

Impulsado por



Cofinanciado por



Informe de barreras al Sistema Nacional de Salud en poblaciones vulnerabilizadas





**Realizado por Médicos del Mundo en el marco del proyecto ACCESIBLE:
"Proyecto integral para la mejora del acceso universal al sistema sanitario",
iniciativa financiada por la Secretaría de Estado para la Agenda 2030.**

Fotografías: Ignacio Marín y Médicos del Mundo - Andalucía.

Diseño y maquetación: Alberto Sernández

Introducción	4
Metodología	6
El derecho a la salud y las barreras de acceso	
El derecho a la salud en el marco internacional de derechos humanos	8
Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud. Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España, 2010.	9
La accesibilidad al sistema sanitario y sus barreras	10
Las barreras de acceso al Sistema Nacional de Salud	
1. Barreras discriminatorias	12
a. Imposibilidad de acreditar la residencia efectiva	14
b. Imposibilidad de acreditar otros requisitos administrativos	16
c. Falta de protección a las situaciones de especial vulnerabilidad	18
d. La burocratización del derecho de acceso al sistema sanitario	20
2. Barreras físicas	23
3. Barreras económicas	25
4. Barreras informativas	26
a. Falta de información adecuada desde el Sistema Nacional de Salud	26
b. Barreras lingüísticas	27
5. Barreras culturales	28
Conclusiones	30
Recomendaciones	31
Anexo	32
Bibliografía	33

INTRODUCCIÓN

Médicos del Mundo trabaja desde hace 30 años para garantizar el derecho a la salud de todas las personas. Apostando por una cobertura sanitaria universal que ofrezca a todas las personas 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 realiza intervenciones directas con las poblaciones más vulnerabilizadas orientadas a superar las barreras de acceso que están presentes en el Sistema Nacional de Salud, a través de itinerarios individualizados y adaptados a cada territorio y que suponen incorporar una sinergia de intervenciones de trabajo social, mediación intercultural y atención sanitaria. Una actividad central de estos procesos es la de proporcionar información y formación sobre el acceso a la cobertura sanitaria según las circunstancias individuales y la normativa autonómica vigente, así como sobre el uso del sistema nacional de salud. Otra actividad esencial es el acompañamiento a hospitales y centros de salud y las acciones de mediación intercultural en dicho medio.

Durante estas tres décadas de experiencia de trabajo directo, Médicos del Mundo ha podido constatar que las barreras de acceso al sistema nacional de salud afectan de forma desproporcionada a aquellos grupos de población más vulnerabilizados por los ejes de desigualdad de clase social, raza, género o edad, y que estas repercuten gravemente en su salud.





Desde la entrada en vigor del Real Decreto Ley 16/2012, las barreras administrativas han sido aquellas más evidentes e insalvables, afectando principalmente a población migrante en situación administrativa irregular y personas ascendientes reagrupadas. El Real Decreto Ley 7/2018 sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud solucionó algunos de los problemas generados por la normativa anterior, sin embargo, ha mostrado múltiples debilidades como la disparidad territorial entre CCAA que ofrece distintos grados de cobertura y exige distintos requisitos de entrada al Sistema Nacional de Salud. Tampoco asegura la asistencia sanitaria a menores de edad, mujeres embarazadas y otros grupos de población especialmente vulnerables, o la atención en urgencias.

Pero no solo las barreras administrativas generan graves problemas en el acceso efectivo a la asistencia sanitaria, existen múltiples barreras físicas, lingüísticas, culturales y de información más invisibilizadas y de las que Médicos del Mundo tiene constancia y recoge en su trabajo diario.

La “Estrategia de desarrollo sostenible 2030” identifica como una meta: “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 a través de la Ley de medidas para mejorar la equidad, la universalización y cohesión del SNS.”

En este marco nace **ACCESIBLE: “Proyecto integral para la mejora del acceso universal al sistema sanitario”** iniciativa financiada por la Secretaría de Estado para la Agenda 2030. Médicos del Mundo quiere contribuir a “Estrategia de desarrollo sostenible 2030” visibilizando las barreras de acceso al sistema público de salud y generando propuestas de mejora para reorientar y alinear políticas públicas a la meta de lograr la cobertura sanitaria universal.

El presente informe identifica las barreras de acceso al sistema nacional de salud durante el periodo comprendido entre el 15 de marzo y el 15 de noviembre de 2022 en 16 comunidades autónomas: Andalucía, Aragón, Islas Baleares, Canarias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Comunidad de Madrid, Comunidad Foral de Navarra, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, País Vasco, Principado de Asturias y la Ciudad Autónoma de Melilla.

Para su elaboración se han utilizado técnicas **cuantitativas** (cuestionario de barreras) y **cualitativas** (recogida de testimonios).

El cuestionario de barreras se ha realizado a personas que participan en alguno de los programas ¹ de Médicos del Mundo durante la intervención realizada en los 8 meses de recogida de información.

Dicho cuestionario recoge 19 barreras de acceso al sistema nacional de salud distribuidas en 5 categorías: 1) discriminatorias; 2) físicas; 3) económicas; 4) informativas; y 5) culturales. Además, también se recogieron datos sociodemográficos relativos a la edad, país de nacimiento, situación administrativa y tarjeta sanitaria en vigor de las personas que señalaron tener alguna barrera de acceso.

Perfil sociodemográfico de las personas con barreras de acceso al SNS

En total, 7.074 personas han manifestado haber experimentado algún tipo de barrera de acceso al sistema nacional de salud durante los 8 meses de recogida de información. De éstas, el 56,2% son mujeres y el 47,8% hombres.

Identidad de género		
Mujer CIS	55,3%	56,2%
Mujer Trans	0,9%	
Hombre CIS	43,7%	43,8%
Hombre Trans	0,1%	

La mayor parte de las personas con las que Médicos del Mundo interviene en alguno de sus programas y que han manifestado experimentar alguna barrera de acceso al sistema nacional de salud tienen su origen en América Latina.

Región de origen	
África Norte	25%
África Subsahariana	10%
Europa Occidental	5%
Europa del Este	11%
América del Sur	43%
Centro América	6%

¹ Programa de Migraciones, Programa de Personas sin Hogar, Programa de Personas en situación de Prostitución y Programa de Personas Usuarias de Drogas

En relación con la edad llama la atención que el 12% sean menores de edad.

Menor de edad	12%	De 45 a 49	8%
De 18 a 24	13%	De 50 a 54	5%
De 25 a 29	13%	De 55 a 59	4%
De 30 a 34	14%	De 60 a 64	2%
De 35 a 39	13%	65 y más	5%
De 40 a 44	11%		

El 52% de las personas que han manifestado haber experimentado algún tipo de acceso al SNS están en situación administrativa irregular.

Situación administrativa de las personas con barreras de acceso según género			
	Total	Mujeres	Hombres
Nacionalidad española	8%	52%	48%
Ciudadanía comunitaria	5%	62%	38%
Residencia por protección	14%	48%	52%
Permiso de residencia y/o trabajo	13%	63%	37%
Vísado de turista o estudiante	9%	71%	29%
Situación administrativa irregular	52%	54%	46%

Además, el 51% de las personas que forman parte de este informe no cuentan con tarjeta sanitaria en vigor.

Tarjeta sanitaria de las personas con barreras de acceso según género			
	Total	Mujeres	Hombres
SÍ	41%	52%	48%
NO	51%	59%	41%
EN TRÁMITE	3%	50%	50%
NS / NC	5%	68%	32%

En el plano cualitativo se han recogido los testimonios de 10 personas con barreras de acceso al sistema nacional de salud de diferente tipología de barreras.

El análisis se ha realizado a partir de la información de las 7.074 personas que han manifestado experimentar barreras de acceso al sistema nacional de salud en la intervención con Médicos del Mundo, no queriendo señalar que la información recogida pueda por ello generalizarse.



El derecho a la salud en el marco internacional de derechos humanos

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* ².

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* ³.

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 ⁴. 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 ⁵.

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 ⁶.

² 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>

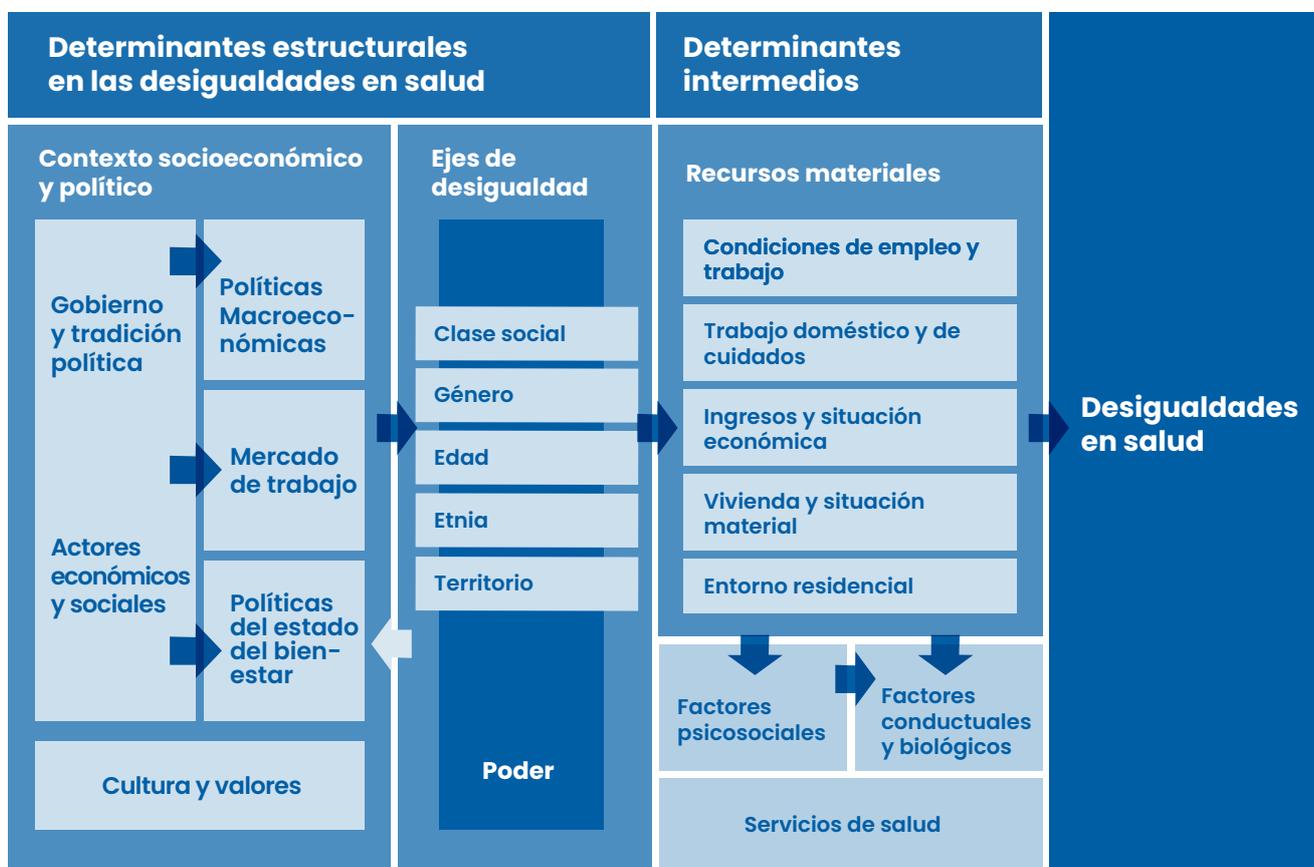
³ Declaración Universal de los Derechos Humanos, artículo 25. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

⁴ 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>

⁵ 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

⁶ 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/publisher,CESCR,GENERAL,,47ebcc492,0.html>

Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud. Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España, 2010.



