



**SIN SALUD, LA VIDA SE DETIENE**

# **INFORME DE BARRERAS AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN POBLACIONES VULNERABILIZADAS EN ANDALUCÍA**



GOBIERNO DE ESPAÑA  
MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO Y AGENDA 2030



POR SOLIDARIDAD  
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL



GOBIERNO DE ESPAÑA  
MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO Y AGENDA 2030

DIRECCIÓN GENERAL DE AGENDA 2030





# 1. INTRODUCCIÓN

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

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

Desde el año 1993 Médicos del Mundo Andalucía trabaja en esta comunidad autónoma impulsando proyectos para reducir el impacto del VIH en personas con adicciones y personas en prostitución. Posteriormente se va ampliando el trabajo a otros aspectos del derecho a la salud y con otras poblaciones como las personas migrantes, respecto a las que se consigue el derecho a la asistencia sanitaria ya a finales de los 90. Más adelante se van extendiendo los proyectos a la población más vulnerable en materia de desigualdad social en salud que son las personas sin hogar y más recientemente, a partir de la pandemia de COVID-19, a las personas mayores en exclusión o alta vulnerabilidad de barrios desfavorecidos.

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

El acceso a la atención sanitaria de las poblaciones vulnerabilizadas en España está ineludiblemente marcado por la exclusión impuesta en 2012 y sólo parcialmente revertida en 2018. En el caso de Andalucía en 1999 se firma con la Consejería de Salud el primer convenio para mejorar la accesibilidad a la atención sanitaria del colectivo de inmigrantes en Andalucía. En él, el acceso de las personas migrantes en situación irregular se realiza con la mediación de las ONG firmantes. Pocos años después, se pasará a conceder directamente la asistencia sanitaria en atención primaria, siendo conocido este mecanismo como "la cobertura pública andaluza", que supone un acceso temporal y renovable al sistema sanitario, aún en el caso de que la persona no disponga de empadronamiento. Aunque en Andalucía siempre ha seguido presente esta vía de acceso, más allá de lo establecido en el Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, de acceso universal al Sistema Nacional de Salud, en la práctica dicho acceso se ve en ocasiones entorpecido por diversos requisitos o circunstancias, que si bien habitualmente se resuelven gracias a la mediación de ONGs como la nuestra, introducen un elemento de desigualdad, tal y como explicaremos a lo largo de las siguientes páginas.

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

Contar con una legislación garantista es de vital importancia, sin embargo, la noción de universalidad en el acceso a la atención sanitaria no puede quedar reducida a un mero reconocimiento legal. Así, como veremos en las próximas páginas, son múltiples las trabas – de carácter físico, económico, informativo o cultural – que las personas más vulnerables deben afrontar para acceder al SNS. De este modo, cualquier legislación resultará insuficiente si no es acompañada de medidas dirigidas a remover estos obstáculos y garantizar las condiciones necesarias para que cualquier perso-

na pueda hacer efectivo su derecho a la atención sanitaria. Así lo reconoce la “Estrategia de desarrollo sostenible 2030” al establecer como meta el “consolidar la universalidad de la cobertura del Sistema Nacional de Salud (SNS), incluyendo el acceso efectivo y equitativo de las personas residentes en

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

## 2. METODOLOGÍA

El presente informe analiza los casos de barreras de acceso al SNS documentados en Andalucía por Médicos del Mundo entre el **1 de enero y el 31 de diciembre de 2025**. Estos casos han sido recogidos a través del trabajo que realiza Médicos del Mundo en nuestros programas de Atención sociosanitaria a personas mayores en exclusión en barrios desfavorecidos, proyectos de reducción de daños en adicciones, proyectos de diagnóstico precoz y prevención de VIH y sífilis en personas vulnerables, Intervención sociosanitaria con personas migrantes, Atención a Personas en prostitución, o de prevención y atención a la Mutilación Genital Femenina o Acción social: Mejora de la atención integral a mujeres en situación de prostitución desde los servicios y recursos sociales públicos.

