



SIN SALUD, LA VIDA SE DETIENE

INFORME DE BARRERAS AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN POBLACIONES VULNERABILIZADAS EN CASTILLA Y LEÓN



1. INTRODUCCIÓN

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

Desde 2017 en Médicos del Mundo Castilla y León informamos, orientamos, asesoramos y acompañamos a personas migrantes que tienen dificultades para ejercer su derecho a la atención sanitaria pública, universal y gratuita, siendo el reconocimiento de este derecho en el caso de nuestra comunidad autónoma, competencia del Servicio de Salud de Castilla y León (SACyL), entendiendo la salud de manera integral, tanto a nivel físico como emocional / mental y su dimensión social.

Con el objetivo de que este derecho a la atención sanitaria se haga efectivo desarrollamos diversas acciones. Por una parte, proporcionamos atención directa individual, familiar y grupal dando a conocer los derechos que tienen todas las personas. De esta manera, además, identificamos, registramos y visibilizamos las diferentes barreras de acceso a los servicios sanitarios que se encuentran las personas a las que atendemos. Por otra parte, tendemos puentes y alianzas con el propio SACyL, reforzando los conocimientos y habilidades de las/os profesionales socio-sanitarias/os; tanto las/os que forman parte del sistema sanitario público como a futuras/os profesionales. Mediante estas acciones de capacitación damos respuesta a la necesidad formativa, así como de reciclaje, en conocimiento y habilidades, que venimos detectando durante nuestra intervención. De manera que todos/as los/as profesionales que intervengan con cada persona tengan herramientas que les permitan realizar su atención de una manera integral, teniendo en cuenta no solo sus conocimientos a nivel sanitario y social, sino también otros aspectos que puedan ser necesarios para una adecuada atención. En este sentido, nuestras formaciones abarcan desde el marco jurídico actual, recordando la normativa en materia de acceso a la sanidad pública, como los enfoques antropológico, sociológico y de género, todo ello con foco en centros sanitarios

de Atención Primaria, especialidad y servicios de urgencias en áreas rurales y urbanas del territorio. En definitiva, mediante todas estas acciones fomentamos que el acceso y aceptabilidad del SACyL sean una realidad.

Además, para sumar a esta línea de trabajo, desde el año 2020 implementamos nuestro Programa de Violencias de Género, a través del cual proporcionamos atención integral a mujeres en situación de prostitución y trata de seres humanos con fines de explotación sexual. Las acompañamos en sus procesos de recuperación, brindándoles atención social, jurídica, psicológica y sanitaria, así como orientación laboral; todo ello dirigido a la búsqueda de alternativas a la prostitución. Es importante destacar que este trabajo con estas mujeres nos permite conocer su realidad y las barreras y dificultades específicas que enfrentan para acceder a la red de recursos, así como identificar los impactos en salud consecuencia de la violencia sufrida, y brindarles una atención integral y adaptada a sus necesidades, a las que de otro modo no podrían tener acceso. Debemos recordar que la mayoría de ellas se encuentran en situación administrativa irregular y además no disponen de empadronamiento o forma de probar su tiempo de estancia en España, lo que les dificulta acceder a los servicios sanitarios, entre otros, debido a la aplicación de la legislación vigente. Cabe destacar que desde Médicos del Mundo también incorporamos esta forma de violencia de género a la capacitación profesional, con el fin de mejorar la atención y facilitar la detección de posibles víctimas en los servicios sanitarios.

Todo este 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 ponemos 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 SNS. 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. La aprobación ese año del Real Decreto-Ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, supuso el fin de la accesibilidad a los servicios sanitarios tal cual venía sucediendo hasta ese momento. La aplicación de este Real Decreto-Ley en nuestra comunidad autónoma dejó fuera del sistema sanitario a personas nacionales que aún no hubieran comenzado su cotización al mercado de trabajo. De igual manera, las personas migrantes que se encontraban en situación administrativa irregular vieron finalizado su derecho a la atención sanitaria, únicamente por citar algunos de los casos en los cuales la publicación y aplicación del RDL 16/2012 marcó un antes y un después en cuanto a la accesibilidad al sistema sanitario público. Ese RDL citaba como excepciones la atención al embarazo, parto y posparto, a menores de edad y la atención en urgencias hasta la situación de alta médica. Lo cual posibilitó que las personas migrantes y en situación vulnerabilizada fueran atendidas en estos supuestos. Posteriormente, se publicó el Real Decreto-Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. Aunque pudiera parecer que se hubiera restablecido la universalidad de la atención sanitaria, en la práctica dicha legislación siguió dejando al margen de la cobertura sanitaria a un gran número de personas en situación especialmente vulnerable, tanto

nacionales como migrantes. Cabe destacar que, en materia sanitaria, a nivel autonómico en Castilla y León, no hay más legislación que desarrolle la ley estatal, si bien a nivel interno, el personal socio sanitario cuenta con procedimientos y protocolos de actuación de aplicación de dicha legislación.

