



SIN SALUD, LA VIDA SE DETIENE

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



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.

En la misma dirección, desde el año 2001 *Metges del Món Catalunya* trabaja en esta comunidad autónoma impulsando proyectos de defensa del derecho a la salud y promoción de los derechos humanos.

Con una mirada feminista, antirracista y basada en derechos, la entidad centra su labor en el acompañamiento integral a personas migradas, con especial atención a mujeres en situaciones de mayor vulnerabilidad.

A través de programas de apoyo, ofrece atención psicosocial, asesoramiento en derechos, orientación en trámites y talleres comunitarios, además de espacios de participación que favorecen el empoderamiento y la cohesión social. La prioridad es garantizar que ninguna persona quede excluida de la atención sanitaria y social por su situación administrativa, origen o género.

Metges del Món Catalunya es también referente en acciones de promoción de la salud y en la defensa del acceso universal a los servicios públicos, apostando por la metodología comunitaria como herramienta de incidencia colectiva y transformación social. Su trabajo se articula en colaboración con entidades locales, servicios públicos y redes vecinales, impulsando procesos de empoderamiento, creación de vínculos y liderazgo ciudadano.

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

El acceso a la atención sanitaria de las poblaciones vulnerabilizadas en España está ineludiblemente marcado por la exclusión impuesta en 2012 y sólo parcialmente revertida en 2018. En el caso de Cataluña esta normativa fue solo parcialmente revertida en 2018 mediante el Real Decreto-ley 7/2018, pero las restricciones y obstáculos prácticos persistieron. En el ámbito autonómico, Cataluña fue regulando el acceso a través de sucesivas instrucciones, como la Instrucción 8/2015 del CatSalut, que introducía documentos de acceso diferenciados y requisitos que generaban confusión y discriminación. Posteriormente, la Ley 9/2017 de universalización de la asistencia sanitaria en Cataluña estableció el derecho de todas las personas residentes a la asistencia sanitaria con fondos públicos, eliminando formalmente algunos de los requisitos restrictivos previos, como el empadronamiento mínimo de tres meses. Sin embargo, esta sucesión normativa no siempre ha sido conocida ni aplicada de manera coherente por el personal administrativo, lo que ha derivado en que muchas personas vulnerabilizadas continúen encontrando barreras en la práctica. De este modo, la regulación vigente, aunque representa un avance importante, sigue siendo insuficiente para poner fin a la exclusión sanitaria.

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.

2. METODOLOGÍA

El presente informe analiza los casos de barreras de acceso al SNS documentados en Cataluña 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 directa a personas en situación de prostitución y de atención directa a personas procedentes de países donde se practica la Mutilación Genital Femenina.

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.

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/cesccr/2000/es/36991>

3. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LAS PERSONAS CON BARRERAS

Identidad de género

	Atendidos/as	Total
Hombre cis	30,1%	31%
Hombre trans	0,9%	
Mujer cis	69%	69%
Mujer trans		
Total		100%

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			0,9							0,9
Europa del Este		0,9		0,9					0,9	2,7
Latinoamérica	7,1	8	18,5	14,1	5,3	0,9			8,8	62,7
África Subsahariana		0,9	3,5	0,9	0,9					6,2
Norte África		1,8	5,3		0,9				2,6	10,6
Asia		1,8	0,9	0,9	0,9				1,8	6,3
España			0,9							0,9
NS/NC				0,9					8,8	9,7
Total	7,1	13,4	30	17,7	8	0,9			22,9	100

Tarjeta sanitaria de las personas con barreras de acceso según género

	TOTAL %	MUJERES CIS + MUJERES TRANS (%)	HOMBRES CIS + HOMBRES TRANS (%)
SÍ	67,3%	48,7%	18,6%
NO	18,5%	13,2%	5,3%
En trámite	14,2%	7,1%	7,1%



4. ANÁLISIS DE LAS BARRERAS DOCUMENTADAS

En el periodo comprendido en este análisis, Médicos del Mundo ha documentado en **Cataluña** un total de **329 casos de barreras de acceso** que han padecido **113 personas**. Esto quiere decir que cada persona ha confrontado de media **2,9 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 **66 casos de barreras discriminatorias**.