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

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

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

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

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

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

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

#### Identidad de género

	Atendidos/as	Total
Hombre	35,7%	35,8%
Y. Hombre transexual	0,1%	
Mujer	62,2%	64,2%
X. Mujer transexual	2%	
<b>Total</b>		<b>100%</b>

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

	Total <18 años	Total 18-24 años	Total 25-34 años	Total 35-44 años	Total 45-54 años	Total 55-64 años	Total 65-74 años	Total >74 años	Sin Información	TOTAL
Europa Occidental		0,1	0,1	0,3	0,2	0,1	0,1			0,9
Europa del Este	0,1	0,3	1,2	2,2	1,4	0,3	0,2	0,1		5,8
Latinoamérica	1	2,8	12,3	11,3	7,1	2	0,7	0,3	1,4	38,9
África Subsahariana	0,1	1,5	2,9	2,8	1,2	0,3	0,1	0,1	0,4	9,4
Norte África	2	3,9	9,4	7,5	5,8	1,8	0,8	0,1	1,3	32,6
Asia			0,1							0,1
Norteamérica				0,1						0,1
España	0,3	1,2	0,8	1,4	0,9	1,3	1,8	1,9	0,1	9,7
NS/NC	0,1	0,5	0,3	0,2	0,1				1,3	2,5
<b>Total</b>	<b>3,6</b>	<b>10,3</b>	<b>27,1</b>	<b>25,8</b>	<b>16,7</b>	<b>5,8</b>	<b>3,7</b>	<b>2,5</b>	<b>4,5</b>	<b>100</b>

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

	TOTAL %	MUJERES CIS + MUJERES TRANS (%)	HOMBRES CIS + HOMBRES TRANS (%)
SÍ	72,9%	49,6%	23,3%
NO	14,9%	8,7%	6,2%
En trámite	12,2%	5,8%	6,4%



# 4. ANÁLISIS DE LAS BARRERAS DOCUMENTADAS

En el periodo comprendido en este análisis, Médicos del Mundo ha documentado en **Andalucía** un total de **5.512 casos de barreras de acceso** que han padecido **1.825 personas**. Esto quiere decir que **cada persona ha confrontado de media 3 barreras**, lo que refleja por un lado la interconexión entre las distintas tipologías (ej. algunas barreras económicas, como la imposibilidad de costearse las medicinas necesarias, pueden traer

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

## BARRERAS DISCRIMINATORIAS

Entendemos por barreras discriminatorias aquellos requisitos legales o administrativos que dificultan o impiden el acceso al sistema sanitario público y que afectan únicamente a determinadas personas o colectivos – por lo general socialmente vulnerabilizadas – provocando un trato discriminatorio en relación con el resto de la población. En el periodo que abarca el presente informe se han documentado **312 casos de barreras discriminatorias**.

La comunidad autónoma andaluza se rige por la normativa estatal. No obstante, desde 1999 se contempla la posibilidad de cobertura sanitaria para aquellas personas que residen en nuestra comunidad autónoma sin autorización de resi-

dencia y que no pueden acreditar la residencia en la misma con más de tres meses, siguiendo el siguiente esquema:



Fuente: Guía online de Recursos para personas refugiadas-migrantes. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud y Familias. 2024. Enlace: <https://www.redisir.net/tramitacion-cobertura-sanitaria/>

Aunque en Andalucía sigue existiendo la posibilidad de acceder a la cobertura sanitaria sin necesidad de empadronamiento, esta opción no está claramente recogida en la información publicada por la Consejería de Salud, aunque sí en la guía arriba señalada. Por este motivo, **el principal problema sigue siendo la acreditación de la residencia de más de tres meses mediante el empadronamiento**, suponiendo este una barrera muy importante, ya que muchos arrendatarios les deniegan la posibilidad de empadronamiento a sus inquilinos o porque muchos migrantes viven en habitaciones alquiladas. Esto está siendo de tal magnitud que muchas personas están cobrando entre 400 y 800 € por empadronar a alguien en su vivienda. Desde algunos centros de salud o algunos profesionales del servicio de gestión de usuarios de esos centros ni siquiera se les ofrece la posibilidad de recurrir a otro documento de cualquier administración pública para dicha acreditación de residencia como se indica en el Punto 3.1.b de las Recomendaciones para el procedimiento de solicitud, registro y expedición del documento certificativo que acredita a las personas extranjeras que encontrándose en España no tengan residencia legal en territorio español para recibir asistencia sanitaria (Resolución de 20 de junio de 2019 de la Dirección general de cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social)

Por otro lado, nos encontramos en algunas ocasiones **actitudes racistas o xenófobas** en las que se culpabiliza a la población migrante de los problemas en la sanidad pública, sin realizar un análisis crítico de las verdaderas causas de los retrasos en las citas en primaria o especialista, las listas de espera o la saturación en algunos centros de salud por falta de inversiones suficientes en la sanidad pública. A veces incluso con un trato inadecuado y hasta humillante a la persona afectada.

