



SIN SALUD, LA VIDA SE DETIENE

II INFORME DE BARRERAS AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN POBLACIONES VULNERABILIZADAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID



Por un acceso universal al sistema de salud

Elaboración

Este documento ha sido elaborado por el Grupo de salud de EAPN Madrid cuyas entidades son: Accem, Asociación Progestión, Asociación Punto Omega, Candelita, Comisión Española de Ayuda al refugiado (CEAR), Fundación Atenea, Fundación Diversitas, Hogar Sí, Médicos del Mundo, ATD Cuarto Mundo España.

Coordinación

María Casado Fernández, Candelita
Sol Martínez, Médicos del Mundo
Carmen Gomez Asorey, Fundación Diversitas
Jorge Ferreruela Díaz, Hogar Sí
Sofía Bote Rubio, Accem
Rosa Delgado Pascual, Fundación Atenea
Daniel García Blanco, ATD Cuarto Mundo España
Silvia Allué Ecur, Asociación Punto Omega
Sandra López Hornero, Progestión
Olivia Isidoro Calle, CEAR
Ángel Hernández Martín, EAPN Madrid

Redacción

Pablo Iglesias Rionda
Cristina Hernández Carrera
José Antonio Figueras Flores

Edita

Médicos del Mundo

Abril 2026



Este trabajo está sujeto bajo la licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Compartir Igual 4.0 Internacional.io

ÍNDICE

1. PRESENTACIÓN EAPN MADRID	4
2. LA SALUD COMO DERECHO EN EL MARCO DE LOS TRATADOS Y DECLARACIONES INTERNACIONALES Y LA LEGISLACIÓN NACIONAL	5
3. METODOLOGÍA DEL INFORME	8
4. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LAS PERSONAS CON BARRERAS	9
5. ANALISIS DE BARRERAS DOCUMENTADAS	10
6. CONCLUSIONES	20
7. RECOMENDACIONES	21
8. BIBLIOGRAFÍA	23

1. PRESENTACIÓN EAPN MADRID

La Red Madrileña de lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social (EAPN Madrid) es una asociación de entidades no lucrativas cuyo principal objetivo es la **lucha contra la exclusión social y la pobreza en el ámbito de la Comunidad de Madrid**. En la actualidad, **EAPN Madrid** está conformada por **87 entidades sociales sin ánimo de lucro** que tienen su **ámbito de actuación en la Comunidad de Madrid**.

EAPN Madrid busca erradicar las causas que provocan la exclusión social, poniendo a la persona en situación de pobreza y exclusión social en el centro de su actividad y, a través de la lucha contra la pobreza, contribuir a **garantizar y proteger el pleno disfrute de los derechos humanos**.

Por ello, la red es un **espacio de reflexión, debate, incidencia política y formación en temas referidos al ámbito de la exclusión social**. Para lograr esta misión y reforzar la eficacia de las políticas para la erradicación de la pobreza y la promoción de la inclusión social en toda la Unión Europea, EAPN Madrid está asociada a la Red de ámbito estatal EAPN-España y por ende a la Red europea EAPN.

La riqueza de la red se basa en su heterogeneidad tanto en los colectivos que atienden las diferentes entidades (jóvenes, mayores, mujeres, personas sin hogar, personas inmigrantes...) como sus ámbitos de intervención (educación, salud, vivienda, servicios sociales, entre otros), así como en su implantación territorial y en una fuerte dinámica participativa.

Para el trabajo de incidencia de EAPN Madrid es esencial la **construcción de conocimiento colectivo**, por ello, gran parte del trabajo se dinamiza a través de:

- La participación e impulso de alianzas y de espacios de diálogo y trabajo conjunto con todos los actores sociales y políticos involucrados en la lucha contra la pobreza.
- La elaboración de informes sobre la realidad de la pobreza y la exclusión, documentos de propuesta y de seguimiento de la actividad política.

- Espacios de participación y grupos de trabajo, que garantizan la rápida identificación de los retos emergentes y las respuestas posibles en un proceso de construcción desde abajo, así como la coherencia en el largo plazo de un proyecto por una sociedad inclusiva y sin pobreza.
- Actualmente, se mantienen grupos de trabajo estables en los ámbitos del empleo, la educación, el alojamiento, la salud, el acompañamiento social y prestaciones, la participación y la economía social y solidaria. Además de los grupos de trabajo ad hoc que sean necesarios por la actividad de la red.

EAPN Madrid en sus relaciones con las organizaciones asociadas, con la Administración Pública, y con la sociedad en general, actuará conforme a los siguientes **VALORES**:

- **IGUALDAD:** Cooperación y participación en las actividades de la Red a nivel de igualdad entre las entidades miembro como corresponde a una organización horizontal.
- **PLURALISMO:** Salvaguarda de la heterogeneidad que genera sinergias y rentabiliza la riqueza que supone la diversidad de sus miembros.
- **INDEPENDENCIA:** Opinión propia e independiente, que denuncia situaciones de pobreza y exclusión frente a los poderes públicos y privados y la opinión pública.
- **SOLIDARIDAD, TRANSPARENCIA Y COHERENCIA:** Organización sin ánimo de lucro, transparente y honesta.
- **DIGNIDAD:** Apuesta por la persona como sujeto individual, con derecho a disponer de igualdad de oportunidades, reconociendo su potencial para superar su situación, y con derecho a defender su diversidad.
- **PARTICIPACIÓN:** Dar voz y participación a las personas excluidas.

