



**SIN SALUD, LA VIDA SE DETIENE**

# **INFORME DE BARRERAS AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN POBLACIONES VULNERABILIZADAS EN LA COMUNITAT VALENCIANA**



# 1. INTRODUCCIÓN

## MÉDICOS DEL MUNDO TRABAJA DESDE HACE 35 AÑOS PARA GARANTIZAR EL DERECHO A LA SALUD DE TODAS LAS PERSONAS.

Defendemos una sanidad pública y universal que ofrezca a todo el mundo acceso a servicios de atención, prevención y promoción de la salud, garantizando a la vez el acceso a tratamientos y medicamentos independientemente de sus recursos económicos o situación administrativa.

Desde el año 1995 Médicos del Mundo Comunitat Valenciana trabaja en esta comunidad autónoma con presencia en Valencia y Alicante impulsando proyectos de Movilización Social, Cooperación Internacional e Inclusión Social. En esta última área se desarrollan actividades sociosanitarias dirigidas a personas sin hogar con problemas de salud mental y/o drogodependencias, personas migrantes sin recursos y mujeres en situación de prostitución, víctimas de trata y explotación sexual.

Nuestro trabajo directo con poblaciones vulnerabilizadas nos permite constatar cómo son precisamente estas personas las que mayores dificultades tienen para acceder a una atención sanitaria en condiciones de igualdad con el resto de la población. Por ello, en 2022 Médicos del Mundo pone en marcha **Accesible, "Proyecto integral para la mejora del acceso universal al sistema sanitario"**. Este proyecto, financiado por el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 persigue documentar y sistematizar todas aquellas situaciones que dificultan o impiden el acceso efectivo al Sistema Nacional de Salud. Esta información a su vez nos permite realizar un diagnóstico de situación y elevar recomendaciones específicas en materia legislativa, de políticas y de recursos para avanzar hacia la plena garantía del derecho a la atención sanitaria de todas las personas.

El acceso a la atención sanitaria de las poblaciones vulnerabilizadas en España está ineludiblemente marcado por la exclusión impuesta en 2012 y sólo

parcialmente revertida en 2018. El acceso sanitario en la Comunitat Valenciana ha estado marcado por sucesivos cambios normativos para garantizar la cobertura universal, especialmente para personas migrantes en situación irregular. El Real Decreto-ley 16/2012 restringió el acceso, mientras que el Real Decreto-ley 7/2018 restauró formalmente la universalidad, aunque persisten barreras administrativas y desigualdades en la aplicación práctica para los colectivos más vulnerables.

A nivel autonómico, el Decreto-ley 3/2015 y su desarrollo posterior pretendieron garantizar la atención a personas sin derecho reconocido por el sistema estatal, pero fueron limitados por el Tribunal Constitucional al considerar que algunas competencias eran estatales. La Ley 10/2014 de Salud, junto a la Ley 8/2018, refuerza la universalidad y la equidad, pero su efectividad real depende de la implementación y la interpretación administrativa.

El V Plan de Salud de la Comunitat Valenciana (2022-2030) y medidas recientes como el Decreto-ley 2/2024 han consolidado la equidad y la reorganización del personal sanitario, aunque las complejidades y lagunas normativas generan todavía incertidumbre y obstáculos de acceso para ciertos colectivos vulnerables.

Corregir el impacto que estas políticas injustas han tenido y siguen teniendo sobre la salud de miles de personas que viven en nuestro país constituye un deber impostergable. A pesar de ello, el Proyecto de Ley de acceso universal al SNS con el que se pretende poner fin a esta situación, lleva más de un año estancado en su tramitación parlamentaria sin que existan visos de que pueda terminar siendo aprobado.

Contar con una legislación garantista es de vital importancia, sin embargo, la noción de universalidad en el acceso a la atención sanitaria no puede quedar reducida a un mero reconocimiento legal. Así, como veremos en las próximas páginas, son múltiples las trabas – de carácter físico, económico, informativo o cultural – que las personas más vulnerables deben afrontar para acceder al

SNS. De este modo, cualquier legislación resultará insuficiente si no es acompañada de medidas dirigidas a remover estos obstáculos y garantizar las condiciones necesarias para que cualquier persona pueda hacer efectivo su derecho a la atención sanitaria. Así lo reconoce la “Estrategia de desarrollo sostenible 2030” al establecer como meta el “consolidar la universalidad de la cobertura del Sistema Nacional de Salud (SNS), incluyendo el acceso

efectivo y equitativo de las personas residentes en España con independencia de su situación penal, administrativa, o laboral”<sup>1</sup>. Este es precisamente el objetivo que inspira el proyecto Accesible y al que pretende contribuir este informe.

## 2. METODOLOGÍA

El presente informe analiza los casos de barreras de acceso al SNS documentados en la Comunitat Valenciana por Médicos del Mundo entre el **1 de enero y el 31 de diciembre de 2025**. Estos casos han sido recogidos a través del trabajo que realiza Médicos del Mundo en nuestros programas dirigidos a colectivos de personas migrantes en situación administrativa irregular, personas en situación de prostitución y trata, y personas sin hogar con problemas de salud mental y/o adicciones.

Entendemos por barreras de acceso todas aquellas situaciones que dificultan o impiden que una persona pueda acceder de forma normalizada a la atención sanitaria que precisa, y que son consecuencia de la acción u omisión de los poderes públicos en relación con su deber de garantizar el derecho a la salud de todas las personas. Las obligaciones que entrañan este deber están definidas en el artículo 12 del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas<sup>2</sup>, y desarrolladas en la Observación General N°14 del Comité DESC.<sup>3</sup>

El Comité define la accesibilidad en base a la concurrencia de cuatro dimensiones: no-discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica o asequibilidad y acceso a la información. En consonancia con lo dispuesto por el Comité, hemos clasificado las distintas casuísticas que nos hemos encontrado en cuatro grandes categorías de barreras en función de la dimensión de la accesibilidad que dificulten o impidan: barreras discriminatorias, barreras físicas, barreras económicas y barreras informativas. A ellas hemos sumado una quinta categoría, la de barreras culturales, que si bien no son barreras de acceso propiamente dichas – si no que se relacionan con otro de los elementos esenciales del derecho a la salud: la aceptabilidad – si pueden tener un impacto importante sobre el acceso de los colectivos más vulnerables al generar un efecto disuasorio.

1. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 “Estrategia de Desarrollo Sostenible 2030. Un proyecto de país para hacer realidad la Agenda 2030” <https://www.dsca.gob.es/sites/default/files/derechos-sociales/eds-cast-acce.pdf>

2. Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, artículo 12

<https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>

3. Observación General N°14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000. <https://www.refworld.org/es/leg/coment/cesscr/2000/es/36991>

### 3. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LAS PERSONAS CON BARRERAS

#### Identidad de género

	Atendidos/as	Total
Hombre cis	37,9%	38%
Hombre trans	0,1%	
Mujer cis	60,9%	62%
Mujer trans	1,1%	
<b>Total</b>		<b>100%</b>

#### Nacionalidad y grupos de edad (en%)

	Total <18 años	Total 18-24 años	Total 25-34 años	Total 35-44 años	Total 45-54 años	Total 55-64 años	Total 65-74 años	Total >74 años	Sin Información	TOTAL
Europa Occidental			0,3	0,2		0,1		0,1		0,7
Europa del Este	3	1,3	2,4	1	1,2	1,2			0,1	10,2
Latinoamérica	1,9	9,6	21,9	12,6	6,9	2,4	0,7	0,5	0,9	57,4
África Subsahariana		0,2	0,4	0,3	0,1					1
Norte África	1,4	4,2	11,9	5,8	1,9	0,8	0,5		0,5	27
Asia		0,1	0,3	0,4	0,2					1
España	0,2	0,1	0,1	0,3	0,3					1
NS/NC		0,1	0,3	0,5	0,2	0,1			0,5	1,7
<b>Total</b>	<b>6,5</b>	<b>15,6</b>	<b>37,6</b>	<b>21,1</b>	<b>10,8</b>	<b>4,6</b>	<b>1,2</b>	<b>0,6</b>	<b>2</b>	<b>100</b>

## Tarjeta sanitaria de las personas con barreras de acceso según género

	TOTAL %	MUJERES CIS + MUJERES TRANS (%)	HOMBRES CIS + HOMBRES TRANS (%)
SÍ	17,3%	10,8%	6,5%
NO	80,4%	49,4%	31%
En trámite	2,3%	1,8%	0,5%

## 4. ANÁLISIS DE LAS BARRERAS DOCUMENTADAS

En el periodo comprendido en este análisis, Médicos del Mundo ha documentado en la **Comunitat Valenciana** un total de **1.677 casos de barreras de acceso** que han padecido **910 personas**. Esto quiere decir que cada persona ha confrontado de **media 1,8 barreras**, lo que refleja por un lado la interconexión entre las distintas tipologías (ej. algunas barreras económicas, como la imposibilidad de costearse las medicinas necesarias, pueden

traer a su vez causa de barreras discriminatorias, como ocurre en el caso de las personas ascendientes reagrupadas), y por otro lado la concurrencia de múltiples vulnerabilidades en una misma persona (ej. una mujer embarazada en situación administrativa irregular que no habla castellano se enfrentará a trabas de muy diversa índole).



## BARRERAS DISCRIMINATORIAS

Entendemos por barreras discriminatorias aquellos requisitos legales o administrativos que dificultan o impiden el acceso al sistema sanitario público y que afectan únicamente a determinadas personas o colectivos – por lo general socialmente vulnerabilizadas – provocando un trato discriminatorio en relación con el resto de la población. En el periodo que abarca el presente informe se han documentado **1.104 casos de barreras discriminatorias**.

Las barreras discriminatorias siguen siendo uno de los principales obstáculos para el acceso universal a la salud en la Comunitat Valenciana. Muchas de las personas con las que trabajamos viven situaciones que las colocan en los márgenes del sistema, no por falta de necesidad, sino por la combinación de prejuicios, trabas administrativas y falta de sensibilidad institucional.

En los centros sanitarios persisten actitudes racistas, especialmente hacia personas de origen magrebí. En algunos mostradores se las percibe como “conflictivas” o “multiproblemáticas”, lo que se traduce en un trato despectivo, demoras innecesarias o directamente en la negativa a atenderlas. Estas actitudes vulneran su derecho a la atención sanitaria y generan desconfianza hacia el sistema, dificultando el acceso posterior a recursos básicos de salud.

Las mujeres embarazadas se enfrentan también a obstáculos graves. En varias ocasiones se ha denegado o retrasado la atención sanitaria por no disponer de empadronamiento o por no considerarse su residencia efectiva. Esto afecta especialmente a quienes necesitan acceder a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), donde se observan demoras en las citas con trabajadoras sociales, derivaciones erróneas entre centros y pérdida de información. Estos retrasos pueden convertir una intervención sanitaria urgente en un proceso de riesgo. En Alicante se repiten estas situaciones, donde además se niegan citas con trabajo social a mujeres sin empadronamiento, incluso en casos de seguimiento de embarazo.

La falta de documentación identificativa es otra barrera frecuente. En muchos mostradores no se otorgan citas sin un documento oficial, y en las unidades de trabajo social se dificultan o deniegan trámites para obtener la tarjeta sanitaria si no se presenta identificación. Esta exigencia excluye especialmente a personas migrantes en situación administrativa irregular y a quienes viven en contextos de prostitución o en la calle.