En algunos casos, estas situaciones han privado a personas migrantes del derecho a la salud, del acceso a pruebas diagnósticas o a tratamientos, o han provocado que la persona haya tenido que acudir a urgencias hospitalarias, con la consiguiente facturación.

Precisamente, las facturaciones de servicios sanitarios son otra traba importante. Ya sea por barreras discriminatorias o de otro tipo, muchas personas ni siquiera solicitan cobertura sanitaria o les es denegada, teniendo que acudir a urgencias, donde se les hace firmar un compromiso de pago de la atención prestada (ver también barreras económicas).

### TESTIMONIO

*Héctor, de 27 años y originario de Colombia, tiene VIH, por lo que acudió al centro de salud para solicitar recibir tratamiento retroviral. Sin embargo, se vio inmediatamente atrapado en un laberinto de sucesivos requisitos burocráticos – certificado de empadronamiento, certificado de no exportación del derecho, NIE – que derivaron en una negativa a recibir atención. Finalmente solicitó cita con la trabajadora social, pero esta le indicó que no podía hacer nada. Como consecuencia, (nombre) Héctor lleva meses sin poder tomar tratamiento retroviral, con el consiguiente riesgo que ello supone.*

### TESTIMONIO

*Patricia, de Colombia, 28 años: “El otro día acudí al centro de salud porque tengo VIH y llevo más de un mes sin recibir tratamiento. Al explicar mi situación me remitieron al director del centro que me dijo de muy malas maneras “, hasta que no pasen 3 meses nada de nada. Esto ya no es como antes que hacían lo que querían y teníais derecho a todo, eso se ha acabado y mientras tanto si necesitas un médico te buscas un médico privado o te compras los medicamentos”, incluso me entregó la tarjeta de un médico privado y me indicó que volviera dentro de tres meses y que ya verían, “porque mientras tanto eres una turista”.*

**TESTIMONIO**

*Elsy tiene 32 años y llegó desde Colombia en 2022. A pesar de ello, en todo este tiempo no ha podido regularizar su situación administrativa (incluso fue estafada por un supuesto gestor). Al quedarse embarazada, Elsy acude al centro de salud para solicitar una interrupción del embarazo, sin embargo, allí le deniegan la atención por no estar empadronada. También intenta acudir a urgencias, pero le indican que le facturarán la intervención, lo que para ella supone un gasto inasumible.*

**TESTIMONIO**

*Naima tiene 67 años y cuenta con permiso de residencia y trabajo. Vive con sus hijos desde que llegó de Marruecos hace 25 años. Anteriormente, tuvo su tarjeta sanitaria, pero la dieron de baja. Acudía al Centro de Salud Leganitos, que es dónde la atendían (e incluso estuvo de alta en Seguridad social durante un tiempo). Sin embargo, el pasado 14/07/2025 acudió a urgencias del Hospital Costa del Sol, siendo ingresada durante dos días y allí le dijeron que ya no tenía derecho a cobertura sanitaria, que le enviarían una factura y le denegaron la realización de una colonoscopia que había indicado el médico de urgencias.*

**TESTIMONIO**

*“Me llamo Marta y tengo 40 años, soy colombiana y estoy sin papeles en España desde hace casi dos años. Solicité cita en la consulta de ITS y el día que acudí pedí información a un trabajador del centro que estaba en la entrada para que me indicara el número de la consulta. Este hombre murmuró la respuesta y al preguntarle qué había dicho me respondió a gritos, me envió con malas formas a la consulta, comentando el tipo de atención que se realizaba allí, así que las personas allí supieron el motivo de mi presencia allí. Este trato y la situación de irregularidad en la que estoy, me hicieron sentir avergonzada y muy mal. De manera educada, tal como había iniciado la conversación, pero también con seriedad, le dije que estaba siendo muy maleducado y grosero. Fui atendida, pero lo pasé mal y me hizo sentir muy avergonzada y humillada. Lo comenté al equipo de Médicos del Mundo lo mal que me había tratado esta persona y el malestar que me hizo sentir. Me preguntaron sobre la situación e informaron al Distrito Sanitario y al enlace con este servicio. En mi siguiente visita, esta persona no estaba y me trataron con educación y discreción.”*

## BARRERAS FÍSICAS

Entendemos por barreras físicas aquellas situaciones en las que las personas no pueden acceder a la atención sanitaria bien por no contar con un centro sanitario de referencia a una distancia asumible de su lugar de residencia, por la existencia de horarios de atención restringidos o por la existencia de obstáculos arquitectónicos que impiden el acceso a personas con movilidad reducida. En el periodo que abarca el presente informe se han documentado **2.182 casos de barreras físicas**.