2. LA SALUD COMO DERECHO EN EL MARCO DE LOS TRATADOS Y DECLARACIONES INTERNACIONALES Y LA LEGISLACIÓN NACIONAL

En EAPN Madrid creemos en una **sanidad pública, universal y gratuita** basada en el derecho a la salud de todas las personas.

La salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de religiones, credos políticos o clases sociales. Así lo reconocía ya en 1946 el texto fundacional de la Organización Mundial de la Salud – OMS, que a su vez definía la salud de forma integral como el estado de absoluto bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades.¹

Este carácter fundamental es reiterado en la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 cuyo artículo 25 reconoce que *toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.²*

La regulación más avanzada del **derecho a la salud** se encuentra no obstante en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas de 1966 que reconoce *el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*

y establece una serie de medidas que los estados deben adoptar para garantizar la efectividad de este.³ La naturaleza jurídicamente vinculante de este Pacto entraña la obligación de los estados parte de avanzar de forma constante hacia la plena realización del derecho.

El disfrute efectivo del más alto nivel posible de salud física y mental se ve condicionado por los **determinantes sociales de la salud**, esto es, las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, que a su vez son resultado de cómo se distribuyen el poder y los recursos, y que influyen sobre la salud más allá de los condicionantes meramente biológicos.⁴ Estas circunstancias pueden dar lugar a **inequidades en salud**, entendidas como aquellas diferencias en la distribución de los riesgos y recursos de salud que son evitables e injustas y perjudican de forma sistemática a la población más vulnerable (Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian SV:2015). En consecuencia, el derecho a la salud conlleva la obligación de los estados de abordar estos determinantes con el fin de alcanzar la equidad en salud.⁵

1. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. 22 de julio de 1946. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf>

2. Declaración Universal de los Derechos Humanos, artículo 25 <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

3. Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, artículo 12 <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>

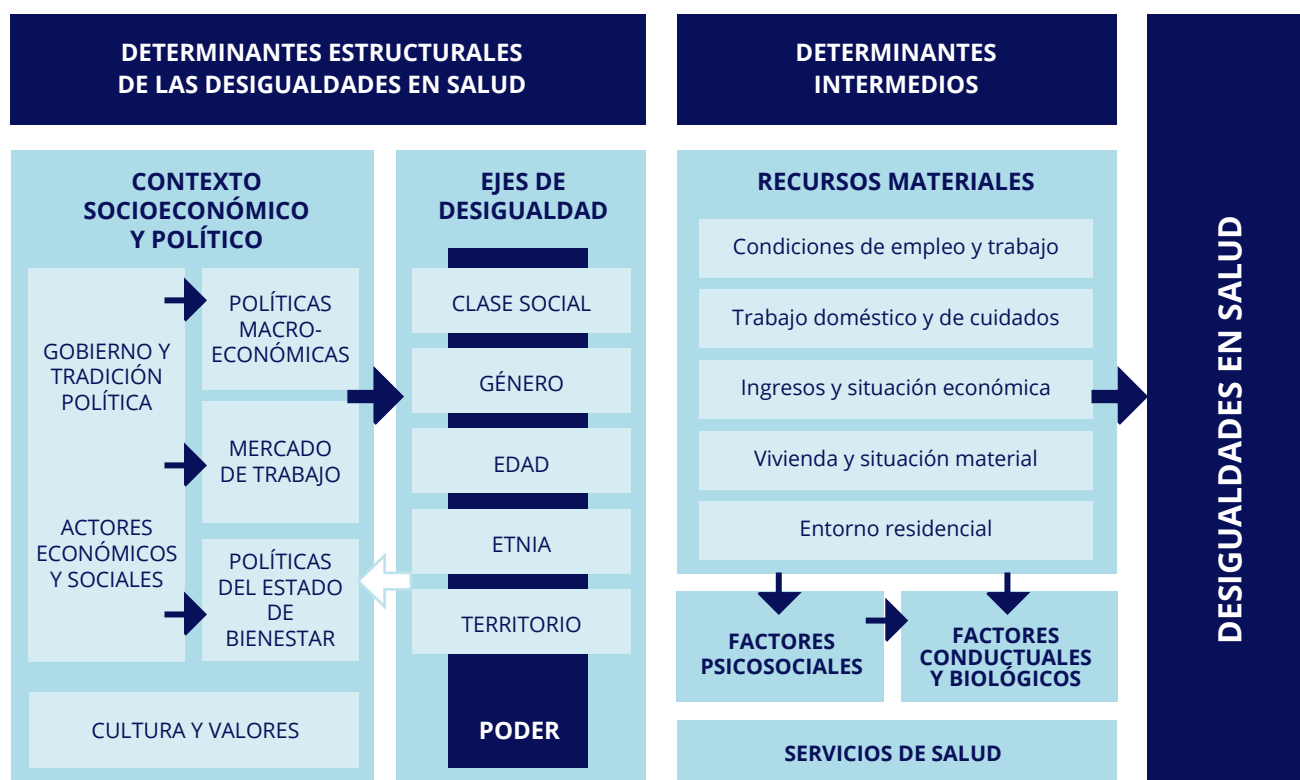
4. La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud definió en su informe final los determinantes sociales de la salud como los determinantes estructurales y las condiciones de vida que son causa de buena parte de las inequidades sanitarias entre los países y dentro de cada país. Se trata en particular de: la distribución del poder, los ingresos y los bienes y servicios; las circunstancias que rodean la vida de las personas, tales como su acceso a la atención sanitaria, la escolarización y la educación; sus condiciones de trabajo y ocio; y el estado de su vivienda y entorno físico. La expresión «determinantes sociales» resume pues el conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen gran influencia en el estado de salud. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_9-sp.pdf

