



SIN SALUD, LA VIDA SE DETIENE

INFORME DE BARRERAS AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN POBLACIONES VULNERABILIZADAS EN CANARIAS



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 1994, Médicos del Mundo Canarias desarrolla su labor en esta comunidad autónoma impulsando proyectos de inclusión social dirigidos a poblaciones históricamente excluidas del ejercicio pleno de sus derechos. A lo largo de estos años, la intervención se ha centrado en personas consumidoras de sustancias, personas en situación de prostitución, personas migrantes con el derecho a la salud vulnerado, así como personas en situación de sinhogarismo. Este trabajo se ha desarrollado de manera continuada desde un enfoque de derechos humanos, incorporando de forma transversal la perspectiva de género y el enfoque antropológico.

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

Las poblaciones vulnerabilizadas en España quedaron excluidas del acceso al sistema sanitario en el 2012 tras la publicación del Real Decreto-Ley 16/2012, el cual introdujo medidas urgentes para garantizar la cobertura sanitaria, negando su acceso a las personas en situación administrativa irregular, entre otras medidas. Esto trató de revertirse con la publicación del Real Decreto Ley 7/2018 que intentaba garantizar el derecho a la atención sanitaria a todas las personas en el territorio español, independientemente de su nacionalidad o su tenencia de permiso de residencia.

Tras la entrada en vigor del Real Decreto-Ley 7/2018, se reconoció el acceso a servicios sanitarios a las personas extranjeras no autorizadas como residentes en España, siempre que cumplieran el requisito de no tener la obligación de acreditar la cobertura de la prestación sanitaria por otra vía, no pudieran exportar el derecho a asistencia sanitaria desde país de procedencia y no existiera un tercero obligado al pago. Tras esto, se generaron dos grupos diferenciados, las personas con pleno derecho a atención sanitaria y, aquellas que tienen derecho a cobertura específica o limitada, como las urgencias, existiendo también diferencias en cuanto al acceso en función de cada norma autonómica y la situación de la persona solicitante.

El pasado 15 de mayo de 2025 se publicó la Instrucción 6/2025 de la Dirección del Servicio Canario de Salud. Esta tiene como objetivo garantizar la homogeneidad de aplicación de la normativa vigente para la expedición de tarjeta sanitaria.

Es importante, no obstante, recordar que poseer la tarjeta sanitaria no quiere decir que se resuelvan los problemas o desaparezcan las barreras de acceso al sistema sanitario. En muchas ocasiones, como desarrollamos en este informe, una vez se tiene la tarjeta sanitaria existen aún múltiples barreras que dificultan tanto el acceso a una asistencia sanitaria de calidad como a recursos necesarios para nuestra salud y bienestar.

Además, es importante recordar que no sólo existen problemas de acceso si no que, como veremos

más adelante, también existen barreras de aceptabilidad a la hora de la asistencia o ausencia de la misma recibida por parte del sistema sanitario canario y los profesionales que lo conforman.

Aquellas personas que se encuentran en situación irregular (habiendo cumplido los 90 días en territorio español) pueden solicitar el derecho a asistencia sanitaria, siempre y cuando puedan aportar un documento de identidad en vigor y tengan un domicilio acreditado.

Debido al contexto migratorio actual en las islas Canarias, se menciona en un apartado de forma implícita el derecho a atención de personas en situación no regular que llegan por vía marítima.

A pesar de la implementación de nuevas normativas e instrucciones, se siguen registrando numerosos casos de vulneración del derecho a la salud, especialmente de aquellas personas con especial vulnerabilidad o riesgo de exclusión social. También mencionar que, a pesar de tratarse de una normativa común en todo el territorio de Canarias, se observa que la aplicación de esta no es homogénea en todas las islas.

Corregir el impacto que estas políticas injustas han tenido y siguen teniendo sobre la salud de miles de personas que viven en nuestro país constituye

un deber impostergable. A pesar de ello, el *Proyecto de Ley de acceso universal al SNS* con el que se pretende poner fin a esta situación, lleva más de un año estancado en su tramitación parlamentaria sin que existan visos de que pueda terminar siendo aprobado.

Contar con una legislación garantista es de vital importancia, sin embargo, la noción de universalidad en el acceso a la atención sanitaria no puede quedar reducida a un mero reconocimiento legal. Así, como veremos en las próximas páginas, son múltiples las trabas – de carácter físico, económico, informativo o cultural – que las personas más vulnerables deben afrontar para acceder al SNS. De este modo, cualquier legislación resultará insuficiente si no es acompañada de medidas dirigidas a remover estos obstáculos y garantizar las condiciones necesarias para que cualquier persona pueda hacer efectivo su derecho a la atención sanitaria. Así lo reconoce la “Estrategia de desarrollo sostenible 2030” al establecer como meta el “consolidar la universalidad de la cobertura del Sistema Nacional de Salud (SNS), incluyendo el acceso efectivo y equitativo de las personas residentes en España con independencia de su situación penal, administrativa, o laboral”¹. Este es precisamente el objetivo que inspira el proyecto Accesible y al que pretende contribuir este informe.

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. METODOLOGÍA

El presente informe analiza los casos de barreras de acceso al SNS documentados en Canarias 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:

- Derecho a la Salud en Personas en Situación de Prostitución
- Derecho a la salud e Inclusión
- Derecho a la Salud y Personas Sin Hogar

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 Unidas², y desarrolladas en la Observación General N°14 del Comité DESC.³

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.

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

A lo largo de los 12 meses que cubre este análisis, se han registrado **881 personas** que manifestaron haber enfrentado alguna barrera que dificultó o impidió su acceso al Sistema Canario de Salud. En

cuanto a la distribución por identidad de género, el **81% correspondió a mujeres cis** y un 2% a **mujeres trans**, frente a un **16,6% de hombres cis** y un **0,1% de hombres trans**.

