



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



GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO Y AGENDA 2030



POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL



INTRODUCCIÓN

Médicos del Mundo lleva más de tres décadas trabajando para garantizar el derecho a la salud sin exclusiones. 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.

Sin embargo, la accesibilidad al sistema sanitario, a pesar de constituir un elemento esencial del derecho a la salud¹, dista mucho de ser una realidad para las personas en situación de mayor vulnerabilidad en España. Así, tal y como constata Médicos del Mundo en su trabajo diario, para muchas de estas personas acceder a la atención sanitaria puede llegar a ser un camino tortuoso, lleno de trabas y obstáculos, en ocasiones insalvables. Por ello, en 2022 se pone en marcha **Accesible “Proyecto integral para la mejora del acceso universal al sistema sanitario”**. Este proyecto, financiado por el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, persigue documentar y sistematizar todas estas barreras con el fin de poder realizar un diagnóstico de situación que permita elevar recomendaciones específicas en materia legislativa, de políticas y de recursos para avanzar hacia la plena garantía del derecho a la atención sanitaria de todas las personas en España.

En este sentido, el debate sobre la accesibilidad en la última década en España ha estado inevitablemente marcado por la lucha contra la exclusión sanitaria impuesta en 2012 y sólo parcialmente revertida en 2018. Corregir el impacto que estas políticas injustas han tenido y siguen teniendo sobre la salud de miles de personas que viven en nuestro país constituye un deber impostergable. Actualmente se encuentra en trámite ante el Congreso de los Diputados el Proyecto de Ley de sanidad universal que esperamos cumpla con las expectativas generadas.

No obstante, aun reconociendo la importancia vital de contar con una legislación garantista, la noción de universalidad en el acceso a la atención sanitaria no puede quedar reducida a un mero reconocimiento legal, sino que debe venir acompañada de medidas dirigidas a garantizar las condiciones necesarias para que cualquier persona pueda hacer efectivo dicho derecho. Así lo reconoce la “Estrategia de desarrollo sostenible 2030” al establecer como meta el “consolidar la universalidad de la cobertura del Sistema Nacional de Salud (SNS), incluyendo el acceso efectivo y equitativo de las personas residentes en España con independencia de su situación penal, administrativa, o laboral”². Este es precisamente el objetivo que inspira el Proyecto Accesible y al que pretende contribuir este trabajo.

1. Observación General N°14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas

2. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 “Estrategia de Desarrollo Sostenible 2030. Un proyecto de país para hacer realidad la Agenda 2030” <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/agenda2030/documentos/eds-cast-acce.pdf>

METODOLOGÍA

El presente informe viene a completar los análisis realizados en 2022 y 2023³, aportando el total de **casos documentados por Médicos del Mundo desde el 1 de enero de 2022 hasta el 31 de agosto de 2024**. Contar con esta amplia casuística permite confirmar los diagnósticos realizados en anteriores ediciones, así como visibilizar la importante dimensión que tiene en España la falta de accesibilidad a los servicios sanitarios de las personas vulnerabilizadas.

El informe recoge los casos de personas que han confrontado alguna barrera en su intento de acceder al Sistema Nacional de Salud documentados desde los programas de intervención de Médicos del Mundo en 16 comunidades autónomas además de la ciudad autónoma de Melilla⁴. Estas barreras han sido clasificadas en cuatro grandes bloques que se corresponden con las dimensiones de la accesibilidad definidas por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas en la Observación General N°14: barreras discriminatorias, barreras físicas, barreras económicas y barreras informativas. A ellas se ha añadido las barreras culturales que si bien no son barreras de acceso propiamente dichas – si no que se relacionan con el elemento de aceptabilidad del derecho a la salud – sí pueden tener un impacto importante sobre el acceso de los colectivos más vulnerables al generar un efecto disuasorio.

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LAS PERSONAS CON BARRERAS

En los 32 meses que cubre este análisis se han documentado **28.744 personas que han padecido alguna barrera** que ha dificultado o impedido su acceso al sistema sanitario. De ellas el 61,4% eran mujeres frente a un 38,58% de hombres.