El empadronamiento se convierte en una de las principales puertas de entrada (o de exclusión) al sistema sanitario.

Las personas que residen en clubs o pisos donde ejercen la prostitución no pueden empadronarse, y muchas que alquilan habitaciones no consiguen acreditar su residencia porque el contrato está a nombre de otra persona. Las personas sin hogar, por su parte, dependen de un padrón especial —en el caso de València— que puede tardar entre seis meses y un año. En Alicante, los propietarios de viviendas suelen negarse a autorizar empadronamientos, alegando que “les quitan ayudas”, e incluso se han detectado casos en los que se exige dinero para empadronar, llegando a solicitar hasta 600 euros. Además, los precios de las habitaciones suben significativamente cuando se permite empadronarse. A diferencia de València, el Ayuntamiento de Alicante no realiza empadronamientos sociales para personas sin hogar o en situación de vulnerabilidad, y aunque algunos municipios contemplan esta posibilidad, los trámites se alargan tanto que se vuelven ineficaces. En los casos de prostitución, el miedo a las represalias disuade a muchas mujeres de permitir visitas policiales para verificar su residencia.

Otro obstáculo importante es la imposibilidad de acreditar ciertos requisitos administrativos, como la inexistencia de terceros obligados al pago o la no exportación del derecho a la asistencia sanitaria. A las personas de origen rumano, por ejemplo, se les exige un certificado de no exportación emitido por su país, trámite que suele requerir gestiones complejas y demoras prolongadas. En Alicante se suman dificultades similares para personas con doble nacionalidad —cuando uno de los países es europeo— como Italia, Bulgaria o Georgia.

La acreditación de una estancia superior a tres meses también constituye una barrera, ya que

muchas personas no pueden comprobar su entrada a España. En contextos de prostitución y entre personas migrantes recién llegadas, muchas no pueden demostrar residencia fija ni empadronamiento, por lo que se las considera turistas y quedan excluidas del sistema sanitario. Esto ocurre incluso en casos de enfermedades crónicas o necesidad de medicación continua. En situaciones de sinhogarismo, las técnicas de Médicos del Mundo elaboran informes que acreditan la situación de la persona y su lugar de pernocta, pero sin estos documentos no se facilita la tarjeta SIP.

En los centros de salud se observa también la imposibilidad de obtener cita con las trabajadoras sociales cuando no existe empadronamiento o se considera que la persona está en situación "turista". Esta limitación impide iniciar el trámite para acceder a la asistencia sanitaria universal, ya que se requiere un informe social. En muchos casos las citas se demoran semanas o meses, sin valorar la urgencia o la vulnerabilidad de la situación.

Los menores tampoco están exentos de obstáculos. En algunos mostradores, especialmente en Alicante, se les asigna una tarjeta sanitaria sin cobertura o se les atiende como pacientes privados por no tener empadronamiento, lo que genera facturación de los servicios. Aunque finalmente se les suele atender, el proceso añade estrés y sensación de exclusión a las familias.

Otro caso frecuente es el de las familias que solicitan la reagrupación de ascendientes. A menudo desconocen que deben contratar un seguro médico privado que cubra toda la atención sanitaria y los medicamentos de la persona reagrupada. Cuando el familiar que realiza la reagrupación atraviesa dificultades económicas, deja de poder pagar el seguro, y el ascendiente queda sin cober-

tura ni acceso al sistema sanitario. En Alicante se han detectado varios casos de este tipo.

El retraso en la tramitación administrativa de la tarjeta sanitaria es una barrera constante. En algunos centros se exige una primera cita solo para escanear la documentación y una segunda para acceder a la unidad de trabajo social. Los horarios de los mostradores son reducidos, y las citas para casos especiales se otorgan únicamente cuando se cumplen los tres meses de empadronamiento, sin tener en cuenta la urgencia (embarazo, enfermedad crónica, IVE...). Este procedimiento obliga a las personas a acudir varias veces al centro y retrasa el acceso a la trabajadora social, prolongando un trámite que debería resolverse de manera ágil.

Las personas solicitantes de asilo enfrentan barreras adicionales por el desconocimiento del personal administrativo. A menudo se las deriva al INSS o a trabajo social cuando la acreditación SIP debería realizarse directamente en el mostrador. En Alicante, todos los casos pasan por trabajo social, lo que genera más carga administrativa y demora. En algunos centros incluso se deniega el trámite por no disponer de empadronamiento, pese a que la normativa no lo exige.

Finalmente, la movilidad geográfica de muchas personas en contextos de prostitución agrava las dificultades. El Sistema Nacional de Salud asocia la documentación sanitaria a una residencia fija, lo que impide a quienes se desplazan entre comunidades mantener continuidad asistencial. Aunque en algunos casos pueden acceder a urgencias, no se les permite acudir a especialistas ni a servicios de salud sexual y reproductiva fuera de la comunidad donde obtuvieron la tarjeta. Esta rigidez administrativa deja sin atención a quienes más la necesitan, reforzando su exclusión sanitaria y social.

El mostrador del centro de salud constituye la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud y, por tanto, un punto crítico donde se concentran muchas de las barreras que enfrentan las personas en situación de vulnerabilidad. En este espacio se determina si una persona puede acceder o no a la atención sanitaria, por lo que las actitudes, el conocimiento y la sensibilidad del personal administrativo resultan determinantes para garantizar el derecho a la salud.

Las personas migrantes que acuden al centro de salud a menudo desconocen cómo obtener la tarjeta sanitaria y dependen de la orientación del personal de mostrador. Sin embargo, en muchos casos este personal no está sensibilizado sobre las dificultades específicas que atraviesa esta población y actúa desde un enfoque meramente burocrático. Aunque conocen los requisitos de acceso, como el empadronamiento o la residencia superior a tres meses, suelen interpretar estas condiciones de

forma rígida, sin valorar las situaciones particulares ni derivar a la unidad de trabajo social, que es la encargada de hacer esa valoración. En casos como los de personas que viven con VIH, mujeres en contextos de prostitución o personas en situación de calle, se hace imprescindible una entrevista con trabajo social para conocer la situación concreta y ofrecer respuestas adecuadas según cada caso.