5. 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. Punto 4 <https://www.refworld.org/es/leg/general/cescr/2000/es/36991>

Teniendo todo esto en cuenta, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas (2000) establece que el derecho a la salud está integrado por cuatro elementos esenciales, cuya realización progresiva es una obligación para los estados:

- **Disponibilidad:** exige tanto la existencia de unos servicios sanitarios suficientes como de unas condiciones materiales adecuadas que incidan sobre los determinantes sociales de la salud.
- **Accesibilidad:** comprende la obligación de garantizar que los bienes y servicios sanitarios estén al alcance de todo el mundo, sin discriminación alguna.

- **Aceptabilidad:** supone que dichos bienes y servicios deberán ser respetuosos con la ética médica y culturalmente apropiados, teniendo en cuenta las sensibilidades y necesidades propias de cada sexo, del ciclo vital, así como de las minorías, los pueblos y comunidades y respetando su derecho a la confidencialidad.
- **Calidad:** implica que tales servicios deberán ser apropiados desde una perspectiva científica y médica.



A nivel nacional el derecho a la protección de la salud está recogido en el artículo 43 de la Constitución, siendo posteriormente desarrollado en la Ley General de Sanidad de 1986. Las condiciones del acceso a la atención sanitaria se regulan por su parte en la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Esta normativa fue modificada de forma particularmente regresiva mediante el Real Decreto-Ley 16/2012 excluyendo de la atención sanitaria normalizada a diversos colectivos, entre los que destacaban las personas

migrantes en situación administrativa irregular. Aunque el posterior Real Decreto-Ley 7/2018 corrigió parcialmente esta política excluyente, no supuso la plena recuperación de la universalidad en el acceso a la atención sanitaria.

Legislación autonómica

La Comunidad de Madrid, en virtud de la autonomía que le otorga el artículo 4 de la Ley General de Sanidad crea en 2001 el Servicio Madrileño de

Salud (SERMAS) *“bajo el principio de vertebración del Sistema Nacional de Salud, con el objeto de consolidar la universalidad, la equidad y la igualdad efectiva en el acceso a sus prestaciones”*.⁶

El SERMAS tiene por tanto como misión **el desarrollo de un sistema de salud universal y de acceso equitativo**. En el caso de las personas extranjeras, existen actualmente cuatro mecanismos para acceder a la sanidad pública en la Comunidad de Madrid dependiendo de su situación administrativa:

1. Solicitando el Documento de Asistencia Sanitaria para Extranjeros (DASE),
2. Solicitando el Documento de Asistencia Sanitaria para personas con Protección Internacional (DASPI),
3. A través del Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS),
4. A través de la Resolución 16/2023 para el acceso al sistema sanitario público en la Comunidad de Madrid por razones de salud pública.

Para tener acceso a través del DASE, las personas extranjeras deben haber estado empadronadas dentro del territorio de la Comunidad de Madrid al menos tres meses, no estar en periodo de estancia y tener el pasaporte en vigor.

Para tener acceso a través del DASPI, una persona debe tener empadronamiento, sin importar el tiempo que lleve empadronada, hoja blanca o tarjeta roja y su pasaporte en vigor.

Las personas que piden DASE o DASPI no reciben su asistencia sanitaria en el momento en que lo piden, sino que en el centro de salud les dan cita para las Unidades de Tramitación (UT), para las que tienen que esperar hasta 3 meses. En las UT les reconocen ya el DASE o el DASPI, pero hasta ese momento carecen de acceso al sistema sanitario.

El acceso a través del INSS exige contar con un Número de Identificación de Extranjero (NIE) que otorgue el derecho de acceso al sistema sanitario, ya que no todos los NIE lo reconocen.

Finalmente, las personas cubiertas a través de la Resolución 16/2023 son las personas embarazadas, los menores y pacientes con enfermedades que podrían suponer un problema de salud pública.

A nivel práctico en la sanidad pública de la Comunidad de Madrid las personas extranjeras disponen de mecanismos para ser atendidas. Sin embargo, estos mecanismos tienen diferentes problemas que hacen que **no exista una asistencia sanitaria pública, gratuita y universal**. En los siguientes capítulos se repasan las barreras con las que las personas más vulnerabilizadas se encuentran en la práctica a la hora de ejercer **su derecho** a la asistencia sanitaria.

6. Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (artículo 2)

3. METODOLOGÍA DEL INFORME

El presente informe analiza los casos de barreras de acceso al SNS documentados en la Comunidad de Madrid por Médicos del Mundo entre el **1 de enero y el 31 de diciembre de 2025**. Los datos cuantitativos que se reflejan en este informe han sido recogidos por Médicos del Mundo Madrid.

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 Madrid trabaja para que todas las personas en situación o riesgo de exclusión social tengan garantizado y ejerzan su Derecho Universal a la Salud a través de sus dos áreas principales: migraciones y salud y violencias.

