



**SIN SALUD, LA VIDA SE DETIENE**

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



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 2001 Médicos del Mundo Asturias trabaja impulsando proyectos que incorporan en su enfoque los determinantes sociales en salud. Las personas en situación de prostitución, población migrante en situación o riesgo de exclusión social y las personas en situación de sinhogarismo a las que se dirigen nuestros programas, están especialmente afectadas por los distintos ejes de desigualdad. Las intervenciones tienen un enfoque integral en este marco, ya que tienen en cuenta las inequidades en salud que se derivan del análisis de los determinantes de la salud de dichos colectivos.

Todos los programas tienen como objetivo general hacer efectivo el derecho a la salud de todas las personas en situación o riesgo de exclusión socio sanitaria en Asturias, incluyendo su salud sexual y reproductiva.

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 así como por la Dirección General de Migraciones del Consell insular de Ibiza, 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 Asturias, el gobierno autonómico optó, ya en 2012 y contradiciendo la normativa estatal, por reconocer el derecho a la atención sanitaria de todas las personas que vivían en la comunidad autónoma, independientemente de cuál fuera su situación administrativa, procedimiento en el que se incluye como requisito para acceder a la atención sanitaria demostrar llevar al menos tres meses en España. Cabe recordar que este requisito no figura en el RDL 7/2018, sino en unas Recomendaciones emitidas por el Ministerio de Sanidad en 2019. El citado procedimiento se difunde a través de las gerencias territoriales del SESPA y sirve desde entonces como base a los centros de salud para limitar el acceso a las personas migrantes en situación irregular que no cumplen con dicho requisito.

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 insufi-

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

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

## 2. METODOLOGÍA

El presente informe analiza los casos de barreras de acceso al SNS documentados en Asturias 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 **proyectos**:

- Proyecto de Intervención psicosocial con personas migrantes en riesgo o en situación de exclusión sociosanitaria en Oviedo.
- Proyecto de Prostitución y Trata con enfoque integrado de Género y basado en Derechos Humanos.

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 cis	10,9%	10,9%
Hombre trans		
Mujer cis	83,2%	89,1%
Mujer trans	5,9%	
<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	TOTAL
Europa Occidental			1						1
Latinoamérica	0,9	15,9	39,5	25	10	2,7	1	0,5	95,5
África Subsahariana			0,5	0,5		0,5			1,5
Norte África				0,5	1				1,5
España						0,5			0,5
<b>Total</b>	<b>0,9</b>	<b>15,9</b>	<b>41</b>	<b>26</b>	<b>11</b>	<b>3,2</b>	<b>1</b>	<b>0,5</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	14%	13,1%	0,9%
NO	85,5%	75,5%	10%
En trámite	0,5%	0,5%	



## 4. ANÁLISIS DE LAS BARRERAS DOCUMENTADAS

En el periodo comprendido en este análisis, Médicos del Mundo ha documentado en **Asturias** un total de **302 casos de barreras de acceso** que han padecido **220 personas**. Esto quiere decir que cada persona ha confrontado de media **1,4 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 **173 casos de barreras discriminatorias**.

Las barreras discriminatorias constituyen aproximadamente el **65% de las barreras** identificadas en el año 2025 en Asturias.

El Principado de Asturias cuenta con un marco normativo sólido en materia de salud, encabezado por la **Ley 7/2019, de 29 de marzo, de Salud del Principado de Asturias**, que reconoce la universalidad, la equidad y la no discriminación como principios rectores del sistema sanitario público. Sin embargo, pese a esta base jurídica avanzada, persisten deficiencias legales y de implementación que limitan la efectividad real de estos derechos en determinados colectivos.

En primer lugar, se observa una falta de desarrollo reglamentario que concrete los mecanismos de acceso universal, especialmente para personas en situación administrativa irregular y sin empadronamiento. Esta ausencia normativa genera interpretaciones desiguales entre centros y puede dar lugar a barreras administrativas en la tramitación de la tarjeta sanitaria.

En segundo lugar, la dependencia del empadronamiento como requisito de acceso continúa siendo un obstáculo relevante. Aunque la ley autonómica no lo establece expresamente como condición excluyente, en la práctica sigue siendo un requisito operativo que afecta a personas migrantes recién llegadas, personas sin hogar, mujeres en situación de prostitución y otros colectivos vulnerables.

Asimismo, el Observatorio de Garantía de Derechos y Deberes en Salud, creado por la propia ley, carece de visibilidad pública y de informes periódicos accesibles, lo que dificulta la evaluación del cumplimiento efectivo del derecho a la atención sanitaria sin discriminación. Esta carencia de transparencia y seguimiento limita la rendición de cuentas y la mejora continua del sistema.