La mayor parte de barreras físicas tienen que ver con la distancia al servicio sanitario junto con la falta de recursos económicos para el transporte o por la inexistencia de transporte público. Este es el caso de los asentamientos chabolistas de personas

migrantes en Almería, bastante alejados del núcleo urbano donde se sitúa el centro de salud y la falta de transporte público.

## EL ACCESO AL SISTEMA SANITARIO EN LOS ASENTAMIENTOS CHABOLISTAS

Probablemente una de las situaciones más sangrantes y que diferencian a Andalucía de otras comunidades, es la situación de los asentamientos chabolistas de migrantes en las zonas agrícolas de Almería y Huelva. Estos asentamientos son núcleos chabolistas, de infraviviendas vinculadas a la problemática de la exclusión residencial severa de la población migrante en estas áreas. Estas infraviviendas son construidas utilizando materiales desechados, sin electricidad ni agua corriente, ni alcantarillado ni ningún tipo de infraestructura higiénico-sanitaria. Como consecuencia de esta exclusión, los problemas de salud vinculados con la desigualdad y la pobreza se multiplican, haciéndose aún más necesaria la cercanía y accesibilidad a y de los servicios sanitarios. Lo que sucede es todo lo contrario. Salvo honrosas excepciones, a estos espacios no se suele acercar el personal sanitario de atención primaria, pero es que, además, al encontrarse alejados de los núcleos urbanos,

también están alejados de los servicios de salud. A esto se une la falta de transporte público, con lo que el acceso físico al centro de salud o al hospital de referencia se convierte, en muchos casos, en una odisea.

En este contexto, el requisito de empadronamiento para acceder a los servicios públicos, incluidos los de salud, se convierte en una barrera difícil de flanquear y que puede mantener a un número importante de personas sin derecho a la cobertura sanitaria. Afortunadamente, en Andalucía, desde hace más de 20 años, este requisito puede ser subsanado, al menos temporalmente, en la mayoría de los centros de salud, que facilitan cobertura sanitaria a las personas migrantes aunque no puedan empadronarse. No obstante, es necesario garantizar el empadronamiento, ya que esto facilita el acceso a la atención primaria y especializada.

*“Me llamo **Latifa**, tengo 49 años y soy de origen marroquí y vivo en Almería. Desde hace varios años padezco un tumor óseo en la mandíbula, por el que he estado en seguimiento en el servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Torrecárdenas, en Almería. Después de muchas pruebas y revisiones, los médicos decidieron que, por la complejidad de la intervención, la cirugía debía realizarse en el Hospital Virgen de las Nieves de Granada.*

*En Almería, el equipo de Médicos del Mundo me ha estado ayudando con la mediación con los servicios sanitarios y la gestión de las pruebas médicas, ya que solo hablo árabe y me resulta muy difícil comunicarme o entender los procedimientos médicos.*

*Me cuesta mucho desplazarme hasta Granada porque no trabajo, tengo una bebé a mi cargo y los viajes son largos y costosos. Mi hijo mayor me suele acompañar para ayudarme con el idioma y los trámites, pero cada vez que tenemos que ir, él pierde un día de trabajo, lo que complica aún más nuestra situación. Aun así, sigo adelante con esperanza, confiando en que pronto pueda recuperarme y volver a tener una vida normal junto a mis hijos”*

*“Me llamo **Sorin**, tengo 66 años y soy de Rumanía. Llevo muchos años viviendo en España y hablo perfectamente español, pero no oigo. Cuando voy al médico, muchas veces no escucho bien lo que me dicen y, por vergüenza, no les digo que no oigo; así que me voy sin saber qué tengo. Últimamente me encontraron un tumor y quiero entender exactamente mi diagnóstico y tratamiento. Gracias a Médicos del Mundo, alguien me acompaña a las citas y me ayuda a entender lo que me explican, porque muchas veces, aunque diga que no oigo, no lo tienen en cuenta. Vivo en una infravivienda y antes tenía que coger el autobús todas las mañanas para ir a mis tratamientos, hasta que Médicos del Mundo intervino y habló con el hospital para que me pusieran una ambulancia. No tengo familia en España, y ellas me acompañaron al hospital para la operación. Estoy muy agradecido por todo lo que han hecho por mí.”*