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.

La accesibilidad al sistema sanitario y sus barreras

El sistema sanitario es en sí mismo un determinante social de la salud, que además cuenta con la capacidad de modificar el impacto que sobre la salud tienen otros determinantes (Hirmas Aday M, Poffald Angulo L, Jasmen Sepúlveda AM, Aguilera Sanhuesa X, Delgado Becerra I, Vega Morales J.: 2013). De este modo, garantizar que todas las personas puedan acceder a una atención sanitaria adecuada a sus necesidades constituye un factor esencial para hacer efectivo el derecho a la salud.

Según el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas (2000), la accesibilidad al sistema sanitario no se reduce a un mero acceso físico o a un reconocimiento legal, sino que engloba cuatro dimensiones superpuestas:

- **No discriminación:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles para toda la población, particularmente para los sectores más vulnerables y marginalizados. Para ello, los estados deben garantizar, tanto en la legislación como en la práctica, que todas las personas pueden acceder en condiciones de igualdad a la atención sanitaria ⁷.
- **Accesibilidad física:** los servicios médicos deben ser accesibles, tanto desde un punto de vista geográfico (es decir, que se encuentren a una distancia razonable de todas las personas, en especial de las pertenecientes a grupos vulnerables, incluyendo zonas urbanas y rurales), como desde un punto de vista de adaptabilidad de estos servicios a las personas con discapacidades.
- **Accesibilidad económica (asequibilidad):** el acceso a los servicios de salud no puede estar condicionado a la capacidad económica de las personas y familias. Por el contrario, debe responder al principio de equidad, de tal suerte que los hogares más pobres no tengan que soportar un gasto en salud desproporcionado.
- **Acceso a la información:** comprende el derecho a solicitar, recibir y difundir información sobre cuestiones relacionadas con la salud, siempre respetando el derecho a que los datos sobre salud sean tratados de forma confidencial. Esta dimensión de la accesibilidad se relaciona a su vez de forma muy estrecha con el elemento de aceptabilidad del derecho a la salud, pues para que una persona pueda adoptar decisiones informadas sobre su salud, esta información debe recibirse de forma comprensible y adaptada al marco cultural de la persona en cuestión.

La existencia de obstáculos que impidan o dificulten la efectividad de estas cuatro dimensiones constituyen **barreras de acceso al sistema sanitario** que imposibilitan o limitan el disfrute del derecho a la salud ⁸. Como se ha mencionado anteriormente, los estados parte del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas tienen la obligación de avanzar de forma

⁷ La Observación General N°14 del Comité de Derechos Económicos, Culturales y Sociales de Naciones Unidas establece en su punto 18 que el *Pacto prohíbe toda discriminación en lo referente al acceso a la atención de la salud y los factores determinantes básicos de la salud, así como a los medios y derechos para conseguirlo, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o posición social, situación económica, lugar de nacimiento, impedimentos físicos o mentales, estado de salud (incluidos el VIH/SIDA), orientación sexual y situación política, social o de otra índole que tengan por objeto o por resultado la invalidación o el menoscabo de la igualdad de goce o el ejercicio del derecho a la salud.*

⁸ Las barreras de acceso pueden darse respecto de otros determinantes sociales de la salud, no únicamente con relación al sistema sanitario, con un impacto igualmente negativo a la hora de limitar la efectividad del derecho a la salud. Así, la ausencia de acceso a agua o condiciones básicas de higiene, a una alimentación adecuada, una vivienda y trabajo dignos, también constituyen barreras de acceso al derecho a la salud. El presente informe, sin embargo, se centra exclusivamente en aquellas barreras de acceso al sistema sanitario, por ser estas las que abordamos de forma más específica en nuestro trabajo diario en Médicos del Mundo.

constante hacia la plena realización del derecho a la salud ⁹. Asimismo, tal y como señala el Comité, existen unos mínimos que los estados deben garantizar de forma inmediata, entre los que se encuentra la obligación de **garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial por lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados** ¹⁰. Por consiguiente, los estados no sólo tienen el deber de no generar barreras de acceso al sistema sanitario, sino que deben actuar proactivamente hacia la eliminación de las barreras existentes. La inacción a este respecto es contraria a las obligaciones adquiridas en el marco del derecho internacional y constituye por tanto una **vulneración del derecho a la salud**.



⁹ Conforme establece la Observación General N°14 en los puntos 30 a 37, la obligación de avanzar de forma constante hacia la plena realización del derecho a la salud impone a su vez tres tipos de obligaciones a los estados: **la obligación de respetar** el derecho a la salud, absteniéndose de denegar o limitar el acceso a los servicios de salud a todas las personas en condiciones de igualdad; **la obligación de proteger**, adoptando leyes y otras medidas que garanticen dicho acceso a todas las personas; y la obligación de cumplir con el derecho a la salud, adoptando políticas nacionales y planes de salud y facilitando el ejercicio del derecho a individuos y comunidades, particularmente a aquellos que no pueden hacerlo con los medios a su disposición.

¹⁰ Observación General N°14. Punto 43 a)

Médicos del Mundo tiene presencia en 14 comunidades autónomas además de la Ciudad Autónoma de Melilla ¹¹. Desde la intervención con personas socialmente vulnerabilizadas se tiene conocimiento de primera mano sobre las barreras que se encuentran para acceder al sistema de salud y sus consecuencias. De este modo, y siguiendo la lógica de las dimensiones de la accesibilidad, podemos identificar los siguientes grupos de barreras en nuestro sistema sanitario público.

1. Barreras discriminatorias

Entendemos por barreras discriminatorias aquellos requisitos legales o administrativos que dificultan 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 **7075 barreras** de este tipo.

Garantizar un acceso no discriminatorio a los bienes y servicios de salud exige en primer lugar que los estados reconozcan el derecho a la atención sanitaria en igualdad de condiciones a todas las personas que se encuentran bajo su jurisdicción. En el caso del Estado español este reconocimiento ha estado sometido a múltiples vaivenes durante la última década dando lugar con ello a una regulación confusa del derecho a la atención sanitaria cuya principal y más grave consecuencia ha sido generar una serie de **barreras discriminatorias de carácter administrativo** que afectan de forma particular a algunos de los colectivos más vulnerabilizados dificultando o impidiendo su acceso a la atención sanitaria.

Hasta el año 2012, toda persona extranjera empadronada en un municipio español – independientemente de si su situación administrativa era regular o irregular – tenía derecho a la atención sanitaria en las mismas condiciones que una persona de nacionalidad española. Del mismo modo, se reconocía el derecho a la atención a las personas extranjeras que se encontraran en España – sin necesidad de empadronamiento – en tres supuestos: 1) la atención al embarazo, parto y posparto; 2) la atención a menores de edad; y 3) la atención de urgencia por enfermedades graves o accidentes hasta el alta médica ¹². Se trataba por tanto de un sistema basado en una doble lógica: por un lado, conforme a las obligaciones internacionales mencionadas en el apartado anterior, se vinculaba el derecho a la atención sanitaria al hecho de vivir en España – aún cuando el requisito del empadronamiento, como posteriormente veremos constituye una importante barrera de acceso; por otro lado, se identificaban una serie de supuestos cuya especial vulnerabilidad exigía que, siempre y en todo caso, las personas en estas situaciones recibieran atención sanitaria.

¹¹ Andalucía, Aragón, Asturias, Illes Balears, Canarias, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Catalunya, Comunitat Valenciana, Euskadi, Extremadura, Galicia, Madrid, Navarra y la Ciudad Autónoma de Melilla.

¹² Así lo recogía la Ley orgánica 4/2000 sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social que en la redacción originaria del artículo 12 hasta su modificación en 2012.

Esta lógica se rompió de forma abrupta el 20 de abril de 2012 cuando el entonces gobierno del Partido Popular aprobó el Real Decreto-Ley 16/2012. Dicha norma supeditaba el acceso a la atención sanitaria al hecho de cotizar en la Seguridad Social – creando las figuras de persona asegurada y beneficiaria –, imponiendo con ello la exclusión sanitaria de miles de personas que vivían en nuestro país. De la noche a la mañana, las personas migrantes en situación administrativa irregular, al no poder tener un contrato de trabajo en la economía formal y así poder cotizar a la Seguridad Social, fueron expulsadas del sistema, desapareciendo sus expedientes de las bases de datos, impidiendo con ello dar seguimiento a sus casos y provocando la interrupción de tratamientos. También quedaron excluidas, a pesar de estar en situación administrativa regular, las personas mayores que llegaban a España fruto de un proceso de reagrupación familiar, pues la nueva legislación les negaba la posibilidad de ser beneficiarias de sus hijas e hijos. Aunque se mantuvo la protección especial a menores, embarazadas y la atención en urgencias – ampliada posteriormente a personas solicitantes de asilo y víctimas de trata en periodo de restablecimiento y reflexión – la regresión en relación al derecho a la salud fue de tal magnitud que tuvo un impacto desmedido sobre las personas excluidas, profundizando la situación de inequidad sanitaria ¹³.