En Cataluña persisten múltiples barreras discriminatorias que impiden el acceso real, efectivo y equitativo al sistema de salud por parte de personas en situación de vulnerabilidad. La Ley 9/2017 de universalización de la asistencia sanitaria reconoce el derecho de todas las personas residentes a acceder al sistema público de salud, pero en la práctica su aplicación sigue mostrando deficiencias. El acceso principal se articula a través de la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI), que normalmente se obtiene acreditando la residencia mediante el padrón municipal. Este requisito, lejos de ser un trámite simple, constituye una barrera estructural para muchas personas migrantes en contextos de precariedad

habitacional o contratos informales, o cuando propietarios se niegan a empadronarlas.

Consciente de esta limitación, la Generalitat puso en marcha un programa específico de acceso a la TSI, gestionado por la Cruz Roja en colaboración con entidades sociales, de las cuatro provincias, como Metges del Món, que permite tramitar la TSI sin necesidad de padrón. Aunque esta medida supone un avance, el proceso puede demorarse entre dos y tres meses, dejando a las personas en una situación de exclusión temporal de la atención sanitaria.

Principales casuísticas documentadas en Cataluña:

- Dificultad de acceso al padrón, especialmente en contextos de precariedad habitacional o para mujeres en situación de prostitución que temen dar la dirección de pisos y clubes.
- Negativas en los CAP a personas en situación administrativa irregular, pese a que la Ley 9/2017 reconoce su derecho.
- Solicitantes de asilo y refugio que viven períodos de exclusión efectiva mientras esperan trámites.
- Mujeres embarazadas y menores que, aunque deberían tener siempre garantizada la asistencia, en ocasiones son rechazadas.

- Barreras informativas que afectan tanto a la población usuaria (desconocimiento de sus derechos) como al propio personal del sistema (información errónea o incompleta).
- Actitudes discriminatorias y racismo institucional expresados en exigencias de documentación no prevista en la normativa o en tratos despectivos.
- Alta movilidad geográfica por el sistema de plazas en los contextos de prostitución que impide que las mujeres puedan estar disponibles para cuando se les asignan las citas médicas, ya que hay largas listas de espera.

Las consecuencias de estas barreras son graves y afectan directamente a la salud de la población. Se producen retrasos en diagnósticos y tratamientos de enfermedades crónicas, abandono de terapias esenciales como las vinculadas al VIH, la salud mental o la salud sexual y reproductiva, y un uso desproporcionado de urgencias como única vía de entrada. Todo ello genera saturación del sistema, desigualdad en la calidad de la atención y sensación

de estigmatización. Estos impactos afectan de forma especialmente severa a las mujeres migrantes en situación de violencia, prostitución o precariedad habitacional, que acumulan múltiples vulnerabilidades y encuentran mayores obstáculos para ejercer su derecho a la salud.

Diversos informes recientes corroboran esta situación. El Informe de Salut de Catalunya 2023 señala desigualdades en el acceso y uso de los servicios sanitarios relacionadas con el origen migrante (Departament de Salut, 2023). El informe Acció Salut 2024 de Metges del Món documenta exclusiones vinculadas a desinformación institucional y prácticas discriminatorias (Metges del Món, 2024). Además, investigaciones académicas han confirmado que las mujeres inmigrantes en situación administrativa irregular son uno de los colectivos más expuestos a la exclusión (Torró i Calabuig, 2024), y que la población inmigrante en general hace un uso menor de los servicios sanitarios que la población autóctona, lo que refleja discriminación estructural (Santamaría Rodríguez, 2025).

TESTIMONIO

Abdul, solicitante de protección internacional, llegó a Catalunya tras pasar por Luxemburgo en su proceso migratorio, donde había sido diagnosticado de Trastorno de Estrés Postraumático y epilepsia. Cuando se le terminó la medicación acudió al servicio de urgencias con sus informes y diagnósticos médicos, solicitando una nueva prescripción. Sin embargo, al encontrarse aún en trámite burocrático y no disponer de Tarjeta Sanitaria Individual, se le denegó la medicación necesaria. Solo tras explicar que tenía fecha para tramitar el padrón y así poder obtener la TSI, accedieron a darle cita con psiquiatría, pero para un mes más tarde. Durante ese mes Abdul permaneció sin tratamiento, pese a haber acudido a urgencias y presentar la documentación que acreditaba su estado de salud.