Este desconocimiento y falta de sensibilidad generan consecuencias graves. Es habitual que, ante la falta de empadronamiento, se deniegue directamente el trámite de la tarjeta sanitaria, sin informar a la persona de que puede acreditar su residencia efectiva con otros documentos. De esta manera, se pierden oportunidades para regularizar el acceso sanitario de personas que, en realidad, cumplen los requisitos establecidos por la normativa.

A ello se suman las carencias estructurales de los propios espacios. Los mostradores suelen ubicarse en lugares reducidos, sin condiciones adecuadas de privacidad. Esto obliga a las personas a explicar en voz alta sus motivos de consulta, exponiendo síntomas o enfermedades ante otras personas que esperan en la misma fila. La falta de intimidad no solo vulnera su derecho a la confidencialidad, sino que también provoca que muchas opten por

no explicar su situación con detalle, especialmente cuando se trata de temas delicados.

Este problema se agrava en el caso de las mujeres que viven en contextos de prostitución, un colectivo que sigue enfrentando altos niveles de estigmatización. La falta de privacidad y la desconfianza hacia el sistema sanitario hacen que a menudo no expliquen las dificultades que tienen para acreditar su residencia efectiva —por ejemplo, cuando viven en clubs donde no pueden empadronarse— ni los problemas de salud que sufren. Esta invisibilización impide valorar correctamente su urgencia y su vulnerabilidad.

Un ejemplo especialmente grave se produce en los casos de interrupción voluntaria del embarazo (IVE). En varios centros se ha denegado el acceso a la trabajadora social por falta de empadronamiento, incluso en situaciones donde Médicos del Mundo ha mediado acreditando la residencia efectiva. Estas demoras pueden tener consecuencias muy serias: en algunos casos, el retraso ha hecho que las mujeres superen el límite de semanas legalmente establecido para realizar la IVE. Además de aumentar los riesgos físicos, este tipo de trabas vulnera directamente los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y puede empujarlas hacia procedimientos inseguros.

## BARRERAS FÍSICAS

Entendemos por barreras físicas aquellas situaciones en las que las personas no pueden acceder a la atención sanitaria bien por no contar con un centro sanitario de referencia a una distancia asumible de su lugar de residencia, por la existencia de horarios de atención restringidos o por la existencia de obstáculos arquitectónicos que impiden el acceso a personas con movilidad reducida. En el periodo que abarca el presente informe se han documentado **8 casos de barreras físicas**.

Las barreras físicas continúan siendo un obstáculo estructural que limita el acceso al sistema sanitario de las personas en situación de vulnerabilidad. Entre la población en riesgo de exclusión las dificultades de desplazamiento, la falta de transporte público y los horarios restringidos de atención agravan las desigualdades en salud.

Con frecuencia, estas personas no pueden empadronarse o actualizar su padrón, lo que provoca que sean asignadas a centros de salud alejados de su residencia efectiva. La distancia, unida a la falta de recursos económicos o de medios de transporte, retrasa la atención médica

o impide que se produzca. En los asentamientos o barrios periféricos, la falta de infraestructuras adecuadas y la ausencia de transporte público dificultan especialmente la asistencia de personas mayores o con movilidad reducida.

En el caso de las mujeres que viven en contextos de prostitución, las barreras físicas se intensifican. Las dificultades para desplazarse, los horarios incompatibles con las dinámicas de explotación y el aislamiento geográfico de los lugares donde se ejerce la prostitución reducen drásticamente

las posibilidades de acceder al sistema sanitario. En muchos casos, las mujeres solo disponen de unas horas al día para salir y deben pagar una compensación económica por hacerlo.

Los clubs de carretera, ubicados en zonas aisladas, requieren desplazamientos en vehículo, lo que obliga a las mujeres a pagar a conductores o taxistas para acudir al centro de salud o al hospital. Esto convierte el derecho a la atención sanitaria en un privilegio condicionado por la capacidad económica.

### TESTIMONIO

*Susana vive y ejerce la prostitución en un club de carretera. Antes residía en Albacete, donde le detectaron un bulto en el pecho y quedó pendiente de realizarse pruebas médicas, pero tuvo que trasladarse y no pudo continuar con el seguimiento. En València no dispone de tarjeta sanitaria, por lo que debe acudir al consultorio que le corresponde por zona, en un municipio cercano, para solicitar cita con la trabajadora social. Aunque la distancia es de apenas tres kilómetros, no puede recorrerlos a pie porque implicaría caminar por una carretera sin acera y cruzar una autopista, por lo que depende de pagar a un conductor que la traslade.*

*El club tiene horarios nocturnos y Susana solo puede salir durante la mañana, cuando se encuentra agotada tras la jornada. Ha intentado acudir en varias ocasiones al centro de salud, pero a menudo lo ha encontrado cerrado al llegar. Este trámite administrativo es su única vía para acceder al sistema sanitario y poder continuar las pruebas que necesita. Mientras tanto, siente preocupación porque el bulto ha crecido y le causa dolor.*

*Desde Médicos del Mundo mediamos con la trabajadora social, que pertenece a otro centro de salud, y esta acepta recibirla directamente para evitarle varios desplazamientos. Sin embargo, cuando Susana llega y pide hablar con la profesional en el mostrador, el personal se niega a dejarla pasar por no tener cita previa. Solo tras una nueva mediación telefónica de nuestra parte se le permite el acceso. Finalmente, ha conseguido asignación de médico y ha sido derivada al servicio de cirugía para valoración.*

## BARRERAS ECONÓMICAS

Entendemos por barreras económicas aquellas situaciones en las que las personas no pueden acceder a la atención sanitaria o al tratamiento correspondiente por conllevar un gasto monetario que no pueden asumir. En el periodo que abarca el presente informe se han documentado **40 casos de barreras económicas.**

Las barreras económicas son una de las expresiones más visibles de desigualdad en el acceso a la salud. Entre las personas en situación de vulnerabilidad con las que trabajamos, la falta de recursos económicos no solo limita la posibilidad de recibir atención médica, sino también la de continuar los tratamientos prescritos. El coste de los medicamentos, el copago, la facturación en urgencias y la ausencia de cobertura sanitaria se convierten en obstáculos que ponen en riesgo la salud y agravan los procesos de exclusión social.