Marcela tiene 36 años, es de una zona en conflicto de Colombia, de donde huye para venir a Galicia. Desde hace años tiene VIH, por lo que al llegar a España acude al centro de salud a tramitar su tarjeta sanitaria, para poder continuar con su tratamiento antirretroviral (que le permite estar sana y hacer vida normal). Sin embargo, una vez allí la administrativa le dice que ella no tiene derecho a asistencia “ con su actitud despótica me sentía atacada, maltratada. Yo estoy aquí por necesidad, no por gusto”. Ahora tiene una tarjeta sanitaria para 3 meses y está intentando conseguir una cita para tramitar el NIE y además solicitar asilo internacional.

Esta regulación ha sido nuevamente modificada tras la aprobación del Real Decreto-Ley 7/2018 *sobre acceso universal al Sistema Nacional de Salud* que, si bien ha supuesto una mejora respecto a su predecesor, no ha puesto fin a la exclusión sanitaria. Así, esta normativa reconoce el derecho a la atención sanitaria de las personas migrantes en situación administrativa irregular, pero, lejos de retomar la lógica previa a 2012, supedita este derecho a una serie de requisitos administrativos de difícil cumplimiento. Esta circunstancia, unida a otras carencias – como no reconocer el derecho a la atención sanitaria de las personas reagrupadas ni garantizar la atención a situaciones de especial vulnerabilidad (embarazadas, menores y urgencias) – ha dado lugar a que persistan importantes barreras que a continuación analizaremos en detalle.

¹³ De acuerdo con un estudio de la Universitat Pompeu Fabra acreditó que como consecuencia del RDL 16/2012, la mortalidad en España entre las personas extranjeras sin permiso de residencia aumentó un 15%. Juanmartí Mestres, Arnau, López Casasnovas, Guillem, Vall Castelló, Judith The deadly effects of losing health insurance. Universitat Pompeu Fabra y Centre de Reserca Economia i Salut. Febrero 2018.

<https://www.upf.edu/documents/3329791/0/CRESWP201802104.pdf/5d15cc11-7ed5-bef6-e9e7-aa53a30005e9>

1. a) Imposibilidad de acreditar la residencia efectiva

El reconocimiento del derecho a la atención sanitaria de las personas migrantes en situación administrativa irregular está supeditado a la prueba de que estas personas viven de forma efectiva en España. Si bien el requisito de la residencia efectiva es razonable y coherente con el marco internacional de derechos humanos al que antes hacíamos referencia, el problema surge a la hora de determinar cómo se prueba dicha residencia. Aquí nos encontramos con dos importantes barreras que se encuentran vinculadas entre sí:

La exigencia de llevar tres meses viviendo en España

En la práctica totalidad de las CCAA, las personas migrantes en situación administrativa irregular deben demostrar que llevan en España un mínimo de 90 días para poder conseguir un documento acreditativo (tarjeta sanitaria o similar) que les otorgue acceso a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos. Esta exigencia carece de una base legal clara – el texto del RDL 7/2018 es particularmente confuso al respecto ¹⁴– y se sustenta más bien en la práctica adquirida por muchas comunidades autónomas de exigir que las personas llevaran tres meses en su territorio antes de concederles un acceso más amplio al sistema sanitario que el que otorgaba el RDL 16/2012, y que ha sido definitivamente incorporada por el Ministerio de Sanidad en las Recomendaciones enviadas a las CCAA sobre cómo aplicar el RDL 7/2018 ¹⁵.

Esta exigencia parte de la presunción de que toda persona que lleve menos de tres meses en territorio nacional es una turista – pues esta es la duración habitual del visado de turismo – y por tanto el sistema sanitario debe protegerse frente al potencial abuso que pueda realizar del mismo. El argumento del “turismo sanitario” que sirvió como sostén a la implantación del RDL 16/2012, ha sido rebatido en múltiples ocasiones por falaz, pues confunde interesadamente dos perfiles de

¹⁴ El artículo 3 ter de la Ley 16/2003 en su redacción actual establece en su apartado 3 como preceptiva la emisión de un *informe previo favorable de los servicios sociales competentes de las comunidades autónomas para aquellos casos en que las personas extranjeras se encuentren en situación de estancia temporal de acuerdo con lo previsto en la Ley Orgánica 4/2000*. Esta es una redacción confusa, pues la situación de estancia, tal y como se regula en el Capítulo II de la LOEX 4/2000 es una estancia autorizada por un periodo de 90 días, algo incompatible con la situación administrativa irregular. Sin embargo, al incluir esta previsión en el artículo 3 ter – que es el que regula el derecho de acceso a la atención de las personas extranjeras sin residencia autorizada – da pie a interpretaciones restrictivas que extienden dicha exigencia de 90 días a todas las personas migrantes en situación administrativa irregular.

En todo caso, es preciso señalar que la diferenciación entre personas migrantes en situación administrativa irregular y personas extranjeras en situación de estancia temporal a la hora de exigir este requisito supone desconocer cómo funcionan las dinámicas migratorias en España. Así, la vía de entrada de la mayoría de las personas que viven en España en situación administrativa irregular es a través de los aeropuertos y, por tanto, lo hacen inicialmente de forma autorizada, encontrándose primero en situación de estancia temporal, para permanecer después en España del tiempo autorizado por su visado, que con frecuencia son tres meses. Este requisito de temporalidad es por tanto discriminatorio – supone un trato diferenciado en función de la vía de entrada al territorio – y contrario al objetivo de proteger la salud individual y colectiva de la población, pues implica dejar sin asistencia sanitaria efectiva durante meses a personas que de facto están viviendo en España.

¹⁵ La exclusión sanitaria impuesta por el RDL 16/2012 llevó a muchas comunidades autónomas a aprobar medidas legales y administrativas dirigidas a contrarrestar la grave situación de desatención que esta norma generaba entre la población migrante en situación administrativa irregular. Estas medidas, si bien otorgaban un cierto acceso a la atención sanitaria a muchas personas excluidas, supeditaba este acceso a un requisito que hasta entonces no figuraba en ningún texto legal: la exigencia de demostrar que la persona llevaba al menos tres meses en territorio español. Tras la aprobación del RDL 7/2018 el Ministerio recogió esta exigencia en un documento de Recomendaciones para el procedimiento de solicitud, registro y expedición del documento certificativo que acredita a las personas extranjeras que encontrándose en España no tengan residencia legal en territorio español, para recibir asistencia sanitaria. Este documento resulta cuanto menos conflictivo pues, por un lado, al tratarse de unas meras “recomendaciones” carecen de carácter vinculante para las comunidades autónomas, mientras que por otro lado al incluir de forma expresa el requisito de los tres meses va más allá del contenido de la ley exigiendo requisitos más gravosos que los establecidos en la norma con rango legal, algo que resulta contrario a derecho. (ver Resolución del 20 de junio de 2019 de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/docs/Recomen_proc_personas_extranjeras.pdf)

personas bien distintas – la persona migrante en situación administrativa irregular y el turista (Gimeno, Luis Andrés: 2021). El problema del turismo sanitario, como ya fue evidenciado por el Tribunal de Cuentas en su día, radica en una mala gestión del cobro por parte de la administración española a los países de origen de las personas turistas atendidas ¹⁶. Los convenios internacionales y la comprobación de seguros privados en el caso de personas con ciudadanía de terceros países de la UE, y los procedimientos de seguridad social y de sanidad transfronteriza en el caso de personas con ciudadanía comunitaria de las que se encarga el INSS ya contemplan mecanismos para hacer los cobros necesarios a los países de origen.

Este requisito de temporalidad no aporta una mayor protección al SNS frente abusos, sino que desprotege a las personas en situación de mayor vulnerabilidad. Así lo ha podido constatar Médicos del Mundo en al menos **1415 casos** documentados. Estas situaciones incluyen tanto los casos de personas que todavía no llevaban en España 90 días, como los de aquellas personas que aun cuando llevan viviendo en nuestro país más de tres meses – en algunos casos incluso años – no tienen medios para demostrar esta estancia.

El empadronamiento como único medio de prueba

Precisamente, en muchas ocasiones, aun cuando la persona ha cumplido el tiempo mínimo de estancia que exigen las administraciones autonómicas para entender que reside de forma efectiva en España, la barrera surge a la hora de probar el cumplimiento de este requisito. Y es que son muchas las comunidades autónomas donde la inscripción en el padrón municipal es el único medio de prueba admitido ¹⁷.

El empadronamiento es sin duda la prueba más fehaciente que una persona puede aportar para acreditar que vive en un determinado sitio, y tal y como mencionamos antes, era el criterio utilizado hasta 2012 para reconocer el derecho a la atención sanitaria a todas las personas extranjeras. Sin embargo, considerarla como única prueba admisible abre la puerta a la exclusión, pues para una persona migrante en situación administrativa irregular el acceso al padrón no siempre resulta sencillo.

Para poder empadronarse es preciso contar con el pasaporte en vigor, así como demostrar que se tiene un domicilio físico en el municipio en cuestión. No son pocos los casos de personas migrantes que no pueden aportar documentación (bien por haberla perdido a lo largo del proceso migratorio o porque esta haya caducado). Médicos del Mundo ha documentado **688 casos** de personas que no han podido presentar documentación identificativa por estos motivos. La prueba del domicilio tampoco es fácil para aquellas personas con alquileres informales, que habitan infraviviendas o para personas sin hogar. A pesar de que la Ley de Bases de Régimen Local establece que el registro en el padrón municipal es un derecho y un deber de todas las personas, la realidad es muy distinta y varía en función de la localidad. Así, por ejemplo, en determinados municipios de Huelva o Almería existen serias dificultades para reconocer los asentamientos de trabajadoras temporeras como domicilio. Más aún, en la Ciudad Autónoma de Melilla se excluye directamente del acceso al padrón a las personas en situación administrativa irregular ¹⁸.

¹⁶ Informe del Tribunal de Cuentas de fiscalización de la gestión de las prestaciones de asistencia sanitaria derivadas de la aplicación de los reglamentos comunitarios y convenios internacionales de la seguridad social, de 29 de marzo de 2012. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2013-3242

¹⁷ Desde Médicos del Mundo tenemos constancia que esto es así al menos en Canarias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Comunidad de Madrid, Comunidad Foral de Navarra, Comunitat Valenciana y Extremadura.