IDENTIDAD DE GÉNERO	Atendidos/as	Total
Hombre	38,5%	38,58%
Y. Hombre transexual	0,08%	
Mujer	59,8%	61,4%
X. Mujer transexual	1,6%	
Género no binario	0,02%	0,02%

1. Informe de barreras al Sistema Nacional de Salud en poblaciones vulnerabilizadas (2022) informe_barreras_2022_mayo_2023.pdf (medicosdelmundo.org) y II Informe de barreras al Sistema Nacional de Salud en poblaciones vulnerabilizadas (2023) <https://www.medicosdelmundo.org/actualidad/publicaciones/informes/ii-informe-de-barreras-al-sistema-nacional-de-salud-en-poblaciones-vulnerabilizadas/>

4. Andalucía, Aragón, Asturias, Illes Balears, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Catalunya, Comunidad de Madrid, Comunidad Foral de Navarra, Comunitat Valenciana, La Rioja, Euskadi, Extremadura y Galiza.

Por edades la mayoría de las personas atendidas son jóvenes adultas – casi el 50% se corresponde con personas entre los 18 y los 34 años – mientras que en los extremos encontramos un 8,69% de menores de edad y 4,75% de personas mayores de 65 años.

Con relación al origen, la práctica totalidad de los casos documentados se corresponden con personas extranjeras – únicamente un 2,78% tiene nacionalidad española – la inmensa mayoría procedentes de Latinoamérica (fundamentalmente de Colombia, Perú y Venezuela), seguida del Norte de África (con una clara preponderancia de personas de Marruecos, seguidas a gran distancia por Argelia) y en menor medida Europa (principalmente de Rumanía) y el África subsahariana (Senegal y Mali).

NACIONALIDAD Y GRUPOS DE EDAD	TOTAL <18 años	TOTAL 18-24 años	TOTAL 25-34 años	TOTAL 35-44 años	TOTAL 45-54 años	TOTAL 55-64 años	TOTAL 65-74 años	TOTAL >75 años	SIN DATOS	TOTAL
Europa Occidental	1,84	1	1,41	1,66	0,91	0,56	0,24	0,11	0,16	7,89
Europa del este	0,04	0,05	0,21	0,24	0,19	0,06	0,06	0,02	0,07	0,94
Latinoamérica	4,28	5,74	16,85	13,95	8,29	3,9	1,89	1,1	1,29	57,29
África Subsahariana	0,25	0,87	2,65	1,85	0,84	0,29	0,16	0,03	0,34	7,28
Norte de África	1,93	3,45	6,92	5,06	2,71	1,08	0,46	0,13	0,60	22,34
Asia	0,06	0,06	0,12	0,14	0,08	0,06	0,02	0,02	0,01	0,57
Norteamérica		0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01		0,07
España	0,27	0,32	0,32	0,46	0,42	0,41	0,3	0,23	0,05	2,78
TOTAL	8,69	11,51	28,59	23,41	13,5	6,38	3,15	1,65	3,12	100,00

	TOTAL %	MUJERES CIS + MUJERES TRANS (%)	HOMBRES CIS + HOMBRES TRANS (%)	GÉNERO NO BINARIO (%)
SÍ	27,47%	15,78%	11,68%	0,01%
NO	68,46%	43,34%	25,1%	0,02%
EN TRÁMITE	4,07%	2,28%	1,79%	

ANÁLISIS DE LAS BARRERAS DE ACCESO DOCUMENTADAS

En total, Médicos del Mundo ha documentado **69.650 casos de barreras de acceso al SNS**. Esto quiere decir que **cada persona atendida ha experimentado de media 2,42 barreras**, lo que refleja por un lado la interconexión entre las distintas barreras (ej. las barreras de transporte se vinculan habitualmente con las barreras económicas y estas a su vez pueden ser causa de barreras discriminatorias), y por otro la concurrencia de múltiples vulnerabilidades en una misma persona (ej. una mujer embarazada en situación administrativa irregular que vive en un asentamiento informal se verá afectada por barreras de muy distinto tipo).