## BARRERAS ECONÓMICAS

Entendemos por barreras económicas aquellas situaciones en las que las personas no pueden acceder a la atención sanitaria o al tratamiento correspondiente por conllevar un gasto monetario que no pueden asumir. En el periodo que abarca el presente informe se han documentado **745 casos de barreras económicas**.

La principal barrera económica tiene que ver con la situación de pobreza de muchas de las personas atendidas que les llega a dificultar e incluso impedir el seguimiento de tratamientos, dado que algunos no pueden ni pagar la medicación. Ese problema se da en diversas poblaciones, pero es especialmente grave en personas sintecho, por el alto nivel de exclusión y la alta tasa de pluri-

patologías crónicas. Es por ello por lo que no es de extrañar que las personas sin hogar puedan vivir hasta 30 años menos que la media de la población. Incluso quienes no tienen adicciones presentan un riesgo de muerte tres veces mayor que el resto de la ciudadanía.<sup>4</sup>

Otra barrera económica son las facturaciones de servicios sanitarios. Ya sea por barreras discriminatorias o de otro tipo, muchas personas ni siquiera solicitan cobertura sanitaria o esta les es denegada, teniendo que acudir a urgencias, donde se les hace firmar un compromiso de pago de la atención prestada. Debido a la escasez de recursos, esta deuda se suele convertir en un lastre a largo plazo, mayor cuanto más alta sea la factura.

Otros problemas tienen que ver con no poder pagarse el transporte al centro de salud o al hospital, no poder pagar gafas, audífonos o prótesis o ayudas técnicas para dependientes.

### TESTIMONIO

*"Me llamo Fátima, tengo 50 años y soy de nacionalidad marroquí. Llevo viviendo en España desde hace cinco años. Estoy soltera, no tengo hijos y tampoco cuento con una red de apoyo familiar. He estado en la UCI 8 meses por problemas de salud graves y a raíz de eso se me han quedado bastantes secuelas. Después del alta desde el hospital me derivaron al equipo de Médicos del Mundo Almería porque no tengo recursos económicos y no puedo costearme las bolsas de colostomía que necesito llevar de por vida ni la medicación que me han recetado los especialistas. Los servicios sociales no me pueden gestionar ningún tipo de ayuda ya que no consigo obtener el empadronamiento."*

4. <https://hogarsi.org/impacto-sinhogarismo-salud/>

## BARRERAS INFORMATIVAS

Entendemos por barreras informativas aquellas situaciones en las que desde el sistema sanitario no se proporciona a las personas información necesaria y comprensible que les permita acceder a la atención sanitaria, así como a los tratamientos prescritos. En el periodo que abarca el presente informe se han documentado **1.449 casos de barreras informativas**.

Muchas personas desconocen su derecho a acceder al sistema público de salud. En muchas ocasiones tiene que ver con informaciones inadecuadas o inexactas procedentes del propio sistema público de salud. La gran rotación del personal de los servicios de gestión de usuarios, junto con la falta de información o formación a los mismos hace que el personal no conozca con claridad los requisitos del acceso al sistema de salud y pueden dar informaciones equivocadas, confusas o directamente negar la cobertura sanitaria por considerar que el usuario no tiene derecho a atención sanitaria. En algunas ocasiones, además de esta negativa o estas barreras por parte del personal, se siguen observando actitudes racistas o xenófobas y el uso de lenguaje inapropiado e incluso humillante hacia los titulares de derecho, especialmente cuando están en situación irregular. En algunas ocasiones se ha llegado a justificar la negativa con la excusa de que el sistema está saturado y no se puede acoger a más personas migrantes en situación irregular, sin valorar que la responsabilidad de los problemas del sistema de

salud no es de las personas que requieren atención, sino de los responsables públicos con sus políticas de falta de apoyo suficiente o estrategias de organización inadecuadas en relación con el sistema público de salud.