TESTIMONIO

Cintia llegó de Perú a Barcelona con sus dos hijos adolescentes. Poco después de instalarse en la ciudad comenzó a sentirse mal, sin haber tenido aún tiempo de comprender cómo funcionaban los recursos sanitarios. Siguiendo el consejo de una conocida decidió acudir al hospital, donde explicó su situación. En un primer momento se le negó la atención por no disponer de Tarjeta Sanitaria, a pesar de encontrarse indispuesta. Tras insistir, finalmente fue atendida y se le comunicó que estaba embarazada, una noticia inesperada ya que en su país le habían asegurado que no podría volver a tener hijos. Mientras esperaba los resultados sufrió un ataque de ansiedad; una enfermera se le acercó para preguntarle qué le ocurría y, tras escucharla, le respondió de manera abrupta: "lo que debes hacer inmediatamente es abortar".

A pesar de los avances legislativos logrados con la Ley 9/2017 de universalización de la asistencia sanitaria en Cataluña, el derecho a la salud continúa sin hacerse plenamente efectivo para todas las personas residentes en el territorio. La norma reconoce el acceso universal a la atención sanitaria con fondos públicos, pero su aplicación práctica sigue generando exclusión y desigualdad. La universalidad, en la actualidad, es más formal que real.

El principal obstáculo se encuentra en el **empadronamiento como requisito estructural de acceso**. En teoría, cualquier persona residente en Cataluña puede acreditar su residencia mediante este documento, pero en la práctica muchas no logran empadronarse: familias que viven en habitaciones realquiladas, mujeres en situación de prostitución que no pueden declarar la dirección de los pisos donde trabajan, personas sin hogar o migrantes que dependen de la voluntad de propietarios o administraciones municipales. La negativa o la imposibilidad de empadronarse tiene un efecto directo sobre el derecho a la salud, ya que sin padrón no se puede tramitar la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI), requisito indispensable para acceder a la red pública de atención.

Los **trámites administrativos para obtener la TSI** son a menudo lentos y complejos, lo que deja a las personas durante semanas o incluso meses sin cobertura sanitaria efectiva. En este tiempo, la atención se limita a casos de urgencia y, en muchas ocasiones, las personas desconocen su derecho a recibirla sin coste. Esta situación, no contemplada en la ley, se traduce en una **exclusión sanitaria** que afecta directamente a la salud y al bienestar de quienes se encuentran en situación de vulnerabilidad.

Las consecuencias de este modelo son especialmente graves para **menores, mujeres embarazadas y personas reagrupadas**, que deberían tener garantizado el acceso inmediato según los estándares internacionales de derechos humanos. En la práctica, los menores sin padrón quedan fuera del sistema si no son reconocidos como casos de “alto riesgo social”; las mujeres embarazadas deben acreditar vulnerabilidad ante trabajadoras sociales para ser atendidas; y las personas reagrupadas enfrentan requisitos imposibles de cumplir, como la presentación de documentos de renuncia al sistema sanitario del país de origen.

Así, a pesar de disponer de un marco legal avanzado en el Estado, **Cataluña mantiene una universalidad parcial y condicionada**, en la que el acceso a la salud depende de la capacidad administrativa y de los recursos personales de cada individuo. Las barreras derivadas del padrón y la lentitud en los procedimientos continúan dejando fuera a quienes más necesitan el sistema: mujeres migrantes, familias con niñas y niños a cargo, y personas en situación de precariedad residencial.

Garantizar el derecho universal a la salud en Cataluña exige superar estos obstáculos estructurales y asegurar que la universalidad reconocida en la ley se cumpla también en la práctica, sin excepciones.

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 **4 casos de barreras físicas**.