A través de sus programas de atención atienden a personas que ven vulnerados sus derechos, entre ellos el derecho a la salud. Además se registran todos los casos atendidos en una base de datos con el objetivo de poder visibilizar las barreras de acceso al sistema público de salud que sufren muchas personas.

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 Unidas⁷, y desarrolladas en la Observación General N°14 del Comité DESC.⁸

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.

7. 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>

8. 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>

Tarjeta sanitaria de las personas con barreras de acceso según género

	TOTAL %	MUJERES CIS + MUJERES TRANS (%)	HOMBRES CIS + HOMBRES TRANS (%)
SÍ	27,9%	17,4%	10,5%
NO	67,8%	41,5%	26,3%
En trámite	4,3%	2,6%	1,7%

5. ANÁLISIS DE LAS BARRERAS DOCUMENTADAS

En el periodo comprendido en este análisis, Médicos del Mundo ha documentado en la **Comunidad de Madrid** un total de **5.412 barreras de acceso** que han padecido **1.965** personas. Esto quiere decir que cada persona ha confrontado de **media 2,75** 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 **2.576 casos de barreras discriminatorias**.

Requisito de empadronamiento

En la Comunidad de Madrid, el empadronamiento es esencial para acceder a la asistencia sanitaria pública, requiriendo un pasaporte válido y prueba de domicilio. Muchas personas migrantes tienen dificultades para cumplir estos requisitos por la falta de documentación o vivienda adecuada, a menudo viviendo en situación de hacinamiento, sin contratos de alquiler a su nombre o acceso a servicios básicos formalizados, lo que les impide ofrecer pruebas de residencia necesarias.

Falta de documentación administrativa

Las personas que se encuentran en situación de extrema vulnerabilidad en muchas ocasiones tienen problemas con su documentación. Puede

que no tengan pasaporte de su país de origen por salir huyendo, puede que lo hayan perdido o se lo hayan robado debido a su vida en situación de calle. Son situaciones en las que se encuentran personas muy vulnerables con las que trabajamos y que ven negado su derecho a la asistencia sanitaria por no disponer de documentación. Desde la Comunidad de Madrid no existen herramientas ni alternativas para las personas que se encuentran en esta situación.

TESTIMONIO 1

Saul, hombre de 54 años apátrida, lleva 35 años en España. En el pasado ha intentado regularizar su situación, siendo imposible hasta el día de hoy. No dispone de documento de identificación, ni consta empadronado en ningún lugar. Es una persona que necesita tratamiento para un trastorno psicótico crónico, patología cardíaca e hipertensión arterial.

No dispone de recursos económicos y por su situación administrativa no puede acceder a ningún tipo de prestación económica. Reside en programa residencial para personas en situación de sinhogarismo recibiendo apoyos económicos para cubrir necesidades básicas y medicación. Existe una barrera idiomática que le impide comunicarse y entender lo que necesita para acceder a la salud.

En febrero de 2023 tenía DASE, que caducó en agosto de 2023. Al no poder aportar empadronamiento y documento identificativo, se quedó sin asistencia sanitaria.

TESTIMONIO 2

Hombre de 56 años de origen extracomunitario con complicaciones derivadas de su salud mental y con un tumor en la cabeza. Tras un brote psicótico pierde toda la documentación relacionada con su situación administrativa. Tiene NIE. Interpone la denuncia correspondiente para declarar que ha perdido dicha documentación. Solicita en una entidad de la Red acompañamiento para conseguir una nueva tarjeta sanitaria en un Centro de Salud en la ciudad de Madrid. Allí, la administrativa no quiere tramitar la tarjeta

sanitaria porque dice que no se fía del titular de derecho. Se le enseña la denuncia de pérdida y fotocopia de su NIE y acaba tramitando la tarjeta sanitaria con reservas. Explica que debe volver allí en un mes para recibir la tarjeta. Cuando acude, no se la quieren dar porque no tiene la tarjeta física de su NIE.

Periodo de estancia de 90 días

El marco normativo actual establece un periodo de 90 días para personas extranjeras en estancia temporal antes de que puedan acceder plenamente a la asistencia sanitaria. Este periodo crea disparidades en el acceso a la salud, ya que las Comunidades Autónomas interpretan de forma diferente el acceso durante estos primeros tres meses de presencia en el país. Como resultado, en la Comunidad de Madrid hay personas en situación vulnerable, incluyendo mujeres embarazadas y menores de edad, que quedan especialmente expuestos al no tener un acceso continuo y equitativo a la atención médica.

La única forma de que estas personas puedan acceder a la asistencia sanitaria antes de que finalice el citado periodo de carencia es obtener un informe favorable de los servicios sociales autonómicos, que justifique la necesidad de esta asistencia. Sin embargo, la Comunidad de Madrid aplica el RDL 7/2018 de manera restrictiva, haciendo que no se valore y no se emita este informe, lo que deja a muchas personas en un estado de desprotección.

Dificultades específicas para mujeres embarazadas y menores migrantes

En 2023, La Consejería de Sanidad de la comunidad autónoma de Madrid emitió la Resolución 16/2023, la cual reconoce la atención inmediata por razones de salud pública para mujeres embarazadas y pacientes menores de edad. Pero Médicos del Mundo sigue registrando situaciones en las que mujeres embarazadas y menores de edad se han visto privados del acceso a la atención primaria por la falta de conocimiento de la Resolución 16/2023 o la negativa a aplicarla por parte del personal administrativo de los centros de salud.

