratorio con grupos focales y entrevistas individuales	Migrantes africanos (N=35 hombres y mujeres mayores de 18 años originarios de Nigeria, Uganda, Ghana, Sierra Leona, Togo, Congo, Africa Oriental, Liberia, Mali, Gambia y Guinea)* (71% hombres, 87% son comerciantes)	<i>Características del sistema de salud y de las políticas</i>	• Burocracia para obtener el seguro médico: No buscan atención, no tienen acceso a los servicios, se les niegan servicios, mayor uso de urgencias • Falta de información disponible sobre el funcionamiento del sistema de salud: no buscan atención médica, uso inadecuado de los servicios, diagnósticos tardíos
			<i>Características de los servicios de salud</i>	Factores estructurales: • Falta de intérpretes: diagnósticos erróneos, tratamientos inadecuados, desconfianza e inasistencia a los servicios Factores organizativos: • Elevados tiempos de espera: no buscan atención, mayor uso de servicios de urgencias, retraso en diagnósticos • Experiencias previas de mala calidad de atención (discriminación): dejan de acudir
			<i>Características de la población</i>	Factores predisponentes: • Negación de padecimientos (interpretación diferente de síntomas y gravedad): no buscan atención en el momento que necesitan. • Preferencia por tratamientos tradicionales sobre biomédicos: no buscan atención, no siguen los tratamientos Factores capacitantes: • Desconocimiento del idioma: No acuden por miedo a no entender y que no les entiendan. Baja adherencia a tratamientos por no comprender las instrucciones. Factores capacitantes: • Redes de apoyo: facilitan información acerca de los servicios de salud, mejor navegación del sistema de salud, ayudan con traducción, búsqueda de atención en el momento que necesitan.
Perspectiva de profesionales sanitarios				
Arnold, C. 2014(78)	Nairobi, Kenia Cualitativo descriptivo con grupos focales y entrevistas individuales semi estructuradas	Población keniana y profesionales sanitarios que atienden población migrante (N=31; 20 personas kenianas, 8 profesionales sanitarios y 3 representantes de gobierno)	<i>Características de la población</i>	Factores capacitantes: • Desconocimiento del idioma: No acuden por miedo a no entender. Diagnósticos erróneos y tratamientos inadecuados por no poder expresar síntomas
Adhikary, P. 2020(77)	India (15 estados) Cualitativo con grupos focales y entrevistas individuales. El	12 hombres y mujeres profesionales sanitarios e informantes clave (representantes de	<i>Características del sistema de salud y de las políticas</i>	• Falta de información disponible sobre el funcionamiento del sistema de salud: no buscan atención médica, uso inadecuado de los servicios

	trabajo de campo se llevó a cabo en Nepal	ONGs, líderes locales y docentes)	<i>Características de la población</i>	Factores capacitantes: • <u>Situación económica desfavorable:</u> no pueden pagar los medicamentos • <u>Desconocimiento del idioma:</u> No buscan atención por no saber navegar el sistema. Diagnósticos erróneos y tratamientos inadecuados por no poder expresar síntomas.
Bouaddi, O. 2025(40)	Rabat, Casablanca, Tangier, Oujda y Agadir, Marruecos Cualitativo con grupos focales y entrevistas individuales semi estructuradas	14 hombres y mujeres profesionales y actores institucionales (8 profesionales sanitarios de AP y 6 representantes de organizaciones de la sociedad civil)	<i>Características del sistema de salud y de las políticas</i>	• Copagos: no buscan atención, mayor uso de servicios de urgencias, falta de seguimiento de padecimientos, interrupción de tratamientos
			<i>Características de la población</i>	Factores capacitantes: • <u>Desconocimiento del idioma:</u> No acuden, diagnósticos erróneos, tratamientos inadecuados • <u>Situación económica desfavorable:</u> No pueden pagar los servicios no cubiertos ni los medicamentos.
*No se especifican más datos poblacionales				

ANEXOS

Anexo 1 Lista de elementos a evaluar de la guía PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews) (38).

