



SIN SALUD, LA VIDA SE DETIENE

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



GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO Y AGENDA 2030



POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL



GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO Y AGENDA 2030

DIRECCIÓN GENERAL DE AGENDA 2030





1. INTRODUCCIÓN

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

Defendemos una sanidad pública y universal que ofrezca a todo el mundo acceso a servicios de atención, prevención y promoción de la salud, garantizando a la vez el acceso a tratamientos y medicamentos independientemente de sus recursos económicos o situación administrativa.

Desde el año 2001 Médicos del Mundo Galicia trabaja en esta comunidad autónoma impulsando proyectos relacionados con la movilidad humana, especialmente en materia de acceso a la salud y, por consiguiente, relacionados con la ley de extranjería, que ha sufrido numerosos cambios, al igual que los procesos migratorios de la comunidad.

Nuestro trabajo directo con poblaciones vulnerabilizadas nos permite constatar que estas personas son las que mayores dificultades tienen para acceder a una atención sanitaria en condiciones de igualdad al 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 así como por la Dirección General de Migraciones del Consell insular de Ibiza, 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. El Real Decreto-Ley 16/2012 supuso un giro profundo

en la concepción de nuestro sistema sanitario, pasando de un modelo de sanidad universal a otro basado en la condición de asegurado o beneficiario, lo que restringió el acceso de personas extranjeras y tuvo una aplicación desigual en las comunidades autónomas, siendo Galicia una de las más restrictivas al exigir seis meses de empadronamiento. Posteriormente, el Real Decreto-Ley 7/2018 proclamó la restitución de la universalidad, pero sin recuperar el criterio de residencia, lo que mejoró parcialmente la situación (con la reducción a tres meses de padrón y la eliminación de la exigencia de demostrar recursos en origen) pero mantuvo importantes lagunas, como la distinción entre titularidad de derechos y acceso efectivo, la exclusión de ascendientes reagrupados, la dificultad para acreditar la exportación de la asistencia sanitaria y la falta de protección plena a colectivos especialmente vulnerables como menores, mujeres embarazadas y personas en urgencias.

Estos cambios deben leerse también en relación con los compromisos internacionales suscritos por España, como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Convenio Europeo de Derechos Humanos. En el ámbito de los menores, la Ley Orgánica 1/1996, modificada por la Ley Orgánica 8/2015, reconoce su derecho a la salud sin discriminación, en coherencia con la Convención de Derechos del Niño y la Convención sobre Discapacidad; además, el Real Decreto 576/2013 y el Real Decreto 1192/2012 garantizan asistencia sanitaria a todos los menores extranjeros, aunque no estén registrados ni autorizados como residentes. En el caso de las mujeres embarazadas, la Declaración Universal de Derechos Humanos y la Convención para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer reconocen el derecho a cuidados especiales, reforzados en la normativa estatal con el Real Decreto 1192/2012, que garantiza la asistencia integral durante el embarazo, parto y posparto. Finalmente, cabe señalar que la Ley de Padrón ha condicionado de manera significativa el acceso a la salud en los últimos años, generando nuevas barreras para la población migrante.

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, econó-

mico, informativo o cultural – que las personas más vulnerables deben afrontar para acceder al SNS. De este modo, cualquier legislación resultará insuficiente si no es acompañada de medidas dirigidas a remover estos obstáculos y garantizar las condiciones necesarias para que cualquier persona pueda hacer efectivo su derecho a la atención sanitaria. Así lo reconoce la “Estrategia de desarrollo sostenible 2030” al establecer como meta el “consolidar la universalidad de la cobertura del Sistema Nacional de Salud (SNS), incluyendo el acceso efectivo y equitativo de las personas residentes en España con independencia de su situación penal, administrativa, o laboral”¹. Este es precisamente el objetivo que inspira el proyecto Accesible y al que pretende contribuir este informe.

2. METODOLOGÍA

El presente informe analiza los casos de barreras de acceso al SNS documentados en 2025 por Médicos del Mundo entre el **1 de enero y el 31 de diciembre de 2025**. Estos casos han sido recogidos a través del trabajo que realiza Médicos del Mundo en nuestros programas de Atención especializada en materia de extranjería y acceso a la salud en las cuatro provincias, **A Coruña, Lugo, Ourense y Pontevedra**.

