



SIN SALUD, LA VIDA SE DETIENE

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



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.

Médicos del Mundo está presente en Extremadura desde el año 2016 a través de personas socias y voluntarias. Es a partir de 2017, cuando se fortalece el trabajo en Educación para la Transformación Social e inclusión a nivel regional. En Extremadura hemos trabajado para mejorar el acceso efectivo a sus derechos y las condiciones de vida tanto de las personas migrantes y temporeras como de las personas mayores y de las mujeres víctimas de trata con fines de explotación sexual o en situación de prostitución desde una perspectiva de accesibilidad al derecho a la salud.

La tasa de riesgo de pobreza en Extremadura es del 30%, la más elevada de España, se estima que cerca de 320.000 personas son pobres. De ellas, 163.000 son mujeres y 152.000, hombres.

Además, el 43,2% de la población rural en Extremadura está en riesgo de pobreza y/o exclusión social, 10 puntos porcentuales más que en el ámbito urbano.

Las características de la región, la dispersión geográfica y el peso importante de la ruralidad se ha convertido en una oportunidad y en un reto. El aportar la visión de cada localidad y las necesidades de las distintas zonas (rural, ciudad mediana y capital de la provincia) nos ha permitido tener una visión más regional a la hora de intervenir.

En Médicos del Mundo Extremadura facilitamos información y apoyo a la población migrante en

el acceso al derecho a la salud, a nivel regional, a través de la mediación intercultural, atención psicosocial, formación y trabajo en red con profesionales sociosanitarios.

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 Extremadura, en la última década, el acceso a derechos sociales y sanitarios ha estado marcado por una sucesión normativa constante, que incluye leyes, reglamentos, instrucciones y recomendaciones tanto a nivel estatal como autonómico. Este "baile normativo" ha generado avances importantes en la garantía de derechos, pero también ha contribuido a una cierta confusión entre el personal administrativo sobre cuál es la norma aplicable en cada caso.

La Ley 10/2001, de Salud de Extremadura, establece los derechos de acceso al sistema sanitario público para españoles y extranjeros residentes, así como para ciudadanos de la UE y de terceros países, en función de los tratados y convenios internacionales. Esta ley garantiza la atención en situaciones de urgencia a todas las personas en Extremadura, independientemente de su situación administrativa.

Posteriormente, el Real Decreto-ley 7/2018, de ámbito estatal pero aplicable en Extremadura, amplió el acceso universal al Sistema Nacional de Salud, reconociendo el derecho a la atención sanitaria a personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes, siempre que cumplan ciertos requisitos.

La coexistencia de estas normas, junto con otras disposiciones autonómicas y estatales, ha generado dificultades en la aplicación práctica, especialmente entre el personal administrativo que debe gestionar el acceso a servicios. La falta de formación específica, la escasa difusión de los cambios normativos y la complejidad jurídica de los textos legales contribuyen al desconocimiento o interpretación errónea de la normativa vigente, lo que puede afectar directamente a la garantía de derechos de la ciudadanía. 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 Extremadura 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 intervención con población en situación de vulnerabilidad en ambas provincias a través de los siguientes proyectos:

- Mediación intercultural y promoción de la salud con enfoque de género financiado por la Consejería de salud y servicios sociales de Extremadura, ejecutado en las comarcas de Tierra de Barros y Campo Arañuelo.
- Proyecto europeo para el acceso a la atención sanitaria y los derechos de mujeres, niñas y minorías de género en entornos precarios de la Comarca de Tierra de Barros.
- Proyecto de prevención de la infección por VIH/SIDA y otras ITS en colectivos de personas de especial vulnerabilidad en toda la región extremeña, financiado por el Ministerio de Sanidad.
- Plan de inserción sociolaboral para mujeres y niñas víctimas de trata, explotación sexual y en contextos de prostitución financiado por el Ministerio de Igualdad y el Programa de atención, detección y derivación de víctimas de trata con fines de explotación sexual financiado por el Ministerio de Derechos sociales y Agenda 2030, ambos ejecutados en la provincia de Cáceres, contribuyendo a fomentar su autonomía desde un enfoque integral.
- Proyecto para la prevención y protección de las personas migrantes frente a los delitos, discursos e incidentes de odio, desarrollado en ambas provincias y financiado por el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones.

