

Impacto y evolución asistencial tras la entrada masiva de personas por la frontera de Ceuta: análisis de los primeros siete días

Impact and evolution of health care delivery following the mass influx across the Ceuta border: analysis of the first seven days

Alejandro Artero-García¹, Pascual Brieba-del Río¹, Juan Gómez-Salgado^{2,3}, Javier Fagundo-Rivera², Ana María Antolí-Jover⁴

La Ciudad Autónoma de Ceuta constituye un enclave fronterizo de especial complejidad sanitaria por su reducida superficie, su localización en el norte de África y la existencia de una frontera terrestre directa entre España y Marruecos. Su asistencia sanitaria, dependiente del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), incluye un Servicio de Urgencias y Emergencias 061, integrado por una unidad de emergencias extrahospitalarias y un servicio de urgencias de atención primaria (SUAP), tres centros de salud y un hospital de referencia con 252 camas, 6 quirófanos, 14 camas de unidad de cuidados intensivos (UCI) y 8 camas de observación de urgencias¹. Esta capacidad asistencial se vio sometida a una presión excepcional el 30 de julio de 2026, tras la entrada no autorizada de aproximadamente 72.000 personas por uno de los pasos fronterizos de la ciudad². El objetivo de este trabajo es describir la respuesta sanitaria desarrollada durante los primeros siete días y analizar las principales oportunidades de mejora ante nuevas llegadas masivas.

Se realizó un análisis descriptivo de la actividad asistencial prestada a las perso-

nas migrantes atendidas por los dispositivos sanitarios de Ceuta durante la primera semana del episodio. Se revisaron los registros operativos y los datos comunicados por INGESA y por los centros asistenciales, junto con la información disponible sobre la organización del dispositivo extraordinario. Como antecedente, el Plan de Actuación ante Catástrofes Externas había sido diseñado y revisado tras la entrada de unas 8.000 personas en mayo de 2021³. Durante los cuatro primeros días, debido a la elevada demanda asistencial y a la barrera idiomática, la actividad prehospitalaria se registró únicamente de forma numérica. Solo se realizó un registro clínico completo cuando fue necesaria la asistencia hospitalaria. Incluso en estos casos, la filiación presentó una fiabilidad limitada debido al uso habitual de nombres ficticios por temor a una posterior localización con fines de deportación.

Durante las primeras horas se activó el Plan de Actuación ante Catástrofes Externas, aunque no llegó a desplegarse completamente. Se movilizaron dos equipos de atención primaria procedentes de los centros de salud de Tarajal y Otero. En el lugar del incidente trabajaron cuatro unidades del 061, una de ellas de soporte vital básico, junto con Cruz Roja Española, que aportó dos am-

bulancias y seis voluntarios con formación en primeros auxilios. Durante las primeras horas se atendieron diez paradas cardiorrespiratorias. Las lesiones de menor gravedad se derivaron a los centros de salud. Además, una unidad del 061 se situó en el acceso hospitalario para realizar un triaje previo.

Los centros de salud de Tarajal y Otero ampliaron su horario y recibieron refuerzos médicos, de enfermería, atención al público y personal de seguridad. El SUAP incorporó apoyo de enfermería durante el turno nocturno. En el hospital se reforzaron los equipos de urgencias con personal médico, de enfermería y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, y se incorporaron profesionales de pediatría y personal administrativo. También se incrementó el personal de seguridad. Estas medidas permitieron mantener simultáneamente la actividad asistencial ordinaria dirigida a la población residente^{4,5}.