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 **19.748 casos de barreras discriminatorias**.*

Las barreras discriminatorias constituyen el grueso del total de barreras documentadas con un 40,84%. Como ya se ha apuntado anteriormente, la preminencia de este tipo de obstáculos es consecuencia directa de la existencia de un marco legal en el que aún persiste gran parte de la lógica impuesta por la exclusión sanitaria de 2012.

Así, la redacción confusa, cuando no directamente contradictoria del Real Decreto-Ley 7/2018 que regula las condiciones para el reconocimiento del derecho a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos, ha dado lugar a que a las personas extranjeras – particularmente aquellas en situación administrativa irregular – se les exija una serie de requisitos de difícil cumplimiento para acceder al sistema sanitario⁵.

El **empadronamiento** como medio de prueba de que la persona reside en España, unido a la exigencia de demostrar que dicha **residencia es superior a tres meses**, se erigen como los principales escollos (16.508 casos). Para muchas personas migrantes, sobre todo aquellas en situación de mayor vulnerabilidad social, puede resultar imposible empadronarse, bien por no contar con un documento identificativo en vigor, por vivir en alquileres informales, zonas de infravivienda o directamente tratarse de personas sin hogar.

La exigencia de residencia superior a tres meses adquiere un carácter particularmente dramático en los casos de **situaciones de especial vulnerabilidad**: menores de edad (885) y mujeres embarazadas (363 casos). Esto se debe a que la legislación actual no garantiza en todo caso la atención a estas personas – contrariamente a lo que había sido hasta ahora la tradición legislativa en materia sanitaria.

5. Para encontrar un análisis en profundidad de las contradicciones de este marco normativo, nos remitimos a lo ya expuesto en el primer Informe de barreras al Sistema Nacional de Salud en poblaciones vulnerabilizadas (2022) (págs. 13-18)

Si bien la legislación prevé que para aquellas personas que no lleven tres meses en España, estas podrán acceder a la atención sanitaria mediante un informe favorable de los servicios sociales de las comunidades autónomas, en la práctica esta es una vía que se ha demostrado ciertamente inoperativa. El colapso de los servicios sociales y de trabajo social, así como la **imposibilidad en muchas comunidades autónomas de solicitar cita con trabajo social** si la persona no está empadronada convierte esta salvaguarda en una auténtica vía muerta (707 casos).

Por otro lado, la **situación de las personas mayores reagrupadas** en España por sus hijas e hijos continúa siendo de las más injustas y acuciantes (305 casos). A pesar de que estas personas cuentan con una autorización de residencia, y que su edad avanzada y débil estado de salud – muchas de ellas enfermas crónicas – exige atención médica, la legislación actual les niega toda posibilidad de acceder al SNS con cargo a fondos públicos.

Por último, nos encontramos con lo que hemos denominado la **“burocratización del derecho de acceso al sistema sanitario”** que engloba aquellas situaciones en las que las personas, aun cuando cumplen los requisitos exigidos en la ley, deben superar otra serie de trámites discriminatorios, exclusivamente previstos para ellas, que dilatan sin justificación el reconocimiento del derecho a la atención sanitaria. Aquí destaca de una parte el caso de las **personas solicitantes de protección internacional**, quienes no sólo padecen los retrasos de la administración en el proceso de solicitud de protección, si no que una vez cumplido este trámite – y a pesar de que la ley contempla que la condición de solicitante lleva aparejado el derecho a la atención sanitaria – todavía se les exige en ocasiones que aporten otro tipo de documentación como el empadronamiento o la prueba de residencia superior a tres meses (1.375 casos). De otro lado también nos encontramos con la introducción por parte de algunas comunidades autónomas, de procesos administrativos específicos para que las personas en situación administrativa irregular tramiten la solicitud del derecho a la atención sanitaria y que devienen en auténticos laberintos burocráticos. Estos procesos conllevan en ocasiones la adición de nuevos requisitos, así como un largo proceso de verificación del cumplimiento de estos que provocan retrasos injustificados en la tramitación de la tarjeta sanitaria (1.435 casos). El caso de la Comunidad de Madrid a este respecto resulta particularmente flagrante, pues solo ella acumula el 60% de los casos documentados, seguida por Canarias (12%) y Galiza (9%)⁶.