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	28,6%	28,6%
Hombre trans		
Mujer cis	70,5%	71,1%
Mujer trans	0,6%	
Género No Binario	0,3%	0,3%
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 del Este	34,3	5,4	4,4	4,8	1,9	0,6	0,3		1	52,7
Latinoamérica	0,6	5,4	8,9	5,1	2,2	0,6		1,3	11,7	35,8
África Subsahariana			0,3							0,3
Norte África	0,3		1,3	1,9	1,6	1			2,2	8,3
España	0,3						1	1		2,3
NS/NC									0,6	0,6
Total	35,5	10,8	14,9	11,8	5,7	2,2	1,3	2,3	15,5	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	40,3%	32,4%	7,9%	
NO	57,8%	37,5%	20%	0,3%
En trámite	1,9%	1,3%	0,6%	



4. ANÁLISIS DE LAS BARRERAS DOCUMENTADAS

En el periodo comprendido en este análisis, Médicos del Mundo ha documentado en **Extremadura** un total de **661 casos de barreras de acceso** que han padecido **315 personas**. Esto quiere decir que cada persona ha confrontado de **media 2,1 barreras**, lo que refleja por un lado la interconexión entre las distintas tipologías (ej. algunas barreras económicas, como la imposibilidad de costearse las medicinas necesarias, pueden traer a su vez

causa de barreras discriminatorias, como ocurre en el caso de las personas ascendientes reagrupadas), y por otro lado la concurrencia de múltiples vulnerabilidades en una misma persona (ej. una mujer embarazada en situación administrativa irregular que no habla castellano se enfrentará a trabas de muy diversa índole).

BARRERAS DISCRIMINATORIAS

Entendemos por barreras discriminatorias aquellos requisitos legales o administrativos que dificultan o impiden el acceso al sistema sanitario público y que afectan únicamente a determinadas personas o colectivos – por lo general socialmente vulnerabilizadas – provocando un trato discriminatorio en relación con el resto de la población. En el periodo que abarca el presente informe se han documentado **376 casos de barreras discriminatorias**.

Las barreras discriminatorias constituyen el mayor número de barreras documentadas en la región.

En Extremadura reside un alto número de población proveniente de países de la Unión Europea, como es el caso de Rumanía, y también de países fuera de la Unión Europea.

La principal barrera discriminatoria a la que se enfrentan estos colectivos es la del **empadronamiento** (161 casos), debido a diversos factores, como puede ser vivir en infraviviendas y asentamientos, o que los arrendatarios no faciliten o autoricen el empadronamiento de estas personas.

Para las mujeres en contextos prostitucionales, que viven en clubes y pisos donde se ejerce la prostitución, no existe la posibilidad de acceder al empadronamiento.

En el caso de la población proveniente de Rumania, que en su mayoría residen en la comarca de Tierra de Barros, muchas familias carecen de **documentación identificativa** (NIE), debido a los requisitos exigidos por las autoridades locales (ingresos económicos, un mínimo de tiempo trabajando de manera continua demostrado mediante nóminas, vida laboral, extractos bancarios, entre otros). Estos requisitos resultan complicados para muchas familias, por lo que se considera que su situación es de vulnerabilidad. Un total de 8 menores no tienen acceso al SNS en Extremadura debido a esta barrera.

Otra barrera discriminatoria que nos encontramos en nuestra región es el **retraso en el trámite administrativo** de la tarjeta sanitaria. Toda persona en situación administrativa irregular que reside en la región extremeña tiene que esperar 3 meses desde que consigue empadronarse para poder realizar la solicitud. Una vez realizada, de media suelen tardar otros 1-2 meses en asignarles médico de cabecera.

En el área de salud de Navalmoral de la Mata, además de este tiempo de espera y sin poder tener acceso al SES, estamos encontrando casos de titulares de derechos que están esperando hasta

6 meses para que se resuelva su solicitud y les asignen un médico. La carga laboral del área de tramitación para el acceso al sistema de salud es muy elevada, cubriendo la necesidad de varias comarcas y a una población de más de 50.000 personas, pero con una sola trabajadora para resolver todas las solicitudes, tanto de desplazamiento como de primer acceso al sistema extremeño de salud.

Las personas que llegan a nuestra región a residir tardan un mínimo de 5-6 meses para poder tener derecho a cobertura sanitaria.

