

La

SANIDAD PÚBLICA

Es responsabilidad de todas las personas, porque en cualquier momento podemos necesitar de ese sistema.

SALUD

2
0
2
5

IV INFORME DE BARRERAS AL SERVICIO CANARIO DE SALUD EN POBLACIONES VULNERABILIZADAS

Canarias



Solidaridad y salud

desahucios

ESPERANZA

APOYO COMUNITARIO

SALUD

RECREANDO VÍNCULOS,
PRATICANDO SOLIDARIDAD

vida
clandestina

¿Qué cosas hacen sentir los
problemas de los otros?

POR UNA SALUD PÚBLICA
SALUD Y DERECHO



Gobierno
de Canarias
islas iguales

IV INFORME DE BARRERAS AL SERVICIO CANARIO DE SALUD EN POBLACIONES VULNERABILIZADAS 2025

ELABORACIÓN

MÉDICOS DEL MUNDO CANARIAS

AUTORAS

Carolina Delgado Molina
Elodi Visoiu Mistrih
Julene Larrañaga Zulaica
Laura Carbonell Granell
Laura Valle López
Inmaculada González Castro
Magdalena Santana Armas
Natalia González Aguiar

COLABORADORAS

Camilla Cecchini
Laura Pérez Roselló
Tainara Paulon Protásio

REVISIÓN

María José Vázquez González

MAQUETACIÓN

Conchi Castellano Nogales



Este trabajo está sujeto bajo la licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Compartir Igual 4.0 Internacional

Usted es libre de compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra bajo las siguientes condiciones:

- Reconocimiento. Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por las autoras o el licenciante (pero no de una manera que sugiera que tiene su apoyo o que apoyan el uso que hace de su obra).
- No Comercial. No puede utilizar esta obra para fines comerciales.
- Sin Obras Derivadas. No se puede alterar, transformar o generar una obra derivada a partir de esta obra.

© 2026, del texto, sus autoras y colaboradoras.

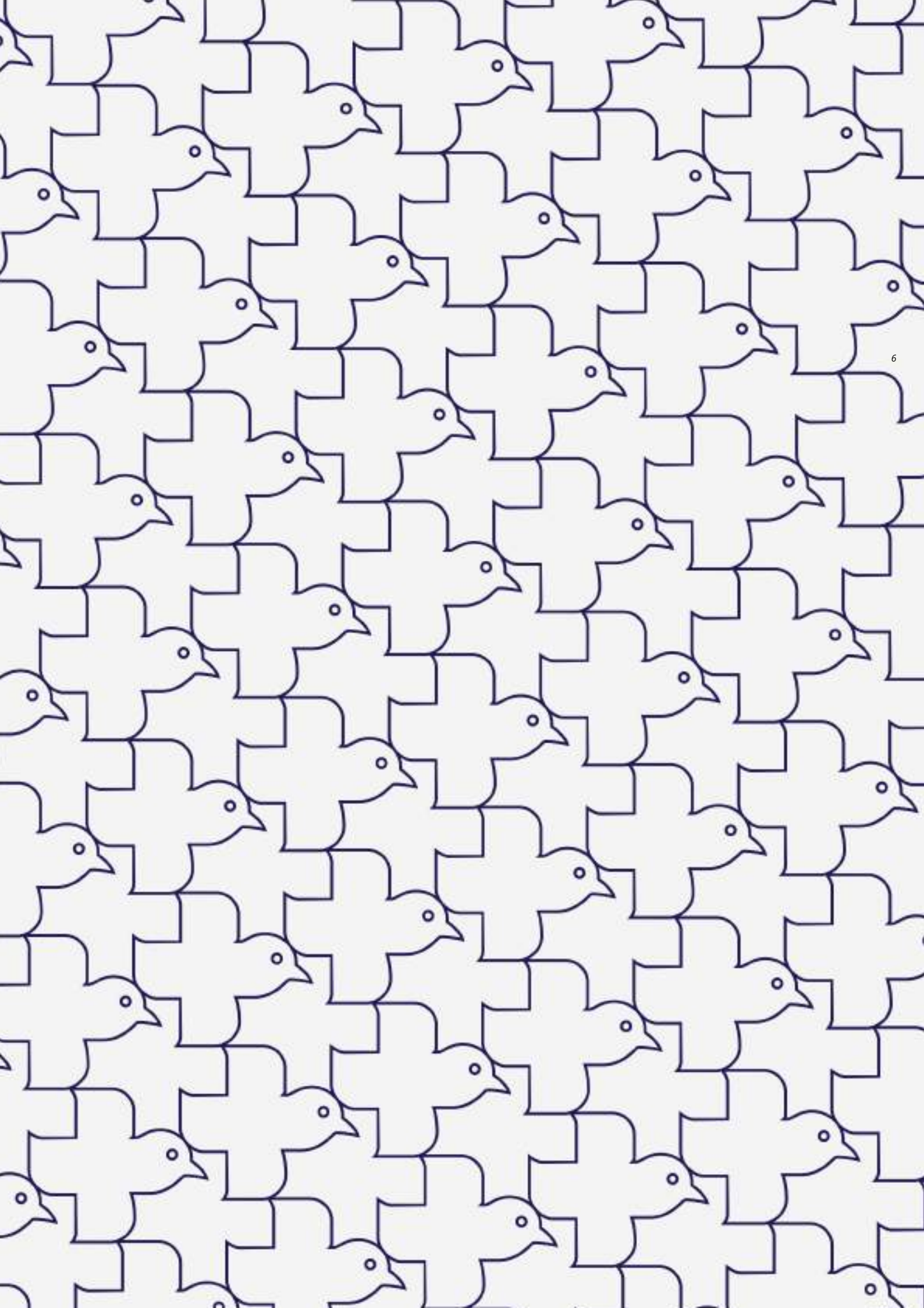
© 2026, de la edición, Médicos del Mundo Canarias.

Fecha edición: abril de 2026.

Portada: collage elaborado por titulares de derechos de Médicos del Mundo en Gran Canaria, integrantes del Círculo de Mujeres, espacio de sororidad y empoderamiento, en el marco del proyecto "Empleando Sueños, Tejiendo Futuros con Equidad", cofinanciado por el Fondo Social Europeo Plus (FSE+).

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	6
DERECHO A LA SALUD.....	8
DESIGUALDADES SOCIALES Y SITUACIÓN DE SALUD EN CANARIAS.....	11
Canarias como territorio de desigualdad y frontera.....	11
Estructura sociodemográfica y diversidad poblacional en Canarias.....	12
Pobreza y exclusión social como determinantes de la salud.....	13
EL SISTEMA SANITARIO CANARIO COMO GARANTE DEL DERECHO A LA SALUD.....	16
Sistema sanitario público, universal y solidario.....	16
Servicio Canario de Salud: estructura y rol de la Atención Primaria.....	18
Estado de salud percibido de la población en Canarias.....	21
Percepción ciudadana sobre el funcionamiento del sistema sanitario.....	22
ACCEDER AL SERVICIO CANARIO DE SALUD.....	24
Perfil de la población atendida por Médicos del Mundo Canarias.....	25
Barreras de acceso al Servicio Canario de Salud.....	27
1. Barreras discriminatorias.....	28
2. Barreras de información.....	32
3. Barreras económicas.....	36
4. Barreras físicas.....	40
5. Barreras culturales.....	44
6. Barreras en el acceso a los derechos sexuales y reproductivos.....	52
PERSPECTIVA DE PROFESIONALES SANITARIOS.....	58
DISCUSIÓN Y ANÁLISIS TRANSVERSAL DE HALLAZGOS.....	69
CONCLUSIÓN.....	72
RECOMENDACIONES.....	74
BIBLIOGRAFÍA.....	80
ANEXO.....	86



AGRADECIMIENTOS

Desde Médicos del Mundo Canarias queremos expresar nuestro agradecimiento a todas las personas que han participado e impulsado la elaboración de este informe, cuyo propósito es contribuir al fortalecimiento de un sistema sanitario de calidad, garantizando un acceso efectivo y equitativo para toda la población.

A las y los profesionales del Servicio Canario de Salud, por su implicación tanto en la construcción de este documento como en los aprendizajes derivados de la práctica compartida, en el marco de un trabajo continuo por tender puentes de equidad entre el sistema sanitario y las comunidades a las que atiende.

Y, de manera especial, a las personas que han compartido sus testimonios, sus experiencias y sus vivencias, poniendo también sus cuerpos en el centro de este análisis. Su generosidad ha hecho posible la construcción de un conocimiento imprescindible para seguir avanzando en la garantía efectiva del Derecho a la Salud.

Equipo de Médicos del Mundo Canarias

INTRODUCCIÓN

Desde hace más de treinta años, Médicos del Mundo desarrolla su labor con un compromiso firme con el derecho a la salud como derecho humano fundamental. Este derecho solo puede garantizarse plenamente mediante un sistema sanitario público, universal y solidario, capaz de ofrecer atención, prevención y promoción de la salud y de asegurar el acceso efectivo y de calidad a servicios, tratamientos y medicamentos, independientemente de la situación administrativa, económica o social de las personas.

La experiencia acumulada en el trabajo con personas migrantes, personas sin hogar y personas en situación de prostitución ha permitido identificar las dificultades reales que enfrentan las poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad para acceder al sistema sanitario. A partir de la ejecución de intervenciones integrales, adaptadas a cada territorio y desarrolladas desde un enfoque pluridisciplinario, se constata que la atención sanitaria está profundamente condicionada por determinantes sociales y estructurales que perpetúan las inequidades en salud.

La intervención en primera línea con grupos en situación de vulnerabilidad pone de manifiesto cómo las barreras administrativas, informativas, económicas, culturales y físicas, así como ciertas prácticas abiertamente discriminatorias, no constituyen hechos aislados, sino que corresponden a manifestaciones de dinámicas estructurales generadas y sostenidas, muchas veces, por el propio sistema sanitario, que vulneran y limitan el ejercicio efectivo del derecho a la salud. Identificar, visibilizar y analizar estas barreras, por tanto, no es solo un ejercicio técnico, sino un paso imprescindible para cuestionar e impulsar la transformación del sistema sanitario hacia un modelo realmente humanizado, inclusivo, equitativo y universal.

En este marco, desde el año 2022, Médicos del Mundo Canarias publica su informe anual sobre barreras de acceso al Servicio Canario de la Salud, centrado en las islas de Gran Canaria, Lanzarote y Tenerife, con el objetivo de documentar estas dificultades y formular recomendaciones orientadas a transformar las condiciones que las generan.

La presente edición del informe busca en primer lugar evidenciar cómo las barreras de acceso impactan directamente la vida, la salud y la dignidad de las personas, incorporando datos actualizados y relatos que ponen rostro al coste humano que supone la exclusión del sistema sanitario. Este informe adopta un enfoque de géne-

ro y antropológico que entiende la salud como un proceso social y culturalmente construido, atravesado por relaciones de poder, normas de género y dinámicas de exclusión, donde las mujeres, que constituyen el principal grupo atendido por la organización, continúan enfrentando desigualdades que condicionan de manera diferenciada su acceso y experiencia dentro del sistema sanitario. Desde esta perspectiva, los derechos sexuales y reproductivos se integran como eje transversal del informe.

En segundo lugar, este informe analiza el marco normativo que reconoce el Derecho a la Salud, y que, en la práctica se ve limitado o vulnerado ante ciertas condiciones estructurales y/o medidas institucionales. Además, se examina el modelo de sistema sanitario solidario y los procesos de privatización que erosionan su carácter público y universal.

Finalmente, esta edición incorpora el análisis de los resultados de un cuestionario dirigido a profesionales sanitarios de atención primaria de Gran Canaria, Lanzarote y Tenerife. Concebido como una herramienta que permite conocer la percepción de quienes sostienen el sistema desde dentro, este instrumento busca explorar cómo el personal sanitario aborda la atención a personas en situación de vulnerabilidad, incorporando aspectos como la interculturalidad, el idioma o la gestión de los determinantes sociales de la salud.

En este sentido, el presente informe se configura como una herramienta de denuncia y de análisis orientada a visibilizar las barreras persistentes en el acceso a la atención sanitaria de calidad, incluso una vez producido el acceso formal. A partir de la evidencia recogida surgen una serie de recomendaciones dirigidas a impulsar transformaciones estructurales que permitan avanzar hacia un sistema sanitario público verdaderamente accesible, equitativo y centrado en las personas, especialmente aquellas en situación de mayor vulnerabilidad.



DERECHO A LA SALUD

El derecho a la salud constituye un pilar esencial del sistema internacional de derechos humanos y una condición indispensable para el ejercicio de una vida digna. Desde la aprobación de la constitución de la Organización Mundial de la Salud en 1946, diversos organismos internacionales han consolidado, de forma progresiva, un marco normativo robusto en esta materia. La Declaración Universal de Derechos Humanos (Naciones Unidas, 1948) reconoce la salud como un elemento esencial para garantizar condiciones de vida dignas y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado en 1966 y en vigor desde 1976, en su artículo 12, otorgó carácter jurídicamente vinculante a este derecho (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2008), que posteriormente fue desarrollado por la Observación General N° 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000).

Esta interpretación establece que el derecho a la salud comprende dimensiones interrelacionadas como la disponibilidad, accesibilidad (física, económica y no discriminatoria), aceptabilidad y calidad de los servicios sanitarios. Además de estas dimensiones, el derecho a la salud incorpora principios transversales como la no discriminación e igualdad, la participación, la rendición de cuentas y la progresividad y no regresividad. Asimismo, la Observación General N° 14 reconoce expresamente la salud sexual y reproductiva como parte integral de este derecho, imponiendo a los Estados la obligación de garantizar servicios de prevención y promoción en esta materia.

De manera consistente, diversos organismos internacionales han subrayado que este derecho debe garantizarse a todas las personas, independientemente de su situación administrativa, reafirmando el principio de universalidad y de prohibición de discriminación como ejes estructurales del sistema de protección internacional. En el contexto nacional, España ratificó el PIDESC¹ en 1977 (España, 1977), asumiendo el compromiso jurídico vinculante de garantizar el derecho a la salud, sin regresividad ni exclusiones. Asimismo, el artículo 43 de la Constitución Española (España, 1978) reconoce el derecho a la protección de la salud y posteriormente este mandato se desarrolló mediante la Ley 14/1986 General de Sanidad (España, 1986) que configuró un sistema sanitario público de vocación universal.

¹ *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Naciones Unidas, 1966.



Charla con jóvenes de centros de menores sobre el papel de los hombres en la erradicación de la mutilación genital y otras violencias de género, con el acompañamiento de un mediador intercultural de ACAMEI. Foto: Médicos del Mundo Canarias.

Pese a este respaldo jurídico, el año 2012 se aprueba el Real Decreto-ley 16/2012 (España, 2012) que supuso una restricción significativa al excluir de la cobertura a personas extranjeras en situación administrativa irregular, limitando su acceso a atenciones de urgencia y a atenciones durante el embarazo, parto y posparto.

Esta regresión fue parcialmente revocada con el Real Decreto-ley 7/2018 (España, 2018), sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud; un texto que reconoció nuevamente el derecho a la asistencia sanitaria a las personas extranjeras sin residencia. No obstante, el acceso quedó condicionado

al cumplimiento de determinados requisitos administrativos que, en la práctica, generan obstáculos y situaciones de exclusión, evidenciando la distancia entre el reconocimiento formal del derecho y su ejercicio efectivo.

En esta línea, el reciente Real Decreto 180/2026, publicado el 12 de marzo de 2026 (España, 2026), se orienta a retornar el principio de universalidad de la asistencia sanitaria en España. Lo hace en un contexto en el que se busca avanzar en la reducción de las barreras administrativas que han limitado el acceso al sistema de salud en nuestro país.

En el ámbito local, la Comunidad Autónoma de Canarias ha desarrollado instrumentos específicos para garantizar la efectividad del derecho a la salud. La Ley 11/1994, de Ordenación Sanitaria de Canarias, consagra la protección integral y universal de la salud como fundamento del Sistema Canario de la Salud. En este marco se inscribe la Instrucción N°6/2025 de la Dirección del Servicio Canario de la Salud (Servicio Canario de la Salud, 2025) relativa a la emisión del documento acreditativo para la asistencia sanitaria a personas residentes en Canarias, independientemente de su situación administrativa. El objetivo de esta reciente instrucción es homogeneizar la aplicación de la normativa vigente con la finalidad de garantizar el acceso efectivo a la asistencia sanitaria, y pese a que esta instrucción generó notables avances, su implementación no ha estado exenta de dificultades, persistiendo en algunos casos criterios dispares en su interpretación y exigencias administrativas adicionales que continúan generando barreras en el acceso, especialmente para las personas en situación de mayor vulnerabilidad.

En definitiva, el marco jurídico internacional, nacional y autonómico ofrece un entramado normativo que reconoce la salud como derecho humano exigible y obliga a los poderes públicos a garantizar sistemas sanitarios sólidos, universales y accesibles. Sin embargo, la efectividad real de este marco, especialmente para las poblaciones en situación de vulnerabilidad, requiere un análisis profundo de los determinantes sociales que, en la práctica, obstaculizan el ejercicio pleno de este derecho.

Acción por el derecho a la salud con el Voluntariado de Médicos del Mundo en ESPAL 2025. Foto: ESPAL.



DESIGUALDADES SOCIALES Y SITUACIÓN DE SALUD EN CANARIAS

Tal como se ha explicado en versiones anteriores del Informe de Barreras de Médicos del Mundo Canarias², los determinantes sociales de la salud se entienden como las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, enmarcadas en sistemas políticos, sociales y económicos que influyen sobre las condiciones de vida cotidiana y que, por tanto, tienen un impacto directo o indirecto en su salud (Organización Mundial de la Salud, s.f.). Estos configuran, por tanto, las oportunidades, la distribución del poder y los recursos disponibles, generando en muchas ocasiones brechas injustas y evitables que segmentan a la población en distintos grupos o categorías más o menos privilegiadas. Estas diferencias dan lugar a desigualdades en salud y reflejan inequidades estructurales que condicionan la vida de las personas, limitando las posibilidades de ejercer plenamente el derecho a la salud.

Canarias como territorio de desigualdad y frontera

Para comprender cómo estos determinantes sociales se expresan en el territorio, resulta necesario observar algunos elementos estructurales del contexto canario, tanto desde el punto de vista demográfico como socioeconómico.

El territorio de Canarias se caracteriza por una posición geopolítica singular en la ruta atlántica migratoria hacia Europa, siendo receptora mayoritariamente de migración europea y de América Latina. Su insularidad, junto con un modelo económico dependiente mayoritariamente del turismo y del empleo estacional, configura un escenario marcado por diversas desigualdades estructurales que se expresan en elevadas tasas de pobreza, exclusión social y vulnerabilidad socioeconómica.

Estas desigualdades se intensifican cuando intervienen otros factores como el género, la condición migratoria o la situación administrativa, generando impactos diferenciados y acumulativos en determinados grupos de la población. Analizar la situación de Canarias desde esta perspectiva permite comprender mejor los desafíos que enfrentan las poblaciones con las que trabaja Médicos del Mundo y el origen de las barreras que enfrentan.