Entendemos por barreras de acceso todas aquellas situaciones que dificultan o impiden que una persona pueda acceder de forma normalizada a la atención sanitaria que precisa, y que son consecuencia de la acción u omisión de los poderes públicos en relación con su deber de garantizar el derecho a la salud de todas las personas. Las obligaciones que entrañan este deber están definidas en el artículo 12 del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas², y desarrolladas en la Observación General N°14 del Comité DESC.³

El Comité define la accesibilidad en base a la concurrencia de cuatro dimensiones: no-discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica o asequibilidad y acceso a la información. En consonancia con lo dispuesto por el Comité, hemos clasificado las distintas casuísticas que nos hemos encontrado en cuatro grandes categorías de barreras en función de la dimensión de la accesibilidad que dificulten o impidan: barreras discriminatorias, barreras físicas, barreras económicas y barreras informativas. A ellas hemos sumado una quinta categoría, la de barreras culturales, que si bien no son barreras de acceso propiamente dichas – si no que se relacionan con otro de los elementos esenciales del derecho a la salud: la aceptabilidad – si pueden tener un impacto importante sobre el acceso de los colectivos más vulnerables al generar un efecto disuasorio.

1. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 “Estrategia de Desarrollo Sostenible 2030. Un proyecto de país para hacer realidad la Agenda 2030” <https://www.dsca.gob.es/sites/default/files/derechos-sociales/eds-cast-acce.pdf>

2. Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, artículo 12

<https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>

3. Observación General N°14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000. <https://www.refworld.org/es/leg/coment/cescr/2000/es/36991>

3. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LAS PERSONAS CON BARRERAS

Identidad de género

	Atendidos/as	Total
Hombre cis	30,8%	30,9%
Hombre trans	0,1%	
Mujer cis	66,7%	69%
Mujer trans	2,3%	
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 Occidental			0,1	0,5	0,1	0,8	0,1			1,6
Europa del Este	0,5	0,7	0,8	0,6	0,3	0,1	0,2			3
Latinoamérica	5	10,7	27,3	21,2	12,5	4,9	3,1	3	0,5	88,2
África Subsahariana		0,1	0,3	0,6	0,3	0,3				1,6
Norte África		0,1	1,4	0,6	0,3	0,1	0,1			2,6
Asia		0,1	0,7	0,3			0,3	0,1		1,5
España	0,5			0,1	0,5		0,3			1,4
NS/NC			0,1							0,1
Total	6	11,7	30,7	23,9	14	6,2	3,9	3,1	0,5	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	16,5%	11,2%	5,3%	
NO	73,8%	52,1%	21,6%	0,1%
En trámite	9,7%	5,7%	4%	



4. ANÁLISIS DE LAS BARRERAS DOCUMENTADAS

En el periodo comprendido en este análisis, Médicos del Mundo ha documentado en **Galicia** un total de **1.329 casos de barreras de acceso** que han padecido **718 personas**. Esto quiere decir que cada persona ha confrontado de **media 1,9** barreras, lo que refleja por un lado la interconexión entre las distintas tipologías (ej. algunas barreras económicas, como la imposibilidad de costearse las medicinas necesarias, pueden traer a su vez

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

BARRERAS DISCRIMINATORIAS

Entendemos por barreras discriminatorias aquellos requisitos legales o administrativos que dificultan o impiden el acceso al sistema sanitario público y que afectan únicamente a determinadas personas o colectivos – por lo general socialmente vulnerabilizadas – provocando un trato discriminatorio en relación con el resto de la población. En el periodo que abarca el presente informe se han documentado **724 casos de barreras discriminatorias**.

1. Actitudes racistas en centros sanitarios:

En numerosos casos se cuestiona el derecho de las personas migrantes a recibir atención sanitaria mediante comentarios racistas y prácticas discriminatorias por parte del personal sanitario y administrativo. Estas actitudes se manifiestan especialmente en los servicios de urgencias, donde se utiliza la facturación o la amenaza de facturación como mecanismo disuasorio y se redefine de forma restrictiva el concepto de urgencia, limitándolo a situaciones de emergencia vital. Asimismo, se produce la denegación de atención continuada en especialidades.

2. Embarazadas a quienes se deniega la atención sanitaria:

Se constata un recrudecimiento de la facturación —y/o amenaza de facturación— a mujeres embarazadas que tienen derecho a la atención sanitaria a través de medidas especiales. En muchos casos, aunque son derivadas desde urgencias o atención primaria para el control y seguimiento del embarazo, al acudir al centro de salud se les

deniega la cita con la matrona por no disponer de tarjeta sanitaria. En Galicia son los casos más preocupantes.

3. Falta de documentación identificativa: La solicitud de documentación excesiva o no recogida en la normativa vigente en Galicia para la obtención de la tarjeta sanitaria constituye una barrera recurrente. Se exigen documentos que las personas no pueden aportar, especialmente en contextos de irregularidad administrativa.