La mayor presión asistencial se concentró durante las primeras 48 horas. Entre el 31 de julio y el 1 de agosto se superaron las 1.100 atenciones en un intervalo de 20 horas⁶. A partir del 2 de agosto, la demanda global descendió progresivamente,

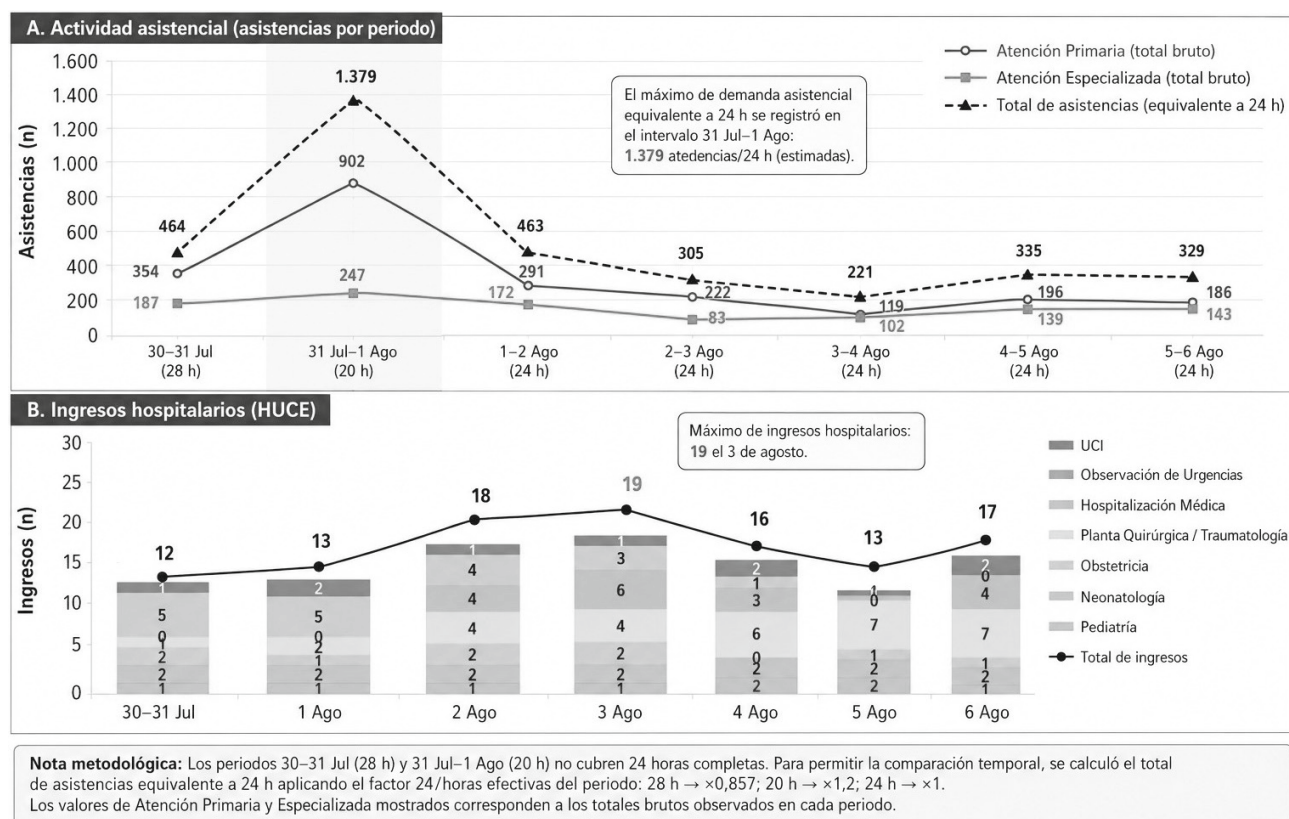


Figura 1. Evolución de la demanda asistencial y de los ingresos hospitalarios durante la crisis, 30 de julio-6 de agosto.

con estabilización de la actividad extrahospitalaria y desplazamiento del impacto asistencial hacia las unidades de hospitalización. La contención inicial en atención primaria y el triaje previo realizado por el 061 contribuyeron a evitar una saturación hospitalaria prolongada. No se registraron fallecimientos en las instalaciones públicas durante el dispositivo analizado (Figura 1).

Esta experiencia muestra que la existencia de un plan específico constituyera una base necesaria, pero no suficiente⁷. La Organización Mundial de la Salud recomienda anticipar las llegadas masivas, disponer de información oportuna y reforzar la capacidad de respuesta ante grandes afluencias de personas refugiadas y migrantes^{8,9}. En Ceuta, la información insuficientemente coordinada durante las primeras horas dificultó la activación plena de los protocolos y favoreció una respuesta inicialmente reactiva. Resulta, por tanto, prioritario establecer canales permanentes de alerta temprana entre las fuerzas de seguridad, los servicios de información y el sistema sanitario.