SECCIÓN	ÍTEM	ELEMENTO PRISMA-ScR	Reportada en página #
TÍTULO			
Título	1	Identifica el informe como una revisión de alcance exploratoria (scoping review)	Página 1
ABSTRACT			
Abstract	2	Proporciona un resumen estructurado que incluya (según corresponda): antecedentes, objetivos, criterios de elegibilidad, fuentes de evidencia, métodos de extracción de datos, resultados y conclusiones relacionadas con las preguntas y objetivos de la revisión.	Página 3
INTRODUCCIÓN			
Justificación	3	Describe la justificación de la revisión en el contexto de lo que ya se conoce. Explica por qué las preguntas u objetivos de la revisión se prestan a un enfoque de revisión exploratoria.	Páginas 4 y 5
Objetivos	4	Proporciona una declaración explícita de las preguntas y objetivos que se abordan, haciendo referencia a sus elementos clave (por ejemplo, población o participantes, conceptos y contexto), u otros elementos relevantes utilizados para conceptualizar las preguntas y/o objetivos de la revisión.	Página 5
MÉTODOS			
Protocolo y registro	5	Indica si existe un protocolo de revisión; señalar si está disponible y dónde puede consultarse (por ejemplo, una dirección web); y, si está disponible, proporcionar la información de registro, incluyendo el número de registro.	No realizado
Criterios de elegibilidad	6	Especifica las características de las fuentes de evidencia utilizadas como criterios de elegibilidad (por ejemplo, años considerados, idioma y estado de publicación), y proporciona una justificación	Página 6
Fuentes de información	7	Describe todas las fuentes de información utilizadas en la búsqueda (por ejemplo, bases de datos con sus fechas de cobertura y contacto con autores para identificar fuentes adicionales), así como la fecha en que se realizó la búsqueda más reciente.	Página 6
Búsqueda de información	8	Presenta la estrategia de búsqueda electrónica completa para al menos una base de datos, incluyendo los límites utilizados, de manera que pueda ser replicada.	Página 6 y Anexo 2
Selección de fuentes de evidencia	9	Indica el proceso utilizado para seleccionar las fuentes de evidencia (es decir, cribado y criterios de elegibilidad) incluidas en la revisión exploratoria.	Página 6, 7 y 27
Proceso de extracción de datos	10	Describe los métodos utilizados para la extracción de datos de las fuentes de evidencia incluidas (por ejemplo, formularios calibrados o probados previamente por el equipo antes de su uso, y si la extracción de datos se realizó de forma independiente o duplicada), así como cualquier proceso para obtener y confirmar datos con los investigadores de los estudios	Página 27
Elementos de datos	11	Enumera y define todas las variables para las que se buscaron datos, así como cualquier suposición o simplificación realizada	Páginas 6 y 7
Evaluación crítica de las fuentes individuales de evidencia	12	Si se realizó una evaluación crítica de las fuentes individuales de evidencia incluidas, describir los métodos utilizados y cómo esta información se utilizó en cualquier síntesis o toma de decisiones dentro de la revisión.	No realizado
Síntesis de datos	13	Explica cómo se organizaron, procesaron y sintetizaron los datos que fueron extraídos de las fuentes de evidencia incluidas.	Páginas 6 y 7
RESULTADOS			
Selección de fuentes de evidencia	14	Indica el número de fuentes de evidencia que fueron seleccionadas en cada etapa del proceso de revisión (por ejemplo, número de registros identificados, número de registros examinados, número de informes evaluados en texto completo, número de fuentes incluidas en la revisión), y proporciona razones para la exclusión de fuentes potencialmente relevantes en cada etapa, idealmente utilizando un diagrama de flujo.	Página 6, Página 27
Características de las fuentes de evidencia	15	Para cada fuente de evidencia incluida, presentar las características relevantes (por ejemplo, tamaño de la muestra, métodos, año de publicación) y proporcionar las citas correspondientes.	Páginas 28-52