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 Castilla y León 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 realizamos Médicos del Mundo en nuestra intervención como parte del Programa de Migraciones y Acceso a la SNS.

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

Identidad de género

	Atendidos/as	Total
Hombre cis	18%	18,1%
Hombre trans	0,1%	
Mujer cis	80,7%	81,9%
Mujer trans	1,2%	
Total		100%

Del total de atenciones del año 2025, en relación con la identidad de género, los datos a nivel autonómico de Castilla y León reflejan que la mayoría de las personas atendidas con barreras del acceso al SNS son mujeres cis y trans. Hemos atendido a más del triple de mujeres que de hombres. Con lo cual también se visibiliza un sesgo de género en cuanto a las barreras de acceso y a la realización de trámites administrativos por parte de las mujeres a nivel individual, de pareja y de familia. Son ellas las que lideran esos procesos no sólo a nivel sanitario (solicitud de reconocimiento al derecho a la atención sanitaria, seguimientos médicos de menores y personas mayores, calendario de vacunaciones; etc.), sino también, en otros ámbitos como el escolar por ejemplo (escolarización de las/os menores, acudir a reuniones escolares; etc.).

Durante este 2025 las dos nacionalidades que han representado la mayor parte de nuestra atención son Colombia y Venezuela. Hay que indicar que, con la Reforma del Reglamento de extranjería acontecida en este mismo año, las solicitudes de protección internacional de nacionales de Colombia están descendiendo. Manteniéndose

las solicitudes de asilo de personas nacionales de Venezuela, quienes suelen tener al menos reconocimiento de razones humanitarias. Otras nacionalidades que le siguen en número son Paraguay, Perú y Brasil en América y respecto al continente africano, la nacionalidad con mayor número de atenciones es Marruecos. El número de personas procedentes de Europa y de España es más bajo, como queda reflejado en la tabla.

Con relación a las edades de las personas, la mayoría de las atenciones son de población joven, incluyendo menores de edad. Gran parte a cargo de alguna/o de las/os dos progenitores. Y en alguna ocasión, hemos atendido a menores no acompañadas/os o menores las/os cuales se encuentran bajo la tutela de la Junta de Castilla y León. En otros casos, nuestra atención se ha dirigido a personas migrantes y/o grupos de población vulnerabilizados de mayor edad, los cuales sufren una gran discriminación en cuanto a la atención sanitaria como puedan ser las personas migrantes ascendientes reagrupadas o personas de edad más avanzada con patologías relevantes.

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
Europa del Este			0,9	0,7	0,4	0,4			0,4	2,8
Latinoamérica	4,2	9	23,6	19,1	11,3	4,7	0,3	0,4	11,9	84,5
África Subsahariana	0,2		0,2	0,2						0,6
Norte África	0,2	0,9	1,3	1,3	0,4	0,4	0,2		0,7	5,4
Asia				0,2		0,2			0,3	0,7
España		0,4	0,2							0,6
NS/NC			0,2	0,2	0,2				4,4	5
Total	4,6	10,3	26,6	21,7	12,3	5,9	0,5	0,4	17,7	100

Tarjeta sanitaria de las personas con barreras de acceso según género

	TOTAL %	MUJERES CIS + MUJERES TRANS (%)	HOMBRES CIS + HOMBRES TRANS (%)
SÍ	23,7%	18,2%	5,5%
NO	71,7%	60,7%	11%
En trámite	4,6%	3,1%	1,5%

4. ANÁLISIS DE LAS BARRERAS DOCUMENTADAS

En el periodo comprendido en este análisis, Médicos del Mundo hemos documentado en **Castilla y León** un total de **1.503 casos de barreras** de acceso que han padecido **674 personas**. Esto quiere decir que cada persona ha confrontado de **media 2,2 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 **592 casos de barreras discriminatorias**.