4. Falta de padrón: El empadronamiento se utiliza de facto como requisito excluyente para el acceso a la tarjeta sanitaria. A pesar de que la normativa permite empadronarse sin domicilio fijo o con contratos de alquiler informales, en muchos municipios gallegos se exige documentación no legalmente necesaria. Actualmente le mayor problema en la comunidad.

5. **Imposibilidad de acreditar empadronamiento para la asistencia sanitaria:** La exigencia del padrón como condición imprescindible para acceder a la tarjeta sanitaria provoca que muchas personas queden excluidas de la atención sanitaria, aun cuando la normativa reconoce su derecho por otras vías.
6. **Imposibilidad de acreditar periodo de estancia superior a tres meses:** Las personas migrantes encuentran dificultades para acreditar el periodo de estancia exigido, especialmente aquellas que se encuentran en procesos administrativos inestables o cambiantes.
7. **Imposibilidad de cita con trabajadora social:** Se detecta una falta sistemática de derivación a los servicios sociales desde los dispositivos sanitarios, especialmente desde urgencias, cuando las personas no tienen la tarjeta sanitaria tramitada. En Galicia la demora es de más de seis meses.
8. **Menores a quienes se deniega la asistencia sanitaria:** Se observa un aumento de la facturación emitida en algunas provincias más que en otras, a menores que tienen derecho a la atención sanitaria. El desconocimiento del personal administrativo y sanitario sobre las vías especiales de acceso, así como la falta de documentación disponible en los centros de salud para tramitarlas, deriva en la denegación de atención tanto en urgencias como en atención primaria.
9. **Retraso en trámites administrativos relacionados con la atención sanitaria:** Las demoras en la tramitación de la tarjeta sanitaria, la falta de información sobre las vías de acceso, la inexistencia de documentación en los centros de salud y la ausencia de derivación a servicios sociales provocan retrasos significativos en toda Galicia.
10. **Solicitudes de asilo con barreras administrativas de acceso:** Las personas solicitantes de asilo que se encuentran a la espera de resolución viven una situación de especial vulnerabilidad. En caso de denegación, el reglamento las obliga a permanecer dos años en situación administrativa irregular.

TESTIMONIO

Souleymane tiene 40 años y lleva más de dos años en España. Llegó en patera a las Islas Canarias, solo y sin documentación, y desde entonces ha pasado gran parte de este tiempo bajo custodia de la propia Administración, incluido un año en prisión. Durante ese periodo fue atendido médicamente por padecer epilepsia, una enfermedad que requiere tratamiento diario y continuo.

Hoy se encuentra en un CIS, con su pasaporte retenido y sin un documento plenamente reconocido para identificarse en el sistema sanitario. Esta situación le ha colocado durante meses en una profunda incertidumbre y vulnerabilidad, con el miedo constante a que su medicación pudiera interrumpirse. Souleymane no ha estado ausente ni oculto: ha estado siempre localizado. Garantizarle un acceso estable a la sanidad es una cuestión de cuidado, dignidad y humanidad.



BARRERAS FÍSICAS

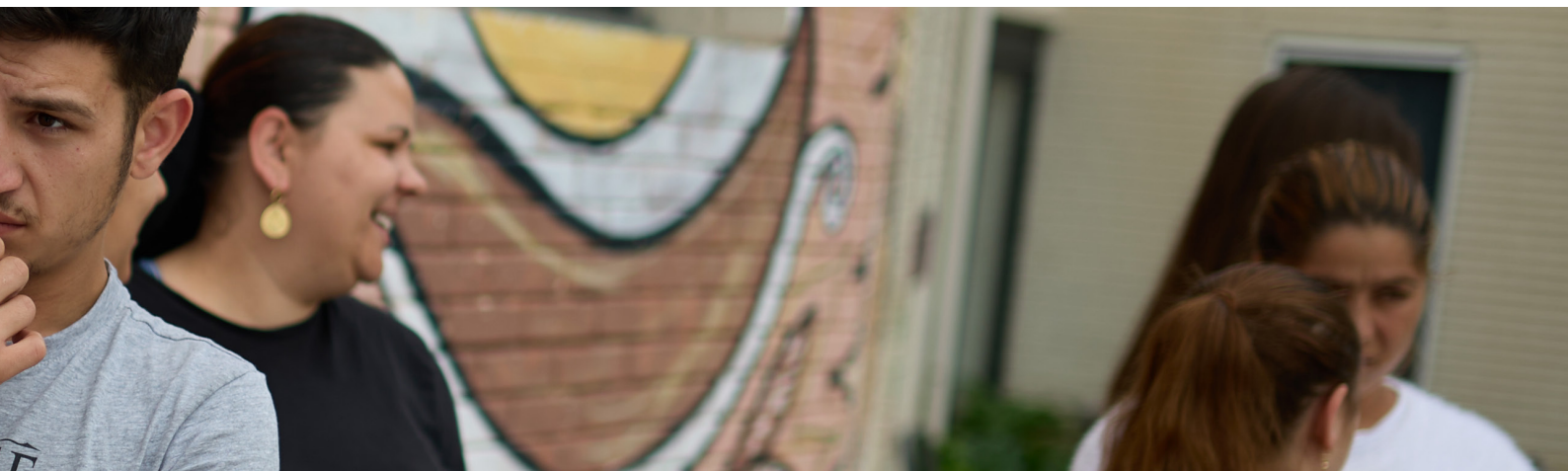
Entendemos por barreras físicas aquellas situaciones en las que las personas no pueden acceder a la atención sanitaria bien por no contar con un centro sanitario de referencia a una distancia asumible de su lugar de residencia, por la existencia de horarios de atención restringidos o por la existencia de obstáculos arquitectónicos que impiden el acceso a personas con movilidad reducida. En el periodo que abarca el presente informe se han documentado **52 casos de barreras físicas.**