¹⁸ Recientemente el Tribunal Supremo ha anulado por discriminatoria la exigencia de visado para que los menores que viven en Melilla puedan empadronarse, señalando que el padrón “no es un instrumento para controlar las estancias irregulares” STS 1591/2022 de la Sala de lo contencioso. 25 de abril de 2022. <https://www.poderjudicial.es/search/openDocument/94c12bde6f5af76b>

A pesar de que el Ministerio en su documento de recomendaciones a las CCAA no limita el padrón como único medio de prueba, sino que en ausencia de este también acepta otra serie de documentos oficiales emitidos por cualquier Administración del Estado (carta de viaje expedida por el consulado, inscripciones en colegios, registro de visitas a servicios sociales, etc.)¹⁹, en la práctica esto no ocurre así en todas las comunidades autónomas, e incluso en ocasiones varía a nivel provincial.

De este modo, desde Médicos del Mundo hemos documentado **2488 casos** de personas que no han podido empadronarse y como consecuencia, se les niega el derecho a la atención sanitaria.

1. b) Imposibilidad de acreditar otros requisitos administrativos

Al contrario de lo que ocurría hasta 2012, la legislación actual no vincula el derecho a la atención sanitaria únicamente a que la persona viva de forma efectiva en España, sino que introduce una serie de requisitos administrativos adicionales cuyo cumplimiento resulta particularmente difícil para muchas personas.

No exportación del derecho

El RDL 7/2018 condiciona el reconocimiento al derecho a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos de las personas migrantes en situación administrativa irregular a que estas no puedan *exportar el derecho de cobertura sanitaria desde su país de origen o procedencia*, esto es a que la atención recibida en España no pueda ser cubierta con cargo a su país de origen. Este requisito, que únicamente es exigible a las personas de nacionalidad comunitaria, así como de aquellos países que tienen firmado un convenio bilateral en materia de Seguridad Social con España (Andorra y Chile), se debe demostrar aportando un documento oficial denominado “certificado de no exportación del derecho a la asistencia sanitaria” que deben emitir las autoridades del país de origen.

Sin embargo, la obtención de este certificado no siempre es sencilla. En algunos casos las embajadas o consulados no lo emiten sin que quede claro el procedimiento para obtenerlo, lo que provoca que muchas personas se encuentren atrapadas en un laberinto burocrático sin salida. En otras ocasiones la emisión del certificado conlleva el pago de una tasa que para personas de bajos recursos resulta inasumible. Sólo en los nueve meses que abarca este informe Médicos del Mundo ha atendido a **164 personas**, la mayoría procedentes de Europa del este, a quienes han denegado su derecho a la atención sanitaria por no poder proporcionar este documento.

No tener la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía y no existencia de un tercero obligado al pago

El RDL 7/2018 contempla otros dos requisitos para que las personas extranjeras puedan acceder a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos. Estos requisitos son *no tener la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía en virtud de lo dispuesto en el derecho de la Unión Europea, los convenios bilaterales y demás normativa aplicable y no existir un tercero obligado al pago*. Estos requisitos se vinculan esencialmente con aquellas situaciones en las que la legislación actual exige a la persona, para autorizar su estancia en España, que cuente con un seguro médico – público o privado. En total Médicos del Mundo hemos documentado **114 casos** relacionados con esta exigencia.

¹⁹ Resolución del 20 de junio de 2019 de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia.

Desde la experiencia de Médicos del Mundo, hay dos colectivos particularmente vulnerables ante estos requisitos. En primer lugar las **personas extranjeras que vienen a España a cursar estudios**. La actual legislación de extranjería exige, para la tramitación del visado o la autorización de estancia por estudios, que las personas cuenten *con seguro público o un seguro privado de enfermedad concertado con una Entidad aseguradora autorizada para operar en España* ²⁰. Estos seguros suelen cubrir las necesidades básicas de atención sanitaria, pero no responden ante enfermedades graves que requieren atención especializada y prolongada, por lo que estas personas se encuentran ante una situación de emergencia vital sin tener cobertura sanitaria, e incapaces de asumir el alto coste que supondría la facturación por parte del SNS.

En segundo lugar, las personas mayores, cuyas hijas e hijos llevan años viviendo y trabajando en España, y que llegan a nuestro país a través de un proceso de **reagrupación familiar**. La legislación que regula la reagrupación exige a estas personas contar con un seguro de enfermedad ²¹. Al tratarse de personas de edad avanzada y débil estado de salud – muchas de ellas padecen diversas enfermedades crónicas – suscribir un seguro se convierte habitualmente en un obstáculo insalvable, pues la mayoría de las compañías aseguradoras les niegan esta posibilidad al considerarlas poco rentables. Incluso en aquellos casos en los que consiguen una póliza, esta es de carácter básico, válida a efectos de conseguir la autorización de reagrupación, pero que una vez en España no cubre sus necesidades médicas, mucho menos el acceso a medicamentos. Ante esta circunstancia la única alternativa que ofrece actualmente el sistema público es la suscripción de un convenio especial que tiene un coste anual de 1884 euros – de nuevo sin incluir prestación farmacéutica – una cantidad a todas luces inasumible para personas de bajos recursos.

Jorge (nombre ficticio) tiene 68 años y es de Venezuela; él y su mujer llegaron a Canarias en 2019 reagrupados por su hijo, nacionalizado español. Cuando fueron a su centro de salud a tramitar su tarjeta sanitaria, les enviaron al INSS, que rechaza su solicitud de reconocimiento de derecho a la asistencia sanitaria como ascendentes reagrupados, indicando que es su hijo quien debe correr con sus gastos, “nos lo negaron porque, según me explicó la trabajadora social del hospital, lamentablemente estamos en el grupo de perjudicados, todos los mayores de la reagrupación familiar no entramos en los beneficios de la seguridad social”.

A los dos años de su llegada tuvo un infarto. Tras la atención de urgencia, en el centro de salud, el traslado en ambulancia al hospital y 4 días de ingreso, para tratamiento le llega a casa una factura de 22.000€, “¿de dónde saco yo este dinero?”. Actualmente continúan sin acceso a la salud. Se empadronaron en su nuevo barrio y solicitaron cita con trabajo social del centro de salud, pero no había citas disponibles “lo que tengo es como miedo, ya tanto rechazo como me han dado, que necesito ayuda y acompañamiento”. Además del tratamiento crónico de Jorge, su mujer es diabética. “Mi mujer no se puede costear el material para medirse el azúcar, son carísimas”.

²⁰ Real Decreto 557/2011 de 20 de abril, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. artículo 38.1

²¹ La reagrupación familiar se regula en el Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero para aquellos casos en los que la persona reagrupante tenga nacionalidad española o comunitaria, y en su artículo 7.1 exige que la persona reagrupada cuente con “un seguro de enfermedad que cubra todos los riesgos en España”. Es relevante tener en cuenta que este Real Decreto es la fórmula utilizada para transponer al ordenamiento jurídico español la *Directiva 2004/38/CE del parlamento europeo y del consejo de 29 de abril de 2004 que establece y regula el derecho de los ciudadanos de la Unión y de los miembros de sus familias a circular y residir libremente en el territorio de los Estados miembros*. Dicha Directiva no incluye en ningún momento la exigencia de seguro médico como un requisito para autorizar la reagrupación familiar, por lo que la inclusión de este requisito en el RD 240/2007, y además limitado exclusivamente a las personas reagrupadas ascendentes resulta absolutamente excluyente y discriminatorio. Cuando la persona reagrupante es por el contrario de nacionalidad extracomunitaria, la reagrupación se regula en el Reglamento de la ley de extranjería (Real Decreto 557/2011), que exige en su artículo 54 que la persona reagrupante acredite contar con medios económicos suficientes para cubrir las necesidades de su familia *incluyendo la asistencia sanitaria en el supuesto de no estar cubierta por la Seguridad Social*.

Como ya hemos señalado anteriormente estas personas fueron excluidas del sistema sanitario por la normativa de 2012 al negárseles la posibilidad de ser beneficiarias de sus hijas e hijos. Esta exclusión fue impugnada de forma individual ante los tribunales por muchas personas, y más de 100 sentencias les dieron la razón y reconocieron su derecho a la tarjeta sanitaria. Sin embargo, esta puerta se cerró cuando en mayo de 2019 el Tribunal Supremo dictó una sentencia que denegaba el derecho a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos de las personas reagrupadas, precisamente argumentando que estas tienen la obligación de “acreditar la cobertura sanitaria por otra vía”²².

Desde entonces, estas personas se encuentran en una situación de absoluta exclusión sanitaria. Ejemplo de ello son los **87 casos** documentados por Médicos del Mundo para este informe²³.

1. c) Falta de protección a las situaciones de especial vulnerabilidad

Como hemos mencionado anteriormente, la legislación previa a 2012 reconocía el derecho a la atención sanitaria a toda persona extranjera que se encontrara en España – sin exigir su residencia efectiva – en tres supuestos: menores de edad, mujeres embarazadas y la atención de urgencia. La especial protección de estas situaciones – contemplada en diversos instrumentos internacionales de derechos humanos²⁴ – se justificaba por tratarse de circunstancias de tal vulnerabilidad que en ningún caso debían quedar desatendidas. Tal era el consenso en torno a esta necesidad de protección que ni siquiera el RDL 16/2012, al que ya nos referimos anteriormente, se atrevió a modificarla, y mantuvo esas tres situaciones – posteriormente ampliadas por vía reglamentaria a solicitantes de asilo y víctimas de trata en periodo de restablecimiento y reflexión – como las únicas excepciones a la exclusión sanitaria de las personas migrantes en situación administrativa irregular.

A pesar de ello, el RDL 7/2018 omitió toda referencia a estas excepciones, abriendo con ello la puerta a interpretaciones restrictivas por parte de las administraciones autonómicas e incluso de los propios centros sanitarios. De este modo, negar la atención a menores de edad o mujeres embarazadas que no puedan acreditar los requisitos administrativos analizados en los epígrafes anteriores se ha convertido en una práctica habitual. Además, en determinadas comunidades autónomas como Madrid o Galicia esta denegación se produce de forma sistemática.

Sólo entre enero y septiembre de 2022, Médicos del Mundo ha tenido constancia de **243 casos de menores de edad** a quienes se les ha denegado la atención sanitaria, algunos casos tan graves como los de cuatro menores de edad enfermos de leucemia a quienes la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid ha negado repetidamente el derecho a recibir tratamiento. En el caso de **mujeres embarazadas**, Médicos del Mundo ha documentado **112 casos** de desatención, la mayoría debido a que las mujeres no podían aportar prueba de llevar al menos 90 días en España.