Identidad de género

	Atendidos/as	Total
Hombre cis	16,6%	16,7%
Hombre trans	0,2%	
Mujer cis	81%	83%
Mujer trans	2%	
Total		100%

Tarjeta sanitaria de las personas con barreras de acceso según género

	TOTAL %	MUJERES CIS + MUJERES TRANS (%)	HOMBRES CIS + HOMBRES TRANS (%)	HOMBRES CIS + HOMBRES TRANS (%)
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%	

En cuanto a la distribución por grupo etario de las personas que señalaron haber encontrado barreras de acceso, se observa una mayor concentración en la población adulta joven, entre los 18 y 44 años (71,1%). De ellas, un 36% correspondía a personas entre 25-34 años, y un 22,9% a personas de entre 35-44 años. En cambio, la menor proporción de barreras se registró en los grupos etarios situados en los extremos: un 4,6% en menores de edad y un 4,1% en personas mayores de 65 años.

En cuanto al origen de la población acompañada por la entidad, más del 97% de los casos documentados correspondía a personas extranjeras, mientras que únicamente el 2,2% tenía naciona-

lidad española. Entre las personas extranjeras, la gran mayoría provenía de países de Centroamérica y América del sur (86,5%), destacándose principalmente Colombia y Venezuela (47,5% y 26,3%, respectivamente). Otras procedencias documentadas correspondían a países del norte de África y del África subsahariana, y en menor medida, de Europa y Europa del Este.

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	0,2	0,2	0,4	0,5	0,4	0,6	0,1	0,1	0,8	3,3
Europa del Este		0,1	0,7	0,7		0,1			0,1	1,7
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			0,1	2,6
Norte África		0,1	1	0,4	0,2				0,2	1,8
Asia			0,1							0,1
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		0,6	0,4	0,3		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

4. ANÁLISIS DE LAS BARRERAS DOCUMENTADAS

En el periodo comprendido en este análisis, Médicos del Mundo ha documentado en Canarias, en concreto en las islas donde tenemos presencia, esto es, Lanzarote, Tenerife y Gran Canaria un total de **1.885 casos de barreras de acceso** que han padecido **881 personas**. Esto quiere decir que cada persona ha confrontado de media **2,1 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 **905 casos de barreras discriminatorias**.

Las barreras discriminatorias ocupan el primer lugar en el registro con un 48,7%. Este tipo de barreras son una consecuencia directa de un marco legal que no garantiza de forma homogénea la asistencia sanitaria.

Dentro de las barreras discriminatorias, encontramos que la falta de empadronamiento representa la principal barrera de acceso con 408 casos.

Para solicitar la tarjeta sanitaria se tiene que hacer registro de la solicitud en las Unidades Administrativas de Atención Primaria, acompañándola de la documentación necesaria (documento de identidad y, documento de no exportación del derecho a

cobertura sanitaria desde país de origen para personas de países de la Unión Europea u otros con los que no se tenga convenio sanitario vigente).

En aquellos casos que se encuentren en situación temporal (estancia menor a 90 días en el territorio), tienen derecho a asistencia sanitaria si se encuentran en situación de especial vulnerabilidad. Para solicitar esta atención se tiene que presentar un informe social junto al resto de documentación. Hay que mencionar que este informe puede emitirse o bien por entidades del tercer sector o los servicios de Trabajo Social de los Centros de Salud (en estos casos suele demorarse por las listas de espera y puede que sean servicios facturables).

La imposibilidad de acreditar el domicilio mediante un certificado de empadronamiento constituye una de las principales barreras de acceso a atención sanitaria. Tras hacer una revisión de la normativa vigente, esto no forma parte de un requisito reflejado en la normativa, pero aun así sigue siendo solicitado por personal de administración. Teniendo en cuenta la situación inmobiliaria de nuestro país y concretamente en Canarias, muchas personas se encuentran viviendo en domicilios en los cuales no les permiten empadronarse, sin dejar de mencionar aquellas que no pueden acceder a la vivienda segura y se encuentran en situación de sinhogarismo. Para solicitar la tarjeta sanitaria, se puede acreditar el domicilio con un documento en el cual figure la dirección y el nombre de la persona que solicita la atención sanitaria. En caso de no

disponer de ellos, se puede emitir un informe sustitutivo por parte de entidades sociales. A pesar de la posibilidad de realizar estos para acreditar el lugar de residencia, esto implica que las personas que tratan de acceder a la salud se siguen enfrentando a barreras, ya que precisan contactar previamente con alguna entidad que les facilite este tipo de documentación. Además, hay que tener en cuenta que no siempre se admite este informe sustitutivo y parece que, lamentablemente, la inercia por parte de la institución es la dificultar el acceso a través de esta vía, si bien es cierto que existen diferencias de voluntad institucional en función de la isla.

Por otro lado, la imposibilidad de acreditar los 90 días en territorio constituye otra de las principales barreras de acceso. Encontramos un alto número de personas (162) que llevan en el territorio menos tiempo y presentan enfermedades que precisan de asistencia sanitaria. Para aquellas personas que se encuentran en estancia temporal y requieren de atención sanitaria por su situación de vulnerabilidad, se puede solicitar la misma mediante un informe favorable de servicios sociales. Con relación a esto, en el año 2025 se han registrado 194 personas con enfermedades no atendidas debido a las barreras de acceso al sistema sanitario de salud. Este retraso en la atención de personas con patologías ya diagnosticadas hace que en muchas ocasiones no acudan a consulta hasta que se encuentran en situación grave, ya que intentan retrasar este momento por temor a que esta atención sea facturada.

Seguimos registrando casos de falta de protección y asistencia sanitaria de especial vulnerabilidad, denegando la atención a menores de edad y mujeres embarazadas. A pesar de la normativa vigente, en la cual se reconoce el derecho a atención a estos grupos poblacionales, en algunas ocasiones se deniega el acceso a estas personas al estar en situación temporal (estancia menor a 90

días en territorio español). En estos casos, de igual forma que con personas con diagnóstico de salud mental o enfermedad infectocontagiosa, el acceso a la salud no depende de un tiempo mínimo de estancia en el territorio.