TESTIMONIOS

Dina, de 25 años, procedente de una zona empobrecida del Perú, llegó a España huyendo de la violencia de su pareja. Con 36 semanas de embarazo y sin posibilidad de empadronarse, se le denegó la atención sanitaria en su primer intento de acceso, recibiendo además comentarios racistas. Desde Médicos del Mundo se gestionó el certificado de imposibilidad de empadronamiento y se realizó acompañamiento al centro de salud, donde finalmente obtuvo atención mediante el código transeúnte de salud pública. Actualmente, Dina cuenta con atención sanitaria y su parto ha sido atendido adecuadamente.

Mariana es una mujer colombiana de 35 años y está embarazada. Al no tener empadronamiento, acude al Centro de Salud Infanta Mercedes de Madrid para solicitar que fuera incluida en la atención sanitaria como Transeúnte Salud Pública, para poder hacer seguimiento a su embarazo. En la unidad de admisión, las tres administrativas que la atienden rechazan reiteradamente su solicitud, alegando que la normativa sobre atención a embarazadas ha cambiado y que ahora es necesario estar empadronada.

Mariana había sido vista en semanas previas en el Servicio de Urgencias del Hospital 12 de Octubre por dolor abdominal, donde la revisaron, le adjudicaron un CIPA como Transeúnte Salud Pública e indicaron que debía ser citada en su Centro de Salud. Este informe fue presentado en el centro de Salud, junto con el informe de no empadronamiento realizado por la trabajadora social, sin que fueran tenidos en cuenta.

Finalmente, y gracias al acompañamiento de Médicos del Mundo, Mariana logra el acceso al sistema.

Niño de 11 años con un tumor cerebral está siendo tratado en un Hospital de la Comunidad de Madrid. Según la normativa actual, el niño debe ser atendido sin coste alguno en la sanidad pública debido a la Resolución 16/2023 que establece que cualquier mujer embarazada o menor de edad tiene derecho a la asistencia sanitaria sin cargo a fondos públicos. Al ser atendido por una trabajadora social del hospital, ésta increpó a los padres diciéndoles: "han venido a que les paguemos la sanidad entre todos los españoles, vuelvan a su país".

Son personas con alta vulnerabilidad social. Se encuentran viviendo en un Centro de emergencia temporal.

LAS UNIDADES DE TRAMITACIÓN ÚNICA COMO UNA DISCRIMINACIÓN ADICIONAL

En noviembre de 2021, el Gobierno de la Comunidad de Madrid estableció siete Unidades de Tramitación especializada para la gestión del acceso sanitario de personas extranjeras en situación irregular, distribuidas por las diferentes áreas asistenciales de la Comunidad de Madrid.

Estas unidades tienen como objetivo centralizar la entrega de la documentación necesaria para que estos colectivos puedan acceder al sistema sanitario público, y ofrecer atención adaptada (multilingüe, con trabajadores sociales, etc.).

Sin embargo, después de cuatro años de puesta en funcionamiento de estas Unidades de Tramitación, desde Médicos del Mundo Madrid podemos afirmar que resultan una nueva barrera administrativa y logística en la aplicación del Derecho a la Salud:

1. Las UTs han deslocalizado la gestión de los centros de salud de los barrios y municipios rompiendo el principio básico de atención primaria y comunitaria.
2. Para solicitar cita en las UTE se requiere una estancia mínima de tres meses en España, que puede demorarse meses, extendiendo el tiempo sin acceso a la salud. La espera para citas nunca ha sido menor de dos meses, llegando a tres meses recientemente. Esto puede alargar el proceso de acceso al sistema de salud hasta nueve meses.
3. Dentro de las UTs, los criterios utilizados para analizar las solicitudes son opacos y carecen de transparencia. Esta falta de claridad facilita la aparición de abusos administrativos que, además, resultan prácticamente imposibles de recurrir ya que muchas decisiones no quedan registradas por escrito. Los equipos de MdM no han podido acceder a las UTs, ni acompañar a las personas durante el proceso de tramitación, lo que refuerza aún más la falta de transparencia y control sobre lo que allí sucede. Las prácticas concretas del personal técnico o de las trabajadoras sociales encargadas de examinar la documentación también son susceptibles de sesgos discriminatorios, aplicando criterios que exceden sus competencias. Por ejemplo, se han documentado casos en los que se rechazan solicitudes por "fin sanitario" sin contar con formación o cualificación médica, lo que evidencia la arbitrariedad del proceso y la ausencia de garantías para las personas solicitantes.
4. Las Unidades de Tramitación constituyen una herramienta de desigualdad, dado que solamente son las personas migrantes quienes deben acudir a ellas para gestionar el trámite del acceso sanitario y al hacerlo se arriesgan a ser identificadas por su situación administrativa irregular.

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 **61 casos de barreras físicas**.

La mayoría de las barreras físicas identificadas durante este año están relacionadas con la dificultad en el transporte para acceder a los Centros Sanitarios de referencia.

Las personas con las que trabajamos desde Médicos del Mundo son personas en situación de mucha vulnerabilidad, física y económica, que no suelen tener apenas recursos, lo que dificulta que puedan usar algún tipo de transporte público para el desplazamiento.