En Castilla y León, las barreras de este tipo representan el principal obstáculo para acceder al SNS que hemos identificado desde la apertura de nuestra sede autonómica en el año 2017. Dichas barreras discriminatorias afectan en mayor medida a las personas vulnerabilizadas que atendemos.

En primer lugar, **la falta de empadronamiento es la mayor barrera de acceso (317 casos)** que impide el reconocimiento a la asistencia sanitaria en nuestra comunidad autónoma, dificultando además la obtención de cita con la unidad de trabajo social. Es necesario tener en cuenta que, para personas en situación de especial vulnerabilidad, no poder hablar con un(a) trabajador(a) social tiene implicaciones más allá de lo sanitario, pues

dificulta su acceso a otros derechos como protección a víctimas de violencia de género, ayudas a la discapacidad, etc. La cita con la unidad de trabajo social es un derecho de la persona independientemente de si tiene o no tarjeta sanitaria. No es de recibo que las personas a quienes se les deniega el acceso a esta figura, sean precisamente aquellas en las cuales confluyen varios ejes de desigualdad e indicadores de determinantes sociales de salud – como personas migrantes, mujeres embarazadas, o menores de edad – para las cuales poder hablar con una trabajadora social puede suponer, además, el acceso a otros derechos ya mencionados.

Aunque a menudo nos encontramos casos en los que desde los servicios sanitarios se exige el empadronamiento como medio válido para acreditar el tiempo mínimo de estancia en España, la realidad es que la normativa vigente en materia de asistencia sanitaria no establece de forma expresa la obligación de que sea esta la única vía probatoria, pudiendo haber por tanto otros medios para acreditar una estancia superior a 3 meses en el territorio. En este sentido, hay que tener en cuenta que para un número destacable de personas migrantes o que se encuentran en situación vulnerabilizada, como pueden ser las personas sin hogar u otras que se encuentran en viviendas que no reúnen condiciones mínimas de habitabilidad, la obtención de un empadronamiento no es fácil. De igual manera, debemos considerar que para estas personas es difícil aportar otras pruebas de estancia como pueda ser la asistencia a formacio-

nes o a citas con servicios sociales u otros recursos, ya que no suelen hacer uso habitual de estos servicios. En esta línea, continúa siendo puntual el empadronamiento en alojamientos gestionados por la administración pública y hay una gran barrera de empadronamiento para las personas cuyo domicilio es “un banco o un túnel de la ciudad o de un pueblo”. Las personas que se encuentran en una situación tan extrema de vulnerabilidad se ven expuestas a diario a riesgos para su salud, violencias; etc., las cuales incrementan la necesidad de la atención sanitaria. Entre ellas encontramos a **mujeres en situación de prostitución, explotación sexual y trata, que en la gran mayoría de los casos residen en los propios espacios prosti-tucionales**, lo que les imposibilita empadronarse, y, por lo tanto, acceder al SNS y tratar dolencias derivadas del ejercicio de la prostitución y la exposición a diferentes violencias de género (violencia sexual, física, psicológica, etc.)

En segundo lugar, otra de las principales problemáticas que documentamos es la **denegación del derecho a la atención sanitaria a personas solicitantes de protección internacional (85 casos detectados en 2025)**. Esto es debido en parte a que las personas migrantes que van a solicitar refugio en nuestro territorio tienen dificultad para conseguir cita para la realización de la entrevista en la cual les entregan el documento que demuestra que son solicitantes de asilo, debido a las largas listas de espera. Precisamente en estos casos

suelen necesitar atención sanitaria urgente, ya que han estado expuestas a diversos riesgos para su salud como son: conflictos armados, secuestros, violaciones o han sido testigo de situaciones como el asesinato de un ser querido o la pérdida de todos sus bienes por incendios o inundaciones; entre otras. En este sentido, hay que recordar que su atención sanitaria es un derecho recogido en la Ley de asilo, así como en legislación y directrices europeas, y diversos acuerdos internacionales como la Convención de Ginebra. Por todo ello, el ejercicio de este derecho no puede estar supeditado al nivel de saturación de la administración pública.