- 1. Dificultad en el transporte.** En Galicia, la geografía rural y la dispersión poblacional condicionan fuertemente el acceso a la salud. La escasez de servicios sanitarios en el medio rural obliga a las personas migrantes a recorrer largas distancias, asumir costes económicos y dedicar tiempo significativo para recibir atención.

La movilidad se ve dificultada por un transporte público deficiente o inexistente en muchos municipios, obligando a recurrir a recursos privados que muchas personas no pueden costear. Esta situación se agrava cuando, por no contar con tarjeta sanitaria en trámite, se les niega la atención en atención primaria y se les deriva a hospitales alejados de su lugar de residencia. Incluso se han documentado casos en los que, pese a padecer problemas de salud graves, no se autoriza el uso de transporte en ambulancia si la tarjeta sanitaria no está aprobada.

- 2. Horarios inadecuados.** Los centros de atención primaria presentan saturación, falta de personal y retrasos, así como horarios poco compatibles con empleos precarios o con múltiples jornadas laborales. Esta incompatibilidad entre los horarios de los servicios sanitarios y la vida laboral y familiar de las personas migrantes constituye una barrera significativa para la asistencia regular y preventiva.
- 3. Obstáculos arquitectónicos.** La infraestructura sanitaria muestra deficiencias que dificultan la accesibilidad física a los servicios. Aunque no se detallan casos específicos de accesibilidad para personas con movilidad reducida, la saturación, el retraso en la atención y la dispersión de los centros sanitarios agravan el efecto de los obstáculos arquitectónicos en la experiencia global de acceso.

Además, la desinformación, la alta rotación del personal administrativo y la existencia de procedimientos arbitrarios entre centros para la tramitación de la tarjeta sanitaria refuerzan indirectamente la barrera física, al generar desplazamientos adicionales, repetición de trámites y pérdida de tiempo en desplazamientos innecesarios. Los menores migrantes enfrentan requisitos discriminatorios adicionales, como tres meses de estancia, informes de trabajo social o permisos de tutela, que incrementan la necesidad de desplazarse entre distintas oficinas o centros, aumentando las barreras físicas al acceso sanitario.



TESTIMONIO

Illanay tiene 39 años y llegó a España desde Venezuela buscando protección y una oportunidad para vivir. Padece cáncer de mama y, tras una doble mastectomía, se encuentra recibiendo tratamiento de quimioterapia. Es un proceso duro, física y emocionalmente, que exige cuidados y acompañamiento.

A pesar de ello, Illanay vive en Padrón y debe desplazarse hasta Santiago de Compostela para recibir la quimioterapia sin disponer de transporte sanitario. Recién operada y debilitada por el tratamiento, se ve obligada a realizar el trayecto en autobús, tanto para acudir como para regresar a casa. Este esfuerzo añadido, evitable, incrementa su sufrimiento en un momento de extrema vulnerabilidad. Facilitar un traslado adecuado no es solo una cuestión asistencial, sino un gesto mínimo de humanidad y respeto.

TESTIMONIO

Leidy Johanna Ovalle, mujer colombiana, ha superado la espera obligatoria de tres meses de empadronamiento para solicitar la tarjeta sanitaria. Sin embargo, cuando parecía que las dificultades para el acceso al sistema sanitario y tener un seguimiento de su tratamiento estaba más cerca, se encuentra con un nuevo obstáculo que pone en riesgo su salud.