BARRERAS FÍSICAS

*Entendemos por barreras físicas aquellas situaciones en las que las personas no pueden acceder a la atención sanitaria bien por no contar con un centro sanitario de referencia a una distancia asumible de su lugar de residencia, por la existencia de horarios de atención restringidos o por la existencia de obstáculos arquitectónicos que impiden el acceso a personas con movilidad reducida. En el periodo que abarca el presente informe se han documentado **6.534 casos de barreras físicas**.*

6. Para un análisis detallado de las Unidades de Tramitación (UT) creadas por la Consejería de Salud de Madrid y el impacto que están teniendo a la hora de dilatar durante meses el acceso al SNS a personas migrantes que cumplen con los requisitos legales ver el Informe de barreras al Sistema Nacional de Salud en poblaciones vulnerabilizadas (2022) (pág. 21).

El 9,38% de las barreras documentadas son de carácter físico.

Entre ellas, las más numerosas (3.847 casos) son aquellas que tienen que ver con las **dificultades en el transporte** hasta el centro sanitario de referencia. Esta es una barrera identificada de forma abrumadora en el caso de los asentamientos informales de trabajadoras y trabajadores de la huerta almeriense que se corresponden con el 80% de los casos registrados. La lejanía de los centros sanitarios respecto de estos asentamientos, que alcanza en algunos casos los 10 km, unida a la ausencia total de transporte público supone un importante impedimento en caso de requerir atención. Únicamente en los casos de mayor gravedad se puede solicitar que acuda una ambulancia, si bien se tiene constancia de ocasiones en las que esta no ha acudido.

También resulta relevante el número de casos documentados de centros de salud cuyos **horarios de atención restringidos** dificulta a muchas personas acceder a la atención sanitaria (2.465 casos). El factor horario puede resultar particularmente gravoso para personas migrantes en situación irregular que trabajan sin contrato y en condiciones laborales precarias que no pueden permitirse ausentarse del trabajo por la pérdida económica que conlleva, o directamente porque sus empleadores no se lo permitan.

BARRERAS ECONÓMICAS

*Entendemos por barreras económicas aquellas situaciones en las que las personas no pueden acceder a la atención sanitaria o al tratamiento correspondiente por conllevar un gasto monetario que no pueden asumir. En el periodo que abarca el presente informe se han documentado **9.984 casos de barreras económicas**.*

Dentro las barreras económicas, que representan el 14,33% del total de barreras documentadas, encontramos diversas casuísticas. Por un lado, la dificultad que algunas personas en situación de mayor precariedad tienen para **acceder a medicamentos necesarios** (1.849 casos). Esta circunstancia puede deberse a múltiples motivos. En primer lugar, puede ser consecuencia directa de las barreras discriminatorias antes analizadas, que excluyen a una persona del acceso a la atención sanitaria y en consecuencia también a la prestación farmacéutica debiendo costearse el 100% del precio de un medicamento. El caso paradigmático aquí sería el de las personas mayores reagrupadas. No obstante, la mayoría de casos de pobreza farmacéutica los padecen personas que sí están dentro del sistema sanitario, y que engloban tanto a personas trabajadoras activas con empleos precarios como a personas migrantes en situación administrativa irregular que cumplen los requisitos establecidos en el RDL 7/2018 para acceder a la atención sanitaria. La falta de progresividad del sistema de copago español provoca que en ambos supuestos estas personas queden sujetas a un deber de aportación del 40% de coste del medicamento que en muchos casos no se pueden permitir sin incurrir en un gasto catastrófico que les obligue a elegir entre costearse la medicina y otros gastos esenciales como comida, vivienda, etc.

Las **facturaciones en urgencias** constituyen una barrera que afecta de forma preponderante a las personas migrantes que no consiguen ver reconocido su derecho a la atención sanitaria (898 casos). La legislación actual, rompiendo con una tradición legislativa que se remonta a 2001, no reconoce el derecho a la atención por urgencia grave con cargo a fondos públicos para aquellas personas extranjeras que se encuentren en España. Como consecuencia, las personas que, a falta de otra vía por la que obtener atención sanitaria, acuden a urgencias, se les emite una factura o se les exige firmar un compromiso de pago antes de

prestar la asistencia. Esta práctica pone en riesgo la salud de las personas, ya que puede provocar que la personas desista de recibir la atención al no poder costearse el pago, y además genera un efecto disuasorio entre el entorno de dicha persona, familiares y amigos, que ante la necesidad de acudir al médico opten por no hacerlo por miedo a incurrir en un gasto inasumible.