También encontramos barreras informativas por parte de algunos profesionales de los servicios de salud relacionadas con determinados procedimientos del propio sistema de salud en nuestra comunidad y que pueden tener como causa el desconocimiento de estos o el hecho de suponer que todo el mundo conoce dichos procedimientos. Esta falta de información afecta a muchos ciudadanos y ciudadanas, pero tienen un impacto especial en las personas más vulnerables, como personas mayores o personas migrantes. Esto supone que muchas personas no conozcan sus derechos en relación con los servicios que se prestan en el propio sistema de salud (visitas a domicilio por su médico, acceso a ambulancias, acceso a ayudas técnicas para personas dependientes, plazos de garantía, etc.)<sup>5</sup>

Igualmente, se ha convertido en una barrera importante, especialmente para las personas mayores, el acceso a las nuevas tecnologías de cara a su relación con el sistema de salud

5. Desde Médicos del Mundo, comprobamos lo siguiente: En el caso de que la persona se encuentre mal y necesite ser atendida de urgencias por su médico de familia, pero no se pueda desplazar al centro de salud, una persona autorizada puede "poner un aviso" al médico de familia, presentando la tarjeta sanitaria en el mostrador del centro de salud. El médico llamará al paciente y, si la circunstancia lo requiere, acudirá al domicilio. El protocolo suele funcionar bastante bien, pero las/os pacientes y sus familiares lo desconocen. Además, quien vive solo y tiene barreras físicas no lo puede utilizar y acaba saturando las urgencias de los hospitales, llamando al 112, o peor, desiste y no acude o se automedica.

En este sentido, es particularmente duro el caso de las/os pacientes oncológicas/os inmunodeprimidas/os a las que se les recomienda evitar acudir a hospitales/centro de salud a no ser que estén muy graves, pero que encuentran serias dificultades a la hora de acceder a los cuidados sanitarios domiciliarios que les corresponderían por derecho.

## TESTIMONIOS

*“Mi nombre es Rosa y tengo 66 años. Llevo en un proceso oncológico más de 6 años y soy inmunodeprimida. Cuando me pongo mala me angustio muchísimo porque no puedo acudir al centro de salud. Quisiera que el médico viniera a verme para poder explicar mejor mis síntomas, pero la cita tarda como media un mínimo de dos semanas. Dado que vivo sola, no tengo a nadie que pueda ir a “poner un aviso” para que el médico me llame y/o venga a verme de urgencias. Médicos del Mundo me explica que existe este protocolo de ‘aviso en el mostrador’ que yo lo desconocía”.*

*Deisy es originaria de Perú y vive sola con sus tres hijas menores de edad, una de las cuales padece epilepsia y requiere seguimiento médico. El pasado mes de marzo acudieron al centro de salud para solicitar atención sanitaria. Allí le dijeron que tenían que aportar también un documento del convenio bilateral de Seguridad Social entre Perú y España; pero al estar en situación irregular en España, no tienen acceso a dicho documento ni reúnen los requisitos para ello. Ante esta situación Deisy acude a Médicos del Mundo que intenta mediar sin éxito, pues desde el distrito sanitario se niegan a gestionarles nada e incluso llegan a recriminarle a la madre que hubiese acudido a Médicos del Mundo a pedir ayuda.*

*Oswaldo tiene 30 años y ha llegado recientemente a España procedente de Colombia. Tiene VIH, por lo que acudió a su Centro de Salud para gestionar la cobertura sanitaria que le permitiera recibir tratamiento antirretroviral. Allí le indicaron que tenía que solicitar un documento del convenio bilateral de seguridad social entre Colombia y España y que para ello tenía que acudir a su consulado. Acudió al consulado de Colombia, donde le dijeron que no tenía acceso a dicho documento ni reunía ningún requisito para ello. Oswaldo está buscando trabajo e intentando regularizar su situación, pero mientras tanto vive con la preocupación permanente de no poder continuar con su tratamiento.*

*“Me llamo Omar, tengo 67 años y soy de Marruecos. Llevo muchos años viviendo en España, pero todavía me cuesta entender bien el español y a menudo cuando voy al médico salgo sin saber exactamente qué tengo ni cómo debo tomar la medicación. No sé usar el móvil para pedir cita y cuando voy al centro de salud muchas veces no hay disponibilidad, por lo que pierdo dos días de trabajo solo para ser atendido. No siempre puedo pagar la medicación, y una vez, por no poder seguirla correctamente, terminé ingresado en el hospital. Gracias a Médicos del Mundo, alguien me acompaña al hospital, me explica paso a paso cómo tomar la medicación. También me enseñaron a usar la aplicación para pedir cita, aunque al día siguiente se me olvida y sigo necesitando apoyo”*

## BARRERAS CULTURALES

Hablamos de barreras culturales cuando el sistema sanitario no es sensible a las necesidades y percepciones que sobre la salud pueden tener las distintas personas por su origen sociocultural. En el periodo que abarca el presente informe se han documentado **815 casos de barreras culturales**.