Muchas de las personas atendidas viven al día, sin ingresos regulares, y deben priorizar necesidades básicas como la alimentación o el alojamiento. Ante enfermedades crónicas como la hipertensión, la diabetes o los trastornos de salud mental, el gasto sostenido en medicación resulta inasumible. Incluso con tarjeta sanitaria, la aportación reducida del 40 % representa una carga imposible de asumir para quienes carecen de ingresos estables. Esta situación deriva en la interrupción o abandono de tratamientos, con recaídas frecuentes y un deterioro progresivo del estado de salud.

En el caso de las personas en situación administrativa irregular, las barreras económicas se acenúan. Al no contar con tarjeta sanitaria, no pueden acceder a recetas médicas y deben costear el 100 % del precio de los fármacos. En patologías crónicas o enfermedades que requieren medicación continua, este gasto se vuelve totalmente inasumible, lo que provoca que muchas personas dejen de tratarse o recurran a alternativas ineficaces.

Esta realidad se traduce en lo que se conoce como pobreza farmacéutica: la imposibilidad de adquirir los medicamentos necesarios para mantener o mejorar la salud. En los colectivos más vulnerabilizados, esta pobreza impacta directamente en la adherencia terapéutica. Cuando la medicación se convierte en un lujo, la continuidad del tratamiento deja de depender de la voluntad de la persona y pasa a depender exclusivamente de su capacidad económica.

Los casos que acompañamos muestran las consecuencias más graves de estas barreras: personas diagnosticadas con enfermedades metabólicas, cardiovasculares o mentales que interrumpen los tratamientos por falta de recursos; mujeres que tras un ingreso hospitalario no pueden costear la medicación prescrita; o personas mayores que reparten sus fármacos para alargar su duración. Cada una de estas estrategias de supervivencia tiene un impacto acumulativo en la salud individual y colectiva. La situación se agrava cuando se trata de tratamientos complejos o de uso diario, como la insulina, los psicofármacos o la medicación antirretroviral, donde la falta de adherencia pone en riesgo la vida.

Además, hemos detectado múltiples casos en los que, al acudir a los servicios de urgencias, se les entrega una factura médica y se les informa de que solo pueden ser atendidas si pagan el importe. Esta práctica contradice el principio de atención sanitaria universal y genera miedo a acudir a urgencias, incluso en situaciones de riesgo vital.

Aunque desde Médicos del Mundo se ofrecen apoyos puntuales y se facilita, en algunos casos, la provisión temporal de medicación, estas medidas paliativas no resuelven el problema estructural: un sistema que sigue exigiendo un gasto imposible de asumir para quienes viven en la pobreza.

## TESTIMONIO

*Abdou, de 23 años, es originario de Argelia. Lleva un mes viviendo en la calle y no puede empadronarse. No dispone de pasaporte ni de ningún documento que acredite su entrada a España, ya que llegó en patera. La barrera idiomática complica aún más su situación: no habla castellano y apenas logra comprender algunas indicaciones básicas.*

*Fue derivado a Médicos del Mundo por la Oficina Pangea del Ayuntamiento de Alicante. Está diagnosticado con una patología metabólica crónica, Diabetes Mellitus Tipo 1, que requiere la administración diaria de dos tipos distintos de insulina. Además, presenta una antigua rotura del ligamento colateral de la rodilla izquierda que limita severamente su movilidad. Vive en la calle y no puede alimentarse de manera regular, lo que agrava su estado de salud y su control glucémico.*

*Desde Médicos del Mundo le prestamos una muleta para facilitar su movilidad y le proporcionamos la medicación pautada para su diabetes. Su situación refleja cómo la falta de acceso al sistema sanitario y el coste de los tratamientos convierten la enfermedad en una lucha diaria por la supervivencia.*

## BARRERAS INFORMATIVAS

Entendemos por barreras informativas aquellas situaciones en las que desde el sistema sanitario no se proporciona a las personas información necesaria y comprensible que les permita acceder a la atención sanitaria, así como a los tratamientos prescritos. En el periodo que abarca el presente informe se han documentado **473 casos de barreras informativas**.

Las barreras informativas continúan siendo uno de los principales factores que dificultan el acceso real al sistema sanitario para las personas en situación de vulnerabilidad. La falta de información clara, la ausencia de mediación cultural y la desinformación dentro de los propios servicios públicos generan exclusión, deterioran la confianza en las instituciones y vulneran el derecho a la salud.

El acceso efectivo a la atención médica no depende solo de poder acudir a una consulta, sino también de disponer de información comprensible y adaptada a cada persona. Cuando esta no se ofrece o se transmite de forma confusa o errónea, las personas no pueden ejercer plenamente su derecho a la salud.

Entre las personas sin hogar, migrantes en situación administrativa irregular o con problemas de salud mental y adicciones, las dificultades informativas actúan con frecuencia como la primera barrera de entrada al sistema. La complejidad del lenguaje administrativo, la falta de canales accesibles y la escasa sensibilización del personal sanitario provocan confusión, frustración y abandono de los trámites.