Por último, se identifican déficits de coordinación interinstitucional entre el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), los servicios sociales locales y las entidades del tercer sector, lo que repercute en la continuidad y eficacia de la atención a colectivos vulnerables.

En conjunto, estas deficiencias reflejan una brecha entre el principio legal de universalidad y su aplicación práctica, evidenciando la necesidad de fortalecer los mecanismos de desarrollo regulatorio, seguimiento y cooperación institucional para garantizar el acceso equitativo y efectivo a la atención sanitaria en Asturias.

Los datos recopilados por Médicos del Mundo en Asturias evidencian que las principales barreras de acceso al sistema sanitario público continúan vinculadas a requisitos administrativos que condicionan la obtención de la tarjeta sanitaria y, por tanto, el ejercicio efectivo del derecho a la salud.

En términos cuantitativos, se observa que el 60 % de los casos registrados corresponden a **personas que no pueden acreditar el empadronamiento** en un municipio del Principado. Este requisito, aunque no figura de manera explícita en la normativa autonómica como condición de exclusión, se aplica en la práctica como paso previo obligatorio para acceder a la atención sanitaria ordinaria. La ausencia de empadronamiento afecta especialmente a personas migrantes recién llegadas, personas en situación de sinhogarismo o mujeres en situación de prostitución, que encuentran grandes dificultades para cumplir con los procedimientos administrativos exigidos.

Por otra parte, el 29 % de las barreras detectadas se deben a la **imposibilidad de acreditar una estancia continuada de 90 días** en el territorio nacional, requisito previsto en las recomendaciones emitidas por el Ministerio de Sanidad de 2019 sin que esté previsto en la normativa de referencia. Este condicionante afecta principalmente a personas extranjeras en situación administrativa irregular o en proceso de regularización, así como a quienes carecen de documentación suficiente para demostrar su permanencia continuada en España.

Estas dos casuísticas concentran casi el 90 % de las incidencias reportadas en la región y reflejan cómo los obstáculos administrativos se convierten en el principal factor de exclusión sanitaria efectiva pese al reconocimiento formal del derecho universal a la salud. La falta de flexibilidad en los procedimientos, la ausencia de mecanismos alternativos de acreditación y la interpretación desigual de la normativa por parte de las unidades administrativas contribuyen a mantener situaciones de desprotección que vulneran el principio de equidad y universalidad recogido en la *Ley 7/2019, de Salud del Principado de Asturias*.

## TESTIMONIO

*María tiene 32 años y llegó a Asturias hace cinco meses desde Colombia. Vive en Oviedo en una habitación de alquiler y trabaja unas horas a la semana cuidando a personas mayores. Desde que llegó ha intentado acceder al sistema público de salud, pero no ha podido obtener la tarjeta sanitaria. En el centro de salud le exigen el certificado de empadronamiento, pero la propietaria del piso se niega a empadronarla por subarrendar las habitaciones.*



## 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 **4 casos de barreras económicas**.

Aunque el sistema sanitario asturiano se define como universal y gratuito en el punto de atención, diversas situaciones de exclusión administrativa y socioeconómica generan costes que las personas en situación vulnerable no pueden asumir. Estas barreras económicas se concentran principalmente en dos ámbitos:

- La facturación de la atención en urgencias a personas sin tarjeta sanitaria o sin documentación acreditativa.
- Las dificultades para acceder a medicamentos prescritos, especialmente para quienes no cuentan con cobertura farmacéutica o deben abonar el 100% del coste.

Estos casos, muestran que las barreras económicas continúan afectando a colectivos vulnerables en Asturias. La falta de mecanismos de exención automática, la aplicación desigual de la normativa y la ausencia de información accesible incrementan el riesgo de exclusión sanitaria.

Garantizar la gratuidad efectiva en la atención urgente y el acceso universal a los tratamientos farmacéuticos resulta esencial para cumplir el principio de equidad y no discriminación reconocida en la Ley 7/2019, de Salud del Principado de Asturias.

### TESTIMONIO

*Victoria tiene 28 años, llega a España hace 1 mes a vivir junto a una tía, procedente de Brasil. Padece una enfermedad crónica. Fue atendida en urgencias en dos ocasiones por una crisis, pero al no poder acreditar cobertura sanitaria activa, el hospital le emitió una factura de atención de urgencias por valor de 393,59€. Victoria siente que se le penaliza por su pobreza y afirma que “ponerse enferma e ir al hospital se ha vuelto un lujo que no puedo pagar”.*

### TESTIMONIO

*Sofía, 42 años y procedente de Perú, trabaja en el servicio doméstico sin contrato. Fue diagnosticada de hipertensión y diabetes, pero al no tener tarjeta sanitaria debe comprar los medicamentos. El coste mensual supera los 60€, una cantidad inasumible para su situación económica, por ello ha reducido las dosis para los fármacos duren más tiempo, lo que agrava su estado de 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 **122 casos de barreras informativas**.