Leidy padece epilepsia y necesita medicación diaria e ininterrumpida. Con la tarjeta sanitaria aún en trámite, sin NIE, no acceso a la aplicación sanitaria para la obtención de citas con su médico de cabecera, no puede obtener su medicación. La burocracia la mantiene en un limbo administrativo donde el derecho a la salud existe en teoría, pero no en la práctica.

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 **84 casos de barreras económicas**.

- 1. Acceso a medicamentos.** El acceso a la medicación se convierte en una barrera económica significativa para muchas personas migrantes. La falta de recursos económicos obliga, en numerosos casos, a adoptar estrategias que perjudican gravemente la salud, como decidir qué medicación priorizar, reducir dosis o espaciar tomas para prolongar su duración. A ello se suman los costes de medicamentos no cubiertos por el sistema, copagos y pruebas complementarias, que dificultan el seguimiento adecuado de los tratamientos prescritos.
- 2. Acceso a productos de apoyo o sanitarios.** Los elevados costes de los dispositivos de apoyo y productos sanitarios necesarios para personas con discapacidad constituyen una barrera adicional. La precariedad económica limita el acceso a estos recursos esenciales, con un impacto directo en la autonomía, la calidad de vida y el estado de salud de las personas afectadas.
- 3. Facturación de urgencias.** Se ha observado un recrudecimiento de la facturación en los servicios de urgencias, especialmente la emitida a menores, mujeres embarazadas y personas gravemente enfermas que tienen derecho a la atención sanitaria a través de medidas especiales. Entre los principales problemas detectados destacan la falta de información del personal administrativo

de urgencias sobre estas vías de acceso, la ausencia de la documentación necesaria en los centros de salud para su tramitación y la falta de derivación a los servicios sociales de urgencias cuando las personas no tienen la tarjeta sanitaria tramitada.

Asimismo, la facturación y la amenaza de facturación se utilizan como mecanismos disuasorios del uso de los servicios sanitarios, redefiniendo de manera restrictiva el concepto de urgencia y limitando el acceso a la atención continuada en especialidades.

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 **386 casos de barreras informativas**.

- 1. Digitalización.** El uso de plataformas digitales para la gestión de citas médicas, trámites administrativos y acceso a información institucional supone una barrera importante para muchas personas migrantes. La limitada alfabetización digital, la falta de acceso a dispositivos o a internet, y la dificultad para utilizar plataformas que requieren DNI electrónico u otros documentos oficiales dificultan el acceso efectivo al sistema sanitario.
- 2. Información errónea o incompleta facilitada desde el sistema nacional de salud gallego (SERGAS).** Se observa desinformación por parte del personal administrativo y sanitario sobre las vías de acceso a la atención sanitaria, incluyendo casos especiales como menores, embarazadas o personas bajo vigilancia epidemiológica. La información incompleta o incorrecta sobre documentación requerida, plazos, procedimientos y derechos

- 4. Facturación de otros servicios.** Más allá de las urgencias, la facturación de otros servicios sanitarios, así como los costes asociados a la atención (transporte, desplazamientos a especialistas y pruebas complementarias), suponen una barrera económica que restringe el acceso efectivo al sistema sanitario. Estas prácticas refuerzan la exclusión sanitaria y generan un impacto acumulativo en la salud de las personas en situación de precariedad económica.

de las personas migrantes genera confusión y retrasos en la tramitación de la tarjeta sanitaria y en la atención médica.

Desde julio de 2018, las instrucciones internas del SERGAS se comunican mediante comunicados internos, sin difusión pública ni accesible, vulnerando los procesos administrativos y provocando indefensión en las personas migrantes.

- 3. Información errónea o incompleta de otros organismos.** Los mensajes contradictorios entre diferentes administraciones, organismos y servicios sociales generan inseguridad, desconfianza y demoras en el acceso a la atención sanitaria. La ausencia de coordinación y la falta de claridad sobre documentación, plazos y costes refuerzan la confusión y afectan negativamente la capacidad de las personas para ejercer su derecho a la salud.
- 4. Lingüísticas.** La información institucional es escasa en lenguas que dominan las personas migrantes (como inglés, francés, árabe, portugués o rumano), y faltan folletos, carteles y otros materiales accesibles. Esta barrera lingüística limita el conocimiento de los derechos y la correcta utilización de los servicios sanitarios. En muchos casos, organizaciones sociales, ONG o asociaciones asumen el papel de intermediarios informativos, generando dependencia y variaciones en el acceso según la disponibilidad y conocimiento de estas organizaciones locales.

Además, persiste la desinformación interna y entre iguales dentro de la comunidad migran-

te, lo que provoca creencias erróneas como la inexistencia de derecho a urgencias, temor a ser denunciados por su situación administrativa o miedo a incurrir en deudas que no

puedan asumir. Estas percepciones refuerzan la desconfianza y el incumplimiento de la atención preventiva o temprana.