La descentralización de la demanda fue otro elemento decisivo. La de-

rivación de los casos de menor gravedad a los centros de salud y el triaje en el acceso hospitalario permitieron reservar la capacidad hospitalaria para los pacientes que realmente necesitaban este recurso. Esto resalta el papel del triaje y la organización coordinada de los circuitos asistenciales como componentes esenciales de una respuesta eficaz en incidentes de múltiples víctimas^{10,11}.

Lampedusa, Canarias y Ceuta representan tres rutas migratorias hacia Europa. Comparar sus modelos permite identificar qué factores determinan la resiliencia de un sistema de salud fronterizo. La experiencia de Lampedusa ilustra las dificultades de los enclaves que carecen de un hospital de referencia y dependen de evacuaciones hacia el territorio continental¹². En Canarias, por el contrario, la presión migratoria presenta un carácter estructural y sostenido, con diferencias importantes de capacidad entre islas y tensiones asistenciales acumulativas¹³. Ceuta, por su parte, pudo absorber internamente la mayor parte de la demanda gracias a la proximidad entre sus dispositivos y a la disponibilidad de un hospital de referencia; sin embargo, el episodio

evidenció que la infraestructura, por sí sola, no sustituye a la planificación, la alerta temprana ni la disponibilidad suficiente de profesionales.

La experiencia permitió identificar cuatro necesidades operativas prioritarias: disponer de un sistema de información compartida que facilite la activación temprana del plan; establecer retenes estructurados de personal, vehículos y material; dotar a los órganos de coordinación de herramientas de gestión en tiempo real y de una estructura de mando sanitario claramente definida; e integrar desde el inicio la atención en salud mental, la vigilancia epidemiológica, la inmunización y el abordaje de los determinantes sociales de la salud junto con la atención a las lesiones agudas^{14,15}.

En conclusión, la respuesta sanitaria de Ceuta durante los primeros siete días de la llegada masiva de julio de 2026 mostró una considerable capacidad de adaptación. La flexibilidad organizativa, el refuerzo extraordinario de los dispositivos y la contención de la demanda en el ámbito extrahospitalario permitieron evitar una saturación hospitalaria prolongada. Sin embargo, la demora en la

activación plena del plan específico, la desproporción inicial entre demanda y recursos y una coordinación insuficientemente integrada evidenciaron vulnerabilidades relevantes. La preparación ante futuras crisis migratorias debe sustentarse en alerta temprana, protocolos específicos, recursos estructurados y una respuesta sanitaria integral. Esta preparación no puede improvisarse cuando el episodio ya ha comenzado. Tras los primeros siete días, el foco asistencial se desplazó progresivamente desde la atención urgente hacia el manejo continuado de procesos traumatológicos y el despistaje infeccioso. Esta evolución pone de manifiesto que la respuesta sanitaria a las llegadas masivas no finaliza con la resolución del pico inicial, sino que requiere capacidad para garantizar la continuidad asistencial y afrontar las necesidades de salud pública y de atención de las personas migrantes durante las fases posteriores.