En Canarias cabe destacar las personas que se encuentran en el territorio con permiso de residencia por reagrupadas ascendientes, que a pesar de estar residiendo legalmente quedan excluidas del sistema sanitario público. Dentro de este grupo, encontramos personas de edad avanzada con pluriopatologías, las cuales no tienen acceso al sistema sanitario con cargo a fondos públicos, teniendo que aportar en muchas ocasiones seguros privados que tienen elevado coste, siendo la mayor parte de las veces inaccesibles ya que cuentan con escasos recursos económicos.

Dentro de las barreras discriminatorias encontramos también el estigma, discriminación y los prejuicios sobre las personas en situación de vulnerabilidad social, dándose comentarios, actitudes y conductas discriminatorias en el momento de intentar acceder a asistencia sanitaria. Para solucionar esta situación es necesario emprender actividades de sensibilización y formación con enfoque de género y antirracista para que así los profesionales puedan identificar y transformar estereotipos garantizando un trato digno y libre de discriminación a todas las personas que acceden al sistema de salud.

También es importante destacar el estigma y prejuicios que sufren aquellas personas con diagnóstico de enfermedades infectocontagiosas y la dificultad de acceso a medicación que esto ocasiona. En nuestra actividad profesional, atendemos numerosos casos de personas que han recibido comentarios enjuiciantes sobre su enfermedad en el momento de acudir a solicitar asistencia sanitaria.

TESTIMONIO

“Llevaba apenas 2 semanas en Tenerife cuando contacté con Médicos del Mundo. Tengo VIH y traje desde Venezuela medicación, pero solo me alcanzaba para 1 mes más. Llamé acompañada de un familiar, ya que habíamos intentado ir al centro de salud y nos dijeron que sin empadronamiento no me podían atender. Vivíamos en una habitación subalquilada y no había forma de empadronarse.

Las compañeras de Médicos del Mundo me explicaron la normativa vigente y me facilitaron un documento en el cual se acreditaba que tenía derecho a atención sanitaria. Aun así, volví al centro de salud y no me permitieron ni siquiera solicitar la Tarjeta Sanitaria. Sentí que los días pasaban, cada día tenía menos medicación y la situación no avanzaba.

Desde Médicos del Mundo contactaron con el servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de la Candelaria, donde inicialmente me pidieron también el empadronamiento. Tras comentar la normativa vigente desde el hospital, me derivaron de nuevo al centro de salud.

Al acudir al Centro de Salud, me encontré con la misma barrera y no me quisieron atender. Pasaban los días y pensaba que no podría acceder a mi medicación, me preocupaba mi enfermedad. Volví a Médicos del Mundo, donde finalmente pudieron contactar con el Departamento de Tarjeta Sanitaria y solicitarme allí la tarjeta. Fueron unos días muy duros y complicados para mí, no debería ser tan complicado el acceso a la salud para personas con necesidades de atención”.

TESTIMONIO

“Tengo 30 años y llevo 9 meses en Tenerife junto con mis dos hijos menores de edad. Desde que llegamos he intentado acceder al sistema público de salud, pero cuando he acudido al Centro de Salud, desde administración siempre que dicen que allí no puedo solicitarlo y me preocupa porque mis hijos tienen que continuar con su calendario de vacunación.

Contacté con Médicos del Mundo y ellos me informaron de la normativa vigente, facilitándome también un documento que reconocía nuestro derecho a atención sanitaria. Aun así, me volvieron a denegar el acceso.

Volví a llamar a la entidad y me indicaron que insistiera, que acudiera de nuevo y solicitara el registro de la documentación, explicándome que las solicitudes de Tarjeta Sanitaria son verificadas por las Unidades de Tramitación. Esta vez fui no solo con palabras, sino con la normativa impresa para poder defender mi derecho.

Finalmente, tras meses de intentos y negativas, conseguí presentar la solicitud de la Tarjeta Sanitaria. No fue fácil ni inmediato, pero insistir y conocer la normativa vigente fue la manera de que nos escucharan y de que se reconociera un derecho. Además, puse una reclamación por la atención que había recibido”.

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 período que abarca el presente informe se han documentado **59 casos de barreras físicas**.

El 3,1% de las barreras que se han documentado son de carácter físico.

El contexto geográfico canario es muy singular, ya que estamos hablando de un archipiélago donde hasta el año 2024 se derivaban intervenciones como las Interrupciones Voluntarias del Embarazo de islas menores a las islas capitalinas, suponiendo esto una barrera física fehaciente en el acceso a la salud de la población residente.

En ocasiones, las personas que atendemos deben realizar trayectos de largas distancias para acceder a servicios y no siempre cuentan con una red de transporte que facilite el acceso. En Canarias existen zonas rurales remotas con horarios muy limitados que conectan con las áreas urbanizadas, y que en ocasiones no van a permitir a la persona llegar al horario establecido en la cita. También hay que tener en cuenta que los hospitales de dos de las 3 islas en las que estamos, Lanzarote

y Gran Canaria, se disponen concentrados en la misma área geográfica, por lo que existen zonas muy alejadas, con una orografía volcánica muy particular que complejiza la red de infraestructura y carreteras en ocasiones, dificultando así el acceso a una atención hospitalaria para gran parte de la población residente.

En este aspecto, existen medidas que se diseñaron con la idea de compensar o colaborar en el acceso de la población, pero que dejan fuera de su diseño otros aspectos como el económico. Un ejemplo es que el SCS ofrecía el pago del traslado desde el aeropuerto hasta el recurso sanitario que fuera hacer, en el ejemplo citado, la interrupción del embarazo, pero con carácter retroactivo, lo que denota una falta de mirada a la hora de contemplar que una persona puede no disponer de los recursos económicos para abordar este gasto y tener que esperar a su ulterior devolución. Además, en este caso concreto, se está asumiendo que la persona cuenta con aspectos como una cuenta bancaria (con las barreras que el propio sistema implementa para que se pueda abrir una sin estar en una situación administrativamente regular). Asimismo, y siguiendo con este ejemplo, pretender que una mujer recién intervenida por legrado en un hospital de una zona que no es donde vive (otra isla) regrese en un taxi o transporte público con todo el malestar físico y psicológico que dicha intervención puede originar, sin acompañamiento y con la posibilidad de no tener recursos económicos, resulta de una falta de integración mucho más global que hay que hacer del concepto de salud y todos los aspectos que la componen, como son un enfoque feminista que asegure poner el género y los derechos sexuales y reproductivos de las personas, y en concreto de las mujeres, en el eje transversal de las actuaciones.