Sin embargo, a pesar de no ser tan evidentes como el acceso a medicamentos o las facturaciones en urgencias, la mayoría de las barreras económicas detectadas responden a cuestiones varias que van desde la imposibilidad de pagarse productos sanitarios que no están cubiertos – como gafas, audífonos, etc. –, hasta no poder costearse el transporte hasta el centro sanitario o no poder pagar por fotocopias, traducciones de documentos oficiales y otros trámites burocráticos que les son exigidos de cara a poder solicitar el reconocimiento del derecho a la atención sanitaria (7.237 casos).

BARRERAS INFORMATIVAS

*Entendemos por barreras informativas aquellas situaciones en las que desde el sistema sanitario no se proporciona a las personas información necesaria y comprensible que les permita acceder a la atención sanitaria, así como a los tratamientos prescritos. En el periodo que abarca el presente informe se han documentado **17.411 casos de barreras informativas**.*

Las barreras informativas representan, tras las barreras discriminatorias, el principal escollo para las personas más vulnerabilizadas con un 25% del total de casos documentados⁷.

Son muchos los casos que nos encontramos de personas que desconocen cual es su derecho de acceso al sistema sanitario o cómo realizar los trámites para poder ejercerlo (5.293 casos). Gran parte de estas situaciones son a su vez consecuencia directa o indirecta de la **falta de información adecuada desde el propio Sistema Nacional de Salud** (3.375 casos). La alta rotación del personal administrativo de los centros sanitarios, unido a la ausencia de una formación debida les que permita conocer y aplicar correctamente la normativa en materia de acceso a la salud provoca en muchos casos que se exijan requisitos no previstos o negativas injustificadas a tramitar la solicitud por considerar que las personas no tienen derecho. Además, debemos reiterar una vez más nuestra preocupación por los comportamientos racistas y la violencia verbal que en ocasiones acompañan a estas denegaciones, sobre todo cuando se trata de personas migrantes en situación administrativa irregular y/o racializadas.

Las personas mayores también padecen de forma específica esta falta de información. En el caso de las personas reagrupadas esta barrera suele presentarse en forma de falta de una explicación comprensible por parte del personal sanitario que se agudiza cuando la persona no acude acompañada por un familiar que le ayude a realizar las preguntas pertinentes para clarificar sus dudas. En el caso de las personas mayores con nacionalidad española, si bien refieren padecer también estas dificultades, señalan como una barrera adicional el papel que las **nuevas tecnologías** juegan a la hora de dificultar el acceso a la atención (1.231 casos).

⁷. Resulta pertinente señalar aquí que las barreras de carácter informativo suponen en sí mismas una vulneración de lo previsto en Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que establece de forma reiterada a lo largo de su articulado la obligación de que la información clínica se comunique al paciente *de forma comprensible y adecuada a sus necesidades* (art. 4.2, art. 6, art. 9.7)

El acceso a la información para personas extranjeras que no son de origen hispanoamericano se ve además condicionado por las **barreras lingüísticas** (7.515 casos) que les limitan o impiden comunicarse efectivamente con el personal sanitario. Si bien la mayoría de las comunidades autónomas cuentan con algún tipo de servicio de interpretación telemática, en la práctica el funcionamiento de estos no resulta adecuado, bien por su incapacidad de responder en los casos de personas que acuden sin cita previa, por no estar disponible para personal administrativo o por resultar ineficiente para las médicas y los médicos de atención primaria ante la presión asistencial de este nivel y el poco tiempo que pueden dedicar por paciente.