Estas barreras afectan al acceso o uso adecuado del sistema público de salud en el Principado de Asturias; no derivan de una exclusión normativa directa, sino de deficiencias en la comunicación, comprensión o aplicación práctica de la información sanitaria y administrativa.

Las situaciones recogidas reflejan que la información sobre derechos, procedimientos y cobertura sanitaria continúa siendo fragmentaria, poco accesible y en muchos casos contradictoria.

Las principales casuísticas de barreras detectadas las podemos resumir en:

- Desconocimiento del derecho a la atención sanitaria: Una parte importante de las personas atendidas, desconocía que podía acceder a la

asistencia sanitaria pública, incluso sin disponer de tarjeta sanitaria, en casos de urgencia, embarazo, menores, enfermedades graves... La falta de información clara en los centros sanitarios y ausencia de materiales divulgativos multilingües contribuyen a esta confusión. Muchas personas migrantes indicaron haber evitado acudir al médico, por miedo a que se notificara su situación administrativa a otras autoridades.

- Información contradictoria entre administraciones: Se registraron casos en los que los requisitos de acceso variaban según el centro de salud, generando desconfianza y retrasos en la atención.

### TESTIMONIO

*Daniela, 32 años, natural de Colombia, se encuentra en situación administrativa irregular y en situación de prostitución, realizando plazas por toda España por lo que no cuenta tampoco con empadronamiento: "Casi todas creemos que, si no tienes papeles o padrón, no puedes ir al médico. Muchas no van por miedo o por vergüenza. Yo no sabía que tenían derecho a que me atendieran por una urgencia"*

## 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 ha documentado **3 casos de barreras culturales**.

Aunque la incidencia es baja en comparación con otras barreras y con otras Comunidades, evidencia la importancia de mantener un enfoque intercultural y de género en la atención sanitaria, especialmente con población migrante. La falta de mediación intercultural y de sensibilidad cultural del personal sanitario, puede convertirse en un obstáculo.

Si bien el número es reducido, este registro pone de manifiesto la existencia de dificultades relacionadas con la comunicación, los valores culturales y la falta de mediación intercultural en determinados contextos, lo que puede generar desconfianza y abandono de la atención sanitaria.

**CUADRO RESUMEN DE TODAS LAS BARRERAS DOCUMENTADAS****PORCENTAJES DETECCIÓN BARRERAS ACCESO SEGÚN GÉNERO**

<b>BARRERAS DISCRIMINATORIAS</b>	<b>Hombre cis +Hombre Trans</b>	<b>Mujer cis +Mujer Trans</b>	<b>TOTAL</b>
01. Reagrupación familiar		0,3	0,3
02. Falta de empadronamiento	3,7	28,6	32,3
03. Falta de documentación identificativa		2	2
04. Imposibilidad acreditar periodo estancia superior a 3 meses	4,3	14,2	18,5
05. Menores a quienes se deniega la atención sanitaria		0,3	0,3
06. Embarazadas a quienes se deniega la atención sanitaria		0,7	0,7
07. Retraso en el trámite administrativo de la tarjeta sanitaria		0,3	0,3
08. Imposibilidad de cita con Trabajo Social		0,3	0,3
09. Imposibilidad acreditar no exportación asistencia sanitaria		0,3	0,3
10. Actitudes racistas en los centros sanitarios		0,3	0,3
11. Otras barreras discriminatorias		2	2

<b>BARRERAS ECONÓMICAS</b>			
	Hombre cis +Hombre Trans	Mujer cis +Mujer Trans	TOTAL
12. Acceso a medicamentos	0,3	0,3	0,6
13. Facturación en urgencias	0,3	0,3	0,6
<b>BARRERAS INFORMATIVAS</b>			
	Hombre cis +Hombre Trans	Mujer cis +Mujer Trans	TOTAL
14. Información errónea/incompleta desde el Sistema Sanitario Público	0,3	19,6	19,9
15. Información errónea/incompleta desde otros organismos públicos (INSS, servicios sociales, etc.)	1	18,6	19,6
16. Barreras lingüísticas		1	1
<b>BARRERAS CULTURALES</b>			
	Hombre cis +Hombre Trans	Mujer cis +Mujer Trans	TOTAL
17. Ausencia de mediación intercultural		0,7	0,7
18. Desconsideración del marco cultural en la atención		0,3	0,3
<b>Detección de barreras de acceso</b>			<b>100</b>

## 5. CONCLUSIONES

El análisis realizado sobre las barreras de acceso al sistema sanitario en el Principado de Asturias evidencia que, a pesar del marco legal favorable a la universalidad y la no discriminación recogida en la ley, persisten obstáculos significativos de carácter administrativo, económico, informativo y cultural que limitan el ejercicio efectivo del derecho a la salud para determinados grupos de población.