En tercer lugar, encontramos dificultades para la **atención sanitaria de mujeres migrantes emba-razadas (24 casos detectados en 2025)**. Es fundamental garantizar los derechos en salud sexual y reproductiva, ofreciendo una atención integral a las mujeres a lo largo de todo su ciclo vital desde un enfoque de género y de derechos humanos. Esta atención incluye la prevención y promoción de la salud, el seguimiento del embarazo, la atención ante pérdidas gestacionales, la interrupción voluntaria del embarazo y el abordaje de enfermedades como tumores y cánceres. La normativa vigente establece que estos derechos deben garantizarse desde el Sistema Nacional de Salud, pero encontramos casos en los cuales se sigue dificultando la atención y seguimiento, principalmente, por la exigencia de acreditar tres primeros meses de estancia en nuestro país, el requisito de empadro-

TESTIMONIOS

Khadija, nacional de Argelia y embarazada de 33 semanas, vive en León junto a su familia, a pesar de tener su visado de turista caducado. La trabajadora social de su Centro de Salud le indica que no tiene derecho a cobertura sanitaria. Desde Médicos del Mundo realizamos mediación con su centro sanitario para garantizar su atención médica.

Joel es un menor venezolano con autismo que acaba de llegar a España hace unos días. Su familia es solicitante de protección internacional y está tratando de hacer extensible la solicitud a Joel para que pueda tener tarjeta sanitaria y le sigan haciendo el seguimiento médico que precisa. En su centro escolar especializado, le piden que tenga tarjeta sanitaria.

Kevin, nacional de Colombia, tuvo que salir de su país porque su vida corría peligro debido a amenazas de grupos armados. Vive en Palencia y desde la farmacia del hospital le indican que no podrá recoger su tratamiento retroviral hasta que no consiga su tarjeta sanitaria.

namiento ya mencionado, así como la **demora en los plazos de tramitación de la tarjeta sanitaria (11 casos). Ya que después de la pandemia por Covid, los plazos se han ampliado pasando de un mes a los tres meses máximos actuales.**

Por otra parte, en el caso de los **menores** también hemos detectado dificultades a nivel administrativo que han supuesto demoras en la obtención del reconocimiento a su derecho a la atención sanitaria (**12 casos**). En algunos de ellos, se ha debido a trabas administrativas como puedan ser la imposibilidad para obtener cita para hacer la extensión de asilo a ese menor de la familia, los trámites de pasaportes y NIEs llevan semanas o incluso meses; etc. Como buena práctica observada está la de prestarles atención sanitaria en paralelo a su tramitación de tarjeta sanitaria. En este sentido son destacables los casos que precisan dicha tarjeta médica para la realización de actividades extraescolares y de ocio, actualización de calendario de vacunas, seguimientos y atención de otras enfermedades en estos grupos de edad.

Y, por último, a menudo, las personas que atendemos relatan que han vivido **actitudes racistas, xenófobas, homófobas y machistas en los centros sanitarios a los que han acudido**. Debido a estas experiencias, tienen reticencias a acudir al sistema sanitario de nuevo. Por ejemplo, muchas mujeres en situación de prostitución continúan sintiendo

vergüenza y miedo al acceder a nuestro sistema sanitario por la experiencia denigrante o estigmatizante previa que tienen en sus atenciones, en las que con frecuencia son cuestionadas en cuanto a las prácticas sexuales de riesgo que han podido mantener (prácticas que, por otro lado, no pueden negociar en la mayoría de casos), cuando no han podido acudir a las citas en repetidas ocasiones, derivado del contexto prostitucional (lejanía e imposibilidad de transporte, no permiso para abandonar piso o club, etc...) o cuando han contado la situación de prostitución en la que se encuentran y se las ha juzgado. Otros ejemplos son el cuestionamiento de su proceso migratorio y decisiones de su vida personal, como qué hacen aquí o para qué se han quedado embarazadas o por qué quieren interrumpir su embarazo a mujeres que han sufrido violencia de pareja o agresiones sexuales. De igual manera y vinculado a esto, se debe dar respuesta también a las necesidades sanitarias en materia de salud mental y emocional: enfermedades diagnosticadas y que precisan de tratamiento farmacológico y seguimiento profesional desde el área de salud mental de nuestro SNS. Situaciones vitales como duelos y duelos asociados a la imposibilidad de maternar, a pérdidas gestacionales, el duelo migratorio, la prevención del suicidio; etc. Deberían ser abordados de la mejor manera posible, no dilatándose en el tiempo dichas situaciones y recibiendo la atención sanitaria adecuada a cada una de las personas.