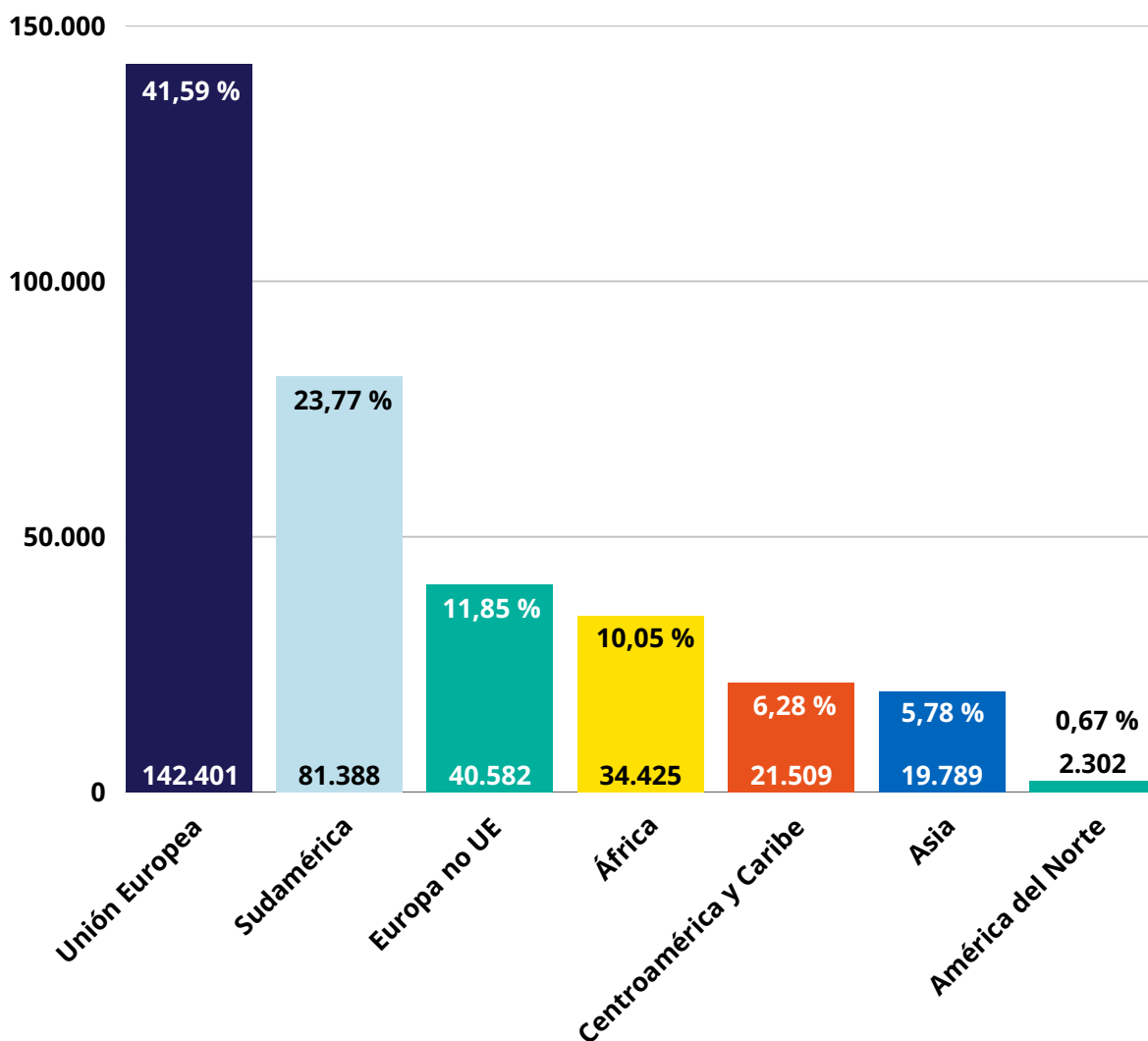
² Véanse las ediciones anteriores del [Informe de Barreras en el Acceso al Servicio Canario de Salud de Médicos del Mundo 2024](#), donde se desarrolla el marco conceptual sobre determinantes sociales de la salud.

Estructura sociodemográfica y diversidad poblacional en Canarias

Según datos estadísticos del INE, en 2025 Canarias contaba con una población de 2.258.866 personas (Instituto Nacional de Estadística, 2025), de las cuales el 50,65% eran mujeres y el 49,35% hombres. De la población que reside en Canarias, un 15,17% son personas de nacionalidad extranjera.

Del total de población extranjera en Canarias, el 42% proviene de algún país de la Unión Europea, 24% de Sudamérica, 12% de países europeos fuera de la Unión Europea, 10% de África y 6% de Centro América y Caribe y 6% de Asia. Estas cifras revelan que **el mayor flujo migratorio de la comunidad autónoma de Canarias proviene de la Unión Europea.**

Origen de la población extranjera en Canarias



Pobreza y exclusión social como determinantes de la salud

Según la Encuesta de Condiciones de Vida del INE, en 2025 el 22,9 % de la población de Canarias se sitúa por debajo del umbral de pobreza, lo que implica que aproximadamente una de cada cuatro personas dispone de ingresos insuficientes para cubrir adecuadamente necesidades básicas como la vivienda, la alimentación o el acceso a servicios esenciales (Instituto Nacional de Estadística, 2025). Este escenario se inscribe en lo señalado por el IX Informe FOESSA sobre Exclusión y Desarrollo Social en España (Cáritas Española, 2025), que caracteriza la exclusión socioeconómica como un fenómeno estructural intensificado tras crisis encadenadas y asociado a la precarización del empleo, la inestabilidad de ingresos y las dificultades de acceso a la vivienda.

En el contexto canario, esta tendencia se ve reforzada por un modelo económico fuertemente terciarizado (Instituto Nacional de Estadística, 2025) y dependiente del turismo, caracterizado por altos niveles de estacionalidad e inestabilidad laboral. A ello se suma una persistente brecha de género, con tasas de actividad más bajas y mayores niveles de desempleo entre las mujeres (Instituto Nacional de Estadística, 2025).

En el caso de las personas migrantes, esto se combina con barreras específicas, como la no homologación de titulaciones, las trayectorias laborales interrumpidas o las situaciones administrativas inestables que oscilan entre la regularidad y la irregularidad. Esta mayor incidencia de exclusión se asocia además a percepciones más frecuentes de discriminación por nacionalidad u origen étnico, lo que sugiere que, más allá de los factores estructurales generales, operan barreras sociales y de reconocimiento que agravan de manera particular el riesgo de pobreza en este colectivo. El informe FOESSA sobre Exclusión y Desarrollo Social en España (Cáritas Española, 2025) subraya, asimismo, que algunos grupos migrantes, especialmente personas de origen africano, se concentran en las situaciones más extremas de exclusión, lo que pone de relieve la necesidad de diseñar políticas públicas que aborden simultáneamente las condiciones materiales y las barreras estructurales que dificultan la integración social efectiva.

En el caso de las mujeres migrantes, estas vulnerabilidades se combinan con dinámicas de dependencia económica, mayor riesgo de violencia y una mayor limitación de la autonomía en la toma de decisiones sobre su salud, especialmente la salud sexual y reproductiva.

La exclusión social encuentra una de sus manifestaciones más críticas en el ámbito de la vivienda. La actual crisis habitacional en Canarias, marcada por el impacto del alquiler turístico y por precios elevados en relación con los salarios, no solo vulnera el derecho a una vivienda adecuada, sino que profundiza aún más las desigualdades estructurales. Según el informe de Médicos del Mundo elaborado por Oldano y Buraschi (2025), el sinhogarismo constituye una manifestación extremadamente grave de la exclusión social y una expresión clara de la feminización de la pobreza. En Tenerife, aproximadamente una de cada cuatro personas en situación de exclusión residencial extrema es mujer (24,5 %), lo que demuestra que la situación de vivienda impacta de forma significativa y diferenciada por género (Oldano & Buraschi, 2025).

En este escenario, las mujeres enfrentan brechas laborales y salariales persistentes que intensifican la precarización de sus condiciones de vida. Un claro ejemplo de esto lo constituye la sobrecarga de cuidados, especialmente los de carácter informal, que asumen las mujeres. Todo lo anterior repercute directamente en su salud y bienestar, especialmente en la salud mental, pudiendo derivar en dinámicas de sobremedicalización asociadas a estereotipos y roles de género que invisibilizan malestares estructurales, así como procesos de hiperpatologización por parte del equipo sanitario, que tienden a medicalizar experiencias vinculadas a determinantes sociales. (Observatorio de Derechos Sociales de Canarias, 2025).

Todo lo anterior evidencia cómo la intersección entre pobreza, migración, género y exclusión social produce impactos diferenciados y acumulativos en la vida y la salud de las personas, particularmente en las mujeres, lo que plantea la necesidad de abordar estos fenómenos desde enfoques integrales que incorporen los determinantes sociales de la salud.



Testimonio



Canarias

Desde Médicos del Mundo acompañamos a una **persona en situación de sinhogarismo extremo**. Tras haber sido diagnosticada de cáncer con indicación de radioterapia, se le presentaron barreras para iniciar el tratamiento debido a la falta de un recurso habitacional que garantizara su seguimiento y cuidados.

Este caso pone de manifiesto la forma en que **las vulnerabilidades se entrecruzan** (exclusión residencial extrema, ausencia de red de apoyo) y potencian las barreras en el acceso efectivo a la salud.



POR UNA SANIDAD 
PÚBLICA Y UNIVERSAL
SIN CASI, SIN PEROS,
SIN CONDICIONES.

EL SISTEMA SANITARIO CANARIO COMO GARANTE DEL DERECHO A LA SALUD

En contextos marcados por la pobreza y la exclusión social, el sistema sanitario público adquiere un papel fundamental como mecanismo institucional destinado a mitigar los efectos de los determinantes sociales sobre la salud. Por ello, analizar la organización y el funcionamiento del sistema sanitario español, y particularmente del Servicio Canario de Salud, permite comprender cómo se articula en la práctica la atención sanitaria y aproximarse a la efectividad de este modelo a través de los resultados en salud y de la percepción que la ciudadanía tiene tanto de su propio estado de salud como del funcionamiento del sistema sanitario.

Sistema sanitario público, universal y solidario

El sistema sanitario español adopta el modelo sanitario Beveridge³, configurándose como un modelo solidario basado en la financiación pública mediante impuestos y en la cobertura universal como garantía del derecho a la salud. Según el informe *Health Systems and Policy Monitor* (European Observatory on Health Systems and Policies, 2024), el sistema sanitario español se caracteriza por su solidez institucional, su financiación mayoritariamente pública y su cobertura prácticamente universal.

Los modelos sanitarios basados en sistemas públicos, universales y solidarios se asocian generalmente con mejores resultados en salud. En esta línea, los datos proporcionados por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (2025) indican que España mantiene resultados comparativamente positivos en el contexto internacional, reflejados en una alta esperanza de vida y una baja mortalidad evitable.

Pese a que la evidencia disponible refleja valoraciones positivas sobre este tipo de sistemas sanitarios, distintos análisis advierten que persisten brechas en el acceso efectivo al sistema sanitario. El informe *Health Systems and Policy Monitor* (2024) señala que determinados requisitos administrativos, como el empadronamiento o la situación administrativa, pueden constituir obstáculos que limitan el ejercicio del dere-

³ El modelo sanitario Beveridge se financia con impuestos y ofrece cobertura universal mediante provisión pública. El modelo Bismarck se basa en seguros sociales financiados por cotizaciones laborales y gestionados por entidades aseguradoras. La diferencia principal radica en la financiación y el grado de provisión pública frente a aseguramiento vinculado al empleo (World Health Organization, 2000).

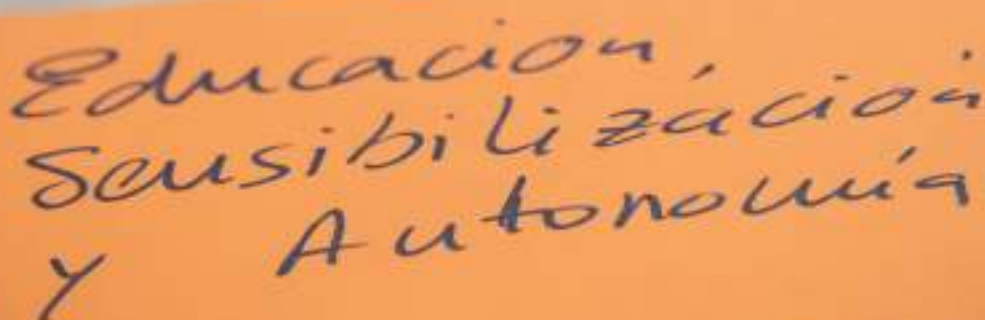
cho a la salud para algunos grupos de población, especialmente en contextos de mayor vulnerabilidad. A ello se suman desafíos estructurales vinculados a la presión asistencial sobre la atención primaria y los servicios de salud mental, ámbitos que han experimentado una creciente tensión durante los últimos años.

La presión que actualmente experimenta el sistema sanitario público, reflejada en el aumento de las listas de espera, las limitaciones presupuestarias y el déficit de profesionales, no puede entenderse al margen de los procesos de progresiva privatización que han marcado la evolución del sector sanitario en las últimas décadas. En este contexto, el fortalecimiento del sector privado en la provisión y financiación de servicios sanitarios ha ido acompañado de una creciente derivación de recursos públicos hacia actores privados, mediante el incremento de conciertos, externalizaciones de servicios y el crecimiento del aseguramiento sanitario privado.

Este proceso ha contribuido a consolidar en la práctica un modelo sanitario mixto en el que el sistema público convive con una mayor presencia del sector privado, lo que plantea importantes desafíos para la equidad y para el fortalecimiento de la sanidad pública. La ampliación del papel del sector privado no solo reconfigura la organización del sistema, sino que también genera tensiones al favorecer dinámicas de acceso desigual a la atención sanitaria y al profundizar las desigualdades sociales en salud.

En este sentido, el avance de estos mecanismos de privatización puede debilitar la capacidad del sistema público para garantizar una atención sanitaria universal y de calidad, poniendo en riesgo los principios de universalidad, equidad y solidaridad que constituyen la base del sistema sanitario público.

En este contexto, también se ve comprometido el papel de la atención primaria como nivel inicial de acceso y eje vertebrador del sistema, lo que hace necesario profundizar en su estructura y funcionamiento para comprender de qué manera el modelo sanitario se materializa en la práctica y qué factores pueden contribuir a reforzarlo o, por el contrario, a generar nuevas desigualdades.



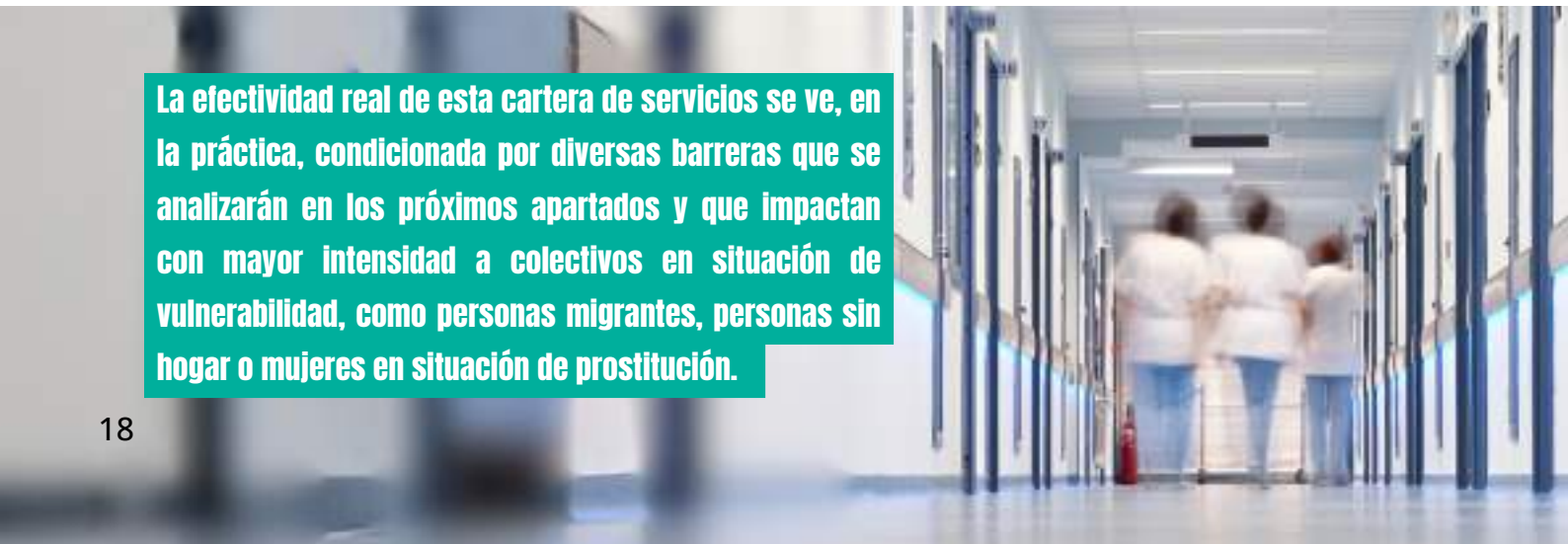
Educación,
Sensibilización
y Autonomía

Servicio Canario de Salud: estructura y rol de la Atención Primaria

El Servicio Canario de Salud (SCS), integrado en el Sistema Nacional de Salud, es el organismo responsable de garantizar la asistencia sanitaria pública en el archipiélago. Creado como organismo autónomo mediante el Decreto 32/1995, desarrolla las competencias de la Comunidad Autónoma en promoción, protección y recuperación de la salud. Su actuación se fundamenta en principios de universalidad, equidad, coordinación, integración de recursos, participación comunitaria, eficiencia y mejora continua de la calidad, con el objetivo de asegurar una atención sanitaria gratuita a la población residente en Canarias (Gobierno de Canarias, 1995).

Este sistema se estructura en dos niveles asistenciales, la Atención Primaria y la Atención Especializada. La primera constituye el primer nivel de contacto con la ciudadanía, y tal como se mencionó anteriormente, constituye el eje central del modelo sanitario. Esta se organiza en centros de salud y consultorios locales, organizados territorialmente y según proximidad en Zonas Básicas de Salud (ZBS), donde equipos multidisciplinares ofrecen atención integral orientada a la prevención y promoción de la salud, el diagnóstico y tratamiento de patologías frecuentes, el seguimiento de enfermedades crónicas, la atención de urgencia y la atención domiciliaria. La Atención Especializada, por su parte, se desarrolla en hospitales públicos, Centros de Atención Especializada (CAE) y centros concertados, donde se prestan servicios diagnósticos y terapéuticos avanzados, hospitalización e intervenciones quirúrgicas.

La cartera de servicios del Servicio Canario de Salud incluye los referentes a la atención primaria y especializada, programas de prevención y promoción de la salud, vacunación, cribados y educación sanitaria, salud mental, salud sexual y reproductiva, rehabilitación y otros. Sin embargo, existen servicios con cobertura parcial o excluidos de esta cartera; entre ellos, la atención dental, óptica, ortopédica u otros tratamientos no concertados, así como las prestaciones farmacéuticas con copago vinculado a la renta.



La efectividad real de esta cartera de servicios se ve, en la práctica, condicionada por diversas barreras que se analizarán en los próximos apartados y que impactan con mayor intensidad a colectivos en situación de vulnerabilidad, como personas migrantes, personas sin hogar o mujeres en situación de prostitución.

Desde el punto de vista de la Salud Pública, **la atención primaria es un elemento clave** para alcanzar el máximo nivel de salud posible, definiéndola como el primer nivel de contacto y acercamiento de las personas, familias y comunidades al sistema sanitario. Su propósito es llevar la asistencia sanitaria mediante un proceso comunitario y participativo que integra los determinantes sociales, económicos y culturales, garantizando equidad y justicia social (Organización Mundial de la Salud, 1978). Este enfoque de la atención primaria ha sido además fortalecido por documentos internacionales y referentes como la Carta de Ottawa (Organización Mundial de la Salud, 1986) que refuerza la promoción de la salud como eje central de las políticas públicas en salud.

A partir de esto, diversos estudios respaldan su rol y la importancia de acceder a esta. La literatura en economía de la salud muestra de forma consistente que **garantizar el acceso a la atención preventiva y primaria resulta más eficiente que restringir el acceso** y concentrar la atención en episodios de urgencia o en niveles hospitalarios (Starfield, Shi, & Macinko, 2005). La inversión en atención primaria no solo mejora los resultados en salud, sino que reduce costes evitables a medio y largo plazo. En enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, el acceso continuado a cuidados preventivos disminuye la incidencia de eventos cardiovasculares mayores, evitando hospitalizaciones, procedimientos invasivos y discapacidad asociada, con ahorros significativos para el sistema sanitario (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2019).

Además, se ha demostrado que una mayor longitudinalidad, entendida como la relación continuada entre el paciente y el mismo profesional de atención primaria, se asocia a una reducción del uso de servicios de urgencias, de las hospitalizaciones evitables y de la mortalidad total (Pereira et al., 2018; Sandvik et al., 2022). Por el contrario, la fragmentación asistencial, la rotación frecuente de profesionales y la sobrecarga reducen estos beneficios y favorecen una atención más episódica, reactiva y costosa, con peores resultados en salud (Starfield, Shi, & Macinko, 2005).

Estos ejemplos evidencian que limitar el acceso temprano y continuado a la atención primaria no solo compromete el derecho a la salud, sino que incrementa el gasto sanitario global al trasladar la carga asistencial a niveles más complejos y costosos del sistema, generando además un deterioro evitable en la salud de las personas, que ven agravadas sus condiciones, enfrentan mayores sufrimientos y pierden oportunidades de recibir una atención oportuna y digna.

Finalmente la evidencia existente nos demuestra que **reforzar y sostener la atención primaria**, así como velar por la defensa de un sistema de salud público, universal y solidario resulta, por tanto, esencial no solo para mejorar la eficiencia y los resultados sanitarios, sino también para prevenir procesos de exclusión, privatización y externalización que inciden en la organización y sostenibilidad del sistema, así como en la garantía efectiva del derecho a la salud, especialmente para las poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad.