Además, como hemos nombrado a lo largo del informe, debido al problema de vivienda actual que tiene la Comunidad Autónoma de Madrid, resulta cada vez más difícil el empadronamiento, requisito que indica el Centro de Salud de zona que te corresponde. En Madrid se añade además la circunstancia de que las personas migrantes tienen que desplazarse hasta las Unidades de Tramitación Especial para solicitar el reconocimiento de su derecho a la atención sanitaria. Estas UTEs se encuentran situadas en zona centro, a excepción de una en la zona sur (ver cuadro temático de la siguiente página).

También existen muchas personas que están en situación de sinhogarismo que pernoctan en distintos lugares de la Comunidad de Madrid en función de las plazas de albergues o recursos disponibles. El desplazamiento para acudir al centro de salud donde se encuentra su médico o médica de familia resulta imposible económicamente en la mayoría de las ocasiones.



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 **688 casos de barreras económicas**.

Las barreras económicas constituyen uno de los principales obstáculos para que muchas personas puedan acceder de manera efectiva al derecho a la protección de la salud. En la Comunidad de Madrid, los datos recopilados por Médicos del Mundo evidencian la persistencia de obstáculos financieros que limitan el acceso equitativo a los servicios sanitarios, afectando especialmente a personas en situación de vulnerabilidad social.

En los datos que tenemos de la Comunidad de Madrid es relevante el número de personas que acuden a Médicos del Mundo con hojas de facturaciones. Esta facturación en urgencias supone una de las principales barreras económicas con la que se encuentran las personas con las que trabajamos. Además, la emisión de factura genera un impacto negativo en la salud de personas en situación administrativa irregular, creando un efecto disuasorio en la persona afectada y su entorno, desistiendo a solicitar nuevamente atención médica por miedo a los costes.

Sin embargo, la mayor barrera económica documentada se corresponde con la falta de acceso a medicamentos de personas con bajos recursos económicos.

Esta situación afecta de manera particular a quienes padecen enfermedades crónicas o problemas de salud mental, para quienes la adherencia terapéutica es esencial. Así, durante el periodo en el que las personas se encuentran a la espera de ser reconocidas por el sistema sanitario público, no pueden acceder al seguimiento médico necesario ni obtener las recetas que les permitirían mantener su tratamiento. En consecuencia, la interrupción o suspensión del tratamiento agrava el curso de las enfermedades, incrementa la probabilidad de comorbilidades y repercute negativamente en la salud mental, generando un círculo de vulnerabilidad y exclusión sanitaria.

Cabe destacar que estas dificultades no afectan únicamente a personas migrantes o en situación administrativa irregular sin tarjeta sanitaria, sino que también se observan en titulares del sistema público de salud que, debido al desempleo, a la precariedad laboral o a condiciones de pobreza económica, no pueden costear la compra de medicación crónica. Este fenómeno afecta tanto a población migrante como a ciudadanía española, reflejando una brecha económica y social creciente en el acceso equitativo a la salud.

En este contexto, el trabajo de Médicos del Mundo en Madrid pone el foco en la problemática de la pobreza farmacéutica de aquellas personas con acceso formal al sistema sanitario pero que no pueden afrontar el coste de los medicamentos prescritos. Desde la organización se trabaja no solo para facilitar el acceso directo a los tratamientos en casos de urgencia o vulnerabilidad, sino también para documentar y visibilizar las barreras estructurales que perpetúan la exclusión sanitaria.

TESTIMONIO

José Luís tiene 35 años y es de origen colombiano. Hace 4 meses que llegó a España y tiene antecedentes de epilepsia. Vino con medicación de su país de origen, pero se le ha terminado y lleva un mes sin los antiepilépticos. No ha podido empadronarse porque la persona que le alquila un cuarto en una casa no quiere hacerlo. Ha ido al centro de salud y le han negado la asistencia sin el empadronamiento. Necesita receta para comprar la medicación y no le han dado cita con el médico de cabecera

No tener acceso a esta medicación pone en riesgo su vida.

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 **1.909 casos de barreras informativas**.

Existe una falta generalizada de información entre la población migrante sobre sus derechos sanitarios en la Comunidad de Madrid. Esto es debido a la falta de información accesible y comprensible por parte de las instituciones públicas.

Cuáles son los derechos, cómo se accede al sistema sanitario o cual es la documentación necesaria para ello, son algunas de las dudas principales que no se resuelven fácilmente para las personas que no hablan el idioma, que no conocen el entorno o que acaban de llegar al territorio procedentes de culturas y países diferentes.

Ante este desconocimiento, los mostradores de administración en centros de salud, que deberían ser puntos de información clave, lejos de resolver las dudas, contribuyen a alimentar la desinformación, no clarificando debidamente cómo acceder a los servicios del Sistema Nacional de Salud o, en muchos casos, aportando información incorrecta.

Estas trabas se manifiestan de distinta manera en función de la vulnerabilidad de la persona. En Madrid hemos constatado dificultades distintas si la persona iba acompañada por parte del equipo de Médicos del Mundo o si iba sola. Además, en ocasiones las informaciones son contradictorias según la persona que las ofrezca o el centro de salud al que se acuda. También hemos detectado dificultades en la comprensión de la normativa por parte de las personas que deberían controlarla para garantizar su cumplimiento como, por ejemplo, solicitar documentación no necesaria para la tramitación de la tarjeta o procedimientos no necesarios para las personas que sí tienen garantizado el acceso.

TESTIMONIO

Hombre de 55 años de origen extracomunitario en situación administrativa irregular en España cuando tiene que ser atendido e intervenido quirúrgicamente de urgencia.