EL PROBLEMA DE ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA EN LOS CASOS DE ENFERMEDADES DE SALUD PÚBLICA

En el caso particular de Castilla y León, durante nuestra labor diaria hemos detectado barreras de acceso al SACyL en casos de pacientes migrantes con enfermedades infectocontagiosas, consideradas de "salud pública", como puede ser el VIH, la sarna; etc. Siendo más sencillo acceder a atención médica en la provincia de Valladolid frente a otras como Palencia. Desde Médicos del Mundo Castilla

y León consideramos que se deben establecer canales y protocolos específicos para la atención de pacientes con estas dolencias para que se agilice el reconocimiento a la atención sanitaria y consecuentemente a sus seguimientos y a la medicación y tratamientos necesarios. Asimismo, es primordial que el SACyL incorpore estos protocolos en sus acciones formativas, de manera que todas/os las/os profesionales en los servicios sanitarios sean conocedores del protocolo a seguir. Esto posibilitaría la promoción de la salud así como la prevención de enfermedades infecciosas.

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 **422 casos de barreras físicas**.

En Castilla y León, son reseñables sus características territoriales en cuanto a extensión y dispersión geográfica de la población. Cuenta con **nueve provincias y una gran zona rural**. Desde el SACyL se han dispuesto once zonas de salud, tratando de dar respuesta a las necesidades de índole sanitaria que presenta la ciudadanía: Área de salud de Ávila, Burgos, León, El Bierzo, Palencia, Salamanca, Segovia, Soria, Valladolid Este, Valladolid Oeste y Zamora. Una población caracterizada por el envejecimiento y el escaso relevo poblacional que está siendo muy acusado sobre todo en el área rural, donde la falta de población hace que en multitud de pueblos haya pocos habitantes. Además, **el transporte público entre municipios y localidades está muy limitado** tanto mediante autobús, como por tren; y las condiciones climáticas, sobre todo en invierno, hacen que ciertas zonas se queden incomunicadas; por ejemplo, por nieve. Por todo

ello, existen grandes dificultades para acceder a los Consultorios y Centros de salud rurales, así como a los diferentes Hospitales de referencia (**230 casos**). En este sentido, desde Médicos del Mundo Castilla y León, hemos detectado un gran número de dificultades de transporte. De igual manera, hemos documentado “horarios inadecuados” debido a que los horarios de apertura y atención de dichos centros dificultan la atención sanitaria y social (**192 casos**). Por ejemplo, debido a que la trabajadora social va un único día a la semana o que solo se dispone de atención por parte de enfermería y medicina en algunos momentos concretos. Dichas barreras físicas de acceso al SNS son especialmente graves en el caso de personas vulnerabilizadas por su edad (menores y personas mayores), por su diversidad funcional (personas con alguna discapacidad física y/o mental), por su condición de persona migrante y/o racializada, minorías étnicas, mujeres en situación de prostitución y/o trata; etc. Para estas personas se precisa la **mejora del servicio y de los horarios, así como la ampliación de servicios y profesionales sociosanitarios** para dar respuesta a sus necesidades de salud y sociales de una manera de calidad y equitativa con respecto a ciudadanía de zonas urbanas. Esta problemática es particularmente relevante en los casos de mujeres en situación de prostitución en el área rural, que a menudo residen en los propios pisos o clubes como mencionamos anteriormente, de modo que no tienen posibilidad de desplazarse a los centros sanitarios por medio del transporte público, y las que lo logran muchas veces lo hacen recurriendo a opciones de transporte de sus explotadores y tratantes.

TESTIMONIO

Bárbara acaba de llegar a un pueblo de Valladolid procedente de Madrid. Se encuentra en situación de prostitución y la han cambiado de club. Allí tenía atención sanitaria pero aquí el Consultorio de Salud está muy alejado y tiene dificultades para que la lleven, además de que, en cada salida, la acompañan, por lo que no puede hablar con libertad con su doctora de atención primaria.

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 **146 casos de barreras económicas**.