BARRERAS CULTURALES

*Hablamos de barreras culturales cuando el sistema sanitario no es sensible a las necesidades y percepciones que sobre la salud pueden tener las distintas personas por su origen sociocultural. En el periodo que abarca el presente informe se han documentado **7.329 casos de barreras culturales**.*

Las barreras culturales, como ya se ha mencionado en anteriores ocasiones, son obstáculos a la dimensión de aceptabilidad del derecho a la salud más que a la de accesibilidad. No obstante, se incluyen en este análisis tanto por la relevancia que tienen para algunas de las poblaciones con las que trabajamos – representan el 10,5% del total de barreras documentadas – como por la estrecha conexión que guardan con las barreras de acceso, como si de las dos caras de una misma moneda se tratara.

Así, hemos documentado 4.350 casos en los que a la hora de atender a la o él paciente en concreto **no se han tenido debidamente en cuenta sus marcos culturales**. Ejemplos de estas situaciones pueden ser los casos de mujeres de religión musulmana que quieren ser atendidas por una médica, particularmente durante el periodo de Ramadán, o de desconfianza con ciertas prácticas médicas como las inyecciones. Precisamente la **desconfianza hacia el sistema sanitario público** de personas que provienen de lugares donde la precariedad de la sanidad pública provoca que tengan un concepto muy devaluado de la misma es otra de las casuísticas habituales dentro de este tipo de barreras (904 casos).

Muchas de las barreras culturales se vinculan con la falta de acceso a información adaptada y comprensible. Aquí se torna esencial la figura de la **mediación intercultural** que puede ejercer de puente entre el sistema y las personas, sin embargo, la mayoría de los centros sanitarios no cuentan con este tipo de figura que debe ser suplida desde las organizaciones sociales (2.075 casos).

PORCENTAJES DETECCIÓN BARRERAS ACCESO SEGÚN GÉNERO

		HOMBRE CIS+TRANS (%)	MUJER CIS+TRANS (%)	NO BINARIO (%)	TOTAL (%)
BARRERAS ADMINISTRATIVAS	01. Reagrupación familiar	0,13	0,31		0,44
	02. Falta de empadronamiento	6,68	10,21	0,1	16,90
	03. Falta de documentación identificativa	1,75	1,22		2,97
	04. Imposibilidad acreditar periodo estancia superior a 3 meses	2,83	3,91	0,1	6,75
	05. Menores a quienes se deniega la atención sanitaria	0,58	0,69		1,27
	06. Embarazadas a quienes se deniega la atención sanitaria		0,52		0,52
	07. Solicitantes asilo que no pueden acceder a la atención sanitaria	0,94	1,03	0,1	1,98
	08. Retraso trámite administrativo de la tarjeta sanitaria	0,75	1,31		2,06
	09. Imposibilidad de cita con Trabajo Social	0,41	0,61		1,02
	10. Imposibilidad acreditar no exportación asistencia sanitaria	0,36	0,55		0,91
	11. Imposibilidad acreditar no terceros obligados al pago	0,09	0,15		0,24
	12. Otras barreras administrativas	1,77	4,01		5,78
BARRERAS FÍSICAS	13. Horarios inadecuados	0,98	2,56		3,54
	14. Dificultades en el transporte	3,42	2,11		5,53
	15. Obstáculos arquitectónicos	0,1	0,21		0,31
BARRERAS ECONÓMICAS	16. Acceso a medicamentos	1,42	1,23		2,65
	17. Facturación en urgencias	0,5	0,79		1,29
	18. Otras barreras económicas	5,43	4,95	0,1	10,39
BARRERAS INFORMATIVAS	19. Información errónea/incompleta desde el Sistema Sanitario Público	1,48	3,37		4,85
	20. Desconocimiento de cómo acceder al SNS	2,84	4,71	0,1	7,56
	21. Barreras digitales	1,01	0,73	0,1	1,75
	22. Barreras lingüísticas	6,84	3,93	0,1	10,78
BARRERAS CULTURALES	23. Ausencia de mediación intercultural	1,8	1,17		2,97
	24. Desconfianza hacia el SNS	0,51	0,79		1,3
	25. Desconsideración del marco cultural en la atención	3,22	3,01		6,24
Detección de barreras de acceso					100

CONCLUSIONES

Los dos primeros informes de barreras al Sistema Nacional de Salud en poblaciones vulnerabilizadas de 2022 y 2023 aportaban un diagnóstico de la situación de accesibilidad a la sanidad pública en España basado en datos recopilados a lo largo de ocho meses y ocho meses y medio respectivamente. Este diagnóstico se ve ahora reforzado por los datos que arroja el presente informe, documentados de forma sostenida a lo largo de 32 meses, que confirman las tendencias anteriormente identificadas.