El mostrador de los centros de salud y hospitales representa uno de los principales puntos de bloqueo. En numerosas ocasiones, el personal desconoce la normativa vigente o no ha recibido formación actualizada, lo que da lugar a interpretaciones arbitrarias y decisiones injustificadas. En otros casos, la falta de sensibilidad hacia la realidad de las personas vulnerabilizadas deriva en actitudes discriminatorias o trato inadecuado.

Esta combinación de desconocimiento y prejuicio provoca denegaciones de cita o de tarjeta sanitaria, derivaciones erróneas y retrasos prolongados, generando desconfianza y miedo a volver al sistema sanitario. Hemos detectado casos en los que se exige el empadronamiento como requisito único para el acceso, ignorando que la normativa reconoce la residencia efectiva como criterio válido. En algunos centros se deriva a las personas a entidades sociales, como Médicos del Mundo, para que acrediten dicha residencia, asumiendo funciones que corresponden a las unidades de trabajo social. Esta delegación indebida sobrecarga a las entidades y retrasa la atención.

Las barreras informativas también se expresan en el ámbito lingüístico y digital. La falta de información en otros idiomas y la ausencia de mediadores interculturales dificultan la comprensión de los procedimientos sanitarios. En la Comunitat Valenciana, la aplicación del sistema sanitario solo está disponible en castellano y valenciano, lo que limita el acceso de quienes no dominan ninguno de estos idiomas.

La digitalización de los servicios —como la gestión de citas o la consulta de tratamientos— ha dejado fuera a quienes no disponen de dispositivos electrónicos o conexión a internet. En el caso de las personas sin hogar, la pérdida de documentación o la falta de medios para comunicarse con el centro de salud impide realizar gestiones básicas, quedando completamente excluidas cuando los trámites solo se permiten por vía telemática.

Estas barreras no solo retrasan el acceso a la atención médica, sino que vulneran derechos fundamentales. No contar con información clara y adaptada implica no poder decidir ni cuidar de la propia salud. Mientras persistan la falta de formación del personal, la ausencia de materiales multilingües y la digitalización sin alternativas accesibles, la exclusión informativa seguirá afectando a quienes más necesitan ser escuchadas y acompañadas.

Según el profesional de admisión que atienda a la persona, esta puede recibir información correcta y completa o, por el contrario, recibir datos incompletos o erróneos, lo que dificulta su acceso efectivo a los servicios y mina su confianza en el sistema sanitario.

En la mayoría de los centros de salud y hospitales no existe información en otros idiomas, como carteles, trípticos e informaciones o recomendaciones para seguir los tratamientos, procedimientos e información o acceso a la salud.

### **TESTIMONIO**

*Hicham, de 32 años, es originario de Marruecos y actualmente pernocta en la calle en València. Acude regularmente a Médicos del Mundo para cubrir sus necesidades básicas y solicitar apoyo en el acceso a la atención sanitaria, ya que en intentos previos se le había negado por carecer de empadronamiento. Además, enfrenta una importante barrera idiomática: no habla castellano y comprende con dificultad las indicaciones que recibe.*

*Desde Médicos del Mundo se le facilitó un informe de derivación y se solicitó una cita con trabajo social, ya que no disponía de documentación identificativa original. Tras este acompañamiento, logró acceder al Sistema Nacional de Salud, recibió atención médica e inició su tratamiento.*

*Un mes después, Hicham extravió su tarjeta sanitaria y volvió a solicitar apoyo para obtener un duplicado. Aunque su cobertura seguía activa y solo necesitaba un reemplazo, temía volver a enfrentarse a negativas del pasado por no tener documentación identificativa original ni empadronamiento.*

*Regresó a Médicos del Mundo, desde donde se emitió un nuevo informe de derivación. En esta ocasión, en el mostrador le informaron que estaba empadronado en otra localidad de la provincia, a más de dos horas de distancia, un lugar en el que nunca había residido y al que no podía desplazarse por falta de recursos. Pese a explicar su situación, se le volvió a negar tanto el duplicado como la cita con trabajo social, a pesar de que esta unidad ya había valorado su caso previamente y aprobado su cobertura sanitaria.*

*Finalmente, tras cuatro meses y varias gestiones, Hicham consiguió obtener un duplicado de su tarjeta sanitaria vinculada a su lugar de residencia efectiva. Su experiencia refleja cómo la falta de información adecuada, la descoordinación institucional y los errores administrativos prolongan innecesariamente procesos sencillos, generando frustración, desconfianza y exclusión.*

## BARRERAS CULTURALES

Hablamos de barreras culturales cuando el sistema sanitario no es sensible a las necesidades y percepciones que sobre la salud pueden tener las distintas personas por su origen sociocultural. En el periodo que abarca el presente informe se han documentado **52 casos de barreras culturales**.

Cuando las diferencias socioculturales no se reconocen ni se abordan adecuadamente, se generan malentendidos, desconfianza y, en muchos casos, el alejamiento del sistema sanitario por parte de las personas en situación de vulnerabilidad.

La cultura influye en cómo se interpreta el dolor, se busca ayuda o se confía en el personal sanitario. A su vez, la experiencia migratoria, la precariedad y el desconocimiento del idioma modifican la forma en que las personas se relacionan con los servicios de salud. Muchas proceden de contextos

donde la atención médica es de pago o se accede directamente a especialistas, lo que genera confusión y frustración ante un sistema que no se adapta a esa diversidad.

A esta situación se suma la tendencia a percibir a la población migrante como un grupo homogéneo, sin considerar sus diferencias culturales o religiosas. Por ejemplo, las pruebas diagnósticas o las vacunaciones pueden generar rechazo y desconfianza cuando no se explican adecuadamente o cuando no existen materiales traducidos ni intérpretes que acompañen el proceso.