En Médicos del Mundo Castilla y León, la mayor barrera que hemos detectado a lo largo de este 2025 es la **facturación en urgencias (63 casos)**. Como se ha visto en este informe, con el devenir de las legislaciones estatales en materia de sanidad, en el Real Decreto-Ley 7/2018 en vigor, la atención sanitaria en urgencias no está recogida de forma explícita. En este sentido, las personas vulnerabilizadas que atendemos en nuestra sede autonómica nos verbalizan su **temor a acudir a dicho servicio por el cobro de la atención** y por el temor a que se les abra un expediente sancionador de expulsión. Como asociación que aboga

por la defensa del derecho universal a la salud, nos preocupa que estos temores pongan en grave riesgo su vida, por las consecuencias que tiene para su salud el no recibir la atención sanitaria de urgencia que precisan. Por otro lado, una vez salvada esta primera barrera, la situación de precariedad económica en la que se encuentran estas personas hace que tengan una **gran dificultad para pagar la medicación** que se les ha pautado (**35 casos**). No pudiendo seguir tratamientos que son de vital importancia como pueda ser insulina, medicación psiquiátrica, medicación y suplementos infantiles, medicación para hacer frente a enfermedades de salud pública como la sarna; etc. O no poder acceder a medicación dispensada desde la farmacia hospitalaria como es el caso de los retrovirales, debido a que la persona no disponga de tarjeta sanitaria. Lo que hemos documentado es que, en algunos casos, las personas buscan otras vías de pago para dicha medicación recurriendo a su red de apoyo (familiares y amigos), la parroquia o acudiendo a entidades y servicios sociales para su pago, incluida nuestra asociación. En otros casos, las personas no siguen los tratamientos pautados debido a esa dificultad para realizar los pagos.

TESTIMONIO

Wilson es nacional de Colombia, ha acudido en cinco ocasiones al servicio de urgencias. Refiere dolor muy fuerte en zona abdominal y una acusada pérdida de peso. Le han llegado cinco facturas a su domicilio, las cuales no puede pagar debido a su complicada situación económica. Refiere que en pocos meses sus ahorros se agotarán y se quedará en situación de *sinhogarismo*.



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 **330 casos de barreras informativas**.

Las barreras informativas suponen el segundo lugar del grueso de barreras observadas a nivel autonómico. En Castilla y León, hemos atendido casos que presentaban “informaciones erróneas e incompletas” facilitadas por personal que se encarga de iniciar la tramitación de tarjeta sanitaria o documento equivalente. Estas personas nos relataban experiencias en las que desde la administración, el personal sociosanitario de los Centros de salud y los hospitales han proporcionado **informaciones que van en detrimento del ejercicio efectivo del derecho a la salud (52 casos)**, sobre todo, en casos de personas vulnerabilizadas y racializadas. Ejemplos de ello, son las derivaciones al INSS a personas migrantes en situación administrativa irregular, la negativa a dar cita con trabajadora social de los Centros de salud al no cumplirse “los tres meses de empadronamiento” negando el derecho a la atención sanitaria y a otros derechos que pueda precisar esa persona o familia; o la negativa a la atención en servicio de urgencias.

Otro tipo de situaciones son las que involucran **barreras lingüísticas (14 casos)**, si bien, en SACyL se dispone de un servicio de traducción telefónica que es de gran calidad, este no siempre se utiliza o no

se dispone del tiempo necesario en consulta para hacer un buen uso del mismo. Por estos motivos, hemos tendido puentes, indicando a las personas que atendemos que la cita en estos casos la pidan de manera presencial o telefónica ya que en las citas online o mediante aplicación informática no es posible solicitar ese servicio, indicando además que dicha atención supondrá un mayor tiempo de dicha profesional. También conviene resaltar la diferencia entre los servicios de traducción y **mediación intercultural**, ya que la disponibilidad de esta última figura es igualmente recomendable para que se facilite no solo la atención al paciente si no que, las claves culturales también estén contempladas, lo que contribuye a la aceptabilidad en la atención sanitaria. En este sentido, sería recomendable disponer de servicio de mediación en cada centro sanitario, como personal formado en esta materia y experto en tender puentes entre culturas; mejorando la calidad de la atención recibida en aras de una mayor aceptabilidad al sistema sanitario y adhesión a los tratamientos pautados, así como fomentando el seguimiento adecuado de la situación socio sanitaria de las/os pacientes.

En lo referente a **barreras digitales (23 casos)**, cabe tener en cuenta que equipamientos como internet no se consideran básicos, ni tampoco disponer de un teléfono móvil u ordenador. En este sentido, las poblaciones vulnerabilizadas pueden carecer de estos medios y/o en caso de disponer de ellos, pueden no saber cómo solicitar una cita online o utilizar la aplicación SACyL conecta, por lo que tienen barreras de acceso al tener dificultades para la obtención de citas médicas, por ejemplo.