La dificultad para acceder a la atención sanitaria pública en España se exagera en la medida en lo que lo hace la vulnerabilidad social de la persona. Así, la precariedad económica y la marginalidad social no sólo juegan un papel esencial como determinante a la hora de deteriorar la salud de estas personas si no que a su vez condiciona un acceso más difícil al Sistema Nacional de Salud. Las personas migrantes, particularmente aquellas en situación administrativa irregular, son las que confrontan el mayor número de barreras, de tal suerte que acceder de forma efectiva a la atención sanitaria puede llegar a convertirse en una auténtica carrera de obstáculos. En primer lugar, deben salvar las trabas legales y administrativas de un marco regulatorio discriminatorio diseñado, no para proteger al mayor número de personas, si no para proteger al sistema de un potencial abuso – el eterno mito del turismo sanitario – que nunca ha sido demostrado. Sin embargo, aun cuando consigan superar esta primera instancia y ver reconocido su derecho a la atención sanitaria, todavía se interpondrán en su camino otras múltiples dificultades, que les afectan de forma particular y a las que el SNS no está dando respuesta adecuada. No contar con un centro sanitario a una distancia asumible del lugar de residencia, no poder comunicarse con el personal sanitario o que este no sea sensible a sus necesidades, sus dudas o sus miedos, o no poder costearse el tratamiento que le sea prescrito afecta de forma determinante al acceso a la atención sanitaria y constituye un riesgo para la salud de las personas.

Este riesgo se manifiesta en su forma más extrema en la desatención de enfermedades graves. Así, por ejemplo, durante estos 32 meses se han documentado **130 casos de cáncer, 138 de enfermedades cardiovasculares, 265 casos de diabetes, 279 casos de hipertensión, 162 casos de VIH, 224 de salud mental grave, 82 casos de enfermedades respiratorias, 97 casos de enfermedades degenerativas** (entre las que se incluyen enfermedades como el alzhéimer o la esclerosis) o **43 casos de denegación de la interrupción voluntaria del embarazo** entre otros. Además, la propia desatención acrecienta la sensación de exclusión y contribuye al deterioro de la salud mental de muchas personas provocando cuadros de ansiedad y depresión entre otros.

La eliminación de las barreras de acceso constituye una obligación de derecho internacional para los Estados. España, como parte del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales tiene la obligación de avanzar de forma constante hacia la plena realización del derecho a la salud. Tal y como ha señalado el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, esta obligación entraña por un lado 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 personas y comunidades, particularmente a aquellas que no pueden hacerlo con los medios a su disposición⁸. La inacción por parte del Estado a la hora de remo-

8. Observación General N°14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas. Puntos 30 a 37.

ver estos obstáculos es por tanto contraria a las obligaciones internacionales de España y constituye en consecuencia una **vulneración del derecho a la salud**.

Por todo lo anterior, urge que desde las distintas administraciones públicas se adopten todas las medidas necesarias para reducir de forma gradual el impacto que estas barreras tienen en el acceso a la atención sanitaria de las poblaciones vulnerabilizadas. En este sentido, como ya se mencionó al inicio, la eventual aprobación de la Ley de sanidad universal puede suponer un importante paso adelante – siempre que incorpore aquellas medidas necesarias para garantizar el reconocimiento del derecho a la atención sanitaria a todas las personas que viven en España, independientemente de su situación administrativa, así como protección a las situaciones de especial vulnerabilidad. No obstante, reiteramos que es preciso ir más allá, construyendo y fortaleciendo una noción de universalidad que incorpore políticas y recursos dirigidas a hacer efectivo el derecho al acceso. Sólo así podremos enorgullecernos de contar un sistema sanitario accesible para todas las personas.

RECOMENDACIONES

AL GOBIERNO DE ESPAÑA Y AL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS:

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

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





 GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO Y AGENDA 2030

POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL

 Centro de Salud