Las barreras **discriminatorias** siguen siendo las más frecuentes, especialmente vinculadas a la falta de empadronamiento o la imposibilidad de acreditar los 90 días de estancia, lo que afecta de forma directa a personas migrantes en situación irregular y/o a mujeres en situación de prostitución en procesos de movilidad.

En segundo lugar, las barreras **económicas** —relacionadas con la facturación en urgencias y el acceso limitado a medicamentos— continúan generando desigualdades en la atención y en la continuidad de los tratamientos, afectando de manera particular a personas sin recursos o sin cobertura sanitaria completa.

Es imprescindible avanzar hacia un modelo de atención sanitaria que refuerce la dimensión social y comunitaria, que simplifique los trámites administrativos, y que garantice la comunicación accesible y respetuosa con todas las personas, con independencia de su situación administrativa, idioma, origen o condición socioeconómica.

El fortalecimiento de la colaboración entre el sistema público de salud y las organizaciones sociales, junto con la sensibilización del personal sanitario y administrativo, será clave para consolidar un sistema verdaderamente inclusivo, que haga efectivo el derecho a la salud como bien público y universal en el Principado de Asturias.

En definitiva, las barreras detectadas en Asturias revelan que el derecho a la salud, aunque reconocido legalmente, no siempre se materializa en la práctica diaria.

La exclusión sanitaria actual se expresa de manera sutil: a través de la desinformación, la burocracia, la desigualdad económica o la falta de sensibilidad cultural.

Garantizar una sanidad verdaderamente universal implica pasar de una universalidad formal a una universalidad efectiva, donde cada persona, sin importar su origen, situación administrativa o nivel educativo, pueda acceder a una atención digna, comprensible y continua.

Convertir este objetivo en realidad requiere voluntad política, coordinación institucional y compromiso profesional, pero también escuchar y reconocer las voces de quienes han quedado al margen del sistema.

La escucha activa contribuiría a construir un modelo sanitario inclusivo, que no deje a nadie atrás y que reafirme, con hechos, que la salud es un derecho humano universal en Asturias y en toda España.

## 6. RECOMENDACIONES

El análisis de las barreras detectadas en el acceso al sistema sanitario en Asturias —administrativas, económicas, informativas y culturales— evidencia la necesidad de reforzar las medidas que garanticen la universalidad y la equidad sanitaria.

Por ello, recomendamos a la **Consejería de Sanidad del Principado de Asturias** así como a la **Junta General del Principado de Asturias**:

- Homogeneizar los criterios de acceso en todos los centros sanitarios, mediante un protocolo autonómico claro, que garantice la atención a personas sin empadronamiento o en situación administrativa irregular, evitando interpretaciones restrictivas.
- Fortalecer la coordinación entre la Consejería, los servicios sociales y las entidades locales, para prevenir exclusiones derivadas de trámites burocráticos.
- Eliminar la facturación indebida en urgencias y asegurar el acceso gratuito a medicamentos esenciales para personas sin recursos, mediante acuerdos con farmacias y servicios sociales.
- Mejorar la información institucional: crear materiales en lenguaje claro, traducidos a los principales idiomas, garantizar la coherencia informativa entre niveles administrativos y habilitar canales de comunicación accesibles —presenciales y digitales— donde se expliquen los derechos sanitarios.
- Incorporar de forma estable la mediación intercultural en los centros de salud, especialmente en áreas urbanas con mayor diversidad, y ofrecer formación continua en competencia cultural, trato no discriminatorio y enfoque de género para el personal sanitario y administrativo.
- Reforzar la colaboración con las organizaciones sociales que trabajan con población en situación de vulnerabilidad, reconociendo su papel como agentes de detección, acompañamiento y sensibilización comunitaria.
- Garantizar espacios seguros y confidenciales para mujeres en situación de prostitución, víctimas de violencia o con dificultades de acceso, asegurando una atención libre de estigma y adaptada a sus necesidades.
- Reforzar la formación del personal administrativo y de atención al público. Formación obligatoria sobre el marco normativo vigente, con especial atención a excepciones legales y colectivos vulnerabilizados.
- Crear un sistema de registro y seguimiento de casos de exclusión sanitaria, con indicadores públicos que permitan evaluar los avances y asegurar la transparencia institucional.

La implementación de estas medidas consolidaría a Asturias como una comunidad referente en salud pública inclusiva y basada en derechos humanos, donde el principio de universalidad se traduzca en una atención sanitaria efectiva, accesible y sin discriminaciones.

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**