Gran parte de estas barreras tienen que ver con la ausencia de información adaptada y comprensible a la población migrante. Desde hace décadas, la reivindicación de personas mediadoras en los servicios de salud pública ha sido rechazada desde la administración pública, siendo prestado este servicio desde las organizaciones sociales, aunque no de forma universal. Otras veces encontramos la falta de comprensión por parte

de algunos profesionales con aspectos culturales como la toma de medicación en ramadán, o la desconfianza a la extracción de sangre por parte de algunas personas procedentes de África subsahariana. En algunas culturas las enfermedades pueden ser atribuidas a factores espirituales o sobrenaturales, mientras que en otras se las puede considerar como una consecuencia del desequilibrio entre el cuerpo y la mente. En Nueva York, un estudio en pacientes inmigrantes asiático-americanos demostró que la sensibilidad cultural del médico y la atención centrada en el paciente se relaciona fuertemente con la satisfacción del paciente, y asimismo, una comprensión cultural baja por parte del médico se asoció significativamente con una comprensión más baja de lo que este deseaba comunicar al paciente.<sup>6</sup>

Afortunadamente hay que reseñar un servicio de tele traducción telefónica, que ayuda tanto a profesionales como a pacientes, pero no siempre es conocido por las partes.

---

6. S. Phillips, L.C. Wyatt, M.M. Turner, C. Trinh-Shevrin, S.C. Kwon. Patient-provider communication patterns among Asian American immigrant subgroups in New York City. *Patient Educ Couns.*, 104 (2021), pp. 1049-1058  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2020.10.002>

## CUADRO RESUMEN DE TODAS LAS BARRERAS DOCUMENTADAS

### PORCENTAJES DETECCIÓN BARRERAS ACCESO SEGÚN GÉNERO

<b>BARRERAS DISCRIMINATORIAS</b>	Hombre cis +Hombre Trans	Mujer cis +Mujer Trans	TOTAL
01. Reagrupación familiar	0,1		0,1
02. Falta de empadronamiento	2,2	1,5	3,7
03. Falta de documentación identificativa	0,3	0,1	0,4
04. Imposibilidad acreditar periodo estancia superior a 3 meses	0,1	0,2	0,3
05. Menores a quienes se deniega la atención sanitaria		0,1	0,1
06. Solicitantes asilo con barreras de acceso administrativas	0,1	0,1	0,2
07. Retraso en el trámite administrativo de la tarjeta sanitaria	0,1	0,1	0,2
08. Imposibilidad acreditar no exportación asistencia sanitaria	0,1	0,1	0,2
09. Imposibilidad acreditar no terceros obligados al pago	0,1	0,1	0,2
10. Actitudes racistas en los centros sanitarios	0,1	0,1	0,2
11. Otras barreras discriminatorias	0,2	0,2	0,4
<b>BARRERAS FÍSICAS</b>	Hombre cis +Hombre Trans	Mujer cis +Mujer Trans	TOTAL
12. Horarios inadecuados	2,6	12	14,6
13. Dificultades en el transporte	5,1	14	19,1
14. Obstáculos arquitectónicos	1,5	4,4	5,9

<b>BARRERAS ECONÓMICAS</b>	Hombre cis +Hombre Trans	Mujer cis +Mujer Trans	TOTAL
15. Acceso a medicamentos	5,3	4	9,3
16. Acceso a productos sanitarios o de apoyo	0,1	0,1	0,2
17. Facturación en urgencias	0,1	0,1	0,2
18. Facturaciones de otros servicios de atención médica		0,1	0,1
19. Otras barreras económicas	1,9	2	3,9
<b>BARRERAS INFORMATIVAS</b>	Hombre cis +Hombre Trans	Mujer cis +Mujer Trans	TOTAL
20. Información errónea/incompleta desde el Sistema Sanitario Público	0,8	1,5	2,3
21. Información errónea/incompleta desde otros organismos públicos (INSS, servicios sociales, etc.)	1,8	4,2	6
22. Barreras digitales	4	5,7	9,7
23. Barreras lingüísticas	5,3	2,7	8
<b>BARRERAS CULTURALES</b>	Hombre cis +Hombre Trans	Mujer cis +Mujer Trans	TOTAL
24. Ausencia de mediación intercultural	4,5	3,9	8,4
25. Desconsideración del marco cultural en la atención	2,9	3,4	6,3
<b>Detección de barreras de acceso</b>			<b>100</b>