TESTIMONIO

Hassana El Arabi se enfrenta a una barrera invisible pero determinante en su acceso al sistema sanitario: el idioma. La falta de recursos de traducción e interpretación convierte cada cita médica en una experiencia de incomprensión, miedo y frustración.

No poder explicar con claridad qué le duele, desde cuándo o cómo se siente, ni entender plenamente las indicaciones médicas, sitúa a Hassana en una posición de extrema vulnerabilidad. La comunicación fragmentada no solo dificulta el diagnóstico y el tratamiento, sino que genera desconfianza y abandono del sistema sanitario.

En un entorno donde la salud depende de la comprensión mutua, la ausencia de apoyo lingüístico se transforma en un obstáculo que limita el derecho a una atención sanitaria digna, segura y efectiva.

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 **83 casos de barreras culturales**.

- 1. Ausencia de mediación intercultural:** La falta de mediación intercultural en los dispositivos sanitarios dificulta la comunicación efectiva entre profesionales y personas migrantes, especialmente en contextos de diversidad lingüística y cultural. Las diferencias en el idioma y en las percepciones culturales de la enfermedad, del funcionamiento del sistema sanitario, del rol del paciente, del género y del equilibrio entre atención preventiva y curativa generan reticencias y malentendidos que impactan negativamente en el acceso y uso de los servicios sanitarios. En determinados contextos culturales, como en comunidades migrantes
- 2. Desconsideración del marco cultural de atención:** Se detecta una desconsideración del marco cultural de atención cuando el personal sanitario interpreta los hábitos y prácticas de salud desde parámetros exclusivamente biomédicos, sin tener en cuenta los condicionantes culturales y sociales que influyen en el acceso efectivo al sistema. En este sentido, se producen recriminaciones por parte del personal sanitario cuando las personas acuden con problemas de salud en fases avanzadas,

procedentes de Senegal y de otros países africanos, se observa una menor frecuencia de contacto con el sistema sanitario, vinculada a procesos de socialización en los que no es habitual acudir al médico de forma preventiva, sino únicamente en situaciones de urgencia. La ausencia de dispositivos de mediación intercultural impide abordar estas diferencias desde un enfoque comunitario, lo que dificulta la adaptación progresiva a la cultura sanitaria del país de acogida. Asimismo, el temor a ser denunciadas o denunciados por encontrarse en situación administrativa irregular, unido a la falta de información clara y mediada culturalmente, actúa como un factor inhibitor del uso de los servicios sanitarios.

sin considerar que es el propio sistema —a través de barreras administrativas, económicas o culturales— el que ha dificultado el acceso previo a la atención. Las diferencias en hábitos de salud y prevención se visibilizan especialmente en ámbitos como la crianza, la atención pediátrica y las medidas preventivas. La falta de un enfoque de medicina comunitaria y culturalmente competente limita la capacidad del sistema para acompañar procesos de adaptación cultural en salud. Desde una perspectiva de género, las mujeres migrantes enfrentan retos específicos relacionados con la salud sexual y reproductiva, el embarazo, la maternidad y la violencia de género, a menudo en ausencia de

redes de apoyo. En el caso de familias monoparentales —frecuentemente encabezadas por mujeres migrantes— las cargas familiares y laborales excesivas y la falta de recursos para el cuidado de menores retrasan o impiden la asistencia a citas médicas, sin que estas realidades sean adecuadamente consideradas en la organización de la atención sanitaria. Finalmente, se observa un aumento de actitudes racistas por parte de algunos profesionales de la salud, que refuerzan la desconfianza y la percepción de deslegitimación de las prácticas culturales y de las necesidades específicas de las personas migrantes, profundizando las barreras culturales de acceso a la salud.

TESTIMONIOS

***Matthew Sotomayor González**, nacido el 3 de septiembre de 2014, es un menor procedente de Cuba, hijo de madre española. A pesar de su vínculo directo con una ciudadana española, su nacionalidad aún no ha sido tramitada, lo que lo ha colocado en una situación de desprotección administrativa.*

En el centro de salud del Ventorrillo se indica a la familia que debe acudir al INSS para incluir al menor como beneficiario. Sin embargo, en el INSS se les comunica que, al no estar el niño regularizado, no corresponde su inclusión, ofreciendo una información errónea que bloquea el acceso a la atención sanitaria.

Actualmente, Matthew se encuentra a la espera de una cita con la trabajadora social del Ventorrillo para tramitar su acceso sanitario como menor de 18 años, mientras tanto permanece sin una cobertura efectiva. El menor necesita medicación psiquiátrica, por lo que esta demora administrativa no es un simple trámite, sino un riesgo directo para su salud y estabilidad.