Eli (nombre ficticio) es del sur de Perú, tiene 27 años y llegó a Canarias embarazada de 24 semanas, con su marido, porque no tenían trabajo y además tiene una enfermedad grave que supone un riesgo para su embarazo. Cuando acude al centro de salud que le corresponde según su empadronamiento, la administrativa le indica que tiene que pagar por la atención y le recomienda acudir a una consulta privada. Finalmente, por mediación de Médicos del Mundo, consiguió su tarjeta sanitaria y sus citas con matrona, ginecología y su médico de cabecera. Ya está de 30 semanas y le preocupa que sea tarde si detectan algo malo.

²² STS 36472019 de la Sala de lo Social

²³ Actualmente está en trámite ante el Congreso de los Diputados el *Proyecto de Ley de medidas para la cohesión, universalidad y calidad del SNS*. El texto, en su redacción actual, da por fin solución a la exclusión de este colectivo al reconocer su derecho a la atención sanitaria y desvincular los procesos de reagrupación familiar de la necesidad de aportar seguro médico.

²⁴ Artículos 2 y 24.2 de Convención sobre los Derechos del Niño de Naciones Unidas y artículo 12 del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas

La exigencia de tres meses para acceder a la atención sanitaria, cuya injusticia e ineficacia ya hemos analizado anteriormente, cobra, en el caso de las mujeres embarazadas, una mayor gravedad si cabe. Así, desde Médicos del Mundo hemos tenido que acompañar a mujeres en avanzado estado de gestación (7 e incluso 8 meses) a las que la administración niega su derecho a ser atendidas con cargo a fondos públicos. Algo similar ocurre con el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo, pues conforme a la legislación española esta debe tener lugar dentro de las primeras 14 semanas, por lo que exigir tres meses de permanencia en España puede suponer en muchos casos la imposibilidad de ejercitar este derecho, abocando a estas mujeres bien a un embarazo no deseado o a la realización de un aborto clandestino en condiciones de riesgo ²⁵.

En cuanto a las **urgencias**, Médicos del Mundo ha constatado al menos **166 facturaciones o firmas de compromiso de pago**. Estas prácticas no sólo tienen un impacto sobre la salud de las personas que – ante la firma de un compromiso de pago que no pueden costear – optan por no recibir atención, sino que a su vez generan un efecto disuasorio entre la población migrante. Así, son muchas las personas que, teniendo algún familiar o conocido al que han facturado, ante un problema médico deciden no buscar atención por miedo a que esta les pueda suponer un coste inasumible.

Mauricio (nombre ficticio), de 54 años, llegó a Madrid desde Perú en mayo de 2021. En septiembre de ese mismo año consigue cita en extranjería donde manifiesta su voluntad de solicitar protección internacional. Sin embargo, no es hasta febrero de 2022 que consigue la tarjeta blanca que le reconoce como solicitante de asilo. A pesar de que este estatus conlleva el derecho a la atención sanitaria, para poder hacerlo efectivo en la Comunidad de Madrid necesita gestionar su autorización ante la Unidad de Tramitación correspondiente. La UT le cita en mayo de 2022, pero aún debe esperar hasta agosto de ese año para que le reconozcan su derecho a acceder al sistema sanitario. Por si esto fuera poco, tras este periplo burocrático que le ha mantenido durante 15 meses en situación de exclusión sanitaria, únicamente le quedan dos meses de vigencia de la tarjeta blanca, por lo que transcurridos los mismos volverá a quedarse sin derecho.

²⁵ Actualmente se encuentra en trámite ante el Congreso de los diputados el *Proyecto de Ley Orgánica por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*. De acuerdo con el texto actual del Proyecto de Ley, se reconocería el derecho al acceso a la interrupción voluntaria del embarazo a las mujeres en situación administrativa irregular.

1. d) La burocratización del derecho de acceso al sistema sanitario

Son muchas las ocasiones en las que las personas no sólo deben sortear las barreras previstas en la ley, sino que a su vez deben confrontar otra serie de obstáculos derivados de dificultades burocráticas que – incluso cuando la persona cumple con los requisitos legales – dilatan el reconocimiento del derecho y con ello el acceso a la atención sanitaria, aun cuando esta pueda resultar inaplazable. A este respecto podemos destacar tres casuísticas por ser particularmente recurrentes:

Solicitantes de asilo

Las personas solicitantes de asilo son consideradas por la normativa sanitaria un colectivo especialmente vulnerable al que se reconoce el derecho a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos ²⁶. Sin embargo, la práctica no siempre se corresponde con lo previsto en la ley.

En primer lugar, el sistema de asilo español lleva años colapsado, provocando retrasos de meses, incluso años en las citas tanto para la primera entrevista como para la renovación. De este modo, muchas personas no pueden ver reconocido su estatus de solicitante de asilo, e incluso aquellas personas que tenían reconocido dicho estatus ven como su tarjeta de solicitante caduca irremisiblemente sin que puedan hacer nada. Como consecuencia de esta demora son muchas las personas que no pueden ejercer el derecho a la atención sanitaria que les reconoce la ley ²⁷. En este sentido, resulta inadmisibles que una carencia de medios, responsabilidad de la administración pública, derive en la imposibilidad de hacer efectivo el derecho a la protección de la salud de aquellas personas que han cumplido de forma diligente en forma y tiempo con su solicitud de protección internacional ²⁸.

Pero no acaban aquí las dificultades, pues en muchas ocasiones, aun cuando las personas consiguen acceder al sistema y solicitar protección internacional, todavía deben sortear barreras adicionales. Así, por ejemplo, a pesar de que la normativa vincula su derecho a la atención sanitaria a su condición de solicitantes de asilo, son habituales los casos en los que desde el sistema sanitario se les exigen otros requisitos como estar empadronadas o acreditar que llevan en España al menos tres meses, o realizar nuevos trámites burocráticos que retrasan semanas o incluso meses el reconocimiento de un derecho que debería ser automático. De este modo, Médicos del Mundo tenemos constancia de al menos **389 casos** de personas solicitantes de asilo que no han podido acceder a la atención sanitaria.

²⁶ Así lo reconoce el Real Decreto 1192/2012 en su Disposición adicional cuarta, que a día de hoy permanece en vigor a pesar de la aprobación del RDL 7/2018.

²⁷ La Ley 12/2009, de 30 de octubre, reguladora del derecho de asilo y de la protección subsidiaria, determina en el artículo 16.2 que *“Para su ejercicio, los solicitantes de protección internacional tendrán derecho a asistencia sanitaria y a asistencia jurídica gratuita, que se extenderá a la formalización de la solicitud y a toda la tramitación del procedimiento”*. Y que este procedimiento *“se inicia con la presentación de la solicitud, que deberá efectuarse mediante comparecencia personal de los interesados que soliciten protección en los lugares que reglamentariamente se establezcan”*.

Por tanto y conforme a lo establecido en la ley, el mero hecho de manifestar la voluntad de solicitar protección internacional constituye el hecho habilitante para la adquisición de los derechos reconocidos como solicitantes de asilo. Por ello es contrario a derecho hacer esperar a una cita para formalizar la solicitud, varios meses después de haber realizado la entrada a España, máxime cuando la normativa contempla que *“La comparecencia deberá realizarse sin demora y en todo caso en el plazo máximo de un mes desde la entrada en el territorio español”* *“El solicitante de asilo, presentada la solicitud, tiene entre otros, el siguiente derecho: a la atención sanitaria en las condiciones expuestas”*

²⁸ A modo de respuesta frente al colapso de la Oficina de Asilo, las personas pueden obtener en las comisarías de policía el documento de Manifestación de voluntad de presentar solicitud de asilo. Este documento acredita que la persona tiene intención de solicitar protección internacional y la protege frente a una posible deportación. Sin embargo, este resguardo – al que nuevamente cuesta acceder pues hay retrasos en la solicitud de citas para su obtención – no derecho a trabajar o a recibir atención sanitaria con cargo a fondos públicos.

Retrasos en la tramitación de las tarjetas sanitarias

Como hemos visto hasta ahora, el derecho a la atención sanitaria de muchas personas extranjeras que viven en España está condicionado a la prueba de que se cumplen un cúmulo de requisitos. De este modo, no basta con que las personas aporten la documentación que se les exige, sino que una vez recibida esta, se abre un proceso de comprobación por parte de la administración. En esencia estos procesos de verificación suponen dilatar aún más el periodo de espera hasta que una persona puede acceder de forma efectiva a la atención sanitaria ²⁹. Sólo en el periodo que abarca este informe tenemos constancia de al menos **222 casos** de este tipo.

La situación de la Comunidad de Madrid resulta paradigmática en este punto por haber llevado a tal extremo la burocratización del acceso al sistema sanitario que provoca una flagrante vulneración del derecho a la salud de las personas migrantes y solicitantes de asilo. El 10 de noviembre de 2021, la Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid creó siete centros de gestión administrativa, denominadas unidades de tramitación de la tarjeta sanitaria (UT), como únicos puntos en los que las personas solicitantes de asilo y migrantes en situación administrativa irregular pueden obtener el documento que les da derecho a recibir atención sanitaria. El hecho de que estas personas no puedan realizar dicho trámite en su centro de salud de referencia – como ocurre con cualquier otra ciudadana o ciudadano – sino que deban desplazarse para ejercer su derecho (en muchos casos como veremos más tarde largos trayectos), no sólo resulta discriminatorio, sino que rompe con los fundamentos de salud comunitaria (Ramasco Gutiérrez, M, Antón Nardiz, MV: 2011). A ello hay que añadir que, al constituirse estas unidades como puntos de confluencia de personas en situación administrativa irregular, existe un miedo comprensible a que en el entorno de los mismos puedan realizarse identificaciones policiales con fines de control migratorio.

