



SIN SALUD, LA VIDA SE DETIENE

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



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.

Nuestro trabajo directo con estas poblaciones vulnerabilizadas nos permite constatar cómo son precisamente ellas 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. Así, tal y como ha documentado Médicos del Mundo en sus sucesivos informes de barreras al SNS, de los cuales el presente documento constituye la cuarta edición, son aún muchas las personas que viven en España y sin embargo no pueden acceder al sistema sanitario de forma normalizada.

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 España** por Médicos del Mundo entre el **1 de enero y el 31 de diciembre de 2025** a través del trabajo realizado por nuestros equipos en dieciséis comunidades autónomas además de la ciudad autónoma de Melilla.

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

Como se puede observar en las siguientes tablas, la mayoría de las personas que han sufrido algún tipo de obstáculo para acceder al SNS son mujeres – en proporción de casi tres a uno respecto de los hombres – en edad adulta pero jóvenes – entre 18 y 44 años – y de procedencia latinoamericana, seguida del norte de África. Si bien la inmensa mayoría de la población excluida que hemos atendido tiene origen extranjero, cabe señalar que casi un 2% de esta es de nacionalidad española.

Por otro lado, se mantiene una tendencia similar a la recogida en informes anteriores en relación con la tenencia de tarjeta sanitaria. Así, si bien dos tercios de las personas atendidas carecían de tarjeta o documento análogo que les permitiera acceder al SNS, un tercio restante ha sufrido dificultades en el acceso pese a tener dicho documento. Este dato viene a reforzar la idea que si bien la causa principal de las impedimentos para recibir atención sanitaria normalizada continúa siendo la exclusión sanitaria derivada de un marco legal que no garantiza la plena universalidad, existen otras circunstancias, a veces más invisibles que tienen un impacto similar, y que requieren ser abordadas específicamente.

Identidad de género

	Atendidos/as	Total
Hombre cis	38,2%	38,3%
Hombre trans	0,1%	
Mujer cis	60,2%	61,6%
Mujer trans	1,4%	
Género No Binario	0,1%	0,1%
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	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	1,2
Europa del Este	1,6	0,5	0,9	0,8	0,6	0,2	0,1	0,1	0,1	4,9
Latinoamérica	4,3	6,8	17,1	13,5	7,8	3,6	1,6	0,9	2,3	57,9
África Subsahariana	0,2	0,8	2,4	1,8	0,7	0,2	0,1	0,1	0,1	6,4
Norte África	1,9	3,1	8,5	5,6	2,9	1,1	0,5	0,2	0,5	24,3
Asia	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	1,1
Norteamérica	0,1	0,1		0,1	0,1	0,1		0,1		0,6
España	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,1	1,9
NS/NC	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,9	1,7
Total	8,6	11,8	29,6	22,5	12,6	5,8	2,9	2	4,2	100

Tarjeta sanitaria de las personas con barreras de acceso según género

	TOTAL %	MUJERES CIS + MUJERES TRANS (%)	HOMBRES CIS + HOMBRES TRANS (%)	GÉNERO NO BINARIO (%)
SÍ	34,7%	23%	11,6%	0,1%
NO	60,2%	35,6%	24,5%	0,1%
En trámite	5,1%	3%	2,1%	

4. ANÁLISIS DE LAS BARRERAS DOCUMENTADAS

En el periodo comprendido en este análisis, Médicos del Mundo ha documentado un total de **34.545** casos de barreras de acceso que han padecido **12.768** personas. Esto quiere decir que cada persona ha confrontado de media **2,7** 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).

En términos generales, en 2025 se han mantenido las principales tendencias apuntadas por los informes precedentes. Así, las **barreras discriminatorias** – entendidas como 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 – continúan siendo mayoritarias con **12.826 casos** documentados. De entre ellas destaca sobremanera la **imposibilidad de aportar padrón con una antelación mínima de tres meses**, constituyendo más de la mitad de esta tipología de barreras.

En segundo lugar, con un volumen muy similar de casos se sitúan las **barreras informativas** – definidas como 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 – de las que hemos identificado **12.593 casos**. Muchas de estas barreras tienen que ver con la **falta de formación** por parte de las personas trabajadoras del SNS – principalmente en los mostradores de admisión – así como de otros organismos institucionales (como por ejemplo el INSS) sobre el marco legal a aplicar, que deriva en la falta de información adecuada a las personas sobre cuales son sus derechos y qué

mecanismos tienen para poder ejercitarlos. No obstante, también conviene señalar el alto número de **barreras lingüísticas** identificadas, que apunta a la falta de un mecanismo adecuado de traducción e interpretación en los centros de salud y hospitales, sobre todo en aquellas áreas en las que existe un alto porcentaje de población migrante.