SECCIÓN	ÍTEM	ELEMENTO PRISMA-ScR	Reportada en página #
Evaluación crítica dentro de las fuentes de evidencia	16	Si se realizó una evaluación crítica de la evidencia dentro de las fuentes incluidas (por ejemplo, evaluación de sesgos, validez interna o calidad metodológica de los resultados), describir los métodos utilizados y cómo se utilizaron estos datos en cualquier síntesis.	No realizado
Resultados de las fuentes individuales de evidencia	17	Presenta los resultados relevantes extraídos de cada fuente de evidencia incluida.	Páginas 28-52
Síntesis de resultados	18	Proporciona una síntesis clara de los datos extraídos (charting results), mostrando cómo responden a las preguntas planteadas y cumplen los objetivos definidos en la revisión exploratoria	Páginas 7-13
DISCUSIÓN			
Resumen de la evidencia	19	Resume los resultados principales (incluyendo una visión general de los conceptos, temas y tipos de evidencia disponibles), se vinculan con las preguntas y objetivos de la revisión, y considera su relevancia para los grupos clave.	Páginas 13-17
Limitaciones	20	Describe las limitaciones principales del proceso de investigación.	Página 16
Conclusiones	21	Proporciona una interpretación general de los resultados en relación con las preguntas y objetivos de la revisión, así como las posibles implicaciones y/o próximos pasos.	Páginas 16 y 17
FINANCIACIÓN			
Financiación	22	Describe las fuentes de financiación para la revisión y otros apoyos (por ejemplo, provisión de acceso a bases de datos), así como el papel de los financiadores en la realización de la revisión.	Página 17

Anexo 2

a) Estrategia de búsqueda en Pubmed (Resultados con fecha 18/03/2024)

(((((("Health Services Accessibility") OR ("Healthcare Disparities")) OR ("Facilities and Services Utilization")) OR ("Health Services Needs and Demand")) OR ("Needs Assessment")) OR ("Delivery of Healthcare"))	#1
("Transients and migrants") OR ("Emigrants and immigrants")	#2
(#1) AND (#2)	3,892
Agregar texto libre: “barreras”	
((((((("Health Services Accessibility") OR ("Healthcare Disparities")) OR ("Facilities and Services Utilization")) OR ("Health Services Needs and Demand")) OR ("Needs Assessment")) OR ("Delivery of Healthcare")) AND ((("Transients and migrants") OR ("Emigrants and immigrants"))) AND (barriers)	1,388
Filtros por tipos de estudio (excluir textos que no hayan sido revisados por pares)	
((("delivery of health care"[MeSH Terms] OR ("delivery"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "delivery of health care"[All Fields] OR "healthcare"[All Fields] OR "healthcare s"[All Fields] OR "healthcares"[All Fields]) AND ("access"[All Fields] OR "accessed"[All Fields] OR "accesses"[All Fields] OR "accessibilities"[All Fields] OR "accessibility"[All Fields] OR "accessible"[All Fields] OR "accessing"[All Fields]) AND ("barrier"[All Fields] OR "barrier s"[All Fields] OR "barriers"[All Fields]) AND ("emigrants and immigrants"[MeSH Terms] OR ("emigrants"[All Fields] AND "immigrants"[All Fields]) OR "emigrants and immigrants"[All Fields] OR "immigrant"[All Fields] OR "immigrants"[All Fields] OR "emigration and immigration"[MeSH Terms] OR ("emigration"[All Fields] AND "immigration"[All Fields]) OR "emigration and	413

immigration"[All Fields] OR "immigration"[All Fields] OR "immigrations"[All Fields] OR "immigrant s"[All Fields] OR "immigrate"[All Fields] OR "immigrated"[All Fields] OR "immigrates"[All Fields] OR "immigrating"[All Fields])) AND (adaptiveclinicaltrial[Filter] OR booksdocs[Filter] OR casereports[Filter] OR clinicalstudy[Filter] OR clinicaltrial[Filter] OR comparativestudy[Filter] OR controlledclinicaltrial[Filter] OR correctedandrepublishedarticle[Filter] OR evidencesynthesis[Filter] OR interview[Filter] OR introductoryjournalarticle[Filter] OR meta-analysis[Filter] OR observationalstudy[Filter] OR review[Filter] OR scopingreview[Filter] OR systematicreview[Filter])	
413 RESULTADOS	

b) Estrategia de búsqueda en Scopus (Resultados con fecha 18/03/2024)