Pero las dificultades no terminan aquí, sino que más bien empiezan, pues el funcionamiento de estas UT está diseñado para dilatar y dificultar el reconocimiento del derecho a la atención sanitaria de las personas. Así, no sólo se exige a la persona llevar tres meses en España antes de poder solicitar cita con estas unidades, sino que una vez solicitada estas citas se dan a varios meses vista, prolongando con ello el periodo que una persona permanece sin derecho a la atención sanitaria a pesar de cumplir los requisitos legales. Por si esto fuera poco, en el momento de redactarse este informe, sólo una de las siete UT está dando citas, por lo que los tiempos de espera son cada vez mayores. Una vez realizada la solicitud, aún debe esperarse a que esta se resuelva para poder acceder a la atención sanitaria. Estos plazos resultan aún más penosos en el caso de las personas solicitantes de asilo a las que antes nos referíamos, pues la tarjeta blanca que acredita a una persona como solicitante de asilo en trámite tiene una vigencia de 9 meses. En consecuencia, para cuando consiguen entrar en el sistema sanitario apenas queda tiempo de vigencia de esta tarjeta, de tal suerte que la caducidad del documento (responsabilidad como antes mencionamos del colapso del sistema de asilo) provoca a su vez la caducidad del derecho a acceder al sistema sanitario. Las consecuencias que tienen estas dilaciones en el acceso sobre la salud de las personas ha sido denunciado reiteradas veces por organizaciones y personal sanitario (Ryan Murua, Pablo: 2022).

²⁹ El Proyecto de Ley de medidas para la cohesión, universalidad y calidad del SNS, actualmente en trámite ante el Congreso de los diputados resuelve parcialmente esta situación al reconocer en su propuesta de artículo 3 bis.5 de la Ley 16/2003 que *en cualquier caso, la asistencia se prestará con cargo a los fondos públicos desde el momento de la presentación de la solicitud, sin menoscabo de que posteriormente, al resolverse el procedimiento administrativo, se deba gestionar el pago de la asistencia recibida por el usuario o por un tercero obligado al pago.*

Imposibilidad de cita con trabajo social

La Ley 16/2003 de cohesión y calidad del SNS establece que aquellas personas que se encuentren en situación de *estancia temporal* podrán acceder a la atención sanitaria cuando medie un *informe favorable de los servicios sociales competentes de las comunidades autónomas*. Es en virtud de esta previsión que las CCAA exigen tres meses de permanencia en suelo español a toda persona migrante para acceder a la atención sanitaria, independientemente de si la persona se encuentra en situación administrativa irregular o en situación de estancia ³⁰. En consecuencia, cualquier persona migrante que no lleve 90 días en España, únicamente podrá acceder a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos si consigue un informe favorable de servicios sociales que acredite que la persona tiene voluntad de vivir en España.

A pesar de que esta cláusula persigue, a priori, dar una alternativa que limite las situaciones de exclusión, en la práctica se ha demostrado inoperativa. Esto se debe por un lado al colapso generalizado que sufren tanto los servicios sociales como los servicios de trabajo social ³¹. Por otro lado, en muchas comunidades autónomas, resulta imposible solicitar cita con trabajo social si la persona no está empadronada. Tomando en consideración todos los casos a los que hemos hecho referencia de dificultad para empadronarse, es fácil comprender el círculo vicioso en el que se ven atrapadas muchas personas, pues requieren de informe social para acreditar su voluntad de permanencia en España, pero para acceder a la cita que permite obtener dicho informe deben contar previamente con la prueba que ya de por sí acredita su residencia.

Como consecuencia de esta situación se han documentado **438 casos** de personas que no han podido acceder al informe de trabajo social.



³⁰ Ver nota al pie 15

³¹ En el borrador inicial del documento de Recomendaciones enviado por el Ministerio a las CCAA (ver nota 16) se incluía la previsión de que este informe lo pudieran elaborar trabajadoras sociales de ONG, algo que habría servido para desbloquear esta vía y dotarla de efectividad. Sin embargo el documento final eliminaba esta previsión, algo que solamente cabe ser entendido desde la desconfianza de la administración hacia las organizaciones sociales.

2. Barreras físicas

Entendemos por barreras físicas aquellas situaciones en las que los centros sanitarios – centros de salud y hospitales – no son accesibles, bien por encontrarse a una distancia excesiva para que las personas que necesitan atención puedan llegar a ellos, o por contar con unos horarios de atención restringidos que imposibiliten a las personas acudir por encontrarse en horario laboral. En el periodo que abarca el presente informe se han documentado **1011 casos** de este tipo de barreras.

Las barreras físicas que desde Médicos del Mundo hemos detectado en nuestro trabajo con personas vulnerabilizadas afectan principalmente a personas que viven en zonas de asentamientos e infraviviendas fuera de los núcleos urbanos. La distancia a los centros de salud más cercanos y la falta de transporte adecuado para llegar a los mismos devienen obstáculos importantes para que las personas que allí viven puedan acceder a la atención sanitaria.

La situación en los asentamientos de trabajadores y trabajadoras de la huerta almeriense en la zona de Níjar constituye un claro ejemplo de esta situación. En el entorno de este municipio se calcula que hay aproximadamente entre 60 y 76 asentamientos en los que viven un total de entre 4.000 y 7.000 personas. En caso de requerir atención médica, los centros de salud no son accesibles como consecuencia de las largas distancias y falta de medios de transporte, pues no hay ninguna línea de autobús que conecte estas viviendas con los núcleos urbanos. Algunas personas tienen coche y otras bicicleta, pero no es el caso de la mayoría. La alternativa para estas últimas es pagar un “taxi pirata” lo que supone invertir sus pocos recursos en el transporte, o caminar largas distancias (en algunos asentamientos donde llegan a vivir unas 400 personas, el centro de salud más cercano se sitúa a 10 km, lo que supone unas dos horas a pie de ida y otras dos de vuelta). En el caso de otro asentamiento donde viven unas 500 personas, existe un consultorio auxiliar a unos 2 km de distancia, sin embargo únicamente abre lunes, miércoles y viernes en horario de 8:00 a 10:30, por lo que resulta incompatible con la jornada laboral, siendo la alternativa el centro de salud de referencia situado a 5 km de distancia. Aunque en los casos más graves sí es posible llamar a una ambulancia, se tiene constancia de ocasiones en las que esta no ha acudido.



A todo esto cabe añadir que las condiciones sociosanitarias son particularmente precarias, pues estos asentamientos, contruidos entre los invernaderos, constan de chabolas de madera o plástico edificadas directamente sobre tierra y que no protegen frente a la lluvia ni frente al abrasador calor en verano. Sin acceso al agua potable ni servicio de gestión de residuos es habitual ver en el entorno ratas, serpientes e insectos. Como consecuencia de estas condiciones y de la dureza del trabajo que estas personas desempeñan en los invernaderos – levantando grandes pesos, expuestas al sol y a productos químicos sin la debida protección – son habituales enfermedades osteomusculares, respiratorias, dermatológicas, cardiovasculares o problemas de salud mental.

Otra situación reseñable en relación con las barreras físicas se ha detectado en las Illes Balears – caso de Mallorca e Ibiza – donde existe una clara diferencia en el acceso entre las personas que viven en núcleos urbanos y rurales. Los servicios de transporte público en estos últimos son particularmente caros, tienen poca frecuencia y no siempre conectan los diferentes núcleos. De este modo, muchas de las personas con las que Médicos del Mundo interviene – trabajadoras en el sector agrícola o en el ámbito de los cuidados – refieren grandes dificultades para llegar al centro de salud más cercano. En ocasiones estos trayectos incluyen caminatas de 5-6 km hasta la parada de bus más próxima a lo que luego hay que añadir – cuando se trata de llegar al hospital de referencia – un viaje con transbordo, lo que eleva la duración total del desplazamiento a cerca de 3 horas. Como consecuencia, para muchas de estas personas acceder a la atención sanitaria implica renunciar a una jornada laboral completa, ya que no siempre es fácil negociar con sus empleadores poder tener un día libre.

Por último, también hemos documentado barreras de acceso físico en la Comunidad de Madrid como consecuencia de las unidades de tramitación ya mencionadas. Tal y como se explicó anteriormente, en toda la comunidad autónoma únicamente hay siete unidades a donde las personas migrantes en situación irregular deben acudir para poder tramitar la autorización que les permita acceder al sistema de salud. Esto implica que en ocasiones las personas deben realizar largos trayectos en transporte público (hemos documentado casos de personas que tienen que desplazarse hora y media hasta la UT que les han asignado), habitualmente en horario laboral, lo que supone una pérdida económica para personas que ya de por sí cuentan con pocos recursos.



3. 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 estos un gasto monetario que no pueden asumir. En el periodo que abarca el presente informe se han documentado **1417 casos** de esta tipología.

El Sistema Nacional de Salud del estado español se financia mediante contribuciones de todas las personas que viven en su territorio, a través de impuestos, tanto directos como indirectos. Esta circunstancia, unida a la gratuidad en el punto de uso, convierte al SNS en uno de los pilares fundamentales del Estado social de derecho. No obstante, y a pesar de esta lógica, no son pocas las personas para quienes acceder al sistema sanitario conlleva un gasto. Cuando estas personas se encuentran además en una situación de vulnerabilidad económica, este desembolso puede resultar inasumible hasta situarlas ante la decisión imposible de tener que elegir entre la salud u otras necesidades básicas como la alimentación, la vivienda, etc.

A lo largo de los epígrafes anteriores ya hemos hecho referencia a algunas de estas barreras económicas. Es el caso de las facturaciones por la atención en urgencias y su efecto disuasorio a la hora de solicitar atención sanitaria. También hemos visto cómo en muchas ocasiones de las barreras físicas se derivan barreras económicas, pues al coste del transporte se añade la pérdida de ingresos al tener que perder una jornada laboral. Menos evidentes son a veces las barreras económicas derivadas de los procesos administrativos, pues es habitual que para tramitar las diversas solicitudes se exija desde los mostradores de administración la presentación de toda la documentación fotocopiada. Este requisito, que en los tiempos actuales de digitalización podría resultar fácilmente evitable, supone para algunas personas un esfuerzo económico adicional.

Mención aparte requiere la **dificultad de acceder a medicamentos** por ser esta la principal barrera económica que nos encontramos. Al contrario que el acceso a la atención sanitaria, el acceso a medicamentos en nuestro sistema de salud se rige por una lógica de copago, de modo que el Estado sufraga una parte del coste mientras que la persona debe costear el porcentaje restante. Así las cosas, la legislación actual contempla en primer lugar un copago progresivo en función de la renta que va desde el 60% para rentas superiores a 100.000 euros anuales hasta un 10% para pensionistas, siendo el copago más habitual del 50% y 40% (en función de si la renta es superior o inferior a 18.000 euros anuales). Además, se prevé la exención del copago a una serie de supuestos basados en la especial vulnerabilidad de las personas ³².