En cuanto a las **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 – se han documentado **2.950 casos** en 2025. Entre ellas destacan por un lado las **dificultades en el transporte**, vinculadas a la falta de medios de transporte públicos suficientes que conecten con los centros sanitarios de referencia y que es un problema relativamente común en las zonas rurales, pero que afecta sobremanera a las zonas de asentamientos temporeros que al no estar considerados núcleos urbanos no cuentan con las conexiones necesarias. Por otro lado, los **horarios inadecuados** de los centros de salud que impide a personas en situación administrativa irregular acudir ya que no tienen la posibilidad de ausentarse del trabajo sin arriesgarse a perderlo.

También hemos vuelto a documentar un número relevante de **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 – con un total de **3.035 casos**. De entre ellas destaca por encima de todas la **dificultad o imposibilidad de acceder a medicamentos necesarios**, seguidas por las **facturaciones en urgencias**.

Finalmente, en relación con las **barreras culturales** – entendidas como aquellas situaciones en las que 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 2025 se han documentado **3.141 casos**.

CUADRO RESUMEN DE TODAS LAS BARRERAS DOCUMENTADAS

PORCENTAJES DETECCIÓN BARRERAS ACCESO SEGÚN GÉNERO

BARRERAS DISCRIMINATORIAS	Hombre cis +Hombre Trans	Mujer cis +Mujer Trans	No Binario	TOTAL
01. Reagrupación familiar	0,1	0,2		0,3
02. Falta de empadronamiento	7,6	9,3	0,1	17
03. Falta de documentación identificativa	1,7	0,7	0,1	2,5
04. Imposibilidad acreditar periodo estancia superior a 3 meses	4,5	4,1	0,1	8,7
05. Menores a quienes se deniega la atención sanitaria	0,6	0,7		1,3
06. Embarazadas a quienes se deniega la atención sanitaria		0,6		0,6
07. Solicitantes asilo con barreras de acceso administrativas	0,7	0,6		1,3
08. Retraso en el trámite administrativo de la tarjeta sanitaria	0,4	0,9		1,3
09. Imposibilidad de cita con Trabajo Social	0,3	0,3		0,6
10. Imposibilidad acreditar no exportación asistencia sanitaria	0,2	0,3		0,5
11. Imposibilidad acreditar no terceros obligados al pago	0,1	0,2		0,3
12. Actitudes racistas en los centros sanitarios	0,3	0,7		1
13. Otras barreras discriminatorias	0,6	1,4		2

BARRERAS FÍSICAS	Hombre cis +Hombre Trans	Mujer cis +Mujer Trans	No Binario	TOTAL
14. Horarios inadecuados	0,4	2,7		3,1
15. Dificultades en el transporte	1	3,4	0,1	4,5
16. Obstáculos arquitectónicos	0,3	0,6		0,9
BARRERAS ECONÓMICAS	Hombre cis +Hombre Trans	Mujer cis +Mujer Trans	No Binario	TOTAL
17. Acceso a medicamentos	3,3	2,1		5,4
18. Acceso a productos sanitarios o de apoyo	0,2	0,1		0,3
19. Facturación en urgencias	0,4	0,6		1
20. Facturación de otros servicios de atención médica	0,1	0,1		0,2
21. Otras barreras económicas	0,8	1		1,8
BARRERAS INFORMATIVAS	Hombre cis +Hombre Trans	Mujer cis +Mujer Trans	No Binario	TOTAL
22. Información errónea/incompleta desde el Sistema Sanitario Público	5,8	6,1	0,1	12
23. Información errónea/incompleta desde otros organismos públicos (INSS, servicios sociales, etc.)	4,9	7,6	0,1	12,6
24. Barreras digitales	1,1	1,3	0,1	2,5
25. Barreras lingüísticas	5,7	3,5	0,1	9,3
BARRERAS CULTURALES	Hombre cis +Hombre Trans	Mujer cis +Mujer Trans	No Binario	TOTAL
26. Ausencia de mediación intercultural	2,4	1,5	0,1	4
27. Desconsideración del marco cultural en la atención	1,9	3,1		5
Detección de barreras de acceso				100

5. CONCLUSIONES

En 2025 un alto número de personas no han podido acceder de forma normalizada a la atención sanitaria. En este sentido los datos aportados por este informe no denotan tanto un empeoramiento de la situación sino la continuidad de un grave problema que las autoridades no están abordando debidamente.