En Catalunya las barreras físicas en el acceso al sistema sanitario se relacionan principalmente con la disponibilidad, proximidad y condiciones de los centros de atención. En áreas rurales o semirurales, muchas personas deben recorrer largas distancias para llegar a un CAP u hospital, lo que supone un obstáculo cuando no se dispone de transporte privado ni de una red de transporte público adecuada. Esta dificultad se ve agravada en colectivos en situación de precariedad económica que no pueden asumir el coste de los desplazamientos, así como en mujeres que combinan responsabilidades de cuidados con la necesidad de acudir a visitas médicas.

Otra limitación frecuente son los horarios de atención, que no siempre se ajustan a las necesidades de personas trabajadoras en empleos precarios o sin flexibilidad laboral, obligándolas a acudir a urgencias como única alternativa. A ello se suman los problemas de accesibilidad en algunos centros, donde persisten barreras arquitectónicas que afectan especialmente a personas con movilidad reducida, personas mayores o mujeres embarazadas.

Estas barreras físicas generan desigualdades en el acceso, retrasos en la atención y principalmente uso excesivo de los servicios de urgencias. Se trata de obstáculos que, aunque menos visibles que las barreras legales o administrativas, impactan directamente en la equidad y en la capacidad de

muchas personas de ejercer su derecho a la salud en condiciones de igualdad.

En el caso de las mujeres en contexto de prostitución, estas barreras físicas se agravan por las propias condiciones de vida y ejercicio. El cansancio acumulado, el estrés continuado y la escasa capacidad de organización que impone la precariedad impiden, a menudo, mantener las citas médicas programadas. Los horarios de atención sanitaria no suelen adaptarse a sus tiempos de descanso ni a su realidad, lo que dificulta enormemente su asistencia. En aquellos casos en los que existe control por parte de terceros en pisos o clubes, la movilidad y la libertad para acudir a las visitas médicas pueden verse limitadas. Cuando las mujeres vuelven a solicitar cita tras haberla perdido, a menudo se encuentran con actitudes hostiles o reproches por parte del personal administrativo, lo que refuerza la desconfianza y las aleja todavía más del sistema de salud. Este conjunto de factores genera una limitación práctica del derecho a la salud, especialmente para las mujeres en situación de prostitución cronificada o sometidas a altos niveles de estrés.

Actitudes discriminatorias y racismo institucional expresados en exigencias de documentación no prevista en la normativa o en tratos despectivos.

TESTIMONIO

Ignacio, argentino de 65 años en situación administrativa irregular, vive en Cervera con su pareja. Tras ser diagnosticado de cáncer, le derivaron al Hospital Vall d'Hebron de Barcelona para el tratamiento. El desplazamiento supone recorrer unos 100 km, con más de dos horas de viaje en transporte público. Con ingresos muy limitados, estos traslados prolongados y costosos se convierten en una barrera física que pone en riesgo la continuidad de su tratamiento.

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 **91 casos de barreras económicas**.

En Cataluña, las barreras económicas no pueden analizarse de manera aislada, ya que suelen estar estrechamente vinculadas a la falta de información sobre los derechos sanitarios. Muchas de las personas atendidas por Metges del Món llegan con facturas emitidas tras acudir a urgencias. La ausencia de información clara sobre cómo acceder al sistema, o sobre el derecho reconocido a recibir asistencia, hace que se retrase la atención hasta que la situación es grave y requiere intervención urgente. En esos casos, se tramitan facturas, a menudo de importes muy elevados, imposibles de asumir para personas en situación de precariedad económica.

Esta práctica tiene un efecto doble: por un lado, coloca a las personas en una situación de endeudamiento y mayor vulnerabilidad; por otro, genera miedo y desconfianza hacia el sistema sanitario, lo que disuade de volver a acudir, aunque sea necesario. La desinformación se agrava ante el desconocimiento de las vías disponibles para anular o frenar estos cobros. En la mayoría de los casos, las personas desconocen que la emisión y reclamación de dichas facturas no se ajusta a derecho. La Ley catalana 9/2017, de 27 de junio, de universalización de la asistencia sanitaria, establece que todas las personas en Catalunya tienen derecho, en todo caso, a la asistencia sanitaria de urgencia y a la continuidad de esta hasta el alta médica. Asimismo, la Disposición Adicional Primera de la Instrucción 8/2015 del CatSalut y la Resolución de 30 de septiembre de 2016 sobre asistencia y facturación de las actuaciones urgentes prevén que el acceso a la atención urgente está garantizado en cualquier circunstancia, y que el CatSalut debe hacerse cargo siempre que no exista un tercero responsable

y la persona pueda presentar una Declaración Responsable de insuficiencia de recursos económicos.