**NATALIA ESTÁ
AL BORDE DEL
COLAPSO.**

**TIENE MÁS DE
50 PACIENTES
EN UNA TARDE,
9 MINUTOS DE
MEDIA PARA
ATENDERLOS Y
SIENTE QUE NO
LLEGA.**

**PERSONAL
SANITARIO CASI
CUIDADO.**

Natalia, 52 años



**DÍA MUNDIAL
DE LA SALUD.**

**POR UNA SANIDAD
PÚBLICA Y UNIVERSAL,
SIN GASTO, SIN PERDAS,
SIN CONDICIONES.**



NECESITA
TRATAMIENTO
PARA SU
DIABETES Y
CONTROLARSE EL
AZÚCAR, PERO NO
TODO ESTÁ
CUBIERTO.

AHORA SU HIJA
PAGA 200€
MENSUALES PARA
PODER CUBRIRLO.

**TRATAMIENTOS
CASÍ CUBIERTOS.**

Jorge, 37 años



ATENDIÓ EN
URGENCIAS TRAS
SER SERVICIA
POR UNA
AGRESIÓN
SEXUAL.

COMO NO TENÍA
TARJETA
SANITARIA,
RECIBIÓ UNA
FACTURA DE 185€
POR LA ATENCIÓN.

ATENCIÓN EN
URGENCIAS PARA
CASÍ TODAS LAS
PERSONAS.

Esperanza, 22 años

Estado de salud percibido de la población en Canarias

En cuanto a la percepción que la ciudadanía tiene sobre su propio estado de salud, la Encuesta de Salud de Canarias (Instituto Canario de Estadística, 2021), que constituye la fuente más reciente disponible en el territorio, muestra que, aunque la mayoría de la población declara una salud buena o muy buena, esta valoración presenta importantes desigualdades según género, edad y posición socioeconómica. En particular, las mujeres, las personas mayores y quienes pertenecen a grupos socialmente más desfavorecidos reportan una peor autopercepción de salud.

Esta tendencia se acentúa en contextos de mayor exclusión: según el Informe elaborado por Oldano y Buraschi (2025), basado en datos de 2023 sobre 268 mujeres en situación de sinhogarismo en Tenerife, cerca de ocho de cada diez mujeres consideran que su estado de salud ha empeorado desde que se encuentran en esta situación. El empeoramiento percibido del estado de salud es particularmente alto entre las mujeres que viven en una vivienda sin título legal llegando casi al 90%, y entre quienes se encuentran en situación administrativa irregular, con un 92,7%.

Esta tendencia no se limita a casos específicos de exclusión extrema, sino que se reproduce a nivel territorial en distintos contextos urbanos. En este sentido estudios territoriales recientes en barrios de Las Palmas de Gran Canaria evidencian una mayor prevalencia de patologías en contextos de vulnerabilidad socioeconómica (López-Valcárcel, y otros, 2025), lo que refuerza la idea de que la salud en Canarias está profundamente condicionada por los determinantes sociales y que la capacidad del sistema sanitario para mitigar estas desigualdades resulta limitada, especialmente en los colectivos más vulnerables.

En conjunto, estos resultados muestran que la autovaloración del estado de salud está profundamente condicionada por los determinantes sociales, en particular por las trayectorias de vida marcadas por la desigualdad y las posibilidades reales de acceso al sistema sanitario. Así, la percepción de salud se configura como un indicador sensible de las desigualdades sociales, ya que refleja no solo la presencia de enfermedad, sino también las barreras estructurales que condicionan el bienestar y el ejercicio efectivo del derecho a la salud, especialmente en los colectivos en situación de mayor vulnerabilidad.

Percepción ciudadana sobre el funcionamiento del sistema sanitario

Diversos instrumentos permiten radiografiar la percepción de la ciudadanía respecto al Sistema de Salud y los servicios ofrecidos por el Sistema Canario de Salud. Según el barómetro de salud (Ministerio de Sanidad, 2025), que analiza los resultados de la encuesta aplicada a 2.318 personas mayores de 18 años (Ministerio de Sanidad, 2025), y que considera muestras representativas en cada comunidad autónoma, más de la mitad de la población opina que el sistema funciona bien o bastante bien, aunque con necesidad de ajustes, mientras que casi la mitad ve necesario que haya cambios importantes o profundos.

La percepción más crítica del sistema sanitario viene dada por las mujeres, quienes, en paralelo, son las que presentan mayor uso del sistema, mayores dificultades para conseguir cita y tiempos de espera más largos. A su vez, las personas que se sitúan en clases media-alta o alta tienden a valorar mejor el sistema, mientras que quienes se identifican como clase media-baja o baja muestran menor puntuación en satisfacción con el sistema y manifiestan la necesidad de cambios profundos.

A nivel autonómico, la interpretación del barómetro realizada por el Gobierno de Canarias destaca una evolución favorable respecto a versiones anteriores: el 75 % de los pacientes en Canarias valora positivamente la atención recibida en los centros de salud. Asimismo, la valoración media otorgada a la atención primaria en la comunidad alcanza los 7,18 puntos sobre 10, situándose por encima de la media nacional en este nivel asistencial (Gobierno de Canarias, 2025). Esto se relaciona con resultados anteriores, en los que las encuestas de percepción evaluaban los servicios de atención primaria como “buenos” y “muy buenos”, aunque al mismo tiempo señalaban resultados desfavorables respecto a necesidades consideradas no satisfechas (Instituto Canario de Estadística, 2021).



En definitiva, tanto el Barómetro Sanitario como las encuestas autonómicas constituyen herramientas útiles para aproximarse a la percepción ciudadana sobre el funcionamiento del sistema sanitario y la calidad de los servicios prestados.

No obstante, éstas presentan limitaciones relevantes para un análisis sobre desigualdad estructural. Estos instrumentos no aportan información sobre dimensiones vinculadas a la exclusión social, a la situación administrativa o condición migratoria, ni incluyen preguntas orientadas a detectar discriminación o posibles dinámicas de racismo institucional y trato diferencial en el acceso al sistema sanitario. En consecuencia, estas encuestas captan fundamentalmente la experiencia y opinión de quienes ya se encuentran dentro del circuito formal del sistema sanitario, pero no permiten evaluar de forma específica el impacto del sistema sobre colectivos que enfrentan mayor vulnerabilidad estructural ni dimensionar adecuadamente las barreras que limitan su acceso y permanencia en el mismo.



ACCEDER AL SERVICIO CANARIO DE SALUD

Tras haber contextualizado el derecho a la salud y su ejercicio en la práctica, este apartado aborda las barreras de acceso—y en ocasiones de aceptabilidad— al sistema sanitario desde una perspectiva empírica. Para ello, se integran los resultados cuantitativos obtenidos a partir de la base de datos institucional de Médicos del Mundo Canarias junto con los hallazgos cualitativos que surgen del trabajo en primera línea con colectivos en situación de vulnerabilidad.

Los datos han sido recogidos, además, en el marco del proyecto ‘Barreras para el ejercicio de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Estudio cualitativo en poblaciones vulnerabilizadas de Gran Canaria, Tenerife y Lanzarote’, desarrollado entre junio y agosto de 2025 por Médicos del Mundo Canarias, con el apoyo de Mosaico Acción Social.

Asimismo, en un siguiente apartado se presentan los resultados de carácter cualitativo, obtenidos a partir de un cuestionario anónimo dirigido a profesionales del Servicio Canario de Salud de la Atención Primaria y Comunitaria. Este cuestionario está específicamente diseñado para explorar la atención a personas en situación de vulnerabilidad. La encuesta analiza la percepción profesional sobre el acceso al sistema sanitario, el impacto de la situación administrativa, la interculturalidad y las desigualdades en salud, incorporando preguntas abiertas que permiten identificar barreras y dinámicas de exclusión del sistema sanitario.

En conjunto, esta aproximación metodológica mixta no solo permite cuantificar la frecuencia y tipología de las barreras registradas, sino también comprender cómo éstas son percibidas, interpretadas y gestionadas por el propio conjunto de profesionales sanitarios, aportando mayor profundidad y amplitud al análisis de las barreras de acceso y aceptabilidad.



Perfil de la población atendida por Médicos del Mundo Canarias

El equipo de Médicos del Mundo Canarias, integrado por personal técnico y voluntariado comprometido con la defensa y garantía del derecho a la salud, acompaña desde 1994 a personas en situación de vulnerabilidad, entre ellas personas en situación de sinhogarismo, personas migrantes, mujeres en contextos de prostitución y otros colectivos en riesgo de exclusión social.

DATOS ANUALES DE ATENCIÓN

A lo largo del año 2025 se ha registrado la atención de 2229 personas. De ellas, 881 manifestaron verbalmente la presencia de distintos tipos de barreras para acceder al sistema sanitario. En total, se documentaron 1.855 barreras, lo que supone una media de 2,1 barreras por persona atendida.

En cuanto a la distribución por género de las personas atendidas, el 83% fueron mujeres, un 16,7% hombres y un 0,3% de personas no binarias.

Identidad de género		Personas atendidas	Total
Hombre cisgénero	%	16,6 %	16,7 %
Hombre transgénero	%	0,1 %	
Mujer cisgénero	%	81 %	83 %
Mujer transgénero	%	2 %	
Género no binario	%	0,3 %	0,3 %
Total	%	100 %	



En cuanto a la procedencia de las personas atendidas, el **97,8 % de ellas proceden del extranjero, frente a un 2,2 % de nacionalidad española**. De las personas de procedencia extranjera, **la gran mayoría proviene de Latinoamérica (86,5%)**, siendo mayoritarios países como Colombia, Venezuela, Brasil, Cuba y República Dominicana. Respecto a los rangos de edad, **las personas entre 25 y 44 años representan el 58,9 %** del total de las atenciones, lo que indica una clara concentración en población adulta joven.

Nacionalidad y grupos de edad	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	0,2	0,2	0,4	0,5	0,4	0,6	0,1	0,1	0,8	3,3
Europa del Este	0	0,1	0,7	0,7	0	0,1	0	0	0,1	0,7
Latinoamérica	4,1	11,2	31,8	20,4	8,5	4,7	2,2	1,1	2,5	86,5
África Subsahariana	0,1	0,5	1	0,4	0,1	0,4	0	0	0,1	2,6
Norte África	0	0,1	1	0,4	0,2	0	0	0	0,2	1,8
Asia	0	0	0,1	0	0	0	0	0	0	0,1
Norteamérica										0
España	0,1	0,2	0,4	0,1	0,7	0,2	0,2	0,1	0,2	2,2
NS/NC	0,1	0	0,6	0,4	0,3	0	0,2	0,1	0,1	1,8
TOTAL	4,6	12,2	36	22,9	10,2	6	2,7	1,4	4	100

Estos resultados permiten señalar que quienes enfrentan mayores dificultades y situaciones de vulnerabilidad son, principalmente, mujeres migrantes jóvenes procedentes de países del sur global atravesados por contextos geopolíticos complejos, y cuyas condiciones de vulnerabilidad tienden a intensificarse en el proceso y el contexto migratorio.

La **situación administrativa** de las personas con las que intervenimos constituye un elemento clave que condiciona el ejercicio efectivo de derechos fundamentales como la salud, el acceso al empleo y la protección social. La situación administrativa irregular en la que se encuentran muchas de estas personas tiende a complejizar aún más las trayectorias vitales y aumenta su exposición a dinámicas de exclusión y explotación. Las restricciones de acceso al sistema sanitario por estos motivos no solo generan ineficiencias, sino que tienen consecuencias directas sobre el aumento significativo de la mortalidad, especialmente por causas consideradas evitables mediante una atención sanitaria oportuna y efectiva (Juanmartí Mestres, López Casanovas, & Vall Castelló, 2018).

Respecto a este punto, del total de personas a las que se le registraron barreras de acceso al sistema, **el 43,6 % se encontraba en situación administrativa irregular y de ellas, un 35,3 % son mujeres (cis y trans)**, lo cual refuerza la feminización de la vulnerabilidad administrativa observada en la población atendida.

Según los datos registrados en nuestra base de datos, de las 2229 personas atendidas por Médicos del Mundo Canarias, **un 40% registró barreras de acceso al sistema sanitario** y de ellas **un 61,3% declaro no poseer tarjeta sanitaria**. Si bien disponer de la tarjeta sanitaria constituye un paso fundamental para el acceso formal al sistema de salud, ello **no garantiza que desaparezcan las barreras** que condicionan el acceso efectivo ni la calidad de la atención.

Tarjeta sanitaria de las personas con barreras de acceso según género	Total %	Sumatoria mujeres cis y trans (%)	Sumatoria hombres cis y trans (%)	Género no binario (%)
Sí	31,2 %	24,2 %	5,8 %	0,2 %
No	61,3 %	52 %	9,2 %	0,1 %
En trámite	8,5 %	6,9 %	1,6 %	0 %

Barreras de acceso al Servicio Canario de Salud

Antes de analizar las barreras registradas por Médicos del Mundo Canarias, resulta pertinente recordar que estas constituyen vulneraciones o limitaciones en el cumplimiento de las distintas dimensiones del derecho a la salud. Asimismo, aunque las distintas dimensiones y subdimensiones del derecho a la salud se presentan de manera analítica y categorizada, en la práctica no operan como compartimentos estancos, sino que se encuentran profundamente interrelacionadas y tienden a reforzarse a lo largo de todo el proceso de interacción entre las personas usuarias y el sistema sanitario (González-Rábago, Lanborena, & Rodríguez-Álvarez, 2025).

En este apartado se abordarán las vulneraciones a la **dimensión de la accesibilidad**, mediante el análisis de las barreras discriminatorias, las informativas, las económicas y las físicas. Así como las barreras culturales como subdimensión de la **aceptabilidad**.

1. Barreras discriminatorias

El principio de no discriminación refiere que el acceso a los servicios debe ser brindado en condiciones de igualdad y garantizando que no exista ningún tipo de discriminación (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000). Las **barreras discriminatorias** constituyen aquellos requisitos técnicos, administrativos y de carácter burocrático que dificultan el acceso al sistema sanitario público y que afectan particularmente a colectivos vulnerabilizados, provocando un trato discriminatorio en relación con el resto de la población.

Según los datos de carácter cuantitativo recogidos por la organización, **esta categoría de análisis sigue siendo la más documentada, representando el 48,7% de las barreras registradas**. De ellas, factores como la falta de empadronamiento y la imposibilidad de acreditar un periodo de estancia superior a 3 meses continúan siendo las categorías que más obstaculizan el acceso a la asistencia sanitaria, a pesar de que la Instrucción 6/2025 establece que estos no constituyen requisitos exclusivos para acceder al SCS.

Barreras discriminatorias	Hombre cis y trans	Mujer cis y trans	Género no binario	Total
Actitudes racistas en los centros sanitarios	11	42	0	53
Embarazadas a quienes se deniega la atención sanitaria	0	19	0	19
Falta de documentación identificativa	5	3	0	8
Falta de empadronamiento	53	354	1	408
Imposibilidad acreditar no terceros obligados al pago	2	2	0	4
Imposibilidad de acreditar no exportación asistencia sanitaria	10	13	0	23
Imposibilidad de acreditar periodo de estancia superior a 3 meses	24	137	1	162
Imposibilidad de cita con Trabajo Social	2	10	0	12
Menores a quienes se deniega la atención sanitaria	11	20	0	31
Reagrupación familiar	0	8	0	8
Retraso en el trámite administrativo de la tarjeta sanitaria	11	46	0	57
Solicitantes de asilo con barreras administrativas de acceso	2	12	0	14
Otras barreras discriminatorias	23	89	0	112

Otro elemento restrictivo del acceso que destaca de manera desfavorable son los casos de especial vulnerabilidad, como menores de edad y mujeres embarazadas, a quienes se les ha denegado el acceso sanitario. Respecto al primer grupo, los análisis coste-beneficio de la atención prenatal demuestran que la provisión de cuidados regulares reduce complicaciones obstétricas y neonatales, mientras que los recortes en este ámbito desplazan los costes hacia el periodo postnatal y el largo plazo (Lu et al., 2000; FRA, 2015). Pese a este beneficio comprobado, desde la organización hemos sido testigos de casos de mujeres embarazadas que no recibieron atención sanitaria hasta el segundo o incluso tercer trimestre de gestación. En muchos de estos casos, la desinformación (en ocasiones procedente de los propios centros de salud), el malestar emocional ocasionado por el síndrome de deportabilidad⁴ o los tratos vejatorios, actúan como factores sustanciales que retrasan la solicitud de la tarjeta sanitaria, impidiendo ejercer el derecho a la asistencia sanitaria en desmedro de la propia salud y del seguimiento prenatal.

Estas barreras no operan únicamente en el plano normativo o burocrático, sino que se reproducen en las prácticas cotidianas de atención, expresándose también en dinámicas relacionales marcadas por prejuicios y jerarquías implícitas.

En los datos de carácter cualitativo recogidos por la entidad, diversas mujeres describen experiencias de maltrato en espacios administrativos, donde la documentación presentada es sometida a juicio severo o el relato es recibido con desconfianza. Estas prácticas no representan hechos aislados y parecen apuntar a formas de racismo estructural instauradas que se manifiestan en actitudes de control, cuestionamiento y sospecha hacia determinadas procedencias y situaciones sociales. En los centros de salud, algunas mujeres refieren comentarios clasistas, racistas o despectivos que reproducen discursos de odio, hoy cada vez más normalizados en el debate público. Particularmente preocupante resulta la persistencia de estigmas hacia mujeres en situación de prostitución, quienes directamente no cuentan esta información a sus profesionales sanitarios en detrimento de su propia salud o, al hacerlo, señalan haber recibido un trato estigmatizante que minimiza o anula la gravedad de las violencias sufridas. Así, bajo lógicas de culpabilización, agresiones como la retirada no consentida del preservativo tienden a minimizarse o a no ser reconocidas como una forma de violencia.

⁴ Estado de estrés crónico y angustia profunda provocado por la amenaza constante de detención y expulsión del país receptor, a menudo vinculado al racismo institucional (De Genova, 2002).

Si bien resulta necesario destacar que también se registran **casos que humanizan la experiencia dentro del sistema sanitario y profesionales comprometidos por la equidad**, estos dependen en exceso de iniciativas o proyectos individuales, sin respaldo estructural suficiente que garantice su continuidad y sustentabilidad. En este escenario, la mediación ejercida por profesionales y personas voluntarias se convierte en un elemento clave para sortear obstáculos burocráticos y facilitar el acompañamiento en momentos críticos.

Cabe destacar, como elemento significativo, que Médicos del Mundo mantiene una estrecha coordinación con el Servicio Canario de la Salud, orientada a trasladar estas situaciones y a contribuir de manera conjunta a la mejora continua de los procedimientos, en el marco de un compromiso compartido con la equidad y la calidad de la atención sanitaria.

En ese sentido, y tras la implementación de la Instrucción N° 6/2025, en junio de 2025, orientada a homogeneizar los procesos administrativos para la obtención de la tarjeta sanitaria, **se han producido avances**. No obstante, continúan registrándose prácticas que, en algunos casos, resultan injustificadas y generan obstáculos evitables en el acceso. Por ello, la organización se mantiene atenta a la evolución de su aplicación efectiva y a las mejoras que puedan derivarse en términos de garantía del derecho a la salud.

Finalmente, cuando estas dificultades se examinan desde la perspectiva de los derechos sexuales y reproductivos, su impacto adquiere una dimensión aún más profunda. Las barreras administrativas y las demoras en el acceso al sistema sanitario no solo restringen la atención general en salud, sino que inciden directamente en la autonomía corporal y en la capacidad de las mujeres para tomar decisiones libres e informadas. En este contexto, se observan principalmente situaciones que conducen a la dilación injustificada de procedimientos, entre ellos los cribados de infecciones de transmisión sexual, obstaculizando el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno. Resulta especialmente grave el impacto de los retrasos en procedimientos sensibles al tiempo, como la interrupción voluntaria del embarazo, donde cada demora administrativa puede traducirse en la pérdida efectiva del derecho, intensificando el daño físico y emocional y profundizando las desigualdades de género ya existentes.

Testimonio



Canarias

En 2023, una mujer joven en contexto de prostitución llegó a Canarias y comenzó a ser acompañada por nuestro equipo en Lanzarote. La movilidad constante entre islas, la precariedad de su situación y la posterior discontinuidad de uno de los recursos de apoyo **dificultaron los trámites relativos a la obtención de la tarjeta sanitaria.**

Meses después, tras iniciar una relación de pareja y quedar embarazada, **decidió solicitar una interrupción voluntaria del embarazo.** Al no disponer de tarjeta sanitaria, encontró obstáculos para acceder al procedimiento. Pese a que finalmente fue atendida por urgencias y, con el acompañamiento de la entidad, logró obtener la tarjeta y cita en ginecología, la **acumulación de demoras administrativas** hizo que, en el momento de la valoración especializada, el embarazo estuviera demasiado avanzado para practicar la IVE.

