



III INFORME DE BARRERAS

AL SERVICIO CANARIO DE SALUD EN POBLACIONES VULNERABILIZADAS 2024



**Gobierno
de Canarias**

III INFORME DE BARRERAS - 2024

AL SERVICIO CANARIO DE SALUD EN POBLACIONES VULNERABILIZADAS

ELABORA

MÉDICOS DEL MUNDO CANARIAS

COORDINA

LAURA PÉREZ ROSELLÓ

AUTORAS

CAMILA CECHINI
LAURA VALLE
ELODI MISTRIH

COLABORADORAS

CARMEN MEDINA
BETZ TORRES
LAURA AFONSO
FRANCESCA RICCIARDI
PATRICIA ORTIZ
MÓNICA ESTEVEZ
ALBA SÁNCHEZ
TAINARA PAULON
M^a JOSÉ VÁZQUEZ
ITAHISA CALDERÓN
CAROLINA JIMENEZ

CRISTINA DÍAZ
ALEJANDRA SÁNCHEZ
ELENA GONZÁLEZ
SERGIO GONZÁLEZ
LILIANA JARAMILLO
VANESSA SACRAMENTO
CRISTINA HERNÁNDEZ
NATALIA GONZÁLEZ
IRIOME RODRIGUEZ
MAGDALENA SANTANA
KINGA KUPSKA

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	4
DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	7
EL DERECHO A LA SALUD	7
LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	8
EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO Y SUS BARRERAS	10
LA SITUACIÓN DE CANARIAS	16
PERFIL DE LA POBLACIÓN DE CANARIAS	16
MÉDICOS DEL MUNDO EN CANARIAS	21
ACCEDER AL SERVICIO CANARIO DE SALUD	25
LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	34
ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	35
INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)	35
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)	39
VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO	40
LA SALUD MENTAL	43
BARRERAS EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL	43
BARRERAS DE ACEPTABILIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL	45
BARRERAS DE DISPONIBILIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL	49
CONCLUSIONES	50
RECOMENDACIONES	51
BIBLIOGRAFÍA	54

INTRODUCCIÓN

Médicos del Mundo lleva en Canarias tres décadas trabajando para garantizar el derecho a la salud sin exclusiones. Apostando por una cobertura sanitaria universal y pública que ofrezca a todas las personas acceso a servicios de atención, prevención y promoción de la salud, garantizando a la vez el acceso a programas, servicios, tratamientos y medicamentos independientemente de sus recursos económicos, su situación administrativa o su situación de vulnerabilidad.

Nuestro trabajo con las poblaciones más vulnerabilizadas, a través de intervenciones orientadas a garantizar el acceso a los servicios sanitarios y que incluyen itinerarios individualizados y adaptados a cada territorio que incorporan el trabajo social, la mediación intercultural y la atención sanitaria, nos permite conocer de primera mano las dificultades que muchas de estas personas confrontan a la hora de acceder a la atención sanitaria. La constatación de que nuestro Servicio Canario de Salud adolece de múltiples barreras que merman, cuando no impiden directamente, el acceso efectivo a la atención sanitaria de las personas en situación de mayor vulnerabilidad motivó el lanzamiento en 2023 del primer informe sobre barreras en el Servicio Canario de Salud, en el que se analizaban las principales dificultades - discriminatorias, físicas, económicas, informativas y culturales - de las personas atendidas por Médicos del Mundo en las islas de Gran Canaria, Lanzarote y Tenerife, al tiempo que trasladaba la recomendación de adoptar una serie de medidas imprescindibles para eliminar tales obstáculos y garantizar un acceso efectivo a la atención sanitaria para todas las personas.

Esta nueva edición del informe persigue un doble objetivo: por un lado, incidir en el análisis iniciado con el informe del 2023 y del 2024 sobre las barreras identificadas durante el 2022 y el 2023, aportando datos actualizados e historias humanas que acreditan la persistencia de graves vulneraciones del derecho a la salud y cómo esto afecta a la salud, no solo de manera individual, sino también de manera colectiva. Y, por otro lado, visibilizar de una manera más global las áreas de salud sexual y reproductiva y salud mental, tan comprometidas en las personas con las que trabajamos.



¿Qué barreras has podido identificar en el acceso a la salud por parte de las titulares de derechos en situación de vulnerabilidad con las cuales trabajamos?

“Mi impresión es que las personas de origen africano tienen **grandes dificultades idiomáticas**, en algunas ocasiones vienen con algún traductor, habitualmente amigo o familiar, en caso que hablen solo su idioma, pero **no es lo mismo hablar directamente con el paciente.**”

María del Mar

“**Falta de información** sobre documentación necesaria para el acceso. Desconocimiento sobre el sistema sanitario. **Racismo institucional.** Falta de formación por parte de los profesionales sanitarios para una adecuada atención.”

Claudia



Canarias

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

EL DERECHO A LA SALUD

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 (Salud, Organización Mundial de la, 1946), 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.

Este carácter fundamental es reiterado en la Declaración Universal de Derechos Humanos (Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948) 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.

Es en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966) (PIDESC) donde se establece la regulación más avanzada del derecho a la salud, en su artículo 12 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. La ratificación por España en 1977 y la naturaleza jurídicamente vinculante de este Pacto obliga a nuestro estado a respetar, proteger y cumplir el derecho a la salud sin regresividad y sin discriminación. En el año 2000, con la Observación General 14 se desarrolla e interpreta el contenido del artículo 12 del PIDESC, explicando los 4 pilares fundamentales del derecho a la salud y destacando el concepto de estado de bienestar general convirtiéndose en una guía clara y vinculante del aterrizaje del derecho a la salud en los estados. Finalmente, en 2016 se desarrolla e interpreta el derecho a la salud sexual y reproductiva como parte