## 5. CONCLUSIONES

Si bien en la comunidad autónoma de Andalucía, la situación es mejor que en otras comunidades, se siguen reproduciendo barreras relacionadas con la exigencia del empadronamiento, convenios bilaterales (que no son de aplicación al tratarse de personas en situación administrativa irregular), o la exigencia de tres meses antes en España para poder acceder al sistema sanitario. Sin embargo, estos problemas no tienen lugar en todas las provincias, ni en todos los distritos sanitarios e incluso estableciéndose diferencias entre centros de salud de un mismo distrito sanitario, habiendo una considerable arbitrariedad ante la ausencia de una normativa clara para acceder al sistema sanitario público, lo cual condena a muchas

personas a una situación de indefensión. Por otro lado, también hay que destacar la grave situación de los expedientes de facturación por la atención en Urgencias, ya que en el caso de la provincia de Málaga se llegó a mantener una reunión con la Delegación Provincial de Salud en la que dejaban clara la rotunda negativa a anular estas facturas, a pesar de las graves consecuencias que ello estaba suponiendo para personas en situación de alta vulnerabilidad. A nivel autonómico también se mantuvo una reunión con los servicios centrales del SAS y se comprometieron a solucionar los casos que les mandáramos, aunque fuera de forma excepcional. No hemos obtenido resultados.

## 6. RECOMENDACIONES

### 1. A la Consejería de Salud

Es fundamental que el sistema de salud lleve a cabo programas de salud específicos en los asentamientos, que combatan contra los determinantes sociales de la salud y mejorar las condiciones de habitabilidad y salubridad de estos lugares para reducir o paliar todos los problemas de salud originados por el hacinamiento, la precariedad y la insalubridad de estos espacios, en tanto en cuanto la sociedad en general y las administraciones en particular se plantean llevar a cabo un plan de vivienda accesible para la población en general y para las personas más vulnerables y excluidas de derecho a la vivienda en estos territorios:

- Acercamiento de los programas de prevención y promoción de la salud a los asentamientos
- Acercamiento de los programas de detección precoz de enfermedades infecciosas (VIH; Tuberculosis, ITS...)
- Creación de equipos de mediación comunitaria desde los servicios de salud
- Establecer cauces de participación de la ciudadanía (titulares de derechos, tercer sector) junto con las administraciones para dar una respuesta integral a los desafíos de salud de los colectivos más vulnerables.
- Capacitación del personal sanitario, con especial énfasis en la atención a personas y colectivos en riesgo de pobreza y exclusión social, fomentando la colaboración con trabajadores/as sociales y la coordinación con otros sistemas de protección social (Estrategia Nacional prevención y lucha contra la pobreza y la Exclusión social 2024-20309)
- Mejorar el acceso a agua potable (instalación de fuentes o depósitos)
- Asegurar la recogida de residuos domésticos
- Facilitar el acceso a medios de transporte públicos (rutas que incluyan paradas en los grandes asentamientos)

## 2. Al Parlamento autonómico

En primer lugar, la comunidad autónoma debe convertir en norma lo que viene siendo derecho consuetudinario, y que se facilite la cobertura sanitaria pública a todas las personas residentes en Andalucía, aunque carezcan de permiso de residencia y se debe facilitar la acreditación de dicha residencia con documentación de cualquier administración pública o con acreditación de entidades del tercer sector, en caso de no conseguir la persona titular de derechos el empadrona-

miento en su lugar de alojamiento, ya sea por trabas administrativas o por negativa de la persona arrendataria o propietaria del citado alojamiento.

Por otro lado, aunque sea competencia local, dada la negativa de muchos ayuntamientos a facilitar el empadronamiento, se debe instar a los mismos a garantizar el derecho al empadronamiento de las personas allá donde vivan. Es requisito fundamental para el acceso a derechos.

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

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



**SIN SALUD,  
LA VIDA SE DETIENE**