TESTIMONIO

Laura (nombre ficticio) se empadronó con Médicos del Mundo en un recurso público porque se encuentra en situación de vulnerabilidad y donde actualmente vive no le dejan empadronarse. El recurso donde se hace el trámite está lejos de su lugar habitual de residencia. Intentamos explicar esto al centro de salud más cercano a su vivienda, pero el centro de salud no permite tramitar la tarjeta sanitaria en él a pesar de ser ese área geográfica donde la mujer vive realmente y mostrar un documento por parte de la entidad explicando su situación. Laura ahora tiene que tomar una guagua y demorarse más de media hora para acudir al centro de salud más cercano al recurso donde fue empadronada, cuando tiene un centro de salud a escasos 4 minutos andando.

LA INSULARIDAD COMO BARRERA DE ACCESO

La condición archipelágica de Canarias introduce una **barrera estructural específica en el acceso equitativo a la atención sanitaria**, especialmente acusada en las islas no capitalinas (La Gomera, El Hierro, La Palma, Fuerteventura y Lanzarote en determinados niveles asistenciales). La concentración histórica de recursos hospitalarios de alta complejidad en Tenerife y Gran Canaria ha generado 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.

Este fenómeno tiene un impacto desproporcionado sobre poblaciones vulnerabilizadas: personas mayores, con bajos ingresos, con dependencia funcional, o con redes de apoyo limitadas. El traslado implica no solo costes económicos indirectos (acompañamiento, pérdida de ingresos, cuidados familiares), sino también **costes emocionales y clínicos**, como el retraso en la atención o la discontinuidad asistencial. Aunque la Consejería de Sanidad ha señalado una reducción de los traslados interinsulares en los últimos años gracias a inversiones en equipamiento y organización de circuitos asistenciales, estos siguen siendo estructurales para determinados servicios de referencia

Desde el punto de vista normativo, la **Ley 11/1994, de Ordenación Sanitaria de Canarias**, aún vigente aunque en proceso de revisión, establece el principio de equidad

territorial y cohesión del sistema, pero no ha logrado corregir plenamente las desigualdades derivadas de la insularidad.

Un ejemplo especialmente ilustrativo es el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Durante años, la práctica totalidad de las IVE se derivaban a clínicas concertadas ubicadas en islas capitalinas, obligando a mujeres de islas menores a desplazarse. Esta situación comenzó a modificarse tras la reforma autonómica, con la **Instrucción nº 11/2023 del Servicio Canario de la Salud**, que refuerza la obligación de garantizar la prestación en el sistema público y clarifica los circuitos asistenciales, incluyendo la cobertura de desplazamientos cuando no sea posible la atención en la isla de residencia. No obstante, el acceso efectivo sigue dependiendo de la disponibilidad de profesionales y recursos en cada isla, por lo que persisten desigualdades territoriales relevantes. Además, hay que tener en cuenta que cuando se producen estos traslados, la persona tiene que adelantar el dinero, por ejemplo, de los desplazamientos (que se reingresa con carácter retroactivo) pero que no tiene en cuenta la disponibilidad o no de recursos económicos de la población, especialmente de aquella en situación de vulnerabilidad.

En conjunto, la insularidad en Canarias no es solo una condición geográfica, sino **un determinante social de la salud** que exige políticas activas de redistribución de recursos para asegurar un acceso equitativo al sistema sanitario canario.



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 **153 casos de barreras económicas**.

Las barreras económicas son el XXX% y constituyen uno de los principales obstáculos para que muchas personas puedan acceder de forma efectiva al derecho a la protección de la salud. En los datos que tenemos de Canarias es relevante resaltar el gasto económico de facturaciones derivadas atenciones médicas o sanitarias cuyos procesos burocráticos no fueron correctamente explicados a las personas que usan los servicios de salud, suponiendo una parte importante de este grupo de barreras (por ejemplo, facturaciones por acudir a tu centro de salud cuando se te caduca la tarjeta sanitaria sin previo aviso y con retraso administrativo de la renovación o dificultades para acceder a citas con el INSS), además de la facturación en urgencias y el acceso a medicamentos de personas con y sin acceso al sistema sanitario.

Es frecuente que personas que tienen tarjeta sanitaria refieran dificultades para comprar la medicación y mantener así la adherencia al tratamiento. En múltiples ocasiones, por ejemplo, encontramos que se prescribe medicación que no se encuentra financiada, sin tener en cuenta desde la consulta el contexto socioeconómico de los pacientes y dificultando así el éxito en la constancia al tratamiento pautado. Además, hay que tener en cuenta que existen muchas limitaciones para encontrar recursos con los que poder colaborar en la adquisición de medicamentos por parte del propio sistema o incluso de las entidades que conformamos el tercer sector.

Hay personas que nos han confesado tener que tomar la decisión de qué medicamento priorizan tomar ese mes porque no pueden hacer frente al pago del tratamiento completo, con toda la gravedad potencial que esto significa para la salud

de dicho individuo e, incluso, de su entorno, en función de la patología en cuestión.

El trabajo de Médicos del Mundo en Canarias pone más el foco en la pobreza farmacéutica (se refiere a la situación en la que una persona no puede acceder de manera regular y adecuada a los medicamentos necesarios para tratar o prevenir problemas de salud, debido a barreras económicas, administrativas, legales o sociales, incluso cuando estos están disponibles en el sistema sanitario. Esta situación puede provocar la interrupción de tratamientos, el empeoramiento del estado de salud y constituye una vulneración del derecho a la salud, afectando especialmente a poblaciones en situación de vulnerabilidad) y responde a la necesidad de garantizar el derecho a la salud no solo facilitando el acceso concreto a los tratamientos, sino también documentando las barreras estructurales para incidir en políticas públicas. Además, se mantiene una vigilancia activa sobre los fenómenos de hipermedicalización y de las desigualdades en el acceso a medicamentos según el colectivo de pertenencia.