Sin embargo, las barreras culturales no se superan únicamente con traducciones o materiales informativos. Requieren un compromiso institucional por reconocer la diversidad como parte de la sociedad, incorporar la mediación intercultural como un recurso estable y formar al personal sanitario en competencias culturales. Solo así será posible garantizar que todas las personas, sin importar su origen o su marco de referencia, puedan acceder al sistema sanitario en condiciones de igualdad y confianza.

### TESTIMONIO

*Elías siente un dolor intenso en la rodilla, pero lleva días esperando poder acudir a un traumatólogo. Desconoce que el sistema sanitario español requiere primero una visita con su médica de familia, quien valorará el caso y decidirá si es necesario derivarlo a un especialista. Esta falta de información sobre el funcionamiento del sistema genera confusión y retrasa la atención que necesita. Desde Médicos del Mundo proporcionamos información sobre el modo de acceso al sistema sanitario y su funcionamiento en la Comunidad Valenciana.*

### TESTIMONIO

*Mamadou proviene de Mali, donde la atención sanitaria es de pago y las pruebas médicas son inaccesibles para gran parte de la población. Cuando se le pidió realizar una analítica de sangre, se sintió nervioso y desconfiado, preguntándose por qué le extraían sangre y si eso podía afectarle físicamente o espiritualmente. Ana, la enfermera que lo atendió, intentó tranquilizarlo, pero la barrera idiomática y las diferencias culturales hicieron difícil el entendimiento. Este caso muestra la importancia de la mediación cultural para construir confianza y garantizar una atención respetuosa.*

## CUADRO RESUMEN DE TODAS LAS BARRERAS DOCUMENTADAS

### PORCENTAJES DETECCIÓN BARRERAS ACCESO SEGÚN GÉNERO

<b>BARRERAS DISCRIMINATORIAS</b>	Hombre cis +Hombre Trans	Mujer cis +Mujer Trans	TOTAL
01. Reagrupación familiar		0,1	0,1
02. Falta de empadronamiento	14,4	18,7	33,1
03. Falta de documentación identificativa	1,7	0,4	2,1
04. Imposibilidad acreditar periodo estancia superior a 3 meses	4,4	10,1	14,5
05. Menores a quienes se deniega la atención sanitaria	0,2	0,4	0,6
06. Embarazadas a quienes se deniega la atención sanitaria		1,2	1,2
07. Solicitantes asilo con barreras de acceso administrativas	0,2	0,4	0,6
08. Retraso en el trámite administrativo de la tarjeta sanitaria	0,3	1,5	1,8
09. Imposibilidad de cita con Trabajo Social	0,9	1,8	2,6
10. Imposibilidad acreditar no exportación asistencia sanitaria	1,9	2,3	4,2
11. Imposibilidad acreditar no terceros obligados al pago	0,4	0,8	1,2
12. Actitudes racistas en los centros sanitarios	0,1	0,5	0,6
13. Otras barreras discriminatorias	0,5	2,9	3,4
<b>BARRERAS FÍSICAS</b>	Hombre cis +Hombre Trans	Mujer cis +Mujer Trans	TOTAL
14. Horarios inadecuados		0,2	0,2
15. Dificultades en el transporte		0,2	0,2

<b>BARRERAS ECONÓMICAS</b>	Hombre cis +Hombre Trans	Mujer cis +Mujer Trans	TOTAL
16. Acceso a medicamentos	1,2	0,2	1,4
17. Acceso a productos sanitarios o de apoyo	0,1		0,1
18. Facturación en urgencias		0,4	0,4
19. Otras barreras económicas	10,6	10	20,6
<b>BARRERAS INFORMATIVAS</b>	Hombre cis +Hombre Trans	Mujer cis +Mujer Trans	TOTAL
20. Información errónea/incompleta desde el Sistema Sanitario Público	3	5,1	8,1
21. Información errónea/incompleta desde otros organismos públicos (INSS, servicios sociales, etc.)	5	10,6	15,6
22. Barreras digitales	0,1	0,1	0,2
23. Barreras lingüísticas	2,7	1,5	4,2
<b>BARRERAS CULTURALES</b>	Hombre cis +Hombre Trans	Mujer cis +Mujer Trans	TOTAL
24. Ausencia de mediación intercultural	1,4	1,3	2,7
25. Desconsideración del marco cultural en la atención	0,2	0,2	0,4
<b>Detección de barreras de acceso</b>			<b>100</b>

## 5. CONCLUSIONES

El análisis realizado en la Comunitat Valenciana evidencia que, a pesar de los avances normativos que reconocen el acceso universal a la atención sanitaria, persisten importantes desigualdades estructurales que limitan el ejercicio efectivo del derecho a la salud de las personas en situación de vulnerabilidad. La aplicación de la normativa estatal y autonómica se enfrenta a un sistema todavía fragmentado, donde la interpretación restrictiva de los procedimientos, la falta de coordinación interinstitucional y la escasa formación del personal en materia de derechos y diversidad generan un acceso desigual.

El entramado administrativo y organizativo del sistema sanitario valenciano continúa reproduciendo dinámicas de exclusión que afectan de manera particular a quienes no pueden cumplir con los requisitos burocráticos o acreditar documentalmente su residencia. La exigencia de empadronamiento, la dificultad para reconocer la residencia efectiva o la falta de un protocolo unificado de atención provocan que la puerta de entrada al sistema —el mostrador del centro de salud— se convierta en una de las principales barreras.

A ello se suma la persistencia de barreras económicas y físicas que condicionan la posibilidad real de acceder y mantener los tratamientos médicos. La pobreza farmacéutica continúa siendo una problemática estructural: los copagos y el coste total de la medicación para personas sin cobertura sanitaria dificultan la adherencia terapéutica y agravan enfermedades crónicas. Del mismo modo, la distancia entre los recursos, los horarios incompatibles con las dinámicas de vida de determinados colectivos o la ausencia de transporte en zonas rurales siguen limitando el acceso efectivo al sistema sanitario.