La no aprobación en el ámbito estatal de la Ley de acceso universal al SNS, que ha permanecido bloqueada un año más en el Congreso de los Diputados, ante la falta de interés o compromiso de los distintos grupos parlamentarios en abordar esta cuestión, impide atajar de raíz la principal causa de las barreras discriminatorias identificadas en este informe. En este punto cabe recordar que existe un colectivo particular, el de las personas mayores que llegan a España reagrupadas por sus hijas e hijos, a quienes, a pesar de su avanzada edad y por lo general débil estado de

salud, la actual legislación les deniega la atención sanitaria con cargo a fondos públicos. Por ellas, y por tantas otras personas que deben superar un auténtico laberinto burocrático para ver reconocido un derecho básico como es la protección de la salud, urge aprobar esta ley.

Como consecuencia de la ausencia de una legislación nacional clara y garantista, en 2025 seguimos observando una importante asimetría entre cómo aplican el actual marco normativo las distintas comunidades autónomas. Así, mientras en algunas existen procedimientos dirigidos a introducir algún grado de flexibilidad en los requisitos administrativos con el fin de que no devengan en trabas insalvables, en otras comunidades autónomas se observa una clara vocación excluyente, introduciendo requisitos adicionales que retrasan o impiden sin justificación alguna que miles de personas puedan obtener la tarjeta sanitaria.



Resulta igualmente preocupante el alto grado de desinformación que existe en este ámbito. A pesar de que desde Médicos del Mundo, junto con otras organizaciones sociales, venimos demandando desde hace años la necesidad de formar debidamente al personal sociosanitario para que conozca y aplique correctamente el marco normativo, no parece que esta sea una prioridad en la agenda de los distintos organismos responsables.

Por otro lado, tampoco se han detectado a lo largo de este año avances en la adopción de políticas públicas dirigidas a la eliminación de todos esos otros obstáculos de carácter físico, económico o cultural evidenciados en este informe y sus predecesores.

Esta inacción tiene un impacto importante sobre la salud de muchas personas vulnerables. Así, sólo en 2025 hemos documentado **45 casos de cáncer, 65 de enfermedades cardiovasculares, 105 de diabetes, 119 de hipertensión, 70 de VIH, 80 de salud mental grave, 26 de enfermedades respiratorias, 47 de enfermedades degenerativas como esclerosis o alzhéimer, o 29 casos de interrupción voluntaria del embarazo** que no han sido debidamente atendidas.



6. RECOMENDACIONES

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.**



A los Gobiernos y Parlamentos autonómicos:

- **Garantizar que los distintos centros sanitarios cuentan con servicios de traducción e interpretación**, así como con **personal de mediación intercultural** que faciliten el acceso a información comprensible y adaptada culturalmente para todas las personas.
- **Reforzar los servicios sociales locales y autonómicos, así como el personal de trabajo social de los centros sanitarios** para poner fin a su colapso. Desvincular el empadronamiento de la persona de la posibilidad de pedir cita con trabajo social. **Reconocer la validez de los informes de trabajo social elaborados por trabajadoras/es sociales de organizaciones sociales.**
- **Abstenerse de crear procedimientos paralelos o adicionales para que las personas extranjeras soliciten su derecho a la atención sanitaria**, garantizando la igualdad en el procedimiento entre toda la ciudadanía. En el caso concreto de la Comunidad de Madrid eliminar las Unidades de Tramitación de la tarjeta sanitaria, devolviendo estas competencias a los centros de salud de referencia.
- **Formar a las personas trabajadoras del sector sanitario**, con especial énfasis en las personas de los servicios de admisión para que conozcan y apliquen adecuadamente la normativa relativa al acceso al Sistema Nacional de Salud, incorporando en estas formaciones la perspectiva antirracista.
- **Elaborar e implementar protocolos sanitarios específicos sobre la atención a personas migrantes**, con perspectiva de género y enfoque antropológico.
- **Asegurar la conexión mediante transporte público entre las áreas rurales** – incluyendo las zonas de asentamientos informales – **y los centros de salud y hospitales** de referencia.







MÉDICOS
DEL
MUNDO



**SIN SALUD,
LA VIDA SE DETIENE**