Esta situación generó un fuerte impacto emocional y derivó en un embarazo con complicaciones y parto prematuro.

2. Barreras de información

Otra dimensión de la accesibilidad tiene relación con la información. De acuerdo con el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000), el derecho a la salud comprende la posibilidad de buscar, recibir y difundir información relativa a la salud de manera comprensible, adecuada, respetuosa y bajo los principios de confidencialidad. Desde esta perspectiva, las barreras informativas se configuran como aquellas situaciones en las que el sistema sanitario u otras entidades públicas no garantizan información clara, suficiente y accesible que permita a las personas conocer sus derechos, comprender los procedimientos administrativos y acceder a la atención sanitaria y a los tratamientos prescritos.

Estas barreras operan en diversos planos. Por una parte, en el ámbito administrativo, cuando la información sobre el derecho a la salud, los requisitos, los procedimientos o la documentación exigida resulta confusa, contradictoria o incorrecta. Por otra, en el ámbito clínico, cuando el uso de tecnicismos, la falta de adaptación cultural o las limitaciones idiomáticas dificultan la comprensión de diagnósticos y tratamientos, comprometiendo la posibilidad de otorgar un consentimiento verdaderamente informado.

Por otro lado, en esta dimensión también se consideran las barreras que tienden a excluir a cierto público con escasas o nulas herramientas digitales, generando dificultad con la digitalización en salud, en aspectos como las aplicaciones de salud, las citas en línea u otros canales de este tipo.



Según nuestros datos, **las barreras de información corresponden a la segunda más documentada entre las personas atendidas, representando el 32% de los casos**, llamando significativamente la atención el número de casos en que se registró la casuística relacionada con la **información errónea facilitada por organismos e instituciones públicas**. Esta casuística se puede relacionar, entre otros aspectos, con la interpretación y aplicación de la reciente instrucción 6/2025, así como con los retrasos en la transmisión e implementación de sus modificaciones, la insuficiente actualización del personal y la elevada rotación del mismo, lo que dificulta la entrega de información de calidad.

Barreras de información	Hombre cis	Hombre trans	Mujer cis	Mujer trans	Persona no binaria	Total
Digitales	0	0	7	1	0	8
Información errónea o incompleta facilitada por el SNS	73	1	179	1	2	256
Información errónea o incompleta facilitada por otros organismos e instituciones públicas (INSS, Servicios Sociales...)	39	0	259	4	2	304
Lingüísticas	8	0	9	0	0	17

Desde el plano asistencial estas barreras se vinculan con aspectos relacionados con la dimensión de la aceptabilidad y la calidad de los servicios. Algunas personas atendidas en Médicos del Mundo refieren situaciones en las que la atención se ha realizado de manera despersonalizada, “sin contacto visual” y “solo tecleando y mirando el ordenador”, lo que dificulta la generación de un espacio de confianza que favorezca la fluidez de la información. Asimismo, respecto a los motivos de consulta, se refieren explicaciones superficiales, muchas veces infantilizantes, generando en las personas “la sensación de no ser tomadas en serio o de estar molestando”. A todo lo anterior se suman deficiencias en materia de confidencialidad, particularmente cuando información sensible debe comunicarse en mostradores o espacios sin privacidad suficiente.

En definitiva, el conjunto de estas prácticas no solo genera desinformación, sino que también produce efectos disuasorios y refuerza dinámicas de exclusión y expulsión del sistema sanitario.

Desde el enfoque de género, la falta de información clara, sumada a la desinformación procedente de fuentes no verificadas de gran alcance, como las redes sociales u otras herramientas digitales, pueden incidir negativamente en la autonomía de las mujeres, quienes enfrentan mayores obstáculos para acceder a información clara sobre planificación familiar, pruebas diagnósticas de infecciones de transmisión sexual o recursos disponibles ante situaciones de violencia sexual. Además, en numerosos casos, el desconocimiento del principio de confidencialidad, el estigma internalizado y el temor a la discriminación actúan como factores que inhiben la demanda de atención en este sentido.

En esta dimensión también resulta relevante considerar la disponibilidad y difusión de programas específicos orientados a atender necesidades de salud que afectan de manera particular a determinados colectivos.

La existencia de protocolos y circuitos de atención adaptados constituye un elemento clave para garantizar el acceso efectivo a la información y a los servicios.

Sin embargo, cuando estos recursos no existen, no están suficientemente desarrollados o no se comunican adecuadamente, se generan barreras adicionales para personas con necesidades específicas, como mujeres en situación de prostitución, supervivientes de mutilación genital femenina o mujeres en situación de sinhogarismo, cuyas realidades requieren abordajes diferenciados y sensibles a sus contextos de vida.

Finalmente, y no menos importante, existen barreras críticas y determinantes cuando el personal sanitario y administrativo desconoce protocolos clínicos preventivos, tales como la profilaxis pre y/o post exposición al VIH, la atención integral ante violencia sexual o los criterios para la anticoncepción de urgencia. En este contexto, las barreras informativas dejan de ser meras deficiencias comunicativas para convertirse en factores que pueden comprometer intervenciones sanitarias urgentes y generar riesgos evitables.

Testimonio



Canarias

“Acudí al servicio de urgencias de un hospital público para **solicitar profilaxis post exposición al VIH** tras la rotura de un preservativo durante una práctica sexual. En Admisión **me indicaron reiteradamente** que lo que necesitaba era la “pastilla del día después”, pese a que expliqué en varias ocasiones que mi preocupación era la posible exposición al VIH y que conocía la existencia de un tratamiento inmediato para estos casos.

La respuesta recibida fue que debía acudir a Ginecología o esperar varios días para realizar pruebas para ITS, sin ofrecerme la profilaxis solicitada. **Ante la falta de atención y orientación adecuada, abandoné el centro sin recibir tratamiento.**

Finalmente acudí a otro hospital, donde comprendieron de inmediato la situación y lo que estaba solicitando. Enseguida me administraron la profilaxis post exposición para VIH y la pastilla del día después, me realizaron analíticas y facilitaron la atención correspondiente”.

Anónima

3. Barreras económicas

En cuanto a la **accesibilidad económica o asequibilidad**, se señala que los servicios sanitarios deben ser económicamente accesibles para todas las personas, sin distinción, y que los mecanismos de financiación deben basarse en principios de equidad, de modo que los hogares con menos recursos no soporten una carga desproporcionada (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000).

Según la evidencia registrada por Médicos del Mundo, las **barreras de carácter económico representan en su conjunto, el 8% de los casos registrados**. Entre ellas, el factor más frecuente es la **barrera de acceso a medicamentos**, seguido de la **facturación de servicios de urgencias**.

Barreras económicas	Hombre cis	Mujer cis	Mujer trans	Total
Acceso a medicamentos	45	49	1	95
Acceso a productos sanitarios y/o de apoyo	5	8	0	13
Facturación en urgencias	7	28	0	35
Facturación de otros servicios de atención médica	1	0	1	2
Otras barreras económicas	1	7	0	8



Estas barreras representan costes directos e indirectos. Desde la perspectiva de la economía sanitaria, ambos costes se asocian a una menor utilización de los servicios sanitarios (McIntyre et al., 2006; González-Rábago et al., 2025), así como a peores resultados en salud y mayores costes a medio y largo plazo para los sistemas sanitarios (FRA, 2015; OECD, 2019).

Los costes directos incluyen el pago de consultas cuando no existe cobertura pública, los copagos farmacéuticos, y el coste de prestaciones excluidas del sistema público, como la atención odontológica, determinadas vacunas o tratamientos específicos. Por su parte, los costes indirectos comprenden aquellos gastos asociados al acceso físico al sistema sanitario (como el transporte o los desplazamientos) y, de forma especialmente relevante, la pérdida de ingresos derivada de acudir a la asistencia sanitaria, no disponer de bajas remuneradas o asumir el riesgo de perder el empleo. Estos costes interactúan con la inseguridad laboral y favorecen la postergación de la atención hasta fases avanzadas de la enfermedad, cuando la intervención médica resulta menos efectiva y más costosa (McIntyre et al., 2006).

Estos costes, más allá de ser un obstáculo material, se traducen en dificultades concretas para la adherencia a tratamientos y prácticas preventivas. Entre sus manifestaciones se encuentran la imposibilidad de adquirir medicamentos prescritos o de conservarlos adecuadamente en situaciones de sinhogarismo (por ejemplo, cuando los fármacos deben ser refrigerados), la incapacidad para finan-

Algunas barreras toman la forma de costes directos: pago de consultas, medicamentos, prestaciones excluidas del sistema público, vacunas o tratamientos específicos.

ciar métodos de barrera como los preservativos y la interrupción de tratamientos para infecciones de transmisión sexual, así como de controles ginecológicos y seguimientos médicos especializados. Esta última situación se relaciona con el hecho de que muchas mujeres deben regresar a ejercer la prostitución, al constituir esta su principal fuente de ingresos.

Estas barreras no afectan de manera homogénea a todas las mujeres. Algunas carecen de redes comunitarias de apoyo, mientras que otras asumen una cadena de cuidados a su cargo como hijos, ascendentes o familia extendida, a quienes deben sostener económicamente. En muchos casos, la prioridad de enviar dinero al país de origen o garantizar la economía familiar condiciona sus decisiones cotidianas en materia de salud. Esta situación se intensifica ante la necesidad de sostener procesos de reagrupación familiar ascendente, que en el contexto de la nueva normativa continúan enfrentando importantes exclusiones.

Como consecuencia, pueden generarse situaciones de dependencia económica respecto de entornos violentos o explotadores, configurando contextos de subordinación en los que denunciar una agresión o acudir al sistema sanitario implica el riesgo de perder ingresos indispensables. Un caso extremo que ilustra estas dinámicas es el sistema prostitucional, que puede funcionar como una aparente “red de apoyo”, aunque en la práctica no constituye una protección efectiva.

Así lo señala un testimonio recogido en el marco del proyecto ‘Barreras para el ejercicio de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Estudio cualitativo en poblaciones vulnerabilizadas de Gran Canaria, Tenerife y Lanzarote’: *nos contaba el otro día una mujer que en un club otra mujer había sido violada y la encargada del club lo que hizo fue ofrecerle una crema analgésica para que siguiera ejerciendo.*

Por otra parte, la facturación de servicios sanitarios, particularmente en situaciones de exclusión administrativa, genera endeudamiento y en última instancia, puede derivar en un embargo de cuenta, lo que podría impactar negativamente en el proceso de regularización administrativa de la persona. Además, la facturación actúa como un factor disuasorio que reduce la demanda de atención incluso ante necesidades clínicas evidentes (FRA, 2015).

El estrés asociado a la incertidumbre económica y a la posible acumulación de deuda impacta también en la salud mental, profundizando situaciones de ansiedad, malestar, consumo de sustancias y dinámicas de automedicación y sobremedicación. De este modo, la barrera económica no solo limita el acceso material a la atención, sino que configura un entorno de inseguridad que debilita el ejercicio efectivo del derecho a la salud.



Testimonios



Canarias

Hacia más de un año que había llegado a España cuando contacté con Médicos del Mundo. Trabajo como **cuidadora interna**, lo que limita completamente mi disponibilidad de tiempo.

Durante meses no pude acudir al centro de salud ni solicitar la tarjeta sanitaria, ya que **mis días de descanso no coincidían con el horario de atención** y no tenía permiso para ausentarme del trabajo. En la práctica, acudir a una consulta implicaba dejar de trabajar durante varias horas o incluso una jornada completa, poniendo en riesgo mi empleo.

Anónima

Cuando llegué a España, llevaba ya 3 años con el **tratamiento antirretroviral**, pero en mi país no es siempre fácil que me entreguen medicación por adelantado. Así que vine con pocas pastillas, y me encontré con mucha dificultad para que me atiendan y pueda seguir con mi tratamiento.

En el **centro de salud** me dijeron que **no tenía derecho** por no trabajar o por no tener documentación aquí, esto me generó mucha frustración y miedo ya que desconocía mis derechos en este país. Hasta que finalmente pude tener acceso a la medicación en el hospital, pero, posteriormente **recibí una factura de más de 2.000 euros**, ya que no tenía tarjeta sanitaria y no me habían explicado cómo solicitarla.

Anónima

4. Barreras físicas

Otra dimensión de la accesibilidad la constituye la **accesibilidad física** a los recursos sanitarios. Según el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000), los establecimientos y servicios de salud deben encontrarse al alcance geográfico de todas las personas, contando con infraestructuras adecuadas y accesibles, permitiendo el acceso efectivo de toda la población. Las barreras en esta dimensión pueden manifestarse, por ejemplo, en grandes distancias hasta los centros de salud, dificultad en el transporte y horarios o infraestructuras no adaptadas.

Según los datos de la organización, **las barreras de esta naturaleza representan el 3% de los casos**. Si bien este porcentaje es menor comparado al resto de las barreras documentadas, estas dejan en evidencia que el principal obstáculo físico no radica en la infraestructura sanitaria en sí, sino en la accesibilidad propia de un territorio insular y disperso y en los costes y tiempos asociados al **desplazamiento**, lo que representa la mayor cantidad de casos registrados. En este escenario, la accesibilidad no puede entenderse únicamente como disponibilidad de recursos, sino como la capacidad real de las personas para alcanzarlos sin cargas desproporcionadas.

Barreras físicas	Hombre cis	Mujer cis	Mujer trans	Persona no binaria	Total
Dificultad en el transporte	3	36	1	1	41
Horarios inadecuados	1	11	3	0	15
Obstáculos arquitectónicos	2	1	0	0	3

La condición archipelágica de Canarias introduce una barrera estructural específica en el acceso equitativo a la atención sanitaria, puesto que la concentración de recursos hospitalarios de alta complejidad se encuentra mayoritariamente en Tenerife y Gran Canaria, generando un modelo asistencial jerarquizado que obliga, en numerosos casos, al traslado interinsular de pacientes para la realización de pruebas diagnósticas, intervenciones quirúrgicas o procedimientos especializados. Además del coste económico (directo e indirecto), este fenómeno significa un impacto emocional sobre poblaciones que ya se encuentran vulnerabilizadas y fragilizadas.

Un ejemplo especialmente ilustrativo de esta situación es el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Durante años, la prestación de la IVE en Canarias se articuló principalmente a través de clínicas concertadas ubicadas en islas capitalinas, lo que implicaba el desplazamiento de mujeres residentes en islas no capitalinas. Esta situación comenzó a modificarse tras la reforma estatal y la aprobación de la Instrucción nº 11/2023 del Servicio Canario de la Salud (2023), que refuerza la obligación de garantizar la prestación en el sistema público, clarifica los circuitos asistenciales y regula la cobertura de desplazamientos cuando la atención no pueda realizarse en la isla de residencia. No obstante, el acceso efectivo sigue supeditado a la disponibilidad de profesionales y recursos en cada isla, por lo que persisten desigualdades territoriales relevantes.

Además, en territorios insulares, como ocurre en varias islas del archipiélago, la accesibilidad física se ve condicionada por la conectividad interna entre municipios rurales-urbanos. La dependencia del transporte público, muchas veces limitada por su frecuencia y horarios, los largos tiempos de desplazamiento o la necesidad de realizar transbordos dificultan el acceso a los centros sanitarios. Estas condiciones pueden derivar en cancelación de citas, retrasos en la atención o abandono de seguimientos, lo cual puede, a su vez, ser interpretado como falta de compromiso de las personas usuarias y actuar reforzando creencias sobre un uso inadecuado del sistema sanitario por determinados colectivos, y generar tensión entre profesionales y pacientes.

Estas dificultades no afectan de igual manera a todas las personas. En el caso de las personas en situación de sinhogarismo, la localización de los centros de atención no siempre coincide con los espacios donde estas personas pernoctan o desarrollan su vida cotidiana, lo que dificulta la asistencia a citas programadas y la continuidad de los procesos asistenciales. Además, la organización temporal del sistema sanitario (horarios, citas previas y circuitos administrativos) no resulta compatible con las condiciones de vida en calle, donde el acceso a recursos básicos como alimentación, descanso o higiene suele constituir una prioridad inmediata. Asimismo, la ausencia de un espacio seguro donde resguardar pertenencias o medicación puede dificultar la adherencia a tratamientos y el seguimiento clínico.

Desde una perspectiva de género, estas barreras pueden intensificarse en el caso de mujeres en situación de sinhogarismo, quienes en muchos casos modifican con frecuencia sus lugares de pernocta como estrategia de protección frente a la violencia, lo que dificulta aún más el acceso y la continuidad de la atención sanitaria.

Desde la perspectiva de los derechos sexuales y reproductivos, estas barreras pueden tener consecuencias particularmente relevantes. Las mujeres en situación de prostitución presentan, en muchos casos, una alta movilidad geográfica, ya sea para evitar ejercer en su lugar de residencia o por las propias dinámicas del sistema prostitucional, lo que implica ausencias prolongadas de sus territorios. La dificultad para desplazarse o acceder a citas en horarios compatibles con su actividad, puede retrasar el acceso a pruebas diagnósticas de infecciones de transmisión sexual, controles ginecológicos o servicios de planificación familiar. En algunos casos, muchas prefieren evitar la realización de pruebas de ITS en sus centros de salud de referencia debido al estigma o al temor de ser reconocidas en sus territorios, lo que termina afectando la continuidad de su atención con el equipo sanitario.



Testimonio



Canarias

Una mujer en **situación de prostitución** acudió a la oficina de Médicos del Mundo en Las Palmas de Gran Canaria para la realización de pruebas rápidas de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Tras llevarse a cabo las pruebas, el resultado fue positivo para sífilis. En ese momento, fue derivada al centro de salud correspondiente con el fin de **iniciar el tratamiento** necesario.

Sin embargo, debido a que dicho tratamiento se administra en varias dosis distribuidas en días diferentes, **la mujer no pudo completarlo**. Esto se debió a que tuvo que desplazarse mediante el sistema de “plazas”, que implica el cambio de ubicación geográfica para generar ingresos que le permitieran subsistir. Como consecuencia de esta situación, no recibió el tratamiento completo para su infección. Meses después, a su regreso a Las Palmas, nos informó de lo ocurrido.

Ante esta situación, se realizó una nueva derivación para facilitar su acceso al tratamiento, reforzando además la importancia de la adherencia al Servicio Canario de Salud.

**Técnica de intervención sanitaria
de Médicos del Mundo Canarias**

5. Barreras culturales

Según el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000), los servicios de salud deben ser culturalmente apropiados, es decir, deben adaptarse a las características sociales y culturales de la población, evitando conductas y prácticas estigmatizantes o discriminatorias. En este marco, las barreras culturales constituyen aquellas prácticas, actitudes o formas de organización de los servicios sanitarios que no consideran la diversidad cultural de la población o que reproducen estigmas, prejuicios o discriminación.

En este sentido, la falta de adecuación cultural de los servicios sanitarios tiene implicaciones directas en la forma en que las personas acceden y utilizan la atención en salud. Cuando los servicios sanitarios no logran adaptarse a las características culturales, sociales o idiomáticas de las personas usuarias, no solo se ve afectada la aceptabilidad de la atención, sino también el acceso, la calidad efectiva del servicio prestado y la posibilidad de que las personas accedan, comprendan y continúen sus procesos de cuidado (González-Rábago, Lanborena, & Rodríguez-Álvarez, 2025).

Según los datos registrados por la entidad, **éstas corresponden al 8% de los registros de barreras**. Dentro de esta categoría, las casuísticas más frecuentes corresponden a la **desconsideración del marco cultural en la atención** y a la **ausencia de mediación intercultural**. Esto evidencia la persistencia de dificultades en la adecuación cultural de los servicios sanitarios, limitando el acceso efectivo de determinadas poblaciones a la atención en salud.

Barreras culturales	Hombre cis	Mujer cis	Mujer trans	Total
Ausencia mediación intercultural	19	51	1	71
Desconsideración del marco cultural en la atención	31	58	1	90

La desconsideración del marco cultural en la atención sanitaria se relaciona con la escasa incorporación de enfoques socioculturales y antropológicos en la práctica clínica. Esta suele, entonces, operar predominantemente desde una lógica biomédica y androcéntrica centrada en el diagnóstico y el tratamiento clínico, desde un conocimiento hegemónico y jerárquico que no dialoga con los saberes comunitarios.