Pese a este marco legal, en la práctica se siguen emitiendo facturas indebidas. Además, se ha detectado una vulnerabilidad añadida en el caso de personas que cambian de una comunidad autónoma a otra: cuando reciben una factura en otra CCAA, la negativa a anularla en Cataluña suele ser rotunda. El CatSalut no tiene competencia sobre facturas emitidas fuera de su territorio y la comunicación entre administraciones autonómicas es escasa, lo que deja a las personas atrapadas en deudas imposibles de resolver. Esta fragmentación del sistema sanitario español convierte los límites administrativos en nuevas barreras económicas que restringen el derecho a la salud.

A estas situaciones se suman otros obstáculos frecuentes, como el coste de los medicamentos con receta, que impide a muchas personas mantener tratamientos de larga duración, y los gastos de transporte a centros de referencia, especialmente desde áreas rurales o semirurales hacia hospitales de Barcelona o capitales provinciales. El precio del billete, junto al tiempo invertido, limita la adherencia a los tratamientos y puede provocar su abandono.

Estas barreras económicas no afectan a toda la población por igual. Las mujeres migrantes en situación administrativa irregular o con empleos precarios se encuentran entre las más afectadas, ya que combinan ingresos muy bajos con mayores necesidades de atención sanitaria vinculadas a la salud sexual y reproductiva, la maternidad o la salud mental. La imposibilidad de asumir costes de medicación, transporte o facturas indebidas refuerza desigualdades estructurales y limita gravemente su derecho efectivo a la salud.

En conjunto, las barreras económicas en Cataluña evidencian que disponer de cobertura legal no es suficiente si no se garantizan las condiciones materiales necesarias para ejercer el derecho a la salud. Superar estas limitaciones exige reforzar mecanismos de acceso gratuito a la medicación esencial, garantizar transporte sanitario en casos de necesidad y eliminar cualquier práctica de facturación indebida, así como asegurar una mejor coordinación entre comunidades autónomas que impida que las fronteras administrativas se conviertan en barreras de exclusión.

TESTIMONIO

Elisa llegó de Colombia a Barcelona tras aceptar una supuesta oferta de trabajo que, en realidad, mostraba indicios de trata con fines de explotación sexual. Al llegar con su bebé, la persona que la había contactado la bloqueó y la dejó sola, sin apoyo ni recursos. En los primeros días, la niña enfermó y Renata acudió varias veces a urgencias. En la tercera visita, el personal administrativo le advirtió que, por no tener Tarjeta Sanitaria, la atención sería facturada. Pese a explicar su situación, se mantuvo la negativa, hasta que una mujer en la sala de espera intervino y consiguió que atendieran a la niña sin cobrarle.

TESTIMONIO

Mohamed, de origen marroquí, llegó a Lleida tras un proceso migratorio en el que permaneció unos días en Murcia. Durante ese tiempo necesitó atención médica en la Manga del Mar Menor. Meses más tarde, ya instalado en un municipio pequeño de Lleida y con Tarjeta Sanitaria catalana, recibió por correo electrónico una factura de la atención recibida en Murcia. Al intentar resolver la situación, no obtuvo respuesta, ya que el trámite no podía gestionarse desde Cataluña y en Murcia no le ofrecieron ninguna solución. Sin ingresos para afrontarla, la deuda permanece, generándole una gran inseguridad y desconfianza hacia el sistema sanitario.

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 **163 casos de barreras informativas**.