***Margie** tiene 44 años y es originaria de Senegal. Padece múltiples miomas que le provocan un dolor intenso y sangrados continuos. Para ella, más allá del sufrimiento físico, existe una preocupación profunda: su mayor deseo es poder quedarse embarazada tras el tratamiento, una aspiración íntimamente ligada a su historia personal y cultural.*

Margie es soltera, no tiene hijos y procede de un contexto con importantes diferencias culturales. Durante la atención ginecológica recibida, se ha sentido desorientada y vulnerada: las pruebas se realizaron sin explicaciones previas, con brusquedad y sin el cuidado necesario, y las opciones de tratamiento le fueron comunicadas sin sensibilidad ni consideración hacia el impacto que podrían tener en su fertilidad. En un momento de especial fragilidad, Margie necesitaba información clara, respeto y acompañamiento. La atención sanitaria también es escucha, comprensión y cuidado.

Samira Hadj Sherif, mujer argelina y embarazada, se encontró con una barrera cultural no contemplada por el sistema sanitario. Durante su atención ginecológica, no se tuvo en cuenta su condición de mujer musulmana ni la importancia que para ella tiene ser atendida por una profesional sanitaria mujer.

Esta falta de sensibilidad cultural generó incomodidad, ansiedad y una sensación de desprotección en un momento especialmente vulnerable como es el embarazo. La ausencia de medidas de adaptación cultural no solo afecta a la experiencia asistencial, sino que puede provocar rechazo, retrasos en el seguimiento médico y riesgos evitables para la salud de la madre y del bebé.

El respeto a la diversidad cultural no es un gesto, sino una condición necesaria para garantizar una atención sanitaria digna y accesible para todas las personas.

Datos propios de Galicia que se relacionan de modo directo con la salud:

Acciones institucionales críticas:

La inversión en salud ha caído, especialmente en atención primaria; necesidad urgente de recursos humanos y materiales.

Desigualdad geográfica para el acceso a la salud:

Muchas personas migrantes viven en áreas rurales o municipios pequeños donde los servicios sanitarios de especialidades y los recursos se encuentran en ciudades, lo que implica desplazamientos largos.

Déficit informativo local en materia de salud:

Pocas campañas específicas en Galicia que adscriban directamente los derechos sanitarios para migrantes, especialmente en varios idiomas, mediación cultural, ni guías claras para ciudadanía migrante.

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	TOTALES
01. Falta de empadronamiento	5,7	15	0,1	20,8
02. Falta de documentación identificativa	0,8	0,3		1,1
03. Imposibilidad acreditar periodo estancia superior a 3 meses	8,1	10,6		18,7
04. Menores a quienes se deniega la atención sanitaria	0,4	0,5		0,9
05. Embarazadas a quienes se deniega la atención sanitaria		0,9		0,9
06. Solicitantes asilo con barreras de acceso administrativas	1,4	1,1		2,5
07. Retraso en el trámite administrativo de la tarjeta sanitaria	0,3	1	0,1	1,4
08. Imposibilidad de cita con Trabajo Social	0,2	0,3		0,5
09. Imposibilidad acreditar no exportación asistencia sanitaria	0,3	0,2		0,5
10. Imposibilidad acreditar no terceros obligados al pago	0,1	0,5		0,6
11. Actitudes racistas en los centros sanitarios	0,8	1,1		1,9
12. Otras barreras discriminatorias	1,4	3,2		4,6
BARRERAS FÍSICAS	Hombre cis +Hombre Trans	Mujer cis +Mujer Trans	No binario	TOTALES
13. Horarios inadecuados		1,4		1,4
14. Dificultades en el transporte		2,5		2,5

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

5. CONCLUSIONES

El análisis de las barreras de acceso a la salud para las personas migrantes en Galicia evidencia un **entramado complejo de obstáculos interrelacionados**, que afectan de manera transversal la equidad y la universalidad del sistema sanitario.

Persistencia de exclusión legal-administrativa

A pesar de la normativa vigente, su aplicación en Galicia presenta severas lagunas que generan una exclusión funcional del sistema sanitario. El empadronamiento actúa como barrera transversal, condicionando derechos fundamentales y dificultando la obtención de la tarjeta sanitaria, el acceso a atención primaria, la derivación a especialistas y el uso de recursos de urgencias, impactando de manera directa en la salud de las personas migrantes.