Actividad artística y corporal con un grupo de mujeres migrantes en Gran Canaria, en el marco de un conjunto de talleres vivenciales enfocados al autoconocimiento y a los derechos sexuales y reproductivos. Foto: Médicos del Mundo Canarias.

Así, se desconocen o ignoran las prácticas culturales que influyen de manera significativa en la forma en que las personas comprenden la salud y transitan la enfermedad, en la percepción del dolor, en las estrategias de búsqueda de ayuda y en la relación que establecen con profesionales de la salud. Estas dimensiones, junto con la literacia en salud⁷, son factores que influyen directamente en la manera en que las personas interpretan los síntomas, deciden acudir o no a los servicios sanitarios y comprenden las indicaciones médicas (Kleinman, Eisenberg, & Good, 1978).

El desconocimiento del marco cultural puede generar incomprensiones, dificultades en la comunicación o interpretaciones erróneas de determinadas conductas relacionadas con el cuidado de la salud. A su vez, puede generar sesgos culturales que influyen en la calidad de la atención brindada. Un ejemplo bastante ilustrativo de esto último, lo constituye la existencia de sesgos raciales en la valoración clínica del dolor, en la que algunos profesionales sanitarios tienden a subestimar el dolor de pacientes negros debido a creencias erróneas sobre supuestas diferencias biológicas

⁷ La literacia en salud comprende los conocimientos, la motivación y las competencias de las personas para acceder, comprender, evaluar y aplicar información relacionada con la salud, con el fin de tomar decisiones informadas sobre el cuidado de la salud, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud a lo largo de la vida (Sørensen y otros, 2012).

entre población blanca y negra (Hoffman, Trawalter, Axt, & Oliver, 2016). Desde una perspectiva interseccional, estas dinámicas afectan de manera particular a las mujeres negras quienes reportan con mayor frecuencia que su dolor o síntomas no son tomados en serio por profesionales sanitarios y tienen entre 3 a 4 veces más probabilidades de morir por causas relacionadas con el embarazo que las mujeres blancas (Howell, 2018).

Desde la evidencia empírica, los testimonios recogidos en el marco del proyecto 'Barreras para el ejercicio de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Estudio cualitativo en poblaciones vulnerabilizadas de Gran Canaria, Tenerife y Lanzarote', evidencian cómo los estereotipos culturales pueden influir en la práctica clínica cotidiana: se ridiculizan saberes tradicionales sobre el parto y postparto y se atribuyen capacidades innatas como una mayor capacidad para la lactancia en mujeres latinoamericanas por proceder supuestamente de contextos familiares numerosos.

A su vez, en sentido inverso, las barreras culturales también se manifiestan como un choque entre las expectativas de las mujeres migrantes y el funcionamiento del sistema sanitario de acogida, lo que en ocasiones genera inseguridad, frustración y desconfianza hacia los servicios de salud. En el marco del mismo proyecto mencionado anteriormente, algunas participantes relatan que su visión del parto y la relación con el personal ginecológico en país de origen difiere significativamente de la realidad española, donde aspectos como las cesáreas o determinadas intervenciones estéticas sobre el cuerpo tras el parto no se realizan de forma sistemática como en el país de origen.



EL IDIOMA COMO BARRERA

A esta ausencia de enfoque se suman las **barreras lingüísticas** que, intensifican las dificultades en la relación entre profesionales sanitarios y personas usuarias que no dominan el castellano. Con el objetivo de subsanar esta situación, el Servicio Canario de la Salud ha implementado distintas herramientas de traducción.

Una de ellas es el sistema de **teletraducción por telefonía móvil**, puesto en marcha en diciembre de 2007 en ocho hospitales y treinta y un centros de salud del archipiélago, que permite traducir en tiempo real hasta 49 idiomas (Gobierno de Canarias, 2007).

Posteriormente, en octubre de 2014, el Servicio Canario de la Salud presentó la aplicación **TRADASSAN** (Traductor para la Asistencia Sanitaria), cuyo objetivo es facilitar la comunicación mediante un repertorio de frases y expresiones habituales en la práctica clínica traducidas a distintos idiomas.

La aplicación está diseñada para su uso sin conexión por parte de profesionales y personas usuarias en distintos idiomas, entre ellos, español, inglés, francés, alemán, chino y árabe, contribuyendo así a mejorar la comprensión durante la atención sanitaria (Servicio Canario de la Salud, 2014).

Pese a estas iniciativas desarrolladas a nivel autonómico, la investigación de García Morales y Santana García (2006), señala que los profesionales sanitarios no hacen uso de las aplicaciones de traducción médica. Además, concluye que el Servicio Canario de Salud no cuenta con un protocolo específico de actuación ante requerimientos de traducción, por lo que el personal sanitario resuelve estas situaciones con las herramientas que dispone o que conoce. La investigación también menciona otras herramientas desarrolladas con el mismo propósito, sin embargo, todas parten de la premisa de que las personas usuarias saben leer, lo que no necesariamente se corresponde con la realidad de todas las personas migrantes que llegan a las Islas Canarias.

En este contexto, si bien el público atendido por Médicos del Mundo es mayoritariamente de habla hispana, las barreras comunicativas persisten y se expresan de formas diversas, no limitándose únicamente al idioma. Ante estas dificultades, algunas personas recurren a terceros para facilitar la comunicación con el personal sanitario, en una suerte de mediación que recae en conocidos o familiares, lo que puede dar lugar a dinámicas de subordinación, falta de confidencialidad o incluso a la tergiversación de la información transmitida.

En ese sentido, la presencia de un profesional que transmite la información adaptándola a los códigos culturales de ambos interlocutores, como puede ser el rol de mediador o mediadora intercultural, resulta indispensable. Este tipo de mediación, específica para la salud, se ha identificado como un dispositivo fundamental para abordar las barreras culturales en la atención sanitaria, ya que permite integrar las representaciones culturales de la enfermedad de las personas migrantes dentro del proceso clínico, favoreciendo la comprensión mutua y mejorando la relación terapéutica (Bouznah, Moro, & Escaich, 2020).

En algunos países europeos se han desarrollado experiencias institucionalizadas de mediación intercultural en salud. En Francia, por ejemplo, la denominada *médiation en santé* se ha consolidado como una estrategia reconocida dentro de las políticas públicas para reducir las desigualdades en el acceso al sistema sanitario. Este modelo se basa en la incorporación de personas mediadoras que actúan como puente entre los servicios de salud y las poblaciones en situación de vulnerabilidad, particularmente personas migrantes, facilitando la comprensión del sistema sanitario, la comunicación con los profesionales y el acompañamiento en los itinerarios de atención. Estas iniciativas, impulsadas principalmente a través de agencias regionales de salud y organizaciones comunitarias, han permitido mejorar el acceso efectivo a los servicios y reforzar la relación entre pacientes y profesionales sanitarios, evidenciando el potencial de la mediación en salud como herramienta para abordar las barreras lingüísticas y culturales en la atención sanitaria.

Testimonios



Canarias

Estamos dejando cantidades de cosas. Nuestras creencias, nuestra familia, nuestra tierra, mi habitación, mi casa, mi árbol de mango en mi patio. Nuestra comunidad, la manera de ser una.

**Mujer participante del grupo de
discusión de Lanzarote**

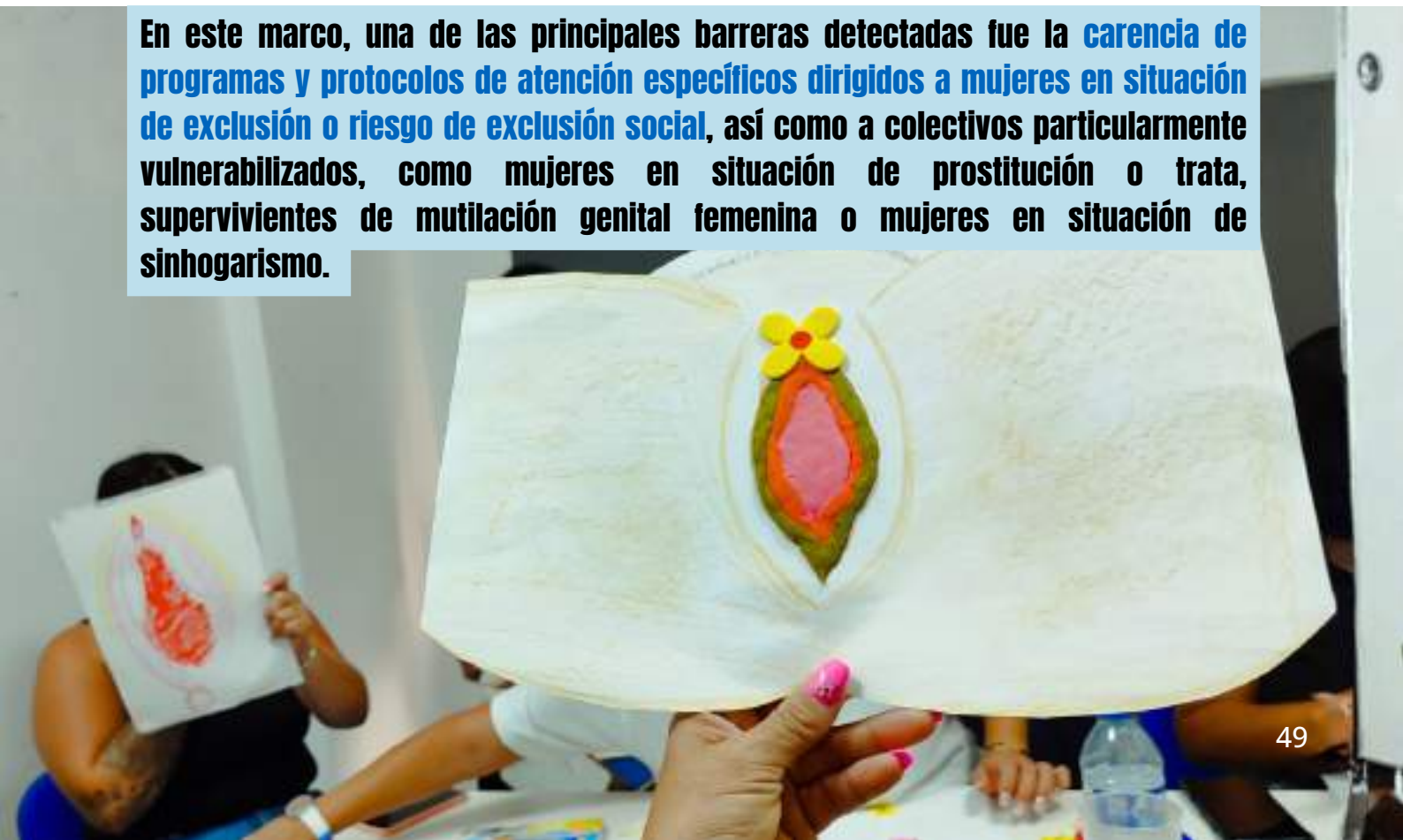
6. Barreras en el acceso a los derechos sexuales y reproductivos

Desde la perspectiva de los derechos sexuales y reproductivos, las barreras analizadas anteriormente adquieren una mayor profundidad cuando, en servicios como la prevención y el diagnóstico de infecciones de transmisión sexual, el acceso a métodos anticonceptivos, la interrupción voluntaria del embarazo o la atención a agresiones sexuales, se superponen obstáculos que intensifican el impacto sobre la salud y la autonomía corporal de las mujeres.

En este contexto, resulta necesario profundizar de manera específica en las barreras que afectan al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en poblaciones en situación de vulnerabilidad. Con este propósito surge el proyecto 'Barreras para el ejercicio de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Estudio cualitativo en poblaciones vulnerabilizadas de Gran Canaria, Tenerife y Lanzarote', que combina el análisis del marco normativo en esta materia con la explotación de datos cuantitativos y un abordaje cualitativo centrado en las experiencias y percepciones tanto de mujeres como de profesionales implicados.

En el marco de este enfoque, se llevaron a cabo tres grupos de discusión en Tenerife, Gran Canaria y Lanzarote, con la participación de 33 mujeres en situación de vulnerabilidad, así como diez entrevistas en profundidad dirigidas a perfiles técnicos y profesionales sanitarios especializados.

En este marco, una de las principales barreras detectadas fue la **carencia de programas y protocolos de atención específicos dirigidos a mujeres en situación de exclusión o riesgo de exclusión social, así como a colectivos particularmente vulnerabilizados, como mujeres en situación de prostitución o trata, supervivientes de mutilación genital femenina o mujeres en situación de **sinhogarismo**.**



Como consecuencia de estas carencias, las personas que se encuentran en estas situaciones acuden en primer lugar a organizaciones del tercer sector para cubrir necesidades de información o de acompañamiento. En este sentido, Médicos del Mundo desempeña un rol activo en el diagnóstico precoz de las infecciones de transmisión sexual (ITS), la difusión de información preventiva y la derivación al sistema sanitario.

Un ejemplo de ello es la experiencia de intervención comunitaria desarrollada mediante el programa Tendiendo Puentes hacia la Salud, que, en colaboración con centros de salud de diversas localizaciones, busca facilitar el acceso a la atención sanitaria de mujeres en situación de prostitución mediante consultas específicas de enfermería y ginecología. Estas consultas se organizan en días fijos de atención y sin necesidad de cita previa para facilitar el acceso. Allí las mujeres son atendidas por profesionales sanitarios de los propios centros de salud que previamente han recibido formación y sensibilización sobre el impacto de la prostitución en la salud y las barreras de acceso existentes dentro del Servicio Canario de la Salud.

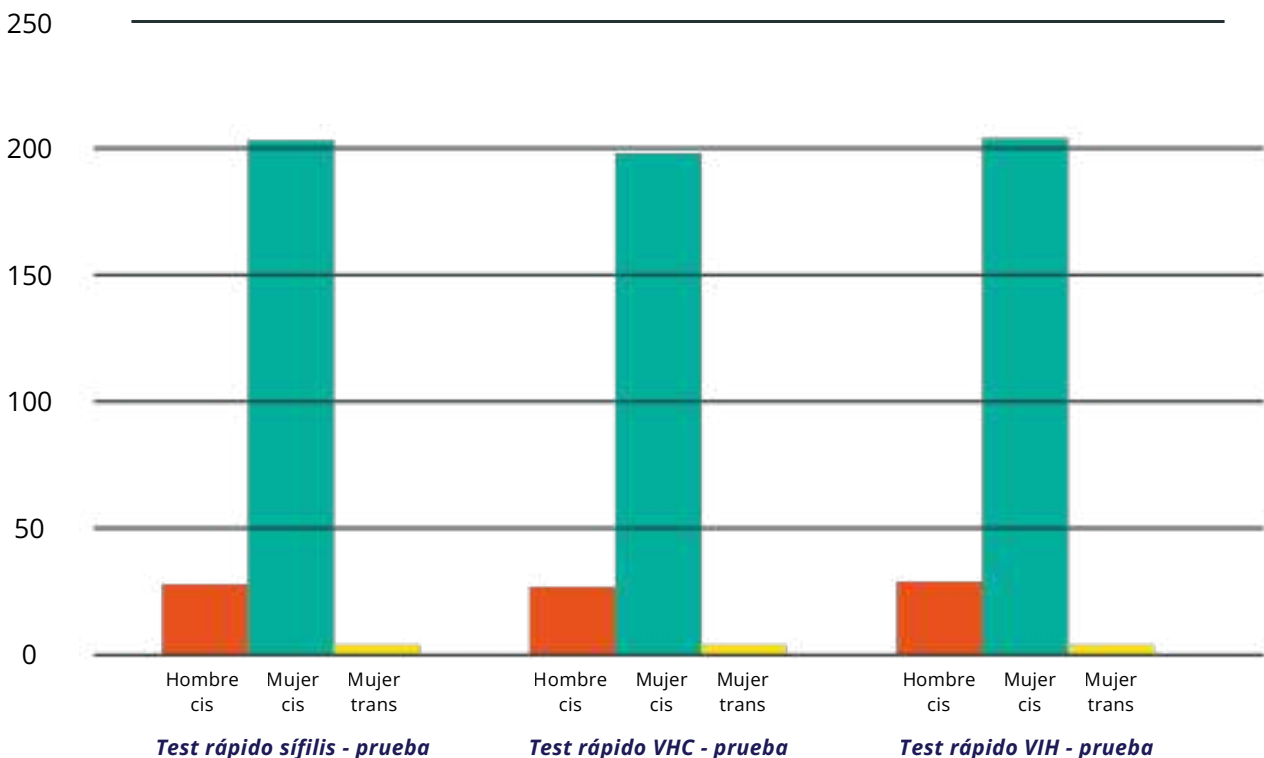
De forma complementaria, otro dispositivo puesto en marcha es la consulta de derechos sexuales y reproductivos en las provincias de Tenerife, Las Palmas de Gran Canaria y Lanzarote. En ellas se brinda información, orientación y acompañamiento



mediante acciones de educación y promoción de la salud. Durante estas consultas, y gracias a la colaboración del SCS, se realizan pruebas rápidas de VIH, sífilis y hepatitis C, con asesoramiento previo y posterior a la prueba. Asimismo, se ofrece información sobre profilaxis preexposición (PrEP) y postexposición para VIH (PEP) y otras ITS, métodos anticonceptivos, así como orientación sobre el acceso a los recursos sanitarios del sistema público.

Asimismo, se proporciona información y acompañamiento en relación con la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), y se abordan situaciones de violencias basadas en género, ofreciendo escucha activa, información sobre derechos y derivación a servicios especializados cuando es necesario, con el objetivo de promover el acceso a la salud y fortalecer la autonomía de las mujeres.

Respecto a la prevención de infecciones de transmisión sexual, en el año 2025 se han realizado un total de 680 test de despistaje, de los cuales 228 fueron para sífilis, 230 para VIH y 222 para VHC. En la desagregación por género reflejada en el siguiente gráfico, se observa una mayor cobertura en mujeres cis y una distribución equilibrada entre los tres tipos de pruebas, pero revela una participación mucho menor de hombres cis y mujeres trans.



De estos resultados, se arrojaron un total de 6 casos positivos para sífilis, 2 para VIH y ningún caso para VHC. Para los resultados positivos, la entidad ha desarrollado un

protocolo de derivación a los centros hospitalarios de referencia: el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, en Tenerife; el Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín y el Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil, en Gran Canaria; y el Hospital Universitario Doctor José Molina Orosa, en Lanzarote.

En relación con la prevención de ITS, otra área de intervención tiene que ver con la prevención del Virus del Papiloma Humano. Si bien la Resolución de 20/12/2024 sobre vacunación en grupos de riesgo (Servicio Canario de la Salud, 2024) pretende mejorar la accesibilidad a la profilaxis frente al VPH hasta los 45 años, desde la entidad seguimos identificando barreras en su aplicación.

En primer lugar, esta resolución excluye a mujeres mayores de 45 años, que también existen en el contexto prostitucional quedando infratratadas en el marco preventivo e invisibilizadas como existentes en el sistema prostitucional. Además, en muchos casos, los propios profesionales sanitarios desconocen esta reciente resolución y no son proactivos en la promoción de esta vacunación y finalmente, muchas mujeres no revelan su situación a los equipos sanitarios debido al estigma y la discriminación asociados. Como consecuencia, quedan excluidas de las acciones de promoción y prevención que podrían favorecer su acceso a esta medida de salud pública.

Respecto a la prevención del VIH, llama la atención el limitado conocimiento que tienen algunos profesionales sanitarios y administrativos sobre los protocolos de profilaxis preexposición (PrEP) y la profilaxis postexposición (PEP), así como el desconocimiento de determinadas prácticas de riesgo, como el sexo oral desprotegido, que constituyen una indicación para recibir este tratamiento. Esta falta de información puede dificultar el acceso



oportuno a estas medidas preventivas, especialmente en el caso de la PEP, cuyo inicio debe producirse dentro de las primeras 72 horas tras la posible exposición al virus. En este contexto, las mujeres en situación de prostitución pueden enfrentar obstáculos adicionales, ya que en ocasiones se ven presionadas para regresar rápidamente a los espacios donde generan ingresos tras acudir a un servicio de urgencias, sin que se priorice adecuadamente su atención en intervenciones sanitarias urgentes como la administración de la profilaxis postexposición.