Sin embargo, estas previsiones no aplican por igual a todas las personas que viven en España. En primer lugar, las personas extranjeras sin autorización de residencia, una vez consiguen el reconocimiento de su derecho a la atención sanitaria – superando todas las barreras analizadas hasta el momento en este informe – deberán aportar un 40% del coste de los medicamentos, sin que se contemple ningún tipo de exención en función de la vulnerabilidad económica. En el caso de las personas reagrupadas o aquellas con visa de estudios, la legislación no les reconoce en ningún caso el derecho a la prestación farmacéutica, y esta no está habitualmente cubierta por sus respectivos seguros médicos – ni se incluye

³² La Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios enumera estas situaciones en su artículo 102.8: Estarán exentos de aportación los usuarios y sus beneficiarios que pertenezcan a una de las siguientes categorías:

- a) Afectados de síndrome tóxico y personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa específica.
- b) Personas perceptoras de rentas de integración social.
- c) Personas perceptoras de pensiones no contributivas.
- d) Parados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo en tanto subsista su situación.
- e) Personas con tratamientos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional.
- f) Personas beneficiarias del ingreso mínimo vital.
- g) Personas menores de edad con un grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33 %.
- h) Personas perceptoras de la prestación económica de la Seguridad Social por hijo o menor a cargo en régimen de acogimiento familiar permanente o guarda con fines de adopción.
- i) Los pensionistas de la Seguridad Social, cuya renta anual sea inferior a 5.635 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, y los que, en el caso de no estar obligados a presentar dicha declaración, perciban una renta anual inferior a 11.200€.

como ya hemos referido en el convenio especial que pueden suscribir con el Estado. Algo similar ocurre con las personas que no pueden acreditar llevar en España más de tres meses. Todas estas personas, especialmente si se trata de personas mayores, pacientes crónicas o con enfermedades graves pueden verse abocadas a una situación de pobreza farmacéutica como consecuencia de gastos desproporcionados en relación a su capacidad adquisitiva que rompen con el principio de equidad.

Ali tiene 58 años y es original de Mali. Vivía en un asentamiento en Almería, en el campo donde trabajaba. Comenzó con una insuficiencia renal, que lo incapacitaba para trabajar, necesitando diálisis 3 días por semana; lo acogieron 6 compatriotas, con los que vive –en el sofá del salón de un cortijo, a 30km de su hospital de referencia. Su riñón empeoró y entró en lista de espera; finalmente recibió un trasplante renal, que su cuerpo rechazó en 2019. “Estoy muy cansado, tengo una enfermedad grave, una empresa no acepta que hoy puedas trabajar y mañana no. En casa. No hay ayudas, ni acceso a agua, ni comida, dependo de las ayudas de las ONG, Médicos del Mundo me paga la medicación desde hace 4 años. Gestionar una cita en el centro de salud, todo lo tienen que hacer por mí, problemas en la vista, lo que sea. No tengo dinero para coger el autobús para ir al centro de salud”. Continúa yendo a diálisis 3 días/semana al hospital, en ambulancia. No tiene crédito en el teléfono si necesita llamar a su médico, con la que no se entiende bien por el idioma.

4. 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. En el periodo que abarca el presente informe se han documentado **2024 casos** de esta tipología.

El acceso efectivo al sistema sanitario está condicionado en muchos casos por la falta de acceso a información adecuada sobre el derecho a la atención sanitaria y sus requisitos o sobre el propio funcionamiento del sistema. En otras ocasiones, el acceso también se ve obstaculizado por dificultades lingüísticas. De este modo podemos distinguir dos tipos de barreras informativas.

a) Falta de información adecuada desde el Sistema Nacional de Salud

El mostrador de administración en los centros de salud y hospitales constituye el principal punto informativo para acceder al sistema sanitario. Sin embargo, para muchas personas estos mostradores se convierten en el primer escollo. Como ya hemos visto, en la última década se han sucedido múltiples cambios normativos – RDL 16/2012, diversas normativas autonómicas que ampliaban el derecho restringido por dicha norma, RDL 7/2018 – que han ido modificando sucesivamente las condiciones de acceso al sistema sanitario de muchas personas, particularmente las personas extranjeras sin permiso de residencia. Como resultado se ha ido generando un auténtico maremágnum de requisitos administrativos sin que en ningún caso se haya proporcionado la debida formación al personal del sistema sanitario que les permita conocer y aplicar debidamente la normativa. El hecho de que el RDL 7/2018 no haya sido acompañado de un Reglamento que lo desarrolle, concretando el procedimiento que se ha de seguir para el reconocimiento del derecho a la atención sanitaria, añade un factor más de confusión. A pesar de que desde el Ministerio de Sanidad se ha intentado suplir esta falta de desarrollo reglamentario mediante un documento de recomendaciones a las CCAA, este carece de todo valor jurídico y es desconocido en muchos casos por el personal de administración de los centros de salud y hospitales ³³.

³³ Ver nota 16

Las principales perjudicadas de este desconocimiento son las personas extranjeras que acuden a los centros sanitarios a solicitar el reconocimiento de su derecho a la atención sanitaria y que reciben información errónea relativa a los requisitos o documentación que deben aportar y en muchos casos negativas injustificadas a tramitar su solicitud por considerar que no tienen derecho. Tal como se ha señalado la mayoría de esta desinformación tiene lugar en los mostradores de administración, sin embargo también se da con relativa asiduidad entre el personal de las unidades de trabajo social. Además, tras una década de exclusión sanitaria, seguimos observando comportamientos abiertamente xenófobos entre una parte – minoritaria eso sí – del personal administrativo. Estos comportamientos son posibles gracias a una legislación discriminatoria que sigue diferenciando entre personas de primera y segunda categoría, negando a estas últimas su plenitud de derechos.

En total, Médicos del Mundo hemos documentado **545 casos** de falta de información por parte del SNS. Sin embargo, es preciso señalar que, al igual que ocurre con otras barreras – como la facturación en urgencias – la desinformación provoca un efecto multiplicador en el entorno de la persona que la sufre, contribuyendo a que muchas más personas desistan de acudir a los centros sanitarios.

b) Barreras lingüísticas

La comunicación es esencial para acceder a la información y no comprender el idioma en el que se transmite dicha información es sin lugar a duda una barrera definitiva para muchas personas. La incapacidad de comunicarse afecta tanto al acceso a la información en los mostradores de administración – impidiendo de facto poder llevar a cabo los trámites para obtener el reconocimiento de su derecho – como a la hora de recibir la atención sanitaria al no poder explicar al personal sanitario los problemas o dolencias, ni comprender el diagnóstico que este proporciona.

La mayoría de las comunidades autónomas cuentan con servicios telemáticos de interpretación, sin embargo, la experiencia general es que estos no funcionan adecuadamente. En algunos casos esto se debe a que dichos servicios es preciso solicitarlos con antelación lo que limita su uso en los casos en los que la persona acude sin cita previa. En otros casos el servicio de interpretación es desconocido por la mayoría del personal o está solo disponible para personas trabajadoras facultativas pero no para las de administración. Además, debido al colapso generalizado de la atención primaria y a la presión que sufren muchas médicas y médicos para limitar el tiempo disponible por paciente, se renuncia en muchas ocasiones a utilizar este sistema por tedioso, en detrimento de una correcta atención.

Las principales necesidades de interpretación que hemos detectado se corresponden con personas provenientes del continente africano, siendo las lenguas más demandadas árabe, wolof, mandinga y bambara. En total Médicos del Mundo hemos documentado **1479 casos** de personas que se han encontrado con esta barrera.

Ahmed (nombre ficticio) es argelino, tiene 24 años y llegó a España en patera, hace 2 semanas. En situación administrativa irregular y sin poder trabajar formalmente, ha estado acogido por sus compatriotas en diferentes habitaciones, sin posibilidad de residir en un sitio fijo ni poder empadronarse. Llegó a Baleares con varias quemaduras profundas en los brazos, infectadas, sufridas durante su proceso migratorio. Intentó acudir en varias ocasiones a diversos centros de salud, acompañado de algún compatriota que hablara español, pero no fue atendido por la falta de empadronamiento. Además, se sintió discriminado por el personal sociosanitario y de seguridad que lo habían echado de los centros sin darle la posibilidad de explicar su situación. Siente que le han tratado como un delincuente. Una de las mediadoras del equipo de Médicos del Mundo lo acompañó al centro de salud que le correspondía, donde el personal manifestó que no lo habían atendido antes porque no lo entendían y él se había puesto muy nervioso. Recibió atención y se solicitó la mediación intercultural de su área de salud para facilitar la continuidad de cuidados.



5. Barreras culturales

Las barreras culturales no son barreras de accesibilidad propiamente dichas, sino que suponen un obstáculo a la dimensión de aceptabilidad del derecho a la salud que mencionábamos al comienzo de este informe. Sin embargo, cuando el sistema de salud no es culturalmente apropiado ni respetuoso con las necesidades específicas de los colectivos vulnerables, genera a su vez un efecto disuasorio entre estas personas que limita el acceso al mismo. Es por ello que consideramos relevante hacer una breve referencia a este tipo de barreras de las cuales hemos documentado **1034 casos** entre marzo y noviembre de este año.

En esencia podemos distinguir dos grandes tipologías de barreras culturales. En primer lugar, aquellas relacionadas con el desconocimiento que tienen las personas del funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Esto puede deberse bien a la propia idiosincrasia del colectivo – algo por ejemplo que ocurre con población romaní que vive en comunidades con poca relación con el exterior –, bien debido a los referentes que las personas tienen de los sistemas sanitarios de sus países de origen – caso de aquellos estados con sistemas sanitarios públicos precarios, donde la atención es habitualmente de pago de modo que se genera desconfianza hacia lo público, o países en los que al no existir un modelo de SNS se desconoce el rol de la atención primaria y la función que juegan los centros de salud frente a la atención hospitalaria.

En segundo lugar, están aquellas barreras culturales que se manifiestan en el momento de la atención como consecuencia de la falta en consideración de los marcos culturales y necesidades específicas de las personas atendidas. Existen multitud de ejemplos al respecto entre los casos que hemos documentado: mujeres musulmanas que quieren ser atendidas por una médica y no un médico, particularmente durante el periodo de Ramadán; mujeres africanas que refieren que su médico/a no tiene en cuenta la medicina tradicional de su país, o a quienes prescriben recurrentemente la necesidad de adelgazar, sin tener en consideración el concepto negativo que la delgadez tiene en determinados países de África; falta de elección respecto a la forma de dar a luz priorizando siempre que este tenga lugar en consultas medicalizadas; o desconfianza hacia prácticas médicas con las que algunas personas no están familiarizadas como las inyecciones.