El proceso de digitalización, sin estrategias paralelas de inclusión, ha acentuado las desigualdades informativas. La brecha digital impide a muchas personas sin recursos tecnológicos o con bajo nivel de alfabetización acceder a citas, renovar medicación o consultar sus historiales clínicos. Esta situación se agrava cuando la información disponible no se ofrece en formatos comprensibles ni en los idiomas de la población usuaria, generando un círculo de desinformación y desconfianza hacia la administración sanitaria.

Por otra parte, las diferencias culturales continúan siendo un aspecto poco considerado en la práctica sanitaria. La falta de mediación intercultural y de formación en competencias culturales del personal provoca que el sistema no se adapte a la diversidad social y cultural de la Comunitat Valenciana, dificultando la comunicación y la adherencia a los tratamientos.

En la Comunitat Valenciana, los mecanismos existentes para garantizar la universalidad sanitaria se ven obstaculizados por la falta de procedimientos homogéneos, la insuficiente sensibilización del personal administrativo y sanitario, y la ausencia de estructuras sólidas de acompañamiento social. La atención sanitaria universal, gratuita y equitativa solo puede garantizarse mediante un enfoque integral que reconozca las múltiples dimensiones de la exclusión y promueva la coordinación efectiva entre los ámbitos social, sanitario y comunitario. Mientras las prácticas institucionales continúen reproduciendo desigualdades y delegando en las entidades sociales la mediación y el acompañamiento que deberían estar garantizados desde el propio sistema, la universalidad sanitaria seguirá siendo una promesa pendiente para las personas más vulnerabilizadas del territorio.

## 6. RECOMENDACIONES

### 1. A la Consellería de Salud

Es prioritario reforzar el compromiso de la Conselleria con la garantía efectiva del derecho a la salud en condiciones de igualdad. Para ello, se recomienda la implantación de un protocolo autonómico homogéneo que unifique los criterios de acceso al Sistema Nacional de Salud, evitando interpretaciones restrictivas o dispares entre departamentos de salud y/o la arbitrariedad del personal administrativo y sociosanitario. Este protocolo debería incluir directrices claras sobre el reconocimiento de la residencia efectiva, la atención sanitaria a personas sin documentación y la eliminación de cualquier exigencia de empadronamiento como requisito exclusivo de acceso.

Asimismo, resulta imprescindible fortalecer la formación continua del personal sanitario y administrativo en materia de derechos humanos, salud pública e interculturalidad, incorporando la perspectiva de género y la atención a la diversidad.

Se recomienda además la creación de una red autonómica de mediación intercultural en salud, integrada dentro del sistema público, con figuras formadas y estables en los centros de salud. Este recurso debe actuar como puente lingüístico y cultural entre las personas usuarias y los servicios sanitarios.

La Conselleria debería también impulsar estrategias específicas para reducir la pobreza farmacéutica, mediante el refuerzo de programas de acceso gratuito a medicación crónica y el establecimiento de mecanismos de apoyo a personas sin ingresos regulares.

Por otra parte, es necesario promover campañas informativas y de sensibilización hacia la ciudadanía y el personal sanitario para facilitar un entorno favorable al acceso al derecho a la salud de todas las personas y poner fin a la desinformación y los bulos sobre este ámbito.

Por último, se recomienda la elaboración y distribución de materiales informativos sobre el funcionamiento del sistema sanitario en los idiomas mayoritarios de la población migrante para facilitar su acceso al sistema de salud.

## 2. A Les Corts Valencianes

Se recomienda a Les Corts Valencianes reforzar el compromiso político con la equidad sanitaria mediante el seguimiento activo de la aplicación de la legislación vigente y la evaluación del impacto real del acceso universal en la Comunitat Valenciana. Resulta necesario promover iniciativas legislativas que consoliden la atención sanitaria universal como un derecho blindado, desvinculado de la situación administrativa o de empadronamiento.

Asimismo, se propone la aprobación de una estrategia que incorpore los determinantes sociales de la salud y aborde de manera

estructural las desigualdades derivadas de la pobreza, la exclusión residencial y la discriminación. Esta estrategia debería incluir medidas de prevención, sensibilización y acompañamiento social, así como un sistema estable de recogida y análisis de datos sobre barreras de acceso, con especial atención a los colectivos más vulnerabilizados.

Por último, se insta a Les Corts a garantizar una dotación presupuestaria suficiente que permita implementar las medidas mencionadas y fortalecer los recursos humanos y comunitarios que contribuyen a la inclusión sanitaria.

Asimismo, solicitamos al Gobierno de España y al Congreso de los Diputados:

- Aprobar el **Proyecto de Ley de sanidad universal**, actualmente en trámite, que recupere la redacción del artículo 3 de la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud previa a 2012 y **reconozca la titularidad del derecho a la atención sanitaria a todas las personas que viven de forma efectiva en España**, independientemente de su situación administrativa. **Asegurar en todo caso la atención con cargo a fondos públicos a menores de edad, mujeres embarazadas y atención en urgencias.**
- **Modificar la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios para asegurar el acceso a la prestación farmacéutica de personas en situación de vulnerabilidad social.** Particularmente en el caso de las personas migrantes en situación administrativa irregular y personas reagrupadas debe tenerse en cuenta su situación socioeconómica a la hora de poder equipararles a los supuestos de exención de aportación de la prestación farmacéutica.
- **Reforzar la Oficina de Asilo y Refugio con medios suficientes para poner fin a los retrasos en el sistema de citas.**



**SIN SALUD,  
LA VIDA SE DETIENE**