Respecto a la planificación familiar, se identifica un obstáculo significativo cuando el personal sanitario omite explicaciones esenciales o da por supuesto que la mujer ya dispone de conocimientos previos en este ámbito. Asimismo, la dependencia de la tarjeta sanitaria para acceder a determinados métodos financiados por el sistema público limita el acceso a cierto grupo de personas. A ello se suma que el coste de algunos métodos anticonceptivos no está plenamente cubierto, lo que supone una barrera adicional para personas con menos recursos económicos y contribuye a reforzar desigualdades ya existentes en materia de salud reproductiva. Además, en el caso de la anticoncepción de urgencia, su acceso gratuito solo se garantiza en determinados contextos asistenciales, como en el marco de la profilaxis postexposición tras una agresión sexual, generalmente en servicios de urgencias hospitalarios. Fuera de estos supuestos, su obtención suele realizarse en farmacias, lo que condiciona su acceso tanto a la capacidad económica de la mujer como al conocimiento que tenga sobre los mecanismos para obtener anticoncepción de urgencia en España.



En este ámbito, además, no siempre se contemplan adecuadamente las necesidades específicas de determinados grupos, como adolescentes, mujeres con discapacidad, mujeres migrantes o personas LGBTQIA+. Por ejemplo, las personas jóvenes pueden encontrar dificultades para acceder a métodos anticonceptivos sin el consentimiento familiar o sin garantías suficientes de confidencialidad, persistiendo, en algunos casos, enfoques paternalistas que limitan la autonomía reproductiva de adolescentes y jóvenes.

Por otro lado, la invisibilización de las relaciones sexuales entre mujeres dificulta la detección y prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS). En algunos casos, incluso el propio personal sanitario desconoce la existencia de métodos de barrera específicos, como la banda de látex, lo que limita su recomendación en la práctica clínica. Como consecuencia, este método preventivo sigue siendo poco conocido y utilizado entre mujeres que tienen relaciones sexuales con mujeres.

Finalmente, aunque la normativa promueve la corresponsabilidad en la materia, los programas de anticoncepción continúan dirigiéndose principalmente a las mujeres. Existe una escasa promoción de métodos anticonceptivos masculinos y de la implicación activa de los hombres en la prevención del embarazo. Esta distribución desigual de responsabilidades reproduce estereotipos de género y refuerza la carga que recae sobre las mujeres en la gestión de la salud reproductiva.



En relación con la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), tal como se ilustraba en el testimonio del apartado de barreras administrativas, la exigencia previa de disponer de tarjeta sanitaria puede condicionar el procedimiento. En determinados casos, las exigencias administrativas impuestas en los centros sanitarios, como la confirmación del embarazo mediante una prueba positiva, la realización de una ecografía o la solicitud de documentación adicional, prolongan innecesariamente los procesos y generan obstáculos adicionales para personas que ya se encuentran en situaciones de vulnerabilidad.

Además, la atención en los casos de IVE no siempre tiene suficientemente en cuenta los contextos específicos de vulnerabilidad en los que se encuentran algunas mujeres en situación de prostitución o en situación de sinhogarismo. En estos casos, la ausencia de espacios seguros o de redes de apoyo puede dificultar la realización del procedimiento en condiciones adecuadas. La consideración de estos contextos podría resultar determinante a la hora de valorar la opción farmacológica o quirúrgica, e incluso contemplar la posibilidad de un ingreso hospitalario en los casos farmacológicos.

En cuanto a agresiones y violencias, tal como se ha señalado a lo largo del informe, factores como el estigma y la discriminación pueden contribuir a que determinadas situaciones de violencia, especialmente en contextos de prostitución o sinhogarismo, sean subestimadas o incluso no identificadas adecuadamente por parte de los servicios sanitarios.

Por ejemplo, en algunos servicios de urgencia no se reconoce la posibilidad de una agresión sexual cuando mujeres en situación de prostitución acuden solicitando anticoncepción de emergencia, y como consecuencia no se activa ningún protocolo. Además, la falta de circuitos claros y unificados, así como la escasa coordinación entre los servicios sanitarios, sociales, judiciales y policiales, puede fragmentar la atención y obligar a las personas supervivientes a repetir su relato en múltiples instancias, incrementando el riesgo de revictimización. Asimismo, en algunos casos, la intervención se centra prioritariamente en los aspectos clínicos, dejando en segundo plano el acompañamiento psicológico y social.

En esta misma línea, la persistencia de prácticas asistenciales de carácter paternalista, que minimizan o invisibilizan determinados malestares, incluido el sufrimiento emocional, que cuestionan la capacidad de las mujeres para ejercer la maternidad de forma responsable y que evitan abordar trayectorias vitales atravesadas por violencias y carencias estructurales, contribuye a invisibilizar necesidades específicas de mujeres en situación de vulnerabilidad.

Como consecuencia de estas limitaciones, muchas mujeres que se encuentran en situación de exclusión no siempre cuentan con la capacidad o los recursos necesarios para acercarse a estos ya escasos dispositivos de atención brindados por el tercer sector. En muchos casos, las líneas de trabajo con mujeres excluidas del sistema sanitario solo son posibles gracias a las acciones de acercamiento comunitario dirigidas específicamente a estos colectivos. En el caso de las mujeres en contextos de prostitución, estas intervenciones se realizan mediante visitas a pisos o espacios prostitucionales, con el objetivo de distribuir material preventivo, como métodos de barrera y lubricantes, ofrecer educación para la salud y orientar a las mujeres hacia los servicios de cribado y detección precoz de infecciones de transmisión sexual (ITS), favoreciendo la prevención y el diagnóstico temprano. En el caso de las mujeres en situación de sinhogarismo, estas acciones se orientan a facilitar el acceso a información, acompañamiento y derivación a los recursos sanitarios disponibles. En definitiva, este tipo de estrategias de proximidad comunitaria resultan fundamentales para llegar a colectivos en situación de exclusión o en riesgo de exclusión del sistema sanitario, constituyendo una vía de acercamiento y vinculación con los servicios de salud.

En su conjunto, las barreras en materia de derechos sexuales y reproductivos no solo evidencian limitaciones en el acceso efectivo a los servicios sanitarios en Canarias, sino que también reflejan formas de violencia estructural, institucional y de género que profundizan las desigualdades y restringen el ejercicio de estos derechos, especialmente entre las mujeres en situación de mayor vulnerabilidad. Esta realidad pone de manifiesto la necesidad de avanzar hacia un sistema sanitario más accesible, coordinado y centrado en las personas, capaz de incorporar enfoques integrales y sensibles a la diversidad social, cultural y de género.





Canarias



© Ignacio Marín

Derechos sexuales y reproductivos

Desde Médicos del Mundo defendemos el derecho a una salud sexual y reproductiva de calidad participando en espacios de debate para influir en el desarrollo y la creación de políticas públicas que garanticen estos derechos para todas las personas.

PERSPECTIVA DE PROFESIONALES SANITARIOS

La experiencia de Médicos del Mundo Canarias en la defensa del derecho a la salud de poblaciones vulnerables constata la existencia de múltiples barreras en el acceso a la atención sanitaria. Estas se han ido reseñando a lo largo de este documento y en versiones anteriores del mismo, reflejando obstáculos de tipo administrativo, informativo, económico y físico, así como barreras culturales que, en su conjunto, limitan el acceso a un sistema sanitario que no siempre responde adecuadamente a las necesidades de estos colectivos.

Partiendo de la evidencia de que las barreras en la atención sanitaria pueden producirse durante todo el proceso de interacción entre pacientes y sistema sanitario, y no sólo en el acceso (González-Rábago, Lanborena, & Rodríguez-Álvarez, 2025), en esta edición, nos hemos propuesto hacer un acercamiento a la perspectiva que el personal de salud tiene sobre la interacción con poblaciones migradas, racializadas, en situación de sinhogarismo y/o en situación de prostitución. Desde esta mirada, se explora la dimensión de la aceptabilidad del derecho a la salud desde la perspectiva del personal sanitario del SCS, indagando en la posible existencia de barreras que persisten incluso después de producido el acceso formal a la atención sanitaria.

Para esta exploración, se elaboró un **cuestionario electrónico de carácter anónimo**, compuesto por preguntas cerradas y abiertas, incluyendo ítems de respuesta múltiple. Este fue distribuido a profesionales sanitarios en activo en Atención Primaria de las islas de Gran Canaria, Tenerife y Lanzarote.

La difusión del cuestionario se realizó mediante distintas vías. En primer lugar, se aprovechó la realización de sesiones formativas impartidas por Médicos del Mundo en centros de salud dirigidas a profesionales sanitarios, espacios en los que se presentó y promovió la participación en el cuestionario. A su vez, se difundió vía *WhatsApp* a través de personas voluntarias de Médicos del Mundo Canarias que trabajan en el Servicio Canario de Salud (SCS). Finalmente, se solicitó su distribución a través de las Gerencias de Atención Primaria y de las Unidades Docentes Multiprofesionales de Atención Familiar y Comunitaria de las islas en las que Médicos del Mundo Canarias tiene implantación.

En relación con el análisis de la información recopilada, las respuestas relativas al perfil sociodemográfico y profesional, así como las preguntas de respuesta cerrada y de opción múltiple, vinculadas a los temas explorados sobre conocimiento del marco legal y administrativo y la interacción en la atención, se analizaron mediante la herramienta SPSS (versión 20).

Las preguntas que ofrecían la posibilidad de respuesta en texto libre fueron analizadas mediante un proceso de agrupación por patrones y temas recurrentes, con el objetivo de identificar similitudes y divergencias entre las respuestas. Este análisis temático fue revisado por dos de las autoras del informe, alcanzándose consenso en la interpretación de los resultados.

Descripción de la muestra

El estudio se basó en una muestra de 61 profesionales sanitarios de Atención Primaria del Servicio Canario de Salud (SCS), que cumplieron el cuestionario entre septiembre y noviembre de 2025.

En cuanto al perfil sociodemográfico, la muestra presenta una marcada feminización, con un 83,6% de mujeres (n=51) y un 16,4% de hombres (n=10). En relación con el origen, se constata una elevada homogeneidad, ya que el 95,1% de las personas participantes ha nacido en España (n=58). La edad media es de 41,2 años, con un rango comprendido entre los 24 y los 64 años, lo que permite situar a la muestra dentro de la población en edad laboral activa del SCS. Asimismo, la antigüedad en el sistema muestra una distribución relativamente equilibrada, con un 52,5% de profesionales que acumula más de 10 años de experiencia.

En relación con la formación, se identifica una brecha significativa en materia de interculturalidad: el 67,2% de la muestra afirma no haber recibido formación al respecto, frente al 32,8% que sí ha accedido a este tipo de capacitación. Por otro lado, una de cada tres personas participantes mantiene algún tipo de vinculación con organizaciones no gubernamentales, lo que refleja cierto grado de compromiso social, aunque no generalizado.

Es importante señalar que la participación voluntaria en el cuestionario puede constituir una limitación del estudio, en la medida en que es posible que hayan respondido en mayor proporción profesionales con mayor interés o sensibilización en materia de interculturalidad, lo que podría introducir un sesgo en los resultados, tal como señalan Alonso Moreno et al. (2020). No obstante, el análisis de la muestra revela que solo 20 de las 61 personas participantes habían recibido formación en este ámbito y que la vinculación con organizaciones sociales es limitada, lo que sugiere que no se trata de un grupo especialmente especializado o sensibilizado en la materia.

A continuación, se describen las principales características de la muestra participante en el estudio.

VARIABLE	Categoría	Frecuencia (n)	%
Género	Femenino	51	83,6 %
	Masculino	10	16,4 %
País de Nacimiento	España	58	95,1 %
	Venezuela	2	3,3 %
	Perú	1	1,6 %
Profesión	Médica/o	34	55,7 %
	Enfermera/o	21	34,4 %
	Técnico sanitario	3	4,9 %
	Trabajadora social	2	3,3 %
	Higienista Dental	1	1,6 %
Especialidad	Familiar y Comunitaria	24	39,3 %
	Pediatría	4	6,6 %
	Matrona	3	4,9 %
	Ginecología	2	3,3 %
	Infecciosas	1	1,6 %
	No consta / No tiene	27	43,3 %
Residente (MIR/EIR)	Sí	14	23,0 %
	No	47	77,0 %
Tiempo en el SCS	0 - 5 años	16	26,2 %
	6 - 10 años	13	21,3 %
	10 - 20 años	15	24,6 %
	Más de 20 años	17	27,9 %
Formación en Interculturalidad	Sí	20	32,8 %
	No	41	67,2 %
Voluntariado en Médicos del Mundo	Sí	4	6,6 %
	No	57	93,4 %
Voluntariado en otras ONGs	Sí	15	24,6 %
	No	44	72,1 %
	NS/NC	2	3,3 %


Conocimiento sobre el acceso a la Tarjeta Sanitaria (TS)

El análisis de la alfabetización sobre el marco legal y administrativo revela una brecha entre la normativa vigente y la percepción del personal. Aunque el 85,2% de los profesionales identifica correctamente que el sistema se financia vía impuestos, existe una confusión significativa sobre los requisitos de acceso al sistema sanitario para la población extranjera.

Respecto al análisis del impacto de la situación administrativa en el acceso a la salud, el 68,9% (n = 42) de las personas encuestadas afirma que carecer de permiso de residencia tiene un impacto directo y negativo en el acceso a la asistencia sanitaria, considerando que carecer de permiso de residencia impide obtener la tarjeta sanitaria o bien restringe el acceso a determinadas prestaciones. Un número de participantes indica que, aun cuando el derecho a la atención esté reconocido, la falta de permiso de residencia expone a las personas a trabas administrativas y a posibles situaciones de arbitrariedad.

Calidad de la asistencia según el origen

En relación con la calidad de la atención según el país de origen, el 37,7% (n = 23) de la muestra considera que las personas extranjeras con tarjeta sanitaria no reciben la misma calidad de atención que las personas nacidas en territorio nacional. De ellos, 12 personas atribuyen esta desigualdad a factores culturales, ya sea de forma exclusiva o combinados con situaciones de trato desigual. Por su parte, 8 identifican como causa principal el trato desigual, la discriminación o el racismo. Finalmente, 3 profesionales vinculan esta diferencia exclusivamente a factores de carácter administrativo.




Esto depende de quién sea el primero en atenderte, pero no debería de haber diferencia... la salud es igual para todos.

Médica de AP, 6-10 años en el SCS



De forma espontánea, 13 profesionales mencionaron el racismo o la discriminación como factores que influyen en la calidad de la atención diferenciada hacia las personas extranjeras, a pesar de que estas opciones no estaban incluidas entre las respuestas cerradas del cuestionario. Este resultado sugiere la emergencia del racismo como un elemento de autocrítica institucional relevante para avanzar hacia una mayor equidad en la atención sanitaria.

Respecto a la emergencia de este tema, incluso reconocido el derecho a la salud, el sistema sanitario, como cualquier institución social, puede reproducir el racismo estructural a través de barreras que se originan producto de su propia configuración y sus limitaciones en la adecuación a las necesidades de poblaciones diversas. Al mismo tiempo, otras formas explícitas o implícitas de racismo pueden permear los sistemas de salud a través de sus profesionales, tanto en las interacciones clínicas como en las administrativas. (González-Rábago, Lanborena, & Rodríguez-Álvarez, 2025).



Creo que nuestro sistema se presenta racista estructuralmente e individualmente en muchos de los profesionales que dan la asistencia, por lo que en muchos casos no se da atención de calidad. En relación a las personas en situación de prostitución o sin hogar, existen también prejuicios y juicios que impiden la asistencia adecuada. Por otra parte, las diferencias idiomáticas y culturales, competencias en las que no estamos formados los profesionales habitualmente, constituyen barreras importantes que dificultan enormemente la atención haciéndola en muchos casos pobre y superficial

**Médica de Familia con más de 20 años
de trayectoria en el SCS**



Uso de servicios de traducción e interpretación

Los hallazgos evidencian una infrautilización de los recursos institucionales de traducción lingüística. Del total de la muestra, el 55,7% de las personas encuestadas afirma no haber utilizado nunca el servicio oficial de teletraducción del SCS. Entre quienes no lo utilizan, el 41% (n=25) señala como principales motivos el desconocimiento de su existencia, la falta de acceso o la percepción de que su uso resulta excesivamente complejo. Asimismo, ningún participante refirió conocer o utilizar aplicaciones de traducción específicamente diseñadas para el ámbito sanitario.

En relación con este punto, la investigación realizada entre personal sanitario hospitalario y en centros de salud de Gran Canaria se aproxima a la realidad que reflejan nuestros hallazgos. De acuerdo con dicho artículo, para garantizar una atención de calidad y centrada en las necesidades del paciente, las aplicaciones de traducción médica resultarían de ayuda en la atención a pacientes extranjeros, además se recomienda la presencia de un intérprete profesional que transmita la información adaptándola a los códigos culturales de ambos interlocutores (García Morales & Santana García, 2006).


Dificultades en la comunicación y gestión de malentendidos

El 91,8% de la muestra señala dificultades comunicativas más allá del idioma. Entre las barreras identificadas, en las opciones múltiples, destacan las creencias culturales (75,4%) y el desconocimiento o la desconfianza hacia el sistema (70,5%). Al indagar en otras opciones, vuelve a emerger como elemento negativo en la comunicación la falta de empatía y la presencia de actitudes racistas por parte de algunos profesionales en la interacción con pacientes extranjeros. Asimismo, se agregan factores no contemplados en el cuestionario que también pueden influir en la comunicación, tales como la situación de vulnerabilidad, el género y otros determinantes sociales, así como el sufrimiento emocional y el miedo de las personas usuarias. En este sentido, según los profesionales, todos estos elementos tienen un impacto relevante en la comunicación con pacientes extranjeros.

Respecto a la gestión de los desacuerdos dados por la dificultad en la comunicación, el 70,5% de la muestra (n=43) refiere haber experimentado malentendidos en la interacción asistencial. Entre las causas, el 34,8% (n=15) identifica la barrera idiomática como uno de los principales factores que los generan. Ante la ausencia de intérpretes oficiales o de mediación intercultural, el personal sanitario recurre a

distintas estrategias, como el uso de habilidades comunicativas y la empatía, el apoyo en gestos, la utilización de aplicaciones de traducción general en dispositivos personales (como Google Translate) y a la reprogramación de citas en horarios con menor carga asistencial para disponer de más tiempo. Asimismo, se destaca que la presencia de familiares como intérpretes no garantiza una comunicación adecuada, pudiendo incluso generar limitaciones en la calidad del intercambio de información.

En conjunto, las respuestas evidencian la existencia frecuente de barreras comunicativas que, en gran medida, son abordadas a través de los recursos individuales y la disposición de las personas, más que mediante mecanismos estructurados del sistema sanitario.



Sí, estando en Atención Primaria, he citado a esos pacientes más adelante para poder dirigir mejor mi intervención; muchas veces hay realidades que precisan de más tiempo.

Enfermera, entre 0 y 5 años en el SCS



Valoración de la figura de mediación intercultural

La figura de la mediación intercultural se posiciona como la intervención con mayor respaldo técnico de todo el estudio, con un consenso casi unánime del 96,7%.

Entre los beneficios identificados, sobresale de manera significativa la mejora en la calidad y seguridad de la atención (26 menciones). A ello se suma la disminución de la sobrecarga del personal sanitario, al reducirse los malentendidos en la interacción clínica, así como el fortalecimiento del acompañamiento a las personas usuarias en la navegación del sistema y en la gestión de trámites administrativos. Asimismo, se destaca su contribución a la generación de entornos de mayor confianza y seguridad, especialmente en contextos caracterizados por una alta diversidad sociocultural.



En zonas de mucha diversidad intercultural facilitaría el trabajo de los profesionales sanitarios y beneficiaría la confianza y seguridad del usuario.


**Enfermera Familiar y Comunitaria,
más de 20 años en el SCS**



Un uso diferenciado según procedencia

La mayoría de las personas encuestadas percibe un uso diferenciado del sistema sanitario en función del país de origen. Adicionalmente, un 63,9% (n=39) de las respuestas señala que entre las personas extranjeras hay nacionalidades más frecuentadoras o demandantes que otras.

Entre los motivos declarados de este razonamiento se encuentran aspectos como las expectativas condicionadas por la experiencia previa en los países de origen. Asimismo, se mencionan de forma recurrente las diferencias en la concepción de la salud y la enfermedad, en combinación o no con el desconocimiento de los distintos niveles asistenciales. En menor medida, se identifican las barreras administrativas y la situación de vulnerabilidad individual como factores explicativos de este uso diferenciado.



A cómo han accedido al sistema de salud en su país de origen, en muchos casos replican la misma situación. Quien en su país acude a la privada, lo replica o piensa que la pública funciona igual. Quien en su país la atención primaria no tiene importancia, solicita ser derivado a especialistas hospitalarios. Quien no espera la cita, acude regularmente a urgencias. Quien no conoce programas preventivos, acude cuando tiene síntomas.