En la mayoría de los centros de salud y hospitales no existe información en otros idiomas, como carteles, trípticos e informaciones o recomendaciones para seguir los tratamientos, procedimientos e información o acceso a la salud.

TESTIMONIO

Happy es una mujer nigeriana. Para hacer sus trámites de solicitud de tarjeta sanitaria le indicaron que debía obtener su número de Seguridad Social a pesar de solo tener pasaporte.

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 **13 casos de barreras culturales**.

Desde un enfoque antropológico, dichas barreras tienen una doble dimensión. Por una parte, algunas de las personas a las cuales atendemos en nuestra asociación manifiestan su desconocimiento del sistema sanitario público y de cómo se organiza o dónde se ubica. Y en otros casos, nos comparten que la atención sanitaria en sus países es muy distinta. Las barreras culturales en nuestra comunidad autónoma suponen un número menor que el resto de barreras mencionadas, pero, no obstante, hemos recogido algunos casos de **ausencia de mediación intercultural (7 casos)** y otros casos de **desconsideración del marco cultural en la atención (6 casos)**. Con desconsideración

del marco cultural nos referimos a prácticas, actitudes o estructuras que ignoran, minimizan o interpretan de forma incorrecta valores culturales, creencias o contextos sociales de las personas. Un ejemplo de ello podría ser culpabilizar a un/a paciente que ha utilizado remedios caseros habituales en su país de origen al no poder acudir a los servicios sanitarios por falta de tarjeta, sin profundizar en los motivos para ello. Desde el punto de vista de la atención sanitaria integral, es importante tener presentes los aspectos culturales y antropológicos presentes en cualquier tipo de atención, asegurando que el personal sanitario disponga de formación específica que amplíe sus conocimientos en materia de la situación de otros países, cómo es su día a día, los riesgos específicos a los que se expone una persona migrante en las diversas rutas migratorias, la importancia del lenguaje verbal y no verbal ya que no es universal (por ejemplo: saludar dando la mano, personas que miran hacia abajo al hablarnos en señal de respeto hacia un profesional...); etc. Para incorporar este enfoque y aspectos culturales en la atención, tal y como se ha mencionado en el apartado anterior, sería conveniente contar con la figura de mediación intercultural tanto en los Centros de salud como en los hospitales.

TESTIMONIO

Moussa es de Guinea. En su primera consulta médica refiere que su doctor se enfadó mucho porque de manera reiterada, aunque en ese momento el doctor lo desconocía, para mostrar su respeto y que estaba entendiendo lo que el profesional le transmitía, Moussa emitía un chasquido con su boca y miraba hacia abajo sin mantener contacto visual. En este caso, el profesional lo interpretó como una falta de respeto y seriedad contrariamente a lo que realmente significaba.

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	2,6	18,5	21,1
02. Falta de documentación identificativa	0,1	0,1	0,2
03. Imposibilidad acreditar periodo estancia superior a 3 meses	0,4	3,1	3,5
04. Menores a quienes se deniega la atención sanitaria	0,3	0,5	0,8
05. Embarazadas a quienes se deniega la atención sanitaria		1,6	1,6
06. Solicitantes asilo con barreras de acceso administrativas	2,6	3,1	5,7
07. Retraso en el trámite administrativo de la tarjeta sanitaria	0,1	0,6	0,7
08. Imposibilidad de cita con Trabajo Social	0,3	0,5	0,8
09. Imposibilidad acreditar no exportación asistencia sanitaria		0,1	0,1
10. Imposibilidad acreditar no terceros obligados al pago		0,1	0,1
11. Actitudes racistas en los centros sanitarios	0,1	0,6	0,7
12. Otras barreras discriminatorias	1,1	3	4,1
BARRERAS FÍSICAS	Hombre cis +Hombre Trans	Mujer cis +Mujer Trans	TOTAL
13. Horarios inadecuados	0,2	12,4	12,6
14. Dificultades en el transporte	0,1	15,1	15,2