La pobreza farmacéutica y la hipermedicalización son dos fenómenos interconectados que afectan de manera desigual a distintas poblaciones, exacerbando las desigualdades en salud. La hipermedicalización hace referencia al proceso por el cual aspectos de la vida cotidiana y problemas sociales son redefinidos como condiciones médicas que requieren tratamiento farmacológico. Desde un enfoque interseccional, la hipermedicalización afecta de manera desproporcionada a ciertos grupos vulnerabilizados. Por ejemplo, las mujeres han sido históricamente objeto de la medicalización de procesos naturales como el embarazo, la menopausia o las emociones vinculadas al estrés. Un ejemplo claro es la medicalización de la ansiedad en mujeres, quienes son frecuentemente diagnosticadas y tratadas con benzodiazepinas o antidepresivos, a menudo sin un análisis profundo de los factores sociales, laborales o familiares que contribuyen a su malestar. En el contexto en el que trabaja Médicos del Mundo Canarias, esta hipermedicalización se observa mucho en las mujeres en situación de prostitución, cuya manera de generar ingresos tiene un impacto negativo en su bienestar, y en múltiples ocasiones observamos que este colectivo consume benzodiazepinas para el manejo de una ansiedad que no es sino una

consecuencia de la violencia constante a la que están expuestas. Este enfoque, además, puede llevar a una dependencia farmacológica y desviar la atención de soluciones estructurales o terapéuticas más integrales.

El ISTAC (Instituto Canario de Estadística) en la última encuesta realizada, en 2021, mostraba un

mayor porcentaje de medicamentos ansiolíticos y tranquilizantes en la población femenina que masculina, tanto consumidos de manera automedicada como prescrita, dato que demuestra la mayor medicalización en la mujer en materia de malestar emocional.

Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir

Total	100,00	1.074.797	100,00	1.101.179	100,00
Consumido	16,35	134.957	12,56	220.833	20,05
Automedicado	1,59	11.632	1,08	22.860	2,08
No Automedicado	14,77	123.325	11,47	197.973	17,98
No consumido	83,65	939.840	87,44	880.346	79,95

Las comunidades racializadas también enfrentan una medicalización que está impregnada de estereotipos, como el sobrediagnóstico de enfermedades mentales en determinados grupos étnicos. Por ejemplo, los hombres jóvenes racializados pueden ser etiquetados con diagnósticos psiquiátricos que conllevan un uso excesivo de medicamentos psicotrópicos, reforzando narrativas discriminatorias. La antropología médica critica cómo la hipermedicalización puede desviar la atención de las causas estructurales de las desigualdades en salud, como la pobreza o la exclusión social. Al transformar problemas sociales en cuestiones individuales que requieren soluciones farmacológicas, se refuerzan narrativas que culpabilizan a los individuos y se minimiza la responsabilidad colectiva y política.

Desde Médicos del Mundo ofrecemos apoyo económico en la obtención de medicación, así como en la prescripción de algunos de ellos. Este trabajo se realiza de manera desigual en las 3 islas por falta de recursos humanos y materiales. Sin embargo, esto no nos ha impedido hacer un análisis de lo trabajado hasta el momento.

Este análisis sobre prescripción y provisión de medicamentos muestra una tendencia preocupante en relación con la tarjeta sanitaria y el acceso a la salud.

Testimonio de una titular atendida en MDM Canarias:

“Al llegar a Canarias desde Venezuela, nos enfrentamos a diversas barreras que marcaron profundamente nuestra experiencia de adaptación. Somos una familia de cuatro personas, tres con enfermedades crónicas y uno con discapacidad. Emigramos en una situación de urgencia, tras haber sido víctimas de secuestro y persecución política. Vendimos nuestras propiedades en Venezuela para reunir el dinero necesario para salir del país y llegar a España. Al arribar, solo contábamos con una maleta de 15 kg por persona, sin medicamentos ni recursos suficientes.

Una de las primeras dificultades fue el acceso a la atención médica. Durante el primer mes, Médicos del Mundo nos brindó apoyo para el acceso a la prescripción homóloga en España de la medicación que tenía mi familia en país de origen, aunque tuvimos que asumir un coste de 100 euros, una cantidad considerable en ese momento”.

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 **581 casos de barreras informativas**.

Las barreras informativas —por falta de información necesaria para acceder a la sanidad y los tratamientos prescritos— suponen el 31,5% de los casos documentados en Canarias.

Estas trabas se manifiestan de distinta manera en función de la vulnerabilidad de la persona. En Canarias hemos constatado dificultades distintas si la persona iba acompañada por parte del equipo de Médicos del Mundo o si iba sola. Además, en ocasiones las informaciones son contradictorias según la persona que la ofrezca o el centro de salud al que se acuda. También hemos detectado dificultades en la comprensión de la normativa por parte de las personas que deberían controlarla para garantizar su cumplimiento como, por ejemplo, solicitar documentación no necesaria para la tramitación de la tarjeta o procedimientos no necesarios para personas que sí tienen garantizado el acceso. Una de las principales barreras de acceso al sistema sanitario es el desconocimiento de la normativa que se está aplicando, dando como resultado información errónea a las personas que precisan atención sanitaria. Un claro ejemplo es la solicitud por parte de administración de los centros de salud del certificado de empadronamiento, siendo este un documento que no se menciona en ninguna de las normativas, ya que muchas personas encuentran dificultades a la hora de empadronarse en sus domicilios o bien carecen de ellos, y que constituye por tanto una barrera

informativa, al estar requiriendo documentación que, por normativa, no es necesaria.