**Mujer, Medicina Familiar y Comunitaria,
más de 20 años en el SCS**



Percepción sobre determinantes socioeconómicos

En relación con esta categoría de análisis, el 83,3% de las personas encuestadas con capacidad de prescripción declaró tener en cuenta la situación de vulnerabilidad de las personas usuarias y su capacidad de acceso a los medicamentos antes de prescribirlos.

Este resultado contrasta con los datos procedentes de la base de datos de Médicos del Mundo, donde se registran de forma sistemática casos de personas que enfrentan dificultades económicas para acceder a la medicación prescrita en el marco del SCS. Esta realidad, enmarcada en el fenómeno de la pobreza farmacéutica, constituye una barrera recurrente entre la población atendida y pone de manifiesto la persistencia de desigualdades en el acceso efectivo a los tratamientos. Según el

estudio de Oldano y Buraschi (2025), se aprecia que el 48,1% de todas las mujeres encuestadas no accede a medicamentos prescritos o material de curas, pese a estar parcialmente financiados. Las que sufren esta barrera con mayor frecuencia (63,6%) son las mujeres que viven en un espacio público y las que carecen de permiso de residencia (62,5%).

En esta categoría de análisis destacan además las barreras físicas, que dificultan el acceso de las personas en situación de vulnerabilidad a las distintas citas sanitarias, así como los costes indirectos asociados a la atención, entre ellos los gastos de transporte y la pérdida de ingresos por tiempo de trabajo. Frente a esto, un 63,9% (n=39) de las personas participantes reconocieron no tener ningún mecanismo para garantizar que las citas para pruebas complementarias y revisiones se gestionen de forma que minimicen los desplazamientos de sus pacientes en vulnerabilidad.

Esta ausencia de mecanismo reflejada en el cuestionario podría asociarse a una sensación de impotencia y a la percepción de contar con escasos recursos, en línea con lo descrito por Loignon et al. (2015), quienes señalan que la falta de tiempo, recursos y la carga burocrática que enfrenta el equipo profesional contribuyen a estas dificultades en la atención a poblaciones vulnerables.



Necesidades en la atención a colectivos vulnerables

Dentro de las preguntas abiertas del cuestionario, se incluyó una sección orientada a identificar las necesidades del personal sanitario para mejorar la atención a colectivos en situación de vulnerabilidad. A partir de las respuestas, se observa una demanda clara de transformaciones que abarcan dimensiones organizativas, formativas, normativas y actitudinales, así como un refuerzo de la coordinación y la innovación en la práctica asistencial.

En el plano organizativo, se señala la necesidad de simplificar protocolos, crear perfiles específicos de enlace y disponer de mayor tiempo en consulta. Además, se destaca la importancia de capacitar a todo el personal, incluido el administrativo, en competencias interculturales y en el trato a personas en situación de vulnerabilidad. En relación con la normativa, se plantea la conveniencia de flexibilizar su aplicación para facilitar el acceso al sistema sanitario, junto con la promoción de actitudes más flexibles tanto por parte de profesionales como de las personas usuarias.

Por otro lado, se subraya la necesidad de fortalecer la coordinación mediante equipos multidisciplinares que integren trabajo social y salud mental, así como la articulación con activos comunitarios. En la misma línea, emergen propuestas vinculadas a la innovación social, como la creación de espacios de intercambio de experiencias entre profesionales y el desarrollo de iniciativas dirigidas a colectivos en situación de vulnerabilidad.



Espacios entre profesionales para intercambiar experiencias, estaría genial poder hacer una escuela de pacientes con personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad.

Enfermera, entre 0 y 5 años en el SCS



Implicaciones de los resultados

De nuestros hallazgos se desprende que las diferencias culturales en la concepción de la salud y las ideas previas sobre el sistema sanitario originan problemas de comunicación que trascienden el idioma, provocando malentendidos en la interacción entre pacientes y profesionales, en ambos sentidos. Hay evidencia de que, cuando estas diferencias están presentes y no son reconocidas o aceptadas por el sistema sanitario y sus profesionales, estas provocan efectos negativos en la prevención y en el tratamiento de las enfermedades (González-Rábago, Lanborena, & Rodríguez-Álvarez, 2025). De este modo, en línea con lo expresado por las personas que respondieron nuestro cuestionario, y tal como recomiendan otros estudios, ente ellos el de Alonso Moreno (2020), resulta esencial reconocer la urgencia de mejorar las competencias culturales del equipo profesional, tanto en el área clínica como administrativa, para dar mejor respuesta a la atención en contextos socioculturales diversos.

Otro elemento interesante para analizar es la emergencia espontánea de la influencia del trato desigual, los prejuicios y el racismo como origen de malentendidos en la interacción y, en definitiva, como factor generador de peor calidad de la atención. En esta línea, surge en la literatura la recomendación de nombrar el racismo como determinante estructural, reconociendo su influencia negativa en los resultados en salud, y permitiendo abordar las desigualdades que provoca (Bee Nchama, y otros, 2025).

En definitiva, las estrategias de mejora en la calidad de la atención no tendrían que limitarse a facilitar y promover las relaciones interpersonales y las competencias interculturales, únicamente en el ámbito sanitario, sino que deberían trascender este sector e incidir en los determinantes sociales de la salud en toda su complejidad, incidiendo también en la naturaleza estructural del racismo (Sociedad Española de Epidemiología (SEE), 2024). De acuerdo con Bee Nchama et al (2025), si cultura o etnia se convierten en eufemismos para raza, ignorando las dinámicas de poder en las instituciones, actuarán como un obstáculo para la equidad racial en salud.

Finalmente, en relación con el fortalecimiento de la atención a poblaciones en situación de vulnerabilidad, las personas participantes en nuestro estudio han planteado una serie de propuestas cuya pertinencia requiere ser explorada con mayor profundidad y considerada en el desarrollo de futuras intervenciones. En este sentido, dichas aportaciones han sido incorporadas en las recomendaciones finales del presente informe.

DISCUSIÓN Y ANÁLISIS TRANSVERSAL DE HALLAZGOS

A partir de los hallazgos presentados se evidencia una brecha no menor entre el reconocimiento del derecho a la atención sanitaria y acceso efectivo al Servicio Canario de Salud. Si bien este derecho se encuentra consagrado en distintos marcos normativos, desde instrumentos internacionales hasta regulaciones nacionales y autonómicas, en la práctica muchas personas no logran ejercerlo plenamente.

En respuesta a esta brecha, a nivel autonómico se han impulsado medidas orientadas a mejorar el acceso al sistema sanitario. La eliminación del requisito de empadronamiento en la instrucción autonómica N.º 6/2025, junto con la incorporación de otras formas de acreditación de residencia, ha supuesto un avance significativo en la reducción de barreras administrativas, dando respuesta a una recomendación sostenida en el tiempo por Médicos del Mundo en sus informes sobre barreras de acceso. En este sentido, la Comunidad Autónoma, en un intento por dar respuesta a los obstáculos persistentes tras el RDL 7/2018, ha impulsado medidas orientadas a mejorar el acceso efectivo al sistema sanitario, anticipándose incluso a desarrollos normativos que posteriormente serían recogidos a nivel estatal en el RDL 180/2026. Esta actuación pone de manifiesto una voluntad institucional de avanzar en la eliminación de barreras y en la consolidación de un modelo de acceso más inclusivo.



No obstante, pese a estos avances normativos, se ha constatado la existencia de una aplicación desigual de la normativa vigente, que puede variar según el centro sanitario o el personal administrativo responsable de gestionar los trámites. De este modo, desde la experiencia de los usuarios, **el acceso depende en gran medida de las interpretaciones individuales del personal administrativo**, así como del grado de conocimiento de la reciente normativa o de la sensibilidad individual hacia determinadas situaciones de vulnerabilidad.

En estos casos, hemos sido testigo de situaciones en las que el personal administrativo solicita documentación innecesaria y cuestiona, incluso en algunos casos de forma peyorativa, el tipo de documentación entregada. Además, en determinadas situaciones, estas prácticas se traducen en **la no recepción de expedientes o en la imposibilidad de formalizar la solicitud**, lo que impide que estas situaciones queden registradas como denegaciones oficiales. Como consecuencia, se generan formas de exclusión que permanecen **invisibilizadas** en los registros administrativos y, por tanto, en las estadísticas oficiales.

La evidencia presentada a lo largo del informe pone de manifiesto que, una vez dentro del sistema sanitario, persisten barreras relacionadas con la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad de la atención. Éstas se expresan en experiencias de trato deshumanizado o fiscalizador, en procesos de estigmatización asociados al origen migratorio o a la prostitución, así como en dificultades comunicativas y en una insuficiente adaptación cultural y social de los servicios. Todo ello compromete la calidad de la atención y dificulta el establecimiento de relaciones terapéuticas basadas en la confianza y la comprensión mutua.

Estas experiencias de trato desigual se inscriben dentro del propio sistema de creencias de los profesionales. Un claro ejemplo de esto son los resultados del cuestionario, donde una proporción significativa de profesionales considera que entre las personas extranjeras hay nacionalidades más frequentadoras o demandantes que otras. Lo que es significativo aquí, es que, a su vez, estas percepciones individuales se inscriben en dinámicas estructurales propias de las instituciones, que pueden reforzar o incluso legitimar ciertas conductas. Como resultado, cuando el propio sistema no se adecua a las necesidades de poblaciones diversas y vulnerables, estas creencias individuales y tratos diferenciados en la atención generan rechazo, desconfianza y, en algunos casos, desincentiva la búsqueda o la continuidad en la atención por parte de la población.

En esta misma línea, la brecha entre el funcionamiento del sistema sanitario y los resultados en salud de la población, reflejada en una valoración mayoritariamente positiva del sistema frente a una autopercepción de salud más desfavorable, sugiere que su capacidad para compensar los efectos de los determinantes sociales es limitada. Esto evidencia que el propio sistema sanitario, lejos de contar siempre con las herramientas necesarias para atender adecuadamente a colectivos en situación de exclusión, puede llegar a reproducir y perpetuar dinámicas que refuerzan dichos mecanismos de desigualdad.

Asimismo, los mecanismos de medición del sistema, basados principalmente en encuestas, suelen ser poco representativos, ya que los colectivos en situación de exclusión o en riesgo de exclusión no necesariamente quedan reflejados en estos instrumentos, pese a que sus experiencias aportan información relevante sobre su funcionamiento. En este sentido, incluir a estas poblaciones en los procesos de evaluación podría constituir un elemento clave para avanzar en la reestructuración del sistema sanitario e incorporar enfoques orientados a reducir las desigualdades y el racismo estructural.

En conjunto, la función de intermediación que desempeñan Médicos del Mundo y otras organizaciones del tercer sector entre las poblaciones en situación de vulnerabilidad y el sistema sanitario, junto con los aportes de la investigación académica en equidad en salud, contribuyen al diseño y la implementación de estrategias más inclusivas, equitativas y culturalmente pertinentes, orientadas a garantizar el acceso efectivo y universal a la atención sanitaria.

VII Jornada de Salud del Distrito Ofra Costa Sur-Tenerife. Foto: Médicos del Mundo Canarias.



CONCLUSIÓN

Los elementos presentados a lo largo de este informe evidencian que las barreras de acceso al Servicio Canario de Salud no constituyen hechos aislados, sino que responden a dinámicas estructurales que atraviesan el funcionamiento del sistema sanitario y que impactan de forma diferenciada a personas en situación de vulnerabilidad en Canarias, particularmente a mujeres migrantes en situación administrativa irregular.

Según los datos presentados, los principales obstáculos para acceder al Servicio Canario de Salud siguen siendo las barreras administrativas, siendo la dificultad para obtener la tarjeta sanitaria, especialmente debido a la exigencia de empadronamiento, el factor más determinante. Estas barreras, desde la elaboración de los primeros informes de este tipo, se han mantenido como las más relevantes, adquiriendo especial importancia al constituir la puerta de entrada al sistema sanitario formal.

Si bien el reciente Real Decreto 180/2026 —así como la instrucción 6/2025 a nivel autonómico— suponen un avance hacia la recuperación de la universalidad del sistema sanitario y, en teoría, hacia la reducción de este tipo de barreras, los hallazgos de este informe evidencian que el reconocimiento formal del derecho no garantiza su ejercicio efectivo. Persisten barreras estructurales que continúan limitando el acceso de las poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad.



La evidencia presentada en el informe revela que las barreras económicas, físicas, informativas y culturales constituyen una manifestación sólida de las limitaciones persistentes en las dimensiones de accesibilidad y aceptabilidad del sistema sanitario. Estas deficiencias se traducen en formas de atención que pueden resultar disuasorias, deshumanizadas, estigmatizantes o poco adaptadas a la diversidad social y cultural de la población.

Estas prácticas, junto con la rigidez administrativa y la falta de adaptación a trayectorias vitales complejas, operan en la práctica como mecanismos de exclusión que limitan la continuidad en la atención y debilitan la confianza en el sistema, provocando malestar tanto en las personas usuarias como en profesionales.

Este análisis pone de manifiesto la necesidad de repensar el modelo sanitario desde una perspectiva estructural y dinámica, que no solo sitúe en el centro las condiciones de vida de las personas y la diversidad social y cultural, sino que también reconozca al propio sistema como potencial reproductor de las desigualdades que busca corregir. En este sentido, resulta fundamental reintroducir una dimensión humana, relacional y colaborativa que permita orientar las prácticas y reflexiones organizacionales hacia un sistema de salud que no solo sea universal en su reconocimiento formal, sino efectivamente accesible, digno y equitativo para todas las personas.



RECOMENDACIONES

Las siguientes recomendaciones se fundamentan en la evidencia presentada en este informe y tienen como objetivo subsanar las barreras identificadas desde un enfoque de derecho a la salud. Estas han sido elaboradas por el equipo coordinador de este informe a partir de la experiencia empírica, los marcos teóricos, la normativa vigente y la literatura académica. Asimismo, en esta edición se incorporan las sugerencias recogidas a través del cuestionario aplicado a profesionales sanitarios de atención primaria del Servicio Canario de la Salud.

Garantizar el acceso efectivo al sistema sanitario mediante la eliminación de barreras administrativas y la protección de derechos básicos

- ▶ Mantener desvinculado el empadronamiento del acceso, tal como promueven la instrucción 6/2025 del SCS y el RDL 180/2026. Garantizando el acceso de las personas en situación de vulnerabilidad con independencia de su situación administrativa.
- ▶ Garantizar el cumplimiento efectivo de los mecanismos alternativos de acreditación de residencia que permiten el acceso a la tarjeta sanitaria.
- ▶ Garantizar que, en la práctica, la atención a menores de edad y mujeres embarazadas se preste de forma efectiva, sin condicionarla al cumplimiento de requisitos administrativos.
- ▶ Establecer protocolos simplificados para la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) que eviten demoras u obstáculos en el caso de personas en situación administrativa irregular. Asimismo, estos protocolos deben tener en cuenta la realidad habitacional y social de las mujeres, especialmente cuando el procedimiento se realice mediante tratamiento farmacológico domiciliario.
- ▶ Asegurar el acceso a los medicamentos con criterios de equidad, evitando que la situación económica actúe como barrera para el acceso o la adherencia a los tratamientos.
- ▶ Suspender la emisión de compromisos de pago y facturaciones en las atenciones de los Servicios de Urgencias ya que estas prácticas puedan generar efectos disuasorios en el acceso a la atención sanitaria.

2 Incorporar un enfoque integral e interseccional en la atención a poblaciones en situación de vulnerabilidad

- ▶ Desarrollar e implementar protocolos específicos de atención dirigidos a poblaciones en situación de vulnerabilidad, incluyendo mujeres en situación de exclusión social, mujeres en situación de prostitución, supervivientes de violencia y de mutilación genital femenina. Para estos protocolos, se sugiere, evitar la homogeneización de las personas migrantes, incorporando enfoques de análisis e intervención que reconozcan su heterogeneidad y la complejidad de los determinantes sociales de la salud.
- ▶ Simplificar y adaptar los protocolos existentes para garantizar su aplicabilidad en contextos de alta vulnerabilidad, evitando requisitos que dificulten el acceso o la continuidad en la atención.
- ▶ Crear figuras o dispositivos de referencia, como los profesionales de enlace, que faciliten el acompañamiento y la continuidad asistencial de personas con trayectorias vitales complejas.
- ▶ Fortalecer la coordinación con el tercer sector y los servicios sociales como agentes clave en el acceso al sistema.



Reforzar la dimensión cultural y lingüística en la atención sanitaria

- ▶ Reconocer la importancia de la mediación en salud incorporando la figura del/la mediador/a intercultural en el mismo Servicio Canario de la Salud.
- ▶ Garantizar el acceso a información clara, accesible y multilingüe sobre derechos, procedimientos y acceso al sistema sanitario.
- ▶ Desarrollar campañas de información y sensibilización dirigidas a poblaciones en situación de vulnerabilidad, adaptadas a sus contextos socioculturales y lingüísticos.
- ▶ Garantizar condiciones de confidencialidad, trato digno y no discriminación en todos los niveles de atención, especialmente en contextos de barrera lingüística.



4 Fortalecer la formación continua del personal sanitario y administrativo desde un enfoque de derechos e interseccional

- ▶ Brindar formación sobre la normativa vigente relativa al acceso al SERVICIO Canario de Salud, con el fin de reducir arbitrariedad en su interpretación.
- ▶ Incorporar formación en enfoques de derechos, antirracismo, género y diversidad con enfoque LGBTQIA+, que permita abordar las desigualdades estructurales en salud.
- ▶ Desarrollar capacitaciones específicas en salud sexual y reproductiva, violencia obstétrica, atención integral a mujeres en situación de prostitución, mutilación genital femenina y atención a personas trans.
- ▶ Impartir formaciones en mediación intercultural en salud y en el uso adecuado de servicios de mediación intercultural profesional.
- ▶ Garantizar la actualización periódica del personal sobre los recursos disponibles, incluyendo servicios de teletraducción, interpretación y otros dispositivos de apoyo a la atención.



5 Incorporación de enfoques inclusivos en la estructura del sistema sanitario

- ▶ Garantizar la inclusión de poblaciones en situación de exclusión o vulnerabilidad en las encuestas oficiales de salud y otros sistemas de evaluación sanitaria.
- ▶ Generar y utilizar datos desagregados por origen, género y situación administrativa para visibilizar desigualdades y orientar la toma de decisiones
- ▶ Incorporar metodologías cualitativas que permitan recoger las experiencias, percepciones y barreras vividas por las personas usuarias, especialmente aquellas en situación de vulnerabilidad, así como abordar la perspectiva del equipo de profesionales de la salud.
- ▶ Identificar y revisar prácticas institucionales que puedan generar estigmatización o discriminación hacia determinadas poblaciones.

6 Promover modelos de atención centrados en las personas y las comunidades

- ▶ Promover la humanización de la atención sanitaria mediante la adecuación de los tiempos de consulta, favoreciendo la escucha activa, la relación terapéutica y una atención centrada en la persona.
- ▶ Desarrollar iniciativas de educación y participación en salud, como escuelas de pacientes, en articulación con recursos comunitarios y activos externos.
- ▶ Transitar desde modelos basados en la iniciativa individual de profesionales comprometidos hacia una coordinación institucional estable, garantizando circuitos claros de derivación, seguimiento y acompañamiento.

Testimonio



Canarias

Éste es un país de oportunidades, que allá hoy en día no tenemos. Pero claro, la oportunidad para cada persona es distinta. Entonces, cuando llegamos, éramos nuevos, inmigrantes recién llegados, sin conocimiento, sin saber a dónde ir ni cómo hacerlo.

Nosotros, al llegar, pensamos que íbamos a vivir y a ser tal cual. Y toma, torta en la cara. No fue así. Tuvimos que empezar a aprender cómo se vive aquí, cuál es el sistema, y nos dimos cuenta de que no es fácil. El sistema administrativo no es sencillo; yo digo que para nosotros es como un monstruo de mil cabezas. Ustedes ya lo manejan, ya lo conocen, pero para nosotros ésa es la realidad, sobre todo al inicio.

Pero aquí viene la buena noticia, como dice la compañera: sí se puede. Se puede, solo que hay que estar buscando cómo y dónde. No quedarse parados.