Por otro lado, la situación de las **personas mayores reagrupadas** en Extremadura por sus hijas e hijos es cada vez más usual y sigue sin ofrecerse una alternativa real. A pesar de que estas personas cuentan con una autorización de residencia, y que su edad avanzada y débil estado de salud – muchas de ellas enfermas crónicas – exige atención médica, la legislación actual les niega toda posibilidad de acceder al SNS con cargo a fondos públicos.

TESTIMONIO

Fatima (Marruecos, 40 años) trabajó en Murcia 2 años donde tuvo acceso al sistema de salud, pero tras dos años le caducó. Al llegar a la Comarca de Campo Arañuelo solicitó el alta en el Sistema Extremeño de Salud, pero lleva esperando 9 meses a que se tramite su alta y no ha tenido acceso a ninguna revisión. Fatima tiene un mioma en el útero que le preocupa y tiene dolores recurrentes, pero teme ir a urgencias por si la emiten una factura.

TESTIMONIO

Mónica y Catalin son un matrimonio de Rumanía que vive en Almendralejo desde hace 3 años. Tienen 3 hijos: Iosif de 5 años, nacido en Rumanía; Cosmina de 3 años, nacida en Mérida; y Ionut de 8 meses, también nacido en Mérida. Ninguno de los hijos tiene tarjeta sanitaria porque no han podido hacerles el NIE. Catalin trabaja en las campañas agrícolas y Mónica está al cuidado de los niños. Ambos lograron tramitar sus NIE hace unos meses, pero no el de los niños, porque no estaban empadronados. Con el nacimiento de Ionut han conseguido empadronar a los tres al encontrar otra casa donde les hacían contrato de alquiler. En la Comisaría les piden ingresos bancarios altos para poder tramitar el NIE de sus hijos, pero solo trabaja Catalin. Los hijos necesitan revisiones pediátricas y actualización de su calendario vacunal.

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 **7 casos de barreras físicas**.

Las barreras físicas en Extremadura están íntimamente relacionadas con la dispersión geográfica y la escasez de una red de transporte pública sólida y accesible. Parte de las barreras que detectamos tienen que ver con las dificultades de determinadas zonas rurales para trasladarse al centro sanitario de referencia o a especialistas que suelen encontrarse en las ciudades.

Esta es una barrera que identificamos más claramente cuando hablamos de asentamientos agrícolas, informales de trabajadoras y zonas rurales aisladas por la falta de autobuses o por su baja frecuencia cuando existen.

La lejanía de los centros sanitarios, unida a la ausencia total de transporte público supone un impedimento importante para acceder a la atención sanitaria. En los casos de mayor gravedad se puede solicitar que acuda una ambulancia, pero las distancias también dificultan la atención de situaciones urgentes y críticas. Hemos podido detectar asentamientos donde la persona afectada no sabía comunicarse en castellano y por tanto no podía pedir una ambulancia por teléfono.

Los horarios restringidos de ciertos centros de salud dificultan a muchas personas acceder a la atención sanitaria, ya que ausentarse del trabajo puede significar la pérdida de este o la pérdida económica del jornal. En ocasiones hemos detectado como los padres de familia de familias migrantes han de solicitar un día para poder llevar a sus hijos e hijas al pediatra, que se encuentra a más de 20 km y solo atiende por las mañanas.

TESTIMONIO

Sayida (42 años, Marruecos). Debe esperar a su marido para poder llevar a su hija al especialista que solo está en el hospital de Navalmoral de la Mata. Viven en un asentamiento agrícola que ya tiene más población que la pedanía a la que pertenecen, pero el único autobús de línea que pasa por el pueblo de al lado, no hace parada en el asentamiento. Cuando hace dos años le demandaron una parada a su ayuntamiento, este no les dio respuesta.

RURALIDAD Y DISPERSIÓN GEOGRÁFICA: UN DESAFÍO PARA EL ACCESO EFECTIVO

La Comunidad Autónoma de Extremadura cuenta con ciertas problemáticas específicas que contribuyen al efecto negativo de las barreras de acceso a la salud.