Dentro de este tipo de barreras, distinguimos entre lingüísticas, digitales, información incompleta o errónea emitida desde el Servicio Canario de Salud o bien información incompleta o errónea emitida por otro tipo de instituciones u organismos públicos (como puede ser la Seguridad Social, el servicio de Tarjeta Sanitaria o los servicios sociales, entre otros). De entre ellas, la que observamos más desde la intervención directa en las distintas oficinas y trabajo de calle que realizamos en Médicos del Mundo Canarias es la información errónea facilitada por el propio SCS. En concreto, la primera barrera de información errónea en este sentido se encuentra en la primera línea de acceso al sistema, la administración, puerta de entrada de todas las personas para poder realizar solicitudes de tarjeta y las citas con las distintas profesionales. Además, con la entrada en vigor de la normativa 06/2025, hemos apreciado una gran falta de homogeneidad a la hora de aplicar dicha normativa, que está siendo interpretada con bastante libertad por diferentes profesionales que componen este tejido sanitario. Así mismo, en numerosas ocasiones también hemos podido constatar que es el propio servicio de Tarjeta Sanitaria (o sus trabajadoras/es) los que ofrecen una información errónea sobre la norma al personal administrativo que, ante la duda, llama para asesorarse, lo cual no hace más que alimentar la confusión y la frustración tanto entre los/as propios trabajadores/as como, por supuesto, a la población que debe ser atendida en su derecho de acceso a la salud. Un claro ejemplo es la solicitud por parte de administración de los centros de salud del certificado de empadronamiento, siendo este un documento que no se menciona en ninguna de las normativas, ya que muchas personas encuentran dificultades a la hora de empadronarse en sus domicilios o bien carecen de ellos, y que constituye por tanto una barrera informativa, al estar requiriendo documentación que, por normativa, no es necesaria.

Inés, médica voluntaria de MDM:

"Al no tener la información acertada y correspondiente, terminan por abandonar el proceso de solicitud".

Testimonio de una titular atendida:

"Fui al centro de salud con mi pasaporte para solicitar la tarjeta sanitaria, y me dijeron que si no trabajaba no tenía derecho al sistema sanitario".

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 **187 casos de barreras culturales**.

El 8,6% de las barreras que se han registrado son de carácter cultural.

Las barreras culturales hacen referencia a los obstáculos que surgen cuando existen diferencias en los valores, creencias, normas, prácticas y formas de entender la salud, la enfermedad y los cuidados entre las personas usuarias y el sistema sanitario. Estas barreras pueden dificultar la comunicación con el personal sanitario, la comprensión de diagnósticos y tratamientos, así como la confianza en los servicios de salud. Además, hay que tener en cuenta que a mayoría de la población con la que trabajamos viene de países cuyo sistema sanitario es muy diferente al español, y que en muchos contextos dicha atención sanitaria está privatizada o es de escasa calidad, lo cual genera una sensación de desconfianza con el propio servicio.



Se manifiestan, entre otros aspectos, en el desconocimiento del funcionamiento del sistema sanitario, en la falta de adecuación cultural de la atención, en estereotipos o prejuicios, y en la ausencia de recursos de mediación intercultural o interpretación lingüística. Como consecuencia, pueden generar retrasos en la búsqueda de atención, abandono de tratamientos y una atención sanitaria menos eficaz, afectando de manera desproporcionada a personas migrantes y a otros colectivos en situación de vulnerabilidad.

Esto se aterriza a través de estrategias de humanización, con programas centrados en la persona, adaptados a necesidades culturales y de género. También con medidas específicas de atención a colectivos vulnerables con la publicación de protocolos para personas migrantes, personas mayores, con diversidad funcional y otros grupos poblacionales; con protocolos específicos de hospitales y centros de salud donde se incorporan intérpretes sanitarios, espacios adecuados para la privacidad y la adaptación de la comunicación sanitaria.

La falta de mediación intercultural y la desconsideración del marco cultural en la atención son las dos grandes barreras identificadas desde la organización. No tener en cuenta los sistemas sanitarios y procedimientos subsecuentes en país de origen a menudo genera desafección y malestar por parte de población que viene de un contexto cultural, y específicamente en el ámbito sanitario, diferente. Los espacios sanitarios pueden ser también lugares que violentan a las personas en la atención de sus necesidades, y por ello una propuesta histórica es contar desde los servicios públicos con mediadores culturales y traductores que puedan no sólo trasladar una información de un idioma a otro, sino que pueda tener en cuenta la coyuntura y cosmovisión de la persona que se está atendiendo, valorando el sistema de creencias, valores y opiniones que conforman la imagen que tiene la persona sobre la salud, sus determinantes, la promoción y tratamiento de la misma, así como del propio servicio sanitario.

Es frecuente que las personas migrantes refieran el miedo a ser deportadas, lo que las lleva, a menudo, a temer ser identificadas por la administración pública. El acceso a los servicios de salud lo consideran un riesgo para su estatus migratorio y por lo tanto evitan la atención médica incluso en situaciones graves, sintiendo desconfianza hacia el sistema sanitario. En La

Gaceta Sanitaria de 2014 titulada “Impacto de la reforma sanitaria de 2012 en los inmigrantes en situación irregular” se hacía un análisis sobre cómo la reforma de 2012 afectó negativamente a la salud del colectivo migrante y afirmaba que muchas personas optaban por no acceder a la atención necesaria para no ser identificadas.

Ir más allá de las palabras y ofrecer un ejercicio de interculturalidad que enriquezca tanto la atención recibida por el/la titular de derechos como la intervención emitida por los profesionales del sistema público sanitario aseguraría una atención integral de calidad y culturalmente sensible al contexto de la persona que se está atendiendo.

Las barreras culturales se vinculan directamente con la aceptabilidad del sistema sanitario, entendida como un criterio esencial del derecho a la salud. Este principio, recogido en la Observación General nº14 del Comité DESC, establece que los servicios sanitarios deben respetar la cultura, la diversidad de género y la confidencialidad. La CEDAW y la Convención sobre los Derechos del Niño refuerzan este derecho, especialmente para grupos vulnerables. En el ámbito estatal, la aceptabilidad se recoge en la Constitución Española y en normas como la Ley General de Sanidad y la Ley de Cohesión y Calidad del SNS, que promueven la equidad y la adaptación de los servicios. Asimismo, en el contexto canario, este criterio se refleja en la Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias y en la Estrategia de Salud 2023–2028, que subrayan la adecuación de los servicios a la diversidad sociocultural y la participación ciudadana

Titular atendida en Médicos del Mundo Gran Canaria:

Ser migrante implica empezar de cero, enfrentarse a desconocimiento, burocracia y prejuicios.