En Cataluña, las barreras informativas son las más frecuentes entre las personas atendidas por Metges del Món (49,8% del total).. Tanto quienes acaban de llegar como quienes llevan años residiendo en el territorio desconocen en gran medida cómo funciona el Sistema Nacional de Salud en España y, aún más, cómo se organiza en la comunidad autónoma. Esta falta de información se traduce en grandes dificultades

para comprender los pasos necesarios para acceder a la atención, tramitar la Tarjeta Sanitaria Individual o entender el papel de las distintas administraciones competentes. En muchos casos, tampoco se dimensiona que cada comunidad autónoma gestiona su propio sistema sanitario, lo que genera confusión en los procesos de traslado de expedientes médicos o en la continuidad de pruebas y tratamientos cuando la persona migra dentro del Estado.

La mayoría de las personas que acuden a Metges del Món lo hacen en situaciones límite, cuando sus problemas de salud ya se han agravado. Expresan que desconocían que podían recibir atención gratuita a través del CatSalut o que tenían derecho a la cobertura sanitaria en casos de urgencia y continuidad de cuidados. El miedo a ser rechazadas, sumado al desconocimiento de la normativa, refuerza la desconfianza hacia el sistema sanitario y retrasa el acceso a la atención.

Una de las consecuencias más claras de estas barreras informativas es el uso inadecuado de los servicios de urgencias. Muchas personas recurren a ellos como única vía de entrada al sistema, al

no saber cómo acceder de manera ordinaria. En estos casos, cuando no disponen de TSI, se les emiten facturas por la atención recibida, que en la mayoría de las situaciones no pueden pagar debido a su vulnerabilidad económica. Estas facturas no solo generan endeudamiento y angustia, sino que también refuerzan el temor a volver a acudir al sistema sanitario.

El problema no se limita al desconocimiento de la población usuaria. En muchos casos, la información errónea proviene del propio sistema, especialmente de parte del personal administrativo de los centros de salud. Negativas injustificadas, solicitudes de documentación no exigida por la normativa o la ausencia de una orientación adecuada en los mostradores son situaciones habituales que generan confusión y perpetúan la exclusión. La falta de protocolos claros y de formación en derechos sanitarios provoca respuestas contradictorias, lo que incrementa la desconfianza y deja a muchas personas sin atención.

Estas barreras informativas, lejos de ser anecdóticas, son estructurales y afectan de forma directa al ejercicio del derecho a la salud. No basta con garantizar la cobertura legal si las personas no reciben información clara, accesible y adaptada a su realidad. Asegurar que cada persona conozca

sus derechos sanitarios y cómo ejercerlos es una condición indispensable para alcanzar una sanidad universal, equitativa y efectiva en Cataluña.

TESTIMONIO

Paula llegó de Perú a Cataluña junto a su marido y su hija, los tres en situación administrativa irregular. Al poco tiempo se quedó embarazada y, tras el nacimiento de su segundo hijo, acudió al CAP para tramitar la Tarjeta Sanitaria del bebé y poder iniciar las visitas rutinarias con el pediatra. En el mostrador, la trabajadora administrativa le respondió: "La sanidad la pagamos con los impuestos, ¿cómo quieres ser atendida tú y tu bebé si no cotizas?". Paula ya era consciente de su situación, pero en lugar de recibir orientación sobre cómo proceder, se encontró con una respuesta que no le aportó ninguna información útil para poder garantizar la atención de su hijo.



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 **5 casos de barreras culturales**.

En Cataluña, las barreras culturales son menos visibles y están poco documentadas, en parte porque muchas de las personas atendidas no identifican de forma consciente que el trato recibido no tiene en cuenta su marco cultural. La relación de poder entre pacientes en situación de vulnerabilidad y el personal sanitario hace que, con frecuencia, se acepten actitudes o prácticas que no respetan plenamente sus costumbres, creencias o formas de entender la salud. Esta baja

identificación dificulta que las barreras culturales se expresen en los relatos, aunque tienen un impacto directo en la confianza y en la continuidad de la atención.

La barrera idiomática es, en cambio, la más evidente. En algunos centros se dispone de mediadores y mediadoras interculturales, cuya labor resulta clave para garantizar una comunicación adecuada y un trato respetuoso. Sin embargo, no todos los CAP u hospitales cuentan con esta figura, y en ocasiones las citas médicas se condicionan a la disponibilidad horaria del personal de mediación. Esto limita el acceso efectivo de pacientes que necesitan traducción o interpretación y restringe la franja horaria en la que pueden ser atendidos.