Bibliografía

- 1 Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. INGESA Ceuta [Internet]. Madrid; 2026. (Consultado 18 Agosto 2026). Disponible en: <https://ingesa.sanidad.gob.es/ceuta/>
- 2 Cadena SER. Marlaska eleva a 72.000 los migrantes que entraron en Ceuta [Internet]. Cadena SER; 2026. (Consultado 18 Agosto 2026). Disponible en: <https://cadenaser.com/nacional/2026/08/04/marlaska-se-reune-con-los-ministros-de-interior-de-la-ue-este-martes-para-analizar-la-crisis-migratoria-en-ceuta-cadena-ser/>
- 3 Testa, G. 8.000 personas, al menos un cuarto de ellas menores, entran a nado en Ceuta en plena crisis con Marruecos [Internet]. el-Diario.es; 2021. (Consultado 18 Agosto 2026). Disponible en: https://www.eldiario.es/desalambre/personas-entran-ceuta-nado-marruecos_1_7941768.html
- 4 Martín C. El INGESA confirma el descenso de la presión asistencial con 305 atenciones [Internet]. Ceuta TV; 2026. (Consultado 18 Agosto 2026). Disponible en: <https://www.ceutatv.com/articulo/sociedad/ingesa-confirma-descenso-presion-asistencial-305-atenciones/20260803175019250795.html>
- 5 El Faro de Ceuta. Atención Primaria y el Hospital atienden a 221 inmigrantes en 24 horas [Internet]. El Faro de Ceuta; 2026. (Consultado 18 Agosto 2026). Disponible en: <https://elfarodeceuta.es/atencion-primaria-hospital-atienden-inmigrantes-horas/>
- 6 El Faro de Ceuta. El INGESA supera las 1.100 asistencias a inmigrantes en 24 horas [Internet]. El Faro de Ceuta; 2026. (Consultado 18 Agosto 2026). Disponible en: <https://elfarodeceuta.es/ingesa-supera-mil-asistencias-24-horas/>
- 7 Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), Dirección Territorial de Ceuta. Plan de actuación ante catástrofes externas. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024.
- 8 World Health Organization. Action plan for refugee and migrant health in the WHO European Region 2023–2030. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2023.
- 9 World Health Organization. Strengthening public health responses to large numbers of arriving refugees and migrants. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2025.
- 10 Garrido-Bueno M, Romero-Alvero A, Fagundo-Rivera J. La comunidad como primer interviniente y como ayuda a los profesionales en caso de catástrofes. Emergencias. 2026;38:149-51.
- 11 Valiño EM, Azeli Y, Ríos J, Solà-Muñoz S, Riudor M, Castillo X, et al. Atentado terrorista de Barcelona en 2017: adecuación a tiempo real y lecciones aprendidas de la gestión de un incidente con múltiples víctimas intencionado por un vehículo a motor. Emergencias. 2026;38:131-9.
- 12 Severoni S, Enkhtsetseng S, Dembech M. Second Assessment of Migrant Health Needs: Lampedusa and Linosa, Italy. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012.
- 13 Fagundo-Rivera J, Gómez Salgado J, Fernández-León P. Emergencia humanitaria en Canarias: un desafío integral al sistema sanitario y social. Rev Esp Salud Pública [revista electrónica]. 2024;98. (Consultado 4 Septiembre 2026). Disponible en: <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/919>
- 14 World Health Organization. Interagency Integrated Triage Tool [Internet]. (Consultado 4 Septiembre 2026). Disponible en: <https://www.who.int/tools/triage>
- 15 World Health Organization. World Report on Social Determinants of Health Equity [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2025 May. p. 248. (Consultado 4 Septiembre 2026). Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240107588>

Filiación de los autores: ¹Servicio de Urgencias, INGESA Ceuta. Coordinador GdT CoordinaSEMES, Coordinador Enfermería GTAM SEMES, Ceuta, España. ²Departamento de Medicina y Salud Pública, Facultad de Ciencias del Trabajo. Universidad de Huelva. Huelva, España. ³Programa de Posgrado en Seguridad y Salud, Universidad Espíritu Santo, Guayaquil, Ecuador. ⁴Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Campus de Ceuta, Universidad de Granada. Ceuta, España.

Correo electrónico: salgado@uhu.es

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses en relación con el presente artículo.

Contribución de los autores, financiación y responsabilidades éticas: Todos los autores han confirmado su autoría, la no existencia de financiación externa y el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa.

Editor responsable: Dima Ibrahim Achi.

Correspondencia: Juan Gómez Salgado. Departamento de Medicina y Salud Pública. Facultad de Ciencias del Trabajo, Universidad de Huelva. Av. 3 de Marzo s/n. Campus El Carmen. 21071 Huelva, España.

DOI: 10.55633/s3me/105.2026