Cuando ingresa en urgencias y tiene que ser intervenido ya lleva en España más de 90 días y cuenta con empadronamiento, por lo que tenía derecho a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos. Desde que ha llegado a España, nunca se le ha informado de que tiene derecho a la asistencia sanitaria, sino más bien le han informado de lo contrario, motivo por el cual nunca había solicitado el DASE.

Mientras se encuentra hospitalizado, ni el personal del centro, ni la trabajadora social del hospital le informan sobre esta posibilidad, tampoco de que la asistencia sanitaria le va a ser facturada con posterioridad. No es hasta su salida del hospital cuando puede tramitar el DASE, consiguiendo cita para dos meses después. Finalmente le es concedido pues cumplía los requisitos para ello.

Posteriormente ha recibido la factura por las asistencias sanitarias recibidas desde su ingreso hospitalario hasta que le fue concedido el DASE, incluidas aquellas que recibió desde que solicitó cita para la UT hasta que le fue concedida la misma.

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 **178 casos de barreras culturales**.

La atención que ofrecemos principalmente en el acceso al sistema sanitario público de salud es a personas de origen migrante que llegan al territorio español desde sus países de origen con un sistema sanitario diferente, con normas y patrones culturales completamente extraños a los nuestros.

Muchas de estas barreras culturales se vinculan con la falta de acceso a información adaptada y comprensible. Con falta de mediación intercultural que realice el puente entre la persona y el sistema sanitario público de salud.

También ocurre con la desconfianza que tienen muchas personas que provienen de lugares donde la precariedad de la sanidad pública provoca que tengan un concepto muy devaluado de la misma, haciendo que las personas titulares de derecho no entiendan el funcionamiento de nuestra atención primaria, atención especializada o atención en urgencias.

Nos resulta especialmente relevante poder ampliar la atención hacia una intervención con mirada antropológica que respete y acompañe a las personas con origen sociocultural diferente al del estado español.

TESTIMONIO

Rachid tiene 46 años y es de origen marroquí. Actualmente reside en un albergue de la Comunidad de Madrid después de haber pasado aproximadamente 6 meses en situación de sinhogarismo. Lleva en territorio español un año y medio y no tiene tarjeta sanitaria. Cuando ha tenido algún problema de salud ha acudido al Centro de Salud del distrito donde se encontraba trasnochando y siempre le han dicho en la Unidad Administrativa que no tiene derecho a la salud. Con un taller que realizamos sobre Educación para la Salud es informado que tiene derecho a la asistencia gratuita. Hasta entonces, nadie le había dado ninguna información al respecto.



CUADRO RESUMEN DE TODAS LAS BARRERAS DOCUMENTADAS

PORCENTAJES DETECCIÓN BARRERAS ACCESO SEGÚN GÉNERO

BARRERAS DISCRIMINATORIAS	Hombre cis +Hombre Trans	Mujer cis +Mujer Trans	TOTAL
01. Reagrupación familiar	0,3	0,3	0,6
02. Falta de empadronamiento	8,2	10,8	19
03. Falta de documentación identificativa	0,6	0,6	1,2
04. Imposibilidad acreditar periodo estancia superior a 3 meses	4	5,7	9,7
05. Menores a quienes se deniega la atención sanitaria	1,5	1,3	2,8
06. Embarazadas a quienes se deniega la atención sanitaria		1,1	1,1
07. Solicitantes asilo con barreras de acceso administrativas	0,9	0,8	1,7
08. Retraso en el trámite administrativo de la tarjeta sanitaria	1,3	2,9	4,2
09. Imposibilidad de cita con Trabajo Social	1,2	0,8	2
10. Imposibilidad acreditar no exportación asistencia sanitaria	0,1	0,2	0,3
11. Imposibilidad acreditar no terceros obligados al pago	0,1		0,1
12. Actitudes racistas en los centros sanitarios	1,1	0,8	1,9
13. Otras barreras discriminatorias	1,3	1,8	3,1
BARRERAS FÍSICAS	Hombre cis +Hombre Trans	Mujer cis +Mujer Trans	TOTAL
14. Horarios inadecuados	0,1	0,1	0,2
15. Dificultades en el transporte	0,5	0,3	0,8
16. Horarios inadecuados	0,1	0,1	0,2

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

6. CONCLUSIONES

Una vez analizadas todas las barreras con las que nos hemos encontrado este año en el trabajo de MDM en la Comunidad de Madrid, queda evidenciada la dificultad que existe para acceder a la atención sanitaria pública en España y en concreto en la Comunidad de Madrid. No se puede hablar de Sanidad Universal ni de Derecho a la Salud para todas las personas.

Mediante este informe, queda evidenciado que las personas con más vulnerabilidad social y económica son las que más dificultades tienen para acceder al sistema sanitario público de salud, encontrándose con barreras de diferente índole que niegan y vulneran su derecho a la salud.

Tras la recogida de las casuísticas propias de la Comunidad de Madrid en el acceso al sistema sanitario público, se puede afirmar una clara vocación excluyente por parte de las instituciones de esta Comunidad Autónoma con la creación por ejemplo de las Unidades de Tramitación Únicas, o la solicitud del empadronamiento de manera obligatoria. Estas actuaciones niegan la asistencia sanitaria a las personas en situación de mayor vulnerabilidad social.