En primer lugar, es necesario resaltar el **efecto de la ruralidad** y la **dispersión geográfica**, contando con las dos provincias más grandes de España, siendo la comunidad autónoma con menor densidad de población. Esto conlleva distancias largas hasta centros de salud, transporte público limitado y mayor necesidad de profesionales sanitarios en atención primaria para llegar a los pueblos más pequeños. En Extremadura hay más de 110.000 personas con discapacidad y en torno al 60% de ellas viven en zonas rurales, lo cual añade dificultades logísticas (traslado, accesos físicos, transporte adaptado). Al igual, es reseñable que la población migrante suele asentarse en zonas rurales ligadas a trabajo agrícola.

Esto enlaza con una segunda peculiaridad como es la **escasez de profesionales sanitarios** con especial incidencia en la contratación de médicos sin titulación homologada, con el detrimento en la calidad asistencial que supone, y en la salud mental con una de las ratios más bajas de psiquiatras por 100.000 habitantes en España: alrededor de 6'8, lejos de la ratio óptima de entre 13 y 15 psiquiatras fijado por la Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental (SEPSM).

Dicha escasez de recursos humanos se hace particularmente patente en la prestación de diversos servicios específicos de los que Extremadura carece y, en concreto, en la atención a migrantes en torno a la ausencia de consultas específicas de patología importada/medicina tropical y la escasez de recursos en torno al estudio y tratamiento de enfermedades infecciosas.



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 **104 casos de barreras económicas**.

Dentro de las barreras económicas, que representan el 15,7% del total de barreras documentadas, encontramos dos casuísticas predominantes: el acceso a medicamentos y la facturación en urgencias.

La mayoría de los casos de barreras relacionadas con el **acceso a medicamentos** los padecen personas que están dentro del sistema sanitario, y que engloban tanto a personas trabajadoras activas con empleos precarios como a personas migrantes en situación administrativa irregular que cumplen los requisitos establecidos en el RDL 7/2018 para acceder a la atención sanitaria. La falta de progresividad del sistema de copago español provoca que en ambos supuestos estas personas queden sujetas a un deber de aportación del 40% de coste del medicamento que en muchos casos no se pueden permitir.

Las **facturaciones en urgencias** constituyen una barrera que afecta de forma preponderante a las personas migrantes que no consiguen ver reconocido su derecho a la atención sanitaria. La legisla-

ción actual no reconoce el derecho a la atención por urgencia con cargo a fondos públicos para aquellas personas extranjeras que se encuentren en Extremadura. Nos hemos encontrado casos de mujeres en contextos prostitucionales que, sin tener acceso al sistema de salud, han necesitado atención médica de urgencia (por contacto de riesgo, afecciones ginecológicas). Tras estas consultas, han recibido una factura que no les era posible abonar.

La comunidad autónoma carece de servicios específicos de atención a la salud sexual y reproductiva de mujeres en situación de vulnerabilidad, como existe en otras CCAA.

En Extremadura, la **dispersión geográfica** es otro factor que también afecta a población vulnerabilizada, puesto que la distancia al centro de salud más cercano supone una barrera económica para aquellas que no disponen de vehículo para poder desplazarse para acudir a una cita médica.

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

El ISTAC (Instituto Canario de Estadística) en la última encuesta realizada, en 2021, mostraba un mayor porcentaje de medicamentos ansiolíticos y tranquilizantes en la población femenina que masculina, tanto consumidos de manera auto-medicada como prescrita, dato que demuestra la mayor medicalización en la mujer en materia de malestar emocional.

TESTIMONIO

Margarita (Colombia, 45 años) *“Me diagnosticaron cáncer de mama cuando llevaba un año viviendo en España. Yo estaba en situación administrativa irregular. Tenía acceso al sistema sanitario que me cubrió todo el tratamiento quimioterápico, pero me dijeron que yo me tenía que costear las medicinas. No podía trabajar, por mi enfermedad y porque no tenía permiso de residencia.”*

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 **168 casos de barreras informativas**.

Las barreras informativas representan una de las barreras más significativas para las personas más vulnerabilizadas, sobre todo de origen migrante cuya lengua no es el castellano.

En lo que al ejercicio del derecho a la salud respecta supone un grave problema, tanto para los pacientes a la hora de explicarse, como para el personal sanitario a la hora de comprender y realizar un buen diagnóstico clínico y un tratamiento.