FRONTERA SUR Y ACCESO AL SISTEMA SANITARIO

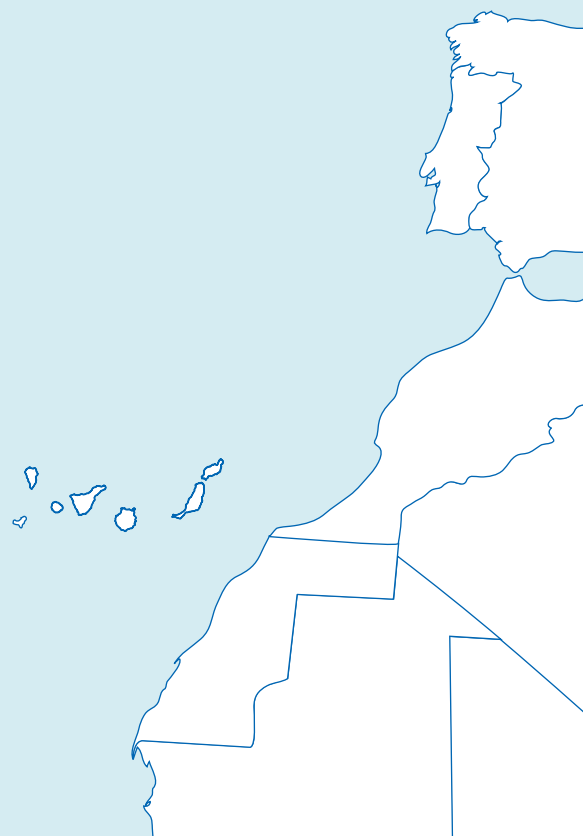
La posición geográfica ultraperiférica de Canarias, como frontera sur del país donde desembarcan miles de personas que realizan un proceso migratorio por vía marítima insegura, también conlleva una serie de particularidades que deben ser tenidas en cuenta a la hora de garantizar el acceso al sistema sanitario a todas las personas.

La gestión de estas llegadas se produce en un contexto caracterizado por una respuesta institucional altamente tensionada y desigual según la isla de llegada. La organización de los dispositivos de primera acogida y la articulación de la atención sanitaria varían de forma significativa entre territorios, con protocolos, recursos disponibles y circuitos de derivación no homogéneos, lo que genera importantes brechas en la continuidad asistencial. Esta heterogeneidad territorial condiciona especialmente el acceso posterior a la atención primaria, a los servicios de salud mental y a los recursos sociosanitarios, produciendo una atención fragmentada que depende más del punto de desembarco que de las necesidades clínicas y psicosociales de las personas atendidas .

Diversos informes de organizaciones especializadas advierten de que esta fragmentación se concentra en las primeras fases tras la llegada, cuando las personas se encuentran en una situación de extrema vulnerabilidad física y emocional. En este sentido, Médicos del Mundo Canarias identifica déficits persistentes en la atención a la salud mental de las personas recién llegadas, vinculados a la ausencia de evaluaciones psicosociales sistemáticas, la escasez de profesionales especializados y la limitada coordinación entre los dispositivos de emergencia y el sistema sanitario público. Estas carencias resultan especialmente graves si se tiene en cuenta la alta prevalencia de experiencias traumáticas asociadas al trayecto migratorio, como violencia, duelo, naufragios o detenciones arbitrarias, que requieren una intervención temprana y continuada.

Esta situación se ve agravada por la existencia de espacios de difícil fiscalización pública, como los Centros de Atención Temporal de Extranjeros (CATE), donde la información disponible sobre la garantía efectiva del derecho a la salud es limitada y poco transparente. La falta de datos desagregados, protocolos públicos y mecanismos de seguimiento independientes dificulta evaluar en qué medida se están cumpliendo los estándares de acceso a la atención sanitaria establecidos en la normativa estatal y autonómica, reforzando un modelo de atención opaco y poco evaluable desde una perspectiva de derechos .

De forma específica, los informes señalan carencias estructurales en la atención a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres migrantes, tanto en la identificación temprana de necesidades como en el acceso a la atención ginecológica básica, la información en salud sexual y reproductiva y la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Estas limitaciones evidencian la ausencia de un enfoque de género integral desde el primer momento de la acogida, lo que incrementa el riesgo de desprotección y vulneración de derechos en un colectivo ya expuesto a múltiples formas de violencia y discriminación.



PORCENTAJES DETECCIÓN BARRERAS ACCESO SEGÚN GÉNERO

BARRERAS DISCRIMINATORIAS	Hombre cis +Hombre Trans	Mujer cis +Mujer Trans	No Binario	TOTALES
01. Reagrupación familiar		0,4		0,4
02. Falta de empadronamiento	2,8	19,1	0,1	22
03. Falta de documentación identificativa	0,3	0,1		0,4
04. Imposibilidad acreditar periodo estancia superior a 3 meses	1,3	7,4	0,1	8,8
05. Menores a quienes se deniega la atención sanitaria	0,6	1,1		1,7
06. Embarazadas a quienes se deniega la atención sanitaria		1		1
07. Solicitantes asilo con barreras de acceso administrativas	0,1	0,5		0,6
08. Retraso en el trámite administrativo de la tarjeta sanitaria	0,6	2,4		3
09. Imposibilidad de cita con Trabajo Social	0,1	0,5		0,6
10. Imposibilidad acreditar no exportación asistencia sanitaria	0,5	0,7		1,2
11. Imposibilidad acreditar no terceros obligados al pago	0,1	0,1		0,2
12. Actitudes racistas en los centros sanitarios	0,6	2,3		2,9
13. Otras barreras discriminatorias	1,2	4,7		5,9
BARRERAS FÍSICAS	Hombre cis +Hombre Trans	Mujer cis +Mujer Trans	No Binario	TOTALES
14. Horarios inadecuados	0,1	0,7		0,8
15. Dificultades en el transporte	0,1	1,9	0,1	2,1
16. Obstáculos arquitectónicos	0,1	0,1		0,2