Estas limitaciones, aunque menos visibles que las barreras económicas o informativas, refuerzan desigualdades y generan una atención sanitaria que no siempre resulta culturalmente apropiada ni adaptada a las necesidades de todas las comunidades.



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

BARRERAS DISCRIMINATORIAS	Hombre cis +Hombre Trans	Mujer cis +Mujer Trans	TOTAL
01. Falta de empadronamiento	2,7	8,5	11,2
02. Falta de documentación identificativa	0,3	1,2	1,5
03. Imposibilidad acreditar periodo estancia superior a 3 meses		0,6	0,6
04. Menores a quienes se deniega la atención sanitaria	0,9	0,9	1,8
05. Embarazadas a quienes se deniega la atención sanitaria		0,3	0,3
06. Imposibilidad de cita con Trabajo Social		0,6	0,6
07. Imposibilidad acreditar no exportación asistencia sanitaria		0,9	0,9
08. Actitudes racistas en los centros sanitarios		0,6	0,6
09. Otras barreras discriminatorias	0,9	1,5	2,4
BARRERAS FÍSICAS	Hombre cis +Hombre Trans	Mujer cis +Mujer Trans	TOTAL
10. Horarios inadecuados		0,6	0,6
11. Dificultades en el transporte		0,6	0,6

BARRERAS ECONÓMICAS	Hombre cis +Hombre Trans	Mujer cis +Mujer Trans	TOTAL
12. Acceso a medicamentos	2,1	2,1	4,3
13. Acceso a productos sanitarios o de apoyo	0,3	0,3	0,6
14. Facturación en urgencias	1,2	0,6	1,8
15. Facturaciones de otros servicios de atención médica	0,3		0,3
16. Otras barreras económicas	10,6	10	20,6
BARRERAS INFORMATIVAS	Hombre cis +Hombre Trans	Mujer cis +Mujer Trans	TOTAL
27. Información errónea/incompleta desde el Sistema Sanitario Público	4,9	12,2	17,1
18. Información errónea/incompleta desde otros organismos públicos (INSS, servicios sociales, etc.)	8,5	12,2	20,7
19. Barreras digitales		2,1	2,2
20. Barreras lingüísticas	5,5	4,3	9,8
BARRERAS CULTURALES	Hombre cis +Hombre Trans	Mujer cis +Mujer Trans	TOTAL
24. Ausencia de mediación intercultural		0,6	0,6
25. Desconsideración del marco cultural en la atención		0,9	0,9
Detección de barreras de acceso			100

5. CONCLUSIONES

El análisis de las barreras documentadas en Cataluña evidencia que el marco legal vigente, a pesar de los avances introducidos con la Ley 9/2017 de universalización de la asistencia sanitaria, no garantiza por sí solo el acceso real y equitativo al sistema de salud. La distancia entre el derecho reconocido en la norma y la práctica cotidiana sigue siendo amplia, especialmente para las personas migrantes en situación administrativa irregular y para colectivos en condiciones de vulnerabilidad socioeconómica.

Las barreras **discriminatorias** muestran que el padrón continúa siendo un requisito que, en muchos casos, excluye a quienes no pueden acreditar residencia estable. Los programas alternativos de acceso a la TSI, aunque necesarios, son lentos y generan períodos de exclusión. Estas limitaciones se ven agravadas por el desconocimiento de la normativa entre el personal administrativo, que a menudo transmite información contradictoria o deniega el acceso sin fundamento legal.

Las barreras **económicas** se expresan en la imposibilidad de costear medicamentos, transportes o facturas emitidas indebidamente en urgencias. Este problema se entrelaza con la falta de información, ya que muchas personas desconocen que la atención urgente está garantizada y cubierta por el CatSalut. La fragmentación del sistema sanitario estatal añade un obstáculo extra: facturas emitidas en otras comunidades autónomas permanecen activas con dificultad para ser anuladas desde Cataluña, lo que genera inseguridad y endeudamiento.