Mujer, Venezuela. Grupo de Tenerife

BIBLIOGRAFÍA

- Alonso Moreno, F. J., Micó Pérez, R., Segura Fragoso, A., & Ahmed de Prado, H. (2020). Aptitudes percibidas por el médico de familia en la atención a pacientes inmigrantes. *Revista Medicina de Familia. SEMERGEN*, 448–456.
- Bee Nchama, M., Manzano, J., Pajunen, M., Zhang Yim, J., González-Rábago, Y., Jacques-Aviñó, C., & La Parra-Casado, D. (2025). Racismo: El determinante social de la salud invisibilizado en España. *Revista Española de Salud Pública*.
- Bouznah, S., Moro, M., & Escaich, M. (2020). Évaluation qualitative d'un dispositif de médiation transculturelle. *L'Autre. Cliniques, cultures et sociétés*.
- Flores Martos, R. (coord.) (2025). IX Informe sobre exclusión y desarrollo social en España. Madrid: Cáritas Española; Fundación FOESSA, 710 p. <https://www.caritas.es/main-files/uploads/2025/10/IX-INFORME-FOESSA.pdf>
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000). *Observación general N° 14 (2000): El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales) (E/C.12/2000/4)*.
- De Genova, N. (2002). Migrant "Illegality" and Deportability in Everyday Life. *Annual Review of Anthropology*, 419–447.
- España. (2018, julio 30). *Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud*. Recuperado de Boletín Oficial del Estado: <https://www.boe.es>
- España. (1977, abril 10). Recuperado de Boletín Oficial del Estado: <https://www.boe.es/boe/dias/1977/04/30/pdfs/A09343-09347.pdf>
- España. (1978, diciembre 28). Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, 311, de 29 de diciembre de 1978. Recuperado de <https://www.boe.es>
- España. (1986, abril 29). Ley 14/1986, General de Sanidad. Recuperado de Boletín Oficial del Estado: <https://www.boe.es>
- España. (2012, abril 24). Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Recuperado de Boletín Oficial del Estado: <https://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf>
- España. (2026). Real Decreto 180/2026, de 11 de marzo, por el que se regula el reconocimiento del derecho a la protección de la salud. Boletín Oficial del Estado.

- European Observatory on Health Systems and Policies. (2024). *Spain: Health system summary 2024*. Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud.
- European Union Agency for Fundamental Rights (FRA). (2015). *Cost of exclusion from healthcare: The case of migrants in an irregular situation*. Publications Office of the European Union.
- García Morales, G., & Santana García, M. (2006). La comunicación con extranjeros en el Servicio Canario de Salud y el empleo de aplicaciones de traducción médica en este contexto. *Vector Plus*.
- Gobierno de Canarias. (1995, marzo 15). *Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud*. Recuperado de Boletín Oficial de Canarias: <https://www.gobiernodecanarias.org/boc/1995/032/001.html>
- Gobierno de Canarias. (2007). *Consejería de Sanidad pone en marcha en 8 hospitales y 31 centros de salud el servicio de teletraducción por teléfono móvil en 49 idiomas*. Recuperado de Gobierno de Canarias – Noticias: <https://www3.gobiernodecanarias.org/noticias/hemeroteca/consejeria-sanidad-pone-marcha-8-hospitales-islas-31-centros-salud-servicio-teletraduccion-telefono-movil-49-idiomamas/>
- Gobierno de Canarias. (2025, diciembre 18). El Barómetro Sanitario indica que el 75 % de los pacientes valora positivamente la atención en los centros de salud.
- González-Rábago, Y., Lanborena, N., & Rodríguez-Álvarez, E. (2025). Barriers to healthcare for racialised populations in Europe: A scoping review of reviews. *International Journal for Equity in Health*.
- Hoffman, K., Trawalter, S., Axt, J., & Oliver, M. (2016). Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America (PNAS)*.
- Howell, E. (2018). Reducing Disparities in Severe Maternal Morbidity and Mortality. *Clinical Obstetrics and Gynecology*.
- Instituto Canario de Estadística. (2021). Encuesta de Salud de Canarias (ESC) / Autovaloración del estado de salud. Recuperado de Instituto Canario de Estadística: https://www3.gobiernodecanarias.org/istac/statistical-visualizer/visualizer/collection.html?resourceType=collection&agencyId=ISTAC&resourceId=C00035A_000012

- Instituto Canario de Estadística. (2021). Encuesta de Salud de Canarias (ESC) / Utilización de servicios sanitarios. 2021. Recuperado de Instituto Canario de Estadística.
- Instituto Nacional de Estadística. (2025). Distribución porcentual de los activos por sector económico y provincia. Recuperado de INE: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=65353>
- Instituto Nacional de Estadística. (2025). Población según comunidad autónoma y provincia y sexo. Recuperado de INE: https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=67988#_tabs-tabla
- Instituto Nacional de Estadística. (2025). Tasa de riesgo de pobreza por comunidades autónomas. Recuperado de INE: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=9963>
- Instituto Nacional de Estadística. (2025). Tasas de actividad, paro y empleo por provincia y sexo. Recuperado de INE: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=65349>
- Juanmartí Mestres, A., López Casasnovas, G., & Vall Castelló, J. (2018). The deadly effects of losing health insurance.
- Kleinman, A., Eisenberg, L., & Good, B. (1978). Culture, illness, and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*.
- Loinçon, C., Hudon, C., Goulet, É., Boyer, S., DeLaat, M., Fournier, N., & Breton, M. (2015). Perceived barriers to healthcare for persons living in poverty in Quebec, Canada: The EQUihealthY Project. *International Journal for Equity in Health*.
- López-Valcárcel, B., Barber Pérez, P., Regueiro Ons, C., Vallejo Torres, L., Rodríguez Caro, A., Pinilla Domínguez, J., . . . Rodríguez Lugo, J. (2025). Estudio sobre la situación de salud y sus determinantes económicos y sociales en los barrios de la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria.
- Lu, M., Lin, Y., Prietto, N., & Garite, T. (2000). Elimination of public funding of prenatal care for undocumented immigrants in California: A cost/benefit analysis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 233–239.
- McIntyre, D., Thiede, M., Dahlgren, G., & Whitehea, M. (2006). What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care? *Social Science & Medicine*, 858–865.
- Médicos del Mundo Canarias . (2024). III Informe de barreras en el acceso al Servicio Canario de la Salud en poblaciones vulnerabilizadas.
- Ministerio de Sanidad. (2025). Barómetro Sanitario 2025 (segunda oleada). Distribuciones marginales. Estudio nº 3519.

- Ministerio de Sanidad. (2025). Barómetro Sanitario 2025 (segunda oleada). Ficha técnica. Estudio nº 3519.
- Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos. Recuperado de <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- Observatorio de Derechos Sociales de Canarias. (2025). Informe vivienda y salud mental 2025. Obtenido de <https://odesocan.org/informe-vivienda-y-salud-mental-2025-2/>
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2008). El derecho a la salud (Hoja informativa N.º 31). Naciones Unidas.
- Oldano, N., & Buraschi, D. (2025). Perder la casa ha sido mi enfermedad". La salud de las mujeres en situación de sinhogarismo desde un enfoque interseccional. Médicos del Mundo.
- Organisation for Economic Co-operation and Development . (2019). Health for Everyone? Social inequalities in health and health systemS. París: OECD Publishing.
- Organización Mundial de la Salud. (1978). Declaración de Alma-Ata.
- Organización Mundial de la Salud. (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud.
- Organización Mundial de la Salud. (s.d.). Social determinants of health. Recuperado de World Health Organization: <https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2025). Panorama de la salud 2025.
- Pereira, D., Sidorenkov, G., & Hetlevik, Ø. (2018). Continuity of care with doctors—a matter of life and death? BMJ Open.
- Sandvik, H., Hetlevik, Ø., Blinkenberg, J., & Hunskaar, S. (2022). Continuity in general practice as predictor of mortality and hospitalisation. British Journal of General Practice.
- Servicio Canario de la Salud. (2014). TRADASSAN: Traductor para la Asistencia Sanitaria. Recuperado de Servicio Canario de la Salud – Gobierno de Canarias: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=b66fed8e-f147-11e7-9d56-c37102939259&idCarpeta=8f94f980-d052-11e7-836b-953b40afb30b>
- Servicio Canario de la Salud. (2023). *Instrucción nº 11/2023, por la que se regula la prestación de la interrupción voluntaria del embarazo en el Servicio Canario de la Salud.*

- Servicio Canario de la Salud. (2024). *Instrucción sobre la vacunación frente al virus del papiloma humano (VPH)*. Dirección General de Salud Pública, Gobierno de Canarias.
- Servicio Canario de la Salud. (2025, mayo 15). *Instrucción núm. 6/2025 de la Dirección del Servicio Canario de la Salud relativa a la expedición del documento acreditativo para la asistencia sanitaria a las personas extranjeras que sin residir legalmente en España se encuentren en Canarias*. Recuperado de Gobierno de Canarias: https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/6d7f1f3e-3bcc-11f0-a206-092ebfb3610e/Instruccion_6_25_Anex.pdf
- Sociedad Española de Epidemiología (SEE). (2024). *La discriminación racial en el Sistema Nacional de Salud*. España: Sociedad Española de Epidemiología.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*.
- Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly*, 83(3), 457–502. *Milbank Quarterly*, 83(3), 457–502. .
- World Health Organization. (2000). *The world health report 2000: Health systems: Improving performance*. Recuperado de World Health Organization: <https://www.who.int/publications/i/item/924156198X>



DÍA MUNDIAL DE LA SALUD.

POR UNA SANIDAD
PÚBLICA Y **UNIVERSAL**
SIN CASI, SIN PEROS,
SIN CONDICIONES.

Con la colaboración de:



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO
Y AGENDA 2030



POR SEGURIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL

ANEXO: CUESTIONARIO DE ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD

El siguiente cuestionario elaborado por Médicos del Mundo Canarias tiene el objetivo de comprender y visibilizar el trabajo del personal del Servicio Canario de Salud en la atención a personas en situación de vulnerabilidad*.

El análisis de las respuestas obtenidas nos ayudará a identificar barreras y oportunidades de mejora en el acceso al Sistema de Salud Canario. Las propuestas que surjan de este análisis podrán ser incluidas en el **IV Informe de Barreras al Sistema Canario de Salud en poblaciones vulnerabilizadas del año 2025**. Este modelo de informe es desarrollado por Médicos del Mundo desde el año 2022.

Este cuestionario es completamente anónimo. Te invitamos a responderlo con sinceridad, ya que tus respuestas ayudarán a generar información clave para fortalecer el Derecho a la Salud.

Muchas gracias, ¡tu participación es muy valiosa para nosotras!

* Personas en situación de vulnerabilidad con la que trabaja Médicos del Mundo son las personas en situación de sinhogarismo, migrantes y personas en situación de prostitución.

* Obligatoria

1. Género *

- Masculino No binario
 Femenino Prefiero no responder

2. País de nacimiento *

3. Edad *

4. Profesión (especificar si eres residente de Enfermería o Medicina Familiar y Comunitaria) *

5. Tiempo en el Servicio Canario de Salud *

- Ente 0 - 5 años Entre 6 - 10 años Entre 10 - 20 años Más de 20 años

6. ¿Ha recibido formación en interculturalidad o mediación en salud? *

- Sí
 No

7. ¿Eres o has sido voluntario en Médicos del Mundo? *

- Sí
 No

8. ¿Eres o has sido voluntario de otra ONG que trabaje con colectivos vulnerables (migración, sinhogarismo, prostitución)? *

- Sí
 No

9. ¿Cómo crees que se financia el sistema público de salud? *

10. ¿Crees que todas las personas extranjeras que viven en España, tengan o no un permiso de residencia, tienen garantizado el derecho a ser atendidas en el Sistema público de salud? *

- Sí
 No

11. ¿Tiene algún impacto en la atención sanitaria el hecho de que una persona extranjera disponga o no de permiso de residencia? *

- Sí
 No

12. Si tu respuesta fue afirmativa, ¿puedes explicar tu elección? *

13. ¿Consideras que las personas extranjeras en situación administrativa irregular en Canarias tienen acceso efectivo al sistema sanitario? *

- Sí
- No
- No tengo claro qué significa "situación administrativa irregular"
- No sabe/no contesta

14. ¿Cuánto tiempo piensas que tardan los trámites para conseguir la Tarjeta Sanitaria? *

15. ¿Cómo consideras que las personas acceden a atención sanitaria si no disponen de la Tarjeta Sanitaria (TAS) o mientras esperan a obtenerla? *

16. ¿Una persona sin permiso de residencia puede cambiarse de médico/a si no está conforme con la atención? *

- No
- Sí

17. Si eres personal que puede prescribir, a la hora de hacerlo ¿sueles preguntarte si la o el paciente tiene capacidad para adquirir los fármacos? *

- Sí
- No
- No aplica

18. ¿Consideras que, una vez que una persona extranjera obtiene la tarjeta sanitaria, recibe la misma calidad de atención médica (historia clínica, exploración, pruebas, tratamientos) que una persona Española? *

- Sí
- No

19. Si la respuesta es no, te pedimos que expliques por qué crees que es así o que ejemplifiques con alguna situación. *

20. ¿Piensas que, además del idioma, hay otras dificultades al comunicarse con pacientes extranjeros durante la atención sanitaria? *

- Sí No

21. Si es así, ¿cuáles de los siguientes factores crees que pueden influir? (puedes marcar más de una opción) *

- Diferentes formas de interpretar y expresar su salud/enfermedad, los síntomas o el dolor.
- Desconocimiento o desconfianza hacia el sistema sanitario.
- Dificultades culturales interpretativas para comprender el diagnóstico o el sentido de la terapia propuesta.
- Expectativas distintas sobre el rol del/de la profesional sanitario/a o sobre cómo debería ser la atención médica.
- Costumbres o creencias culturales relacionadas con la salud, la enfermedad o los tratamientos.
- Otras

22. ¿Qué otro factor identificas? *

23. Si lo deseas, puedes comentar tus elecciones

24. ¿Te ha ocurrido alguna situación en la que estas diferencias hayan generado malentendidos o dificultades en la atención sanitaria? ¿Cómo lo has gestionado? *

25. ¿Has solicitado alguna vez servicios de interpretación lingüística para atender a pacientes extranjeros? *

- Sí
- No

26. Si lo has usado ¿te ha resultado útil? *

27. Si no lo has usado ¿cuál ha sido la razón? *

28. ¿Crees que tendría algún beneficio en la atención al / la paciente la intervención de la figura de mediación intercultural? *

- Sí
- No

29. Justifica tu respuesta *

30. ¿Crees que las personas usan el servicio canario de salud de manera diferenciada según su país de procedencia? *

- Sí
- No

31. Si la respuesta es sí, ¿a que crees que se debe? *

32. ¿Crees en la atención sanitaria hay algunas nacionalidades más demandantes o frecuentadoras del sistema que otras? *

- Sí
- No

33. ¿Crees que el absentismo a citas programadas varía entre pacientes de origen extranjero con respecto a pacientes locales? *

- Sí
- No

34. Si la respuesta es sí, ¿A qué crees que se puede deber? *

- Cultura
- Situación socioeconómica
- Edad
- Horarios
- Dificultad de desplazamiento
- Idioma
- Desconocimiento del sistema sanitario
- Falta de compromiso con su propia salud
- No valoran el acceso al sistema sanitario
- Otras

35. Si tu respuesta fue otras: ¿Qué motivos identificas?

36. Cuando atiendes a una persona en situación de vulnerabilidad, ¿dispones de algún mecanismo para garantizar que las citas para pruebas complementarias y revisiones se gestionen de forma que minimicen sus desplazamientos? *

- Sí
- No

37. ¿Crees que es algo de lo que debería ocuparse el personal administrativo? *

- Sí
- No

38. ¿Crees que es algo de lo debería ocuparse el personal sanitario? *

- Sí
- No

39. ¿Crees que es un asunto que sólo concierne a el/la paciente? *

- Sí
- No

40. ¿Una persona sin permiso de residencia puede poner una reclamación si se retrasa su cita o no queda satisfecha con la atención? *

- Sí
- No

41. Si puedes, cuéntanos si conoces algún caso en que esto haya ocurrido.

42. Respecto a las/los pacientes de colectivos vulnerables (personas en situación de sinhogarismo, personas migrantes, personas en situación de prostitución) que atiendes: ¿crees que alcanzan los mismos resultados en salud que el resto de tus pacientes? *

- Sí
- No siempre

43. Si tu respuesta fue no, ¿a qué crees que se debe? *

- Barrera idiomática
- Diferencias culturales con respecto a la salud
- Su propia situación de vulnerabilidad
- Otra

44. ¿Qué otros factores identificas?

45. ¿Consideras que tienes las herramientas necesarias para que la atención a personas en situación de vulnerabilidad sea de calidad? *

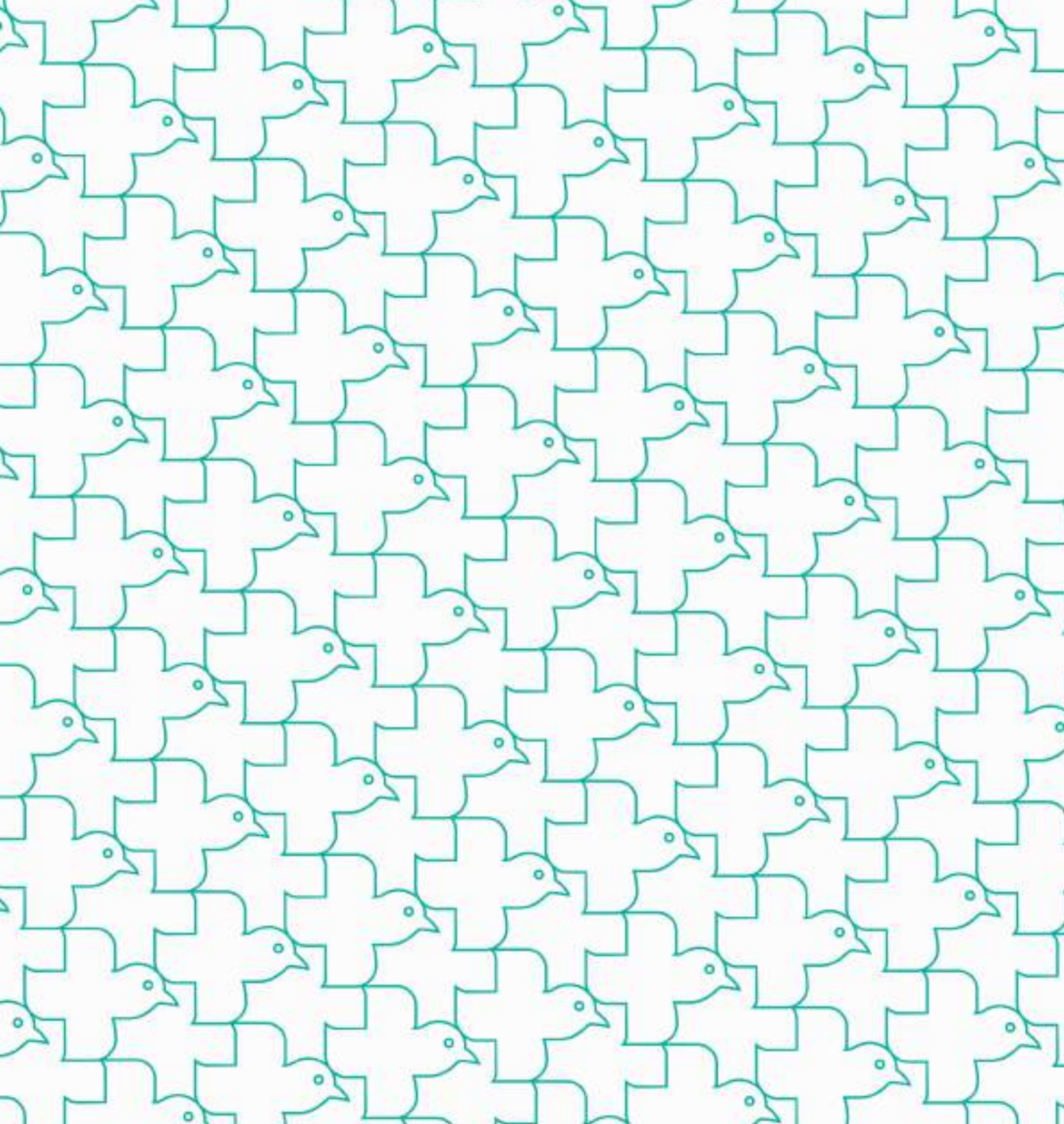
- Sí
- No

46. ¿Qué crees que necesitaría el personal sanitario para facilitar la atención a colectivos en situación de vulnerabilidad? *

- Más tiempo en la consulta
- Presencia de mediadores culturales
- Formación específica en la salud de las personas en situación de vulnerabilidad
- Considero que los recursos ya son suficientes
- Otras

47. ¿Qué otra herramienta consideras necesaria para facilitar la atención a colectivos en situación de vulnerabilidad? *

FIN DEL CUESTIONARIO



**IV INFORME DE
BARRERAS AL SERVICIO CANARIO DE SALUD
EN POBLACIONES VULNERABILIZADAS
2025**