Desigualdad económica sustancial

La precariedad económica de la población migrante se traduce en un acceso limitado a medicamentos, productos de apoyo y otros recursos sanitarios esenciales. Los costes asociados a transporte, copagos, pruebas complementarias y desplazamientos a especialistas agravan esta situación, generando decisiones de salud comprometidas, como reducir dosis de medicación o posponer tratamientos.

Deficiencias en infraestructura y servicios

La insuficiencia de la infraestructura sanitaria en atención primaria, la dispersión de los servicios en zonas rurales, la saturación de centros, los horarios poco compatibles con empleos precarios y la falta de transporte adecuado dificultan el acceso efectivo a la atención. Además, la carencia de mediación intercultural y lingüística profundiza las barreras de acceso y limita la comprensión y el uso adecuado de los servicios de salud.

Barreras culturales y sociales

Las diferencias culturales en percepciones de la enfermedad, del sistema sanitario, del rol del paciente, del género y de la atención preventiva frente a la curativa generan reticencias y malentendidos que no son abordados por un sistema insuficientemente adaptado a la diversidad. Las mujeres migrantes y las familias monoparentales enfrentan retos específicos que requieren una atención más sensible al contexto social y cultural.

Información y comunicación deficientes

La desinformación, la ausencia de canales de información accesibles, la digitalización sin garantías de acceso, los mensajes contradictorios entre administraciones y la falta de materiales en múltiples idiomas contribuyen a que muchas personas migrantes no ejerzan plenamente sus derechos en salud. Esto genera inseguridad, desconfianza y abandono de servicios esenciales.

Intersección de barreras

Todas estas barreras —administrativas, económicas, físicas, culturales y de información— se interrelacionan, multiplicando su impacto y generando exclusión estructural. La combinación de obstáculos legales, económicos y culturales limita significativamente la capacidad de las personas migrantes para acceder de manera equitativa a la atención sanitaria, comprometiendo su salud y bienestar.

Desatención de situaciones graves

Como consecuencia de todos estos obstáculos, solamente en el último año se han documentado desatenciones de situaciones tan graves como 14 casos de cáncer, 19 de enfermedades cardiovasculares, 17 de diabetes, 20 de hipertensión, 9 de VIH, 26 de salud mental grave, 3 de enfermedades respiratorias o 15 de enfermedades degenerativas.

6. RECOMENDACIONES

A la Consejería de Sanidad y a la Xunta de Galicia:

Revisar y garantizar la práctica legal del empadronamiento:

Las autoridades autonómicas deben emitir directrices claras y vinculantes para todos los municipios, asegurando que empadronar no dependa de la situación administrativa o del tipo de contrato de vivienda. Establecer mecanismos de supervisión y sanción cuando se nieguen solicitud administrativas con base legal.

Fortalecer la formación del personal sanitario y administrativo:

Programas obligatorios de capacitación en derechos legales de migrantes, atención con perspectiva intercultural, género y sensibilidad en idiomas diversos. Incluyendo actualización sobre normativa estatal/autonómica.

Incrementar inversión en atención primaria y servicios de salud rural:

Mejorar infraestructuras sanitarias, dotar de más y mejor equipamiento, personal, recursos móviles para zonas poco accesibles, unidades itinerantes de salud.

Desarrollar servicios de mediación cultural, lingüística y social:

Establecer en los centros de salud equipos de mediadores culturales. Crear puntos de información en varios idiomas para la información de derechos.

Facilitar acceso económico:

Exenciones o reducciones de tarifas para pruebas, medicamentos, tratamientos no cubiertos, para personas migrantes en situaciones de vulnerabilidad. Apoyos para transporte médico.

Mejorar comunicación institucional y acceso a la información:

Diseñar campañas claras de comunicación sobre derechos sanitarios, con materiales multilingües, accesibles digital y presencialmente.

Adoptar un enfoque de género y atención a grupos vulnerables:

Políticas específicas para mujeres migrantes (embarazo, salud reproductiva, violencia), menores migrantes, personas con discapacidad. Apoyo a hogares monoparentales.

Agilizar trámites burocráticos:

Reducir tiempos de respuesta para expedientes de residencia, permisos, acceso sanitario, opciones no digitales, simplificar requisitos documentales.

Refuerzo institucional y coordinación interadministrativa:

Coordinación entre Xunta, ayuntamientos, servicios sociales, sistema sanitario, entidades. Crear mesas de seguimiento autonómico sobre migración y salud.

Monitoreo y evaluación continuos:

Establecer indicadores específicos para medir el acceso sanitario de migrantes: tasas de personas migrantes empadronadas vs total migrante, uso de atención primaria vs urgencias, retrasos en tratamientos, tasas de abandono, satisfacción, barreras percibidas. Informes periódicos públicos que permitan evaluar progreso.

**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**