La figura de la **mediación intercultural resulta clave para la superación de muchas de estas barreras**, sin embargo, está ausente en la inmensa mayoría de los centros de salud y hospitales. Esta función es suplida habitualmente por las mediadoras interculturales de las organizaciones sociales como Médicos del Mundo, que acompañan a las personas migrantes a los centros sanitarios.



CONCLUSIONES

A pesar de estar considerado por la OMS como uno de los diez mejores sistemas sanitarios del mundo, lo cierto es que no todas las personas que viven en España pueden disfrutar en condiciones de igualdad de la atención sanitaria prestada por el SNS.

Las personas migrantes, particularmente aquellas a las que la irregularidad administrativa invisibiliza y condena a una vida de fuera de los márgenes, las que viven en infraviviendas y asentamientos con peores condiciones sociosanitarias y las que cuentan con menos recursos económicos son precisamente las que más dificultades tienen para poder acceder al sistema sanitario. Es decir, desde una perspectiva de determinantes sociales de salud, son las personas cuya salud corre mayor riesgo de verse deteriorada como consecuencia de las condiciones sociales en que viven las que a su vez peor acceso tienen al SNS.

Estas dificultades que limitan o impiden el acceso efectivo al sistema sanitario son consecuencia de años de políticas de regresión en derechos y de recortes en la sanidad pública que no han sido debidamente corregidas. Como resultado, las personas más vulnerabilizadas deben sortear en su camino para acceder a la atención sanitaria múltiples barreras, cuya mera existencia rompe con el principio de equidad. Estas barreras, de carácter administrativo-legal, físicas, económicas e informativas no constituyen obstáculos aislados o puntuales, sino que como acreditan los más de 7.000 casos documentados por Médicos del Mundo en el breve periodo de nueve meses responden a un problema estructural que no está siendo abordado en toda su dimensión.

Conforme al Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas (entre otros instrumentos internacionales y europeos de derechos humanos) el Estado español, en sus distintos niveles nacional, autonómico y local, tiene la obligación de avanzar en la eliminación de todas estas barreras, garantizando la accesibilidad al sistema sanitario, *en especial por lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados*. Desde Médicos del Mundo podemos comprobar en nuestro trabajo diario la falta de avances significativos en el cumplimiento de esta obligación. Por ello consideramos que España está vulnerando seriamente el derecho a la salud de miles de personas que viven en nuestro país.

RECOMENDACIONES

Con el fin de avanzar en la eliminación de las barreras de acceso al SNS identificadas en este informe recomendamos:

Al Gobierno de España y al Congreso de los Diputados:

- Recuperar, en el Proyecto de Ley de medidas para la cohesión, universalidad y calidad del SNS, actualmente en trámite ante el Congreso de los Diputados, la redacción del artículo 3 de la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud previa a 2012, reconociendo el derecho a la atención sanitaria en condiciones de igualdad a todas las personas que viven 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.
- Garantizar, mediante el desarrollo reglamentario del citado Proyecto de Ley, un procedimiento para la solicitud y reconocimiento del derecho a la atención sanitaria homogéneo en todo el territorio nacional. Desvincular la residencia efectiva del empadronamiento como único medio de prueba.
- Modificar la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios para extender la exención del copago a las personas extranjeras sin autorización de residencia que se encuentren en alguna de las situaciones de especial vulnerabilidad del artículo 102.8.
- 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.

A las Comunidades Autónomas:

- 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. Desvincular el empadronamiento de la persona de la posibilidad de pedir cita con trabajo social.
- Abstenerse de crear procedimientos paralelos o adicionales para que las personas extranjeras soliciten su derecho a la atención sanitaria, garantizando la igualdad en el procedimiento entre toda la ciudadanía. En el caso concreto de la Comunidad de Madrid eliminar las Unidades de Tramitación de la tarjeta sanitaria, devolviendo estas competencias a los centros de salud de referencia.
- Formar a las personas trabajadoras del sector sanitario para que conozcan y apliquen adecuadamente la normativa relativa al acceso al Sistema Nacional de Salud.
- Elaborar e implementar protocolos sanitarios específicos sobre la atención a personas migrantes, con perspectiva de género y enfoque antropológico.
- Asegurar la conexión mediante transporte público entre las áreas rurales – incluyendo las zonas de asentamientos informales

ANEXO

Frecuencia de barreras al acceso al SNS	TOTAL	%
BARRERAS DISCRIMINATORIAS	7075	58%
BARRERAS FÍSICAS	1011	8%
BARRERAS CULTURALES	1034	8%
BARRERAS INFORMATIVAS	2024	17%
BARRERAS ECONÓMICAS	1417	12%

Barreras al acceso al sistema sanitario desagregadas por subtipologías y género.

		TOTAL	Mujeres	Hombres	TOTAL
BARRERAS DISCRIMINATORIAS	01. Reagrupación familiar	87	68%	32%	0,71%
	02. Falta de empadronamiento	2488	53%	47%	20,35%
	03. Falta de documentación identificativa	688	39%	61%	5,63%
	04. Imposibilidad acreditar periodo estancia superior a 3 meses	1415	64%	36%	11,57%
	05. Menores sin poder acreditar requisitos 7/2018	243	57%	43%	1,99%
	06. Embarazadas sin poder acreditar requisitos 7/2018	112	97%	3%	0,92%
	07. Solicitantes asilo con barreras de acceso administrativas	389	45%	55%	3,18%
	08. Retraso trámite administrativo de la tarjeta	222	62%	38%	1,82%
	09. Imposibilidad de cita con Trabajo Social	438	70%	30%	3,58%
	10. Imposibilidad acreditar no exportación asistencia	164	59%	41%	1,34%
	11. Imposibilidad acreditar no terceros obligados al pago	27	26%	74%	0,22%
	12. Otras barreras administrativas	636	60%	40%	5,20%
BARRERAS FÍSICAS	14. Horarios inadecuados	369	71%	29%	3,02%
	15. Dificultades en el transporte	642	35%	65%	5,25%
BARRERAS CULTURALES	16. Barreras culturales	1034	46%	54%	8,46%
BARRERAS INFORMATIVAS	13. Información errónea/incompleta desde el Sistema	545	69%	31%	4,46%
	19. Barreras lingüísticas	1479	37%	63%	12,10%
BARRERAS ECONÓMICAS	17. Barreras económicas	1417	41%	59%	11,59%

BIBLIOGRAFÍA

Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian SV. *Inequalities in health: definitions, concepts, and theories*. Glob Health Action. 2015;8:27106 – <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v8.27106>.

Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Informe de la Secretaría. A62/9, 16 de marzo de 2009 https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_9-sp.pdf

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>

Convención sobre los Derechos del Niño de Naciones Unidas <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>

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

Gimeno Feliu, Luis Andrés Uso de la sanidad pública por la población migrante: prejuicios y realidad Acta Sanitaria, 4 de de marzo de 2021 https://www.actasanitaria.com/opinion/punto-de-vista/uso-de-la-sanidad-publica-por-la-poblacion-migrante-prejuicios-y-realidad_1567451_102.html

Hirmas Adauy M, Poffald Angulo L, Jasmen Sepúlveda AM, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra I, Vega Morales J. *Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa*. Rev Panam Salud Publica. 2013;33(3):223–9.

Informe del Tribunal de Cuentas de fiscalización de la gestión de las prestaciones de asistencia sanitaria derivadas de la aplicación de los reglamentos comunitarios y convenios internacionales de la seguridad social, de 29 de marzo de 2012 https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2013-3242

Juanmarti Mestres, Arnau, López Casasnovas, Guillem, Vall Castelló, Judith. The deadly effects of losing health insurance. Universitat Pompeu Fabra y Centre de Reserca Economia i Salut. Febrero 2018. <https://www.upf.edu/documents/3329791/0/CRESWP201802104.pdf/5d15cc11-7ed5-bef6-e9e7-aa53a30005e9>

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>

Ley 12/2009, de 30 de octubre, reguladora del derecho de asilo y de la protección subsidiaria <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2009-17242>

Observación General Nº14 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/publisher,CESCR,GENERAL,,47ebcc492,0.html>

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



Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian SV. *Inequalities in health: definitions, concepts, and theories*. Glob Health Action. 2015;8:27106 – <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v8.27106>.

Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Informe de la Secretaría. A62/9, 16 de marzo de 2009 https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_9-sp.pdf

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>

Convención sobre los Derechos del Niño de Naciones Unidas
<https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>

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

Gimeno Feliu, Luis Andrés Uso de la sanidad pública por la población migrante: prejuicios y realidad Acta Sanitaria, 4 de de marzo de 2021
https://www.actasanitaria.com/opinion/punto-de-vista/uso-de-la-sanidad-publica-por-la-poblacion-migrante-prejuicios-y-realidad_1567451_102.html

Hirmas Aday M, Poffald Angulo L, Jasmen Sepúlveda AM, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra I, Vega Morales J. *Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa*. Rev Panam Salud Publica. 2013;33(3):223–9.

Informe del Tribunal de Cuentas de fiscalización de la gestión de las prestaciones de asistencia sanitaria derivadas de la aplicación de los reglamentos comunitarios y convenios internacionales de la seguridad social, de 29 de marzo de 2012
https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2013-3242

Juanmarti Mestres, Arnau, López Casasnovas, Guillem, Vall Castelló, Judith. The deadly effects of losing health insurance. Universitat Pompeu Fabra y Centre de Reserca Economia i Salut. Febrero 2018.
<https://www.upf.edu/documents/3329791/0/CRESWP201802104.pdf/5d15cc11-7ed5-bef6-e9e7-aa53a30005e9>

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>

Ley 12/2009, de 30 de octubre, reguladora del derecho de asilo y de la protección subsidiaria
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2009-17242>

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/publisher,CESCR,GENERAL,,47ebcc492,0.html>

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

Ramasco Gutiérrez, M, Antón Nárdiz, MV en Palmar Santos, AM, Rubiales Paredes MD. *Enfermería del adulto*. Volumen I Ed. Universitaria Ramón Areces 2011
<https://www.cerasa.es/media/areces/files/book-attachment-2146.pdf>

Impulsado por



Cofinanciado por