Las barreras **físicas**, aunque menos señaladas, afectan a quienes viven en zonas rurales o semirurales y deben recorrer largas distancias hasta hospitales de referencia, con costes y

tiempos que hacen difícil mantener la adherencia a tratamientos complejos como los oncológicos.

Las barreras **informativas** son las más frecuentes y transversales. Muchas personas desconocen cómo funciona el sistema, qué derechos les corresponden y cómo ejercerlos. Este vacío de información provoca retrasos en la atención, un uso desproporcionado de urgencias y un refuerzo de la desconfianza hacia el sistema sanitario. A ello se suma la información errónea que en ocasiones proviene de los propios centros sanitarios, lo que perpetúa la exclusión.

Finalmente, las barreras **culturales** siguen siendo poco visibles, en parte porque las personas atendidas no siempre identifican el trato recibido como inadecuado. La falta de mediación intercultural suficiente y la dependencia de su disponibilidad horaria muestran que el sistema todavía no asegura una atención plena y culturalmente apropiada.

En conjunto, las barreras descritas revelan que la accesibilidad al sistema sanitario en Cataluña está limitada por un entramado de obstáculos administrativos, económicos, informativos y culturales que afectan con mayor intensidad a quienes ya sufren desigualdades estructurales. Las mujeres migrantes, especialmente en situación de precariedad laboral, violencia o prostitución, se encuentran en el cruce de estas barreras, lo que las convierte en el colectivo más expuesto a la exclusión sanitaria.

Garantizar la universalidad real de la salud en Cataluña requiere no solo consolidar un marco legal garantista, sino también reforzar la formación del personal administrativo, eliminar prácticas de facturación indebida, mejorar la coordinación entre comunidades autónomas, ampliar la mediación intercultural y garantizar apoyos materiales como transporte y acceso gratuito a la medicación esencial. Sin estos cambios estructurales, el derecho a la salud seguirá siendo reconocido en la norma, pero inaccesible en la práctica para muchas personas.

6. RECOMENDACIONES

La Consejería de Salud tiene la oportunidad de fortalecer el compromiso de Cataluña con una sanidad pública accesible y equitativa mediante medidas operativas que aseguren la aplicación práctica de la Ley 9/2017.

Se recomienda:

- **Garantizar la atención sanitaria inmediata** a todas las personas menores de edad y mujeres embarazadas, sin necesidad de acreditar vulnerabilidad social ni realizar trámites adicionales.
- **Simplificar los procedimientos de acceso a la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI)**, aceptando distintas formas de acreditar la residencia efectiva en Cataluña (certificados de entidades sociales, escolarización de menores, contratos de alquiler, etc.).
- **Asegurar la atención desde el inicio del trámite de la TSI**, evitando que las personas queden sin cobertura durante el proceso administrativo.
- **Ofrecer formación continua al personal administrativo y sanitario** sobre el derecho a la atención universal, la normativa vigente y la atención intercultural, para mejorar la coherencia en la aplicación de la ley.
- **Reforzar la mediación intercultural y lingüística** en los centros de salud con alta diversidad cultural, garantizando presencia estable y cobertura horaria suficiente.

Estas medidas, de aplicación inmediata, permitirían avanzar de manera práctica hacia un sistema sanitario más inclusivo y coherente con los principios de equidad y derechos humanos.

Por su parte, **el Parlamento de Cataluña** puede desempeñar un papel clave en la consolidación de este compromiso.

Se recomienda **revisar el reglamento de desarrollo de la Ley 9/2017** para eliminar barreras como el empadronamiento o la acreditación de arraigo, especialmente en el actual contexto de precariedad habitacional, que dificulta a muchas personas obtener un padrón y acceder a la atención sanitaria.

También se propone **garantizar por ley la cobertura efectiva y sin condicionamientos** de menores, mujeres embarazadas y personas reagrupadas.

Asimismo, sería conveniente **crear un sistema de seguimiento y evaluación** sobre la aplicación real del derecho a la salud, con participación de entidades sociales y profesionales, y **reconocer la mediación intercultural como servicio esencial** del sistema público de salud, dotándola de estabilidad presupuestaria y cobertura territorial suficiente.

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**