Gran parte de estas situaciones son a su vez consecuencia directa o indirecta de la falta de información adecuada desde el propio Sistema Extremeño de Salud, cuya primera puerta de entrada es el personal administrativo de los Centros de Salud. En ocasiones debido a esta falta de información y formación se exigen requisitos no previstos o negativos injustificadas a tramitar la solicitud por

considerar que las personas no tienen derecho.

En la misma línea nos encontramos profesionales que no velan porque las y los pacientes entiendan su diagnóstico o expliquen sus síntomas. A pesar de que el Servicio Extremeño de Salud mantiene el Servicio de Teleinterpretación de Dualia, no todo el personal médico y sobre todo administrativo, lo conoce y hace uso de él. Esto en ocasiones genera diagnósticos inexactos o tratamientos inadecuados.

Ante esta falta de entendimiento, la responsabilidad de solventar esta barrera comunicacional recae en los pacientes, mediante la búsqueda de personas que actúen de intermediarias con los/las profesionales sanitarios.

Dependiendo de la situación personal y familiar de cada paciente, las personas intermediarias serán de su círculo de confianza (marido, hijas/os, familiares), de su entorno (vecindario, amistades, personal de asociaciones) e incluso personas desconocidas que cobran dinero por el servicio (barrera económica).

El uso intermitente y limitado del servicio de teletraducción y la ausencia de un servicio de mediación intercultural no solo afecta al ejercicio del derecho a la salud, si no que menoscaba el principio de confidencialidad, esencial en todo proceso médico. Esta cuestión, ligada a la alta rotación del personal médico, afecta a la confianza médico-paciente y en todo el sistema sanitario en general.

TESTIMONIO

Salima (Marruecos, 38 años). *Salima está embarazada y llega con sangrado al hospital más cercano. No habla castellano y no entiende que ha tenido un aborto. Se solicita la presencia de una sobrina suya para que traduzca y le comunique la pérdida. Salima lo recuerda con mucho dolor, ya que no entendió lo que estaba sucediendo.*

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 **24 casos de barreras culturales**.

Las barreras culturales, como ya se ha mencionado anteriormente, son obstáculos a la dimensión de aceptabilidad del derecho a la salud más que a la de accesibilidad. No obstante, se incluyen en este análisis tanto por la relevancia que tienen para algunas de las poblaciones con las que trabajamos como por la estrecha conexión que guardan con las barreras de acceso.

La administración pública a nivel general desconoce y no tiene presente el contexto social y cultural de origen de las personas migrantes.

Tanto a la hora de diseñar políticas como de garantizar un entorno habilitante que supere o disminuya las barreras y problemáticas existentes para el ejercicio de los derechos de este sector poblacional. Hemos detectado que numerosos TTDD desconocen sus derechos y obligaciones. Así como el funcionamiento y concepción del Sistema público de salud, las vías de acceso y procedimientos. Esto no solo genera fricciones sino que aumenta el riesgo de exclusión sanitaria.

Hemos podido observar que en los centros sanitarios no existe la figura de mediación intercultural y traducción, lo que dificulta una correcta atención a las necesidades tanto de la población Roma que reside en Tierra de Barros como de población musulmana en la zona de Campo Arañuelo.

Hemos encontrado casos donde no se han tenido debidamente en cuenta sus marcos culturales. Ejemplos de estas situaciones pueden ser los casos de mujeres de religión musulmana que quieren ser atendidas por una médica, más concretamente en el servicio de ginecología.



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		0,5		0,5
02. Falta de empadronamiento	8,2	16	0,2	24,4
03. Falta de documentación identificativa	9,7	9		18,7
04. Imposibilidad acreditar periodo estancia superior a 3 meses	0,2	1,5		1,7
05. Menores a quienes se deniega la atención sanitaria	0,3	0,9		1,2
06. Embarazadas a quienes se deniega la atención sanitaria		0,9		0,9
07. Solicitantes asilo con barreras de acceso administrativas		0,2		0,2
08. Retraso en el trámite administrativo de la tarjeta sanitaria	0,6	1,7		2,3
09. Imposibilidad de cita con Trabajo Social		0,2		0,2
10. Imposibilidad acreditar no exportación asistencia sanitaria	0,2	0,2		0,4
11. Imposibilidad acreditar no terceros obligados al pago		0,5		0,5
12. Actitudes racistas en los centros sanitarios		1,5		1,5
13. Otras barreras discriminatorias	0,8	3,7		4,5
BARRERAS FÍSICAS	Hombre cis +Hombre Trans	Mujer cis +Mujer Trans	No Binario	TOTAL
14. Dificultades en el transporte		0,9		0,9
15. Obstáculos arquitectónicos		0,2		0,2