BARRERAS ECONÓMICAS	Hombre cis +Hombre Trans	Mujer cis +Mujer Trans	No Binario	TOTALES
17. Acceso a medicamentos	2,4	2,7		5,1
18. Acceso a productos sanitarios o de apoyo	0,2	0,4		0,6
19. Facturación en urgencias	0,4	1,5		1,9
20. Facturaciones de otros servicios de atención médica	0,1	0,1		0,2
21. Otras barreras económicas	0,1	0,2		0,3
BARRERAS INFORMATIVAS	Hombre cis +Hombre Trans	Mujer cis +Mujer Trans	No Binario	TOTALES
22. Información errónea/incompleta desde el Sistema Sanitario Público	4	9,9	0,1	14
23. Información errónea/incompleta desde otros organismos públicos (INSS, servicios sociales, etc.)	2	14,1	0,1	16,2
24. Barreras digitales		0,4		0,4
25. Barreras lingüísticas	0,4	0,5		0,9
BARRERAS CULTURALES	Hombre cis +Hombre Trans	Mujer cis +Mujer Trans	No Binario	TOTALES
26. Ausencia de mediación intercultural	1	2,7		3,7
27. Desconsideración del marco cultural en la atención	1,7	3,2		4,9
Detección de barreras de acceso				100

5. CONCLUSIONES

El presente informe evidencia que las barreras de acceso al Servicio Canario de Salud continúan afectando gravemente a las poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad, especialmente a mujeres migrantes en situación administrativa irregular. Continuamos identificando patrones persistentes de exclusión sanitaria que dificultan el acceso efectivo a la atención sanitaria y agravan las condiciones de salud de las personas afectadas, teniendo, además, un impacto en la salud comunitaria. Estos resultados justifican la urgente necesidad de continuar desarrollando programas sociosanitarios con enfoque de género e interseccionalidad, que garanticen un acceso equitativo, libre de discriminación y adaptado a la diversidad cultural, promoviendo así una atención sanitaria más justa e inclusiva.

Entre los principales obstáculos, destacan las barreras discriminatorias, relacionadas con la dificultad de obtener la tarjeta sanitaria debido a la exigencia de empadronamiento a pesar de no constar dicho requisito en la actual Normativa 06/2025 y periodos de estancia mínima (al menos 90 días); las barreras económicas, reflejadas en la pobreza farmacéutica

y en intentos de facturación indebida que disuaden a las personas de acudir al sistema de salud; y las barreras culturales e idiomáticas, donde la falta de información accesible y la persistencia de actitudes discriminatorias siguen limitando el ejercicio efectivo del derecho a la salud. Así mismo, la información errónea ofrecida por el propio sistema o sus trabajadores/as a la hora de la solicitud de tarjeta sanitaria y derecho a la salud continúa siendo una violencia constante que se opone al cumplimiento efectivo del derecho de la persona a acceder al sistema canario sanitario.

Ante este panorama, resulta imprescindible fortalecer las estrategias de acceso universal, equitativo y de calidad al sistema sanitario. Es fundamental promover una respuesta institucional coordinada y sostenible que garantice la equidad en el acceso a servicios de salud integrales, culturalmente adecuados y centrados en las personas, asegurando que ningún colectivo quede excluido del pleno ejercicio del derecho a la salud.



6. RECOMENDACIONES

A la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias:

- **Desvincular el empadronamiento del acceso sanitario**, adoptando mecanismos flexibles de acreditación de residencia (declaración responsable, informes sociales, mediación intercultural), en cumplimiento del RDL 7/2018 y la Ley 14/1986.
- **Garantizar la asistencia sanitaria inmediata** a menores, mujeres embarazadas, personas con enfermedades graves o crónicas y personas en situación de sinhogarismo, sin condicionarla a la resolución administrativa de la tarjeta sanitaria.
- **Unificar criterios en todos los centros de salud**, mediante una **instrucción autonómica vinculante**, que establezca procedimientos homogéneos para el acceso de personas sin documentación o en trámite.
- **Formar y sensibilizar al personal administrativo y sanitario** sobre la normativa vigente, el derecho universal a la salud, la atención sin discriminación y la comunicación intercultural.
- **Establecer un canal de coordinación estable** entre el Servicio Canario de Salud y las entidades sociales para el seguimiento de casos y la detección temprana de vulneraciones, incluyendo reuniones periódicas y un protocolo de derivación ágil.
- **Suspender la facturación y compromisos de pago en urgencias**, especialmente en los centros donde se ha detectado su práctica (CS Maspalomas, CS Barrio Atlántico, entre otros).
- **Reconocer la validez de los informes sociales de entidades acreditadas** y de los servicios sociales municipales para acreditar residencia efectiva y situación de vulnerabilidad.
- **Reforzar la mediación intercultural y la interpretación lingüística** en los centros de salud de zonas con alta diversidad, garantizando una comunicación comprensible y respetuosa.
- **Dotar a la atención primaria de recursos humanos suficientes**, evitando la rotación excesiva de profesionales y fortaleciendo la atención comunitaria y de salud mental.

Al Parlamento de Canarias:

- **Impulsar una proposición no de ley** que inste al Gobierno autonómico a aplicar efectivamente el principio de universalidad sanitaria y a revisar los protocolos de acceso en todo el territorio canario.
- **Incorporar la perspectiva de salud y derechos humanos en las comisiones de migración, vivienda y servicios sociales**, reconociendo la interdependencia entre estos ámbitos.
- **Promover la evaluación periódica de las políticas sanitarias de inclusión**, mediante un informe anual de barreras de acceso presentado ante la Cámara.
- **Fomentar la aprobación de un marco normativo autonómico** que garantice el acceso a la sanidad pública sin discriminación administrativa y con adaptación cultural, en coherencia con la Ley 11/1994 de Ordenación Sanitaria de Canarias y la Estrategia de Salud 2023-2028.

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**

medicosdelmundo.org