Además, la universalidad del sistema sanitario no puede ser solamente tener un documento que de acceso, sino que es importante prestar atención a otra serie de barreras que impiden que las personas puedan hacer efectivo dicho acceso, como son, por ejemplo, las facturaciones en urgencias, la falta de mediadoras interculturales en los centros sanitarios o la dificultad económica para poder costearse a la medicación pautada.

Por todo lo anterior, urge que desde las distintas administraciones públicas se adopten todas las medidas necesarias para reducir de forma gradual el impacto que estas barreras tienen en el acceso a la atención sanitaria de las poblaciones vulnerabilizadas.



7. RECOMENDACIONES

Una de las prioridades que EAPN Madrid ha definido en su agenda de trabajo se centra en contribuir a la eliminación de las barreras de acceso a la asistencia sanitaria. Para lograrlo, ha

solicitado a todos los partidos políticos que se comprometan para garantizar la universalidad del acceso a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos, con las siguientes propuestas:

1. A la Consejería de Salud del Gobierno de la Comunidad Autónoma de Madrid y a la Asamblea de la Comunidad Autónoma de Madrid

- Revertir las medidas regresivas adoptadas por la Comunidad de Madrid en los últimos años y que han supuesto una vulneración en el acceso al derecho a la salud de la población migrante:
 - No emitiendo las facturas sanitarias a las personas que acuden a los centros sanitarios y paralizando los expedientes iniciados.
 - Cerrando las Unidades de Tramitación especializada para volver a realizar la gestión de acceso al sistema público de salud desde los centros de salud, evitando las esperas y la segregación.
 - Dejando de utilizar el empadronamiento como requisito de acceso al sistema público de salud, e informando debidamente que las profesionales de trabajo social de los centros sanitarios pueden emitir informes para probar la residencia, facilitando la cita con ellas a las personas que la necesiten.
 - Aplicando de manera real y efectiva de la Resolución 16/2023 de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, que reconoce el derecho a la asistencia sanitaria a menores, mujeres embarazadas, y enfermedades de declaración obligatoria.
 - Dotando de Tarjeta Sanitaria individual a toda la población, independientemente de su situación administrativa, garantizando que las personas migrantes y refugiadas sean consideradas ciudadanas de pleno derecho para acceder al sistema público de salud.
- Formación a profesionales de los centros de salud, incidiendo especialmente en los equipos de administración, sobre asistencia sanitaria universal desde un enfoque de Derechos Humanos.
- Promoción de campañas de información sobre acceso al sistema público de salud dirigida a la población migrante.
- Promoción y refuerzo del servicio de teletraducción, especialmente para su conocimiento y utilización entre la población atendida.
- Establecimiento de cauces de diálogo y reconocimiento de las entidades sociales por parte de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, para abordar las barreras de acceso al sistema público de salud.

Asimismo, solicitamos al Gobierno de España y al Congreso de los Diputados:

- Aprobar el ***Proyecto de Ley de sanidad universal***, actualmente en trámite, que recupere la redacción del artículo 3 de la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud previa a 2012 y **reconozca la titularidad del derecho a la atención sanitaria a todas las personas que viven de forma efectiva en España**, independientemente de su situación administrativa. **Asegurar en todo caso la atención con cargo a fondos públicos a menores de edad, mujeres embarazadas y atención en urgencias.**
- **Modificar la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios para asegurar el acceso a la prestación farmacéutica de personas en situación de vulnerabilidad social.** Particularmente en el caso de las personas migrantes en situación administrativa irregular y personas reagrupadas debe tenerse en cuenta su situación socioeconómica a la hora de poder equipararles a los supuestos de exención de aportación de la prestación farmacéutica.
- **Reforzar la Oficina de Asilo y Refugio con medios suficientes para poner fin a los retrasos en el sistema de citas.**

9. BIBLIOGRAFÍA

- Constitución Española (BOE núm. 311, de 29 de diciembre de 1978).
- Declaración Universal de los Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas (Resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1942).
- Ley 12/2001 de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (BOE núm 55, de 5 de marzo de 2002).
- Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad (BOE núm. 102, de 29 de abril de 1986).
- Médicos del Mundo (2019). *Derribando el muro de la exclusión sanitaria*.
- Médicos del mundo (2023). *Informe de barreras de acceso: Exclusión sociosanitaria en la Comunidad de Madrid*.
- Ministerio de Derechos Sociales. Consumo y Agenda 2030 (2024). *Estrategia de Desarrollo Sostenible 2030*.
- Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones (2024). *Autorización de residencia temporal por circunstancias excepcionales por razones humanitarias*.
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2008). *El Derecho a la Salud*.
- Morris, J. (1961). Medicina Social. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 51 (4).
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 16 de diciembre de 1966).
- Real Decreto-ley 7/2018 de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud (BOE núm 183, de 30 de julio de 2018).
- Resolución de 29 de abril de 2020, de la Subsecretaría, por la que se publica la resolución de 17 de febrero de 2020, de la presidencia del Instituto Nacional de Estadística y de la Dirección General de Cooperación Autonómica y Local, por la que se dictan instrucciones técnicas a los Ayuntamientos sobre la Gestión del Padrón Municipal (BOE núm. 122, de 2 de mayo de 2020).
- Wilkinson, R. y Marmot, M. (2003). Los Determinantes Sociales de la Salud. Los hechos probados. *Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud*.



**SIN SALUD,
LA VIDA SE DETIENE**