BARRERAS ECONÓMICAS	Hombre cis +Hombre Trans	Mujer cis +Mujer Trans	No Binario	TOTAL
16. Acceso a medicamentos	2,3	6		8,3
17. Acceso a productos sanitarios o de apoyo		0,5		0,5
18. Facturación en urgencias	0,2			0,2
19. Facturaciones de otros servicios de atención médica		0,3		0,3
20. Otras barreras económicas	2,8	3,6		6,4
BARRERAS INFORMATIVAS	Hombre cis +Hombre Trans	Mujer cis +Mujer Trans	No Binario	TOTAL
21. Información errónea/incompleta desde el Sistema Sanitario Público	0,6	4,5		5,1
22. Información errónea/incompleta desde otros organismos públicos (INSS, servicios sociales, etc.)	2,6	7,8		10,4
23. Barreras digitales	0,3	1,3		1,6
24. Barreras lingüísticas	2,1	6		8,1
BARRERAS CULTURALES	Hombre cis +Hombre Trans	Mujer cis +Mujer Trans	No Binario	TOTAL
25. Ausencia de mediación intercultural	0,2	0,2		0,4
26. Desconsideración del marco cultural en la atención		0,6		0,6
Detección de barreras de acceso				100

5. CONCLUSIONES

El análisis evidencia que el acceso a la salud en Extremadura continúa fuertemente condicionado por barreras de acceso que afectan especialmente a personas migrantes, familias en asentamientos agrícolas, mujeres en contextos prostitucionales y población con discapacidad. La dispersión rural, la falta de transporte público y la saturación administrativa agravan estas dificultades, generando largos periodos sin cobertura sanitaria y limitando la posibilidad de recibir atención oportuna.

Estas barreras interactúan además con carencias estructurales de la región, como la escasez de profesionales sanitarios —en especial en salud mental y enfermedades infecciosas— y la ausencia de servicios adaptados a la diversidad cultural. Como consecuencia directa de todas estas limitaciones, Médicos del Mundo Extremadura ha registrado durante 2025 un total de 18 enfermedades o tratamientos no atendidos, reflejando el impacto real que estas barreras tienen sobre la salud de las personas, entre los que cabe destacar los siguientes:

- 2 personas con diagnóstico de Salud mental grave.
- 1 persona con diagnóstico de Cáncer.
- 1 persona con diagnóstico de VIH.
- 1 denegación de la interrupción voluntaria del embarazo.
- 3 seguimientos de embarazo.
- 1 persona trans en tratamiento hormonal.

Por todo ello, desde Médicos del Mundo consideramos imprescindible reforzar una atención específica, individualizada y adaptada a los colectivos más vulnerabilizados, incorporando de forma transversal la perspectiva de género y un enfoque antropológico que garantice que la atención sea adecuada, comprensible y respetuosa con la diversidad cultural y social presente en la región, avanzando así hacia un acceso a la salud verdaderamente universal y efectivo.



6. RECOMENDACIONES

A la Consejería de Salud y Servicios Sociales:

- Formar a las personas trabajadoras del sector sanitario para que conozcan y apliquen adecuadamente la normativa relativa al acceso al Sistema Nacional de Salud. Incorporar una perspectiva antirracista.
- Elaborar e implementar protocolos sanitarios específicos sobre la atención a personas migrantes, con perspectiva de género y enfoque antropológico.
- 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.
- Reforzar los servicios sociales locales y autonómicos, así como el personal de trabajo social de los centros sanitarios para poner fin a su colapso.

Al Parlamento / Junta de Extremadura:

- 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.
- Asegurar en todo caso la atención con cargo a fondos públicos a menores de edad, mujeres embarazadas y atención en urgencias.
- Desvincular el empadronamiento de la persona de la posibilidad de acceder al sistema sanitario.
- Desvincular la residencia efectiva del empadronamiento como único medio de prueba.
- Reforzar la Oficina de Asilo y Refugio con medios suficientes para poner fin a los retrasos en el sistema de citas.
- Reconocer el derecho a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos desde la primera manifestación de voluntad de solicitar protección internacional.
- 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.

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**