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

5. CONCLUSIONES

Desde Médicos del Mundo Castilla y León como asociación comprometida con la defensa del derecho universal a la salud de una manera integral y gratuita instamos a nuestra Comunidad Autónoma a hacer los esfuerzos en materia sanitaria para que seamos una comunidad modelo de atención sanitaria a toda su población. Sabemos que contamos con un sistema sanitario en los primeros puestos a nivel mundial en cuanto a calidad y profesionalidad. Queremos que así siga siendo, aunque, como hemos abordado a lo largo del presente informe haya algunos aspectos que precisan de una mejora. **Las barreras discriminatorias, que son las más numerosas en nuestra comunidad autónoma mejorarían mediante la aplicación literal de lo que establece el RDL 7/2018** en materia de tiempos de estancia para poder disponer de cobertura sanitaria desde el SACyL. Como se establece en el artículo 3: “Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todas las personas con nacionalidad española y las personas extranjeras que tengan establecida su residencia en el territorio español”.

Otra recomendación es **facilitar las citas con trabajadoras/es sociales de los Centros de salud** ya que estas profesionales suponen la vía de entrada a la solicitud de tarjeta sanitaria y para valoración de otras necesidades y derechos. Por otra parte, en lo que respecta a la atención a mujeres embarazadas hemos detectado buenas prácticas en varios Centros de salud y atenciones en el servicio de urgencias en las cuales ya se pone en marcha “la maquinaria sanitaria” para su atención y derivación a consulta especializada a la par que se va tramitando su reconocimiento al derecho a la atención.

Consideramos que la estandarización de esta práctica garantizaría los derechos del menor de edad aún no nacido y los de la madre. Las buenas prácticas en detecciones, por ejemplo, de tumores y cánceres, en atención a urgencias, deben seguirse realizando, ya que de ello depende la vida de las personas. Otro aspecto reseñable, son las enfermedades consideradas de salud pública; que deberían ser tratadas con la urgencia que requieren, vacunación de menores que acaban de llegar a nuestro país y a los cuales habría que revisar su calendario para la incorporación a la formación, paciente de VIH-Sida; entre otras.

La salud mental y emocional, debe cuidarse lo máximo posible, teniendo en cuenta que los datos sobre suicidio no dejan de incrementarse; realizando prevención, promoción de la salud y tratamiento y atención especializada. Los tiempos de espera en esta área deberían reducirse, dada la gravedad de algunas de las situaciones.

Por otra parte, la **formación y capacitación profesional**, continua prevendría informaciones erróneas o confusas por parte del personal de administración y trabajo social, así como del resto de profesionales socio sanitarios/as, en materia de acceso, aceptabilidad, aspectos culturales, conocimiento sobre migraciones y refugio. Y de igual manera, contribuiría a la mejora de la atención y los servicios, los cuales se adaptarían de manera más individualizada a las personas que se atienden.

6. RECOMENDACIONES

1. A la Consejería de Salud de Castilla y León

- Promover la adopción de prácticas en centros sanitarios que apliquen la normativa en materia de salud de forma más favorable a las personas. Por ejemplo, aceptar otros medios de prueba de estancia en España y no solamente el empadronamiento.
- Agilizar los trámites de solicitud, respuesta de solicitudes de tarjeta sanitarias y documentos análogos del reconocimiento al derecho a la atención sanitaria
- Estandarizar buenas prácticas en atención a mujeres embarazadas y menores que hemos descrito a lo largo del presente informe
- Continuar reforzando la formación continua del personal sanitario tal consiguiendo que el alcance de la misma sea mayor cada año (enfoque DD. HH. y género)
- Reducir listas de espera y tiempos de atención en materia de salud mental y emocional
- Garantizar atención a enfermedades de salud pública (VIH- Sida- vacunación; etc.)
- Mantener servicios de interpretación y avanzar en mediación intercultural
- Fortalecer el trabajo en red entre sanidad, servicios sociales y tercer sector: establecer canales de comunicación y reuniones necesarias
- Avanzar en el refuerzo de los servicios sanitarios en los entornos rurales. Ampliar personal y horarios de atención

2. Al Parlamento autonómico de Castilla y León

- Contribuir al desarrollo legislativo en materia de Salud estableciendo leyes, procedimientos y protocolos que desarrollen el RDL 7/2018 en nuestra Comunidad Autónoma y adaptados a nuestro contexto, incorporando buenas prácticas implementadas en otros territorios con normativas y directrices más garantistas
- Ampliar la coordinación entre administraciones, a su vez con el tercer sector y el tejido social estableciendo canales de comunicación

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**