"healthcare access barriers immigrants"	829
Filtros aplicados: Limited to: Article, Review and Book Chapter; Limited to: Medicine, Social Sciences and Health Professions	
730 RESULTADOS	

c) Estrategia de búsqueda en ScienceDirect (Resultados con fecha 18/03/2024)

"barriers healthcare access immigrants"	7,416
Filtros aplicados: Área de estudio (Medicine and dentistry AND Social Sciences); Tipo de Artículo (Review Articles, Research Articles, Encyclopedia, Book Chapters); Títulos de publicación relacionados con el tema.	
barriers AND healthcare access AND immigrants	1,061
1,061 RESULTADOS	

d) Estrategia de búsqueda en LILACS (Resultados con fecha 18/03/2024)

barreras acceso salud migrantes	30
30 RESULTADOS	

e) Estrategia de búsqueda en SciELO (Resultados con fecha 18/03/2024)

barreras de acceso a servicios de salud migrantes	33
Lectura rápida de títulos: exclusión de 30 artículos: COVID-19, no mencionan acceso en el título, migrantes indocumentados.	
33 RESULTADOS	

Anexo 3 Especificación de tareas de la estudiante

Tarea	Tarea específica	Programado en el protocolo	Realizado en el Trabajo de Fin de Máster
Elaboración de un cronograma de trabajo	Redacción de un plan de trabajo con fechas definidas de entregas internas en el CSC	Sí	Sí
Búsqueda bibliográfica	Realizar la búsqueda de artículos con términos MeSH y texto libre en las bases de datos científicas	Sí	Sí
Identificación y selección de artículos científicos	- Lectura rápida de títulos y resúmenes para identificar estudios potencialmente relevantes según la pregunta de investigación. - Selección de artículos cuya temática, población y enfoque analítico se alinean con el objetivo del estudio. - Clasificación de los estudios incluidos según su diseño metodológico (artículos originales, revisiones, estudios cualitativos o mixtos) y su eje temático (acceso general, acceso específico, calidad de la atención).	Sí	Sí
Lectura de estudios seleccionados y extracción de datos en tabla de Excel	- Lectura completa y análisis detallado de los estudios seleccionados para verificar su pertinencia y calidad metodológica - Extracción de la información relevante en una tabla de Excel, incluyendo características del estudio, población, diseño, técnicas de recogida de datos y principales hallazgos - Codificación y organización de las barreras y facilitadores identificados, siguiendo el marco de análisis de Aday y Andersen	Sí	Sí
Análisis y síntesis de los artículos	- Clasificación sistemática de las barreras y facilitadores de acceso según las dimensiones del modelo de Aday y Andersen, distinguiendo factores del sistema, de los servicios y de la población. - Síntesis comparativa de los hallazgos mediante la elaboración de tablas organizadas por tipo de sistema sanitario (SNS, SS, privado, segmentado) y por la perspectiva analizada en cada estudio (población migrante, profesionales sanitarios, informantes clave). - Identificación de patrones, convergencias y divergencias entre estudios, integrando los resultados en un marco analítico común que permita interpretar las interacciones entre dimensiones de acceso	Sí	Sí
Síntesis y redacción de resultados	- Integración de los hallazgos mediante la síntesis de patrones recurrentes, divergencias y vacíos identificados en los estudios analizados. - Redacción de los resultados, sintetizando las barreras y facilitadores según las dimensiones del modelo de Aday y Andersen y destacando variaciones entre sistemas sanitarios y perspectivas de los estudios.	Sí	Sí
Redacción de la discusión	- Integración crítica de los hallazgos con la literatura existente, identificando convergencias, discrepancias y aportes novedosos en relación con el acceso a la atención sanitaria. - Contraste entre perspectivas (migrantes, profesionales, informantes clave) y entre tipos de sistemas sanitarios, destacando patrones estructurales y factores contextuales que explican las variaciones observadas - Identificación de vacíos de conocimiento y propuestas de líneas futuras de investigación derivadas del análisis comparativo	Sí	Sí
Entrega del TFM al máster		Sí	Sí
Envío de comentario de los evaluadores			Sí
Preparación de la defensa del TFM	Simulacro de defensa del TFM en el CSC		En proceso
Defensa del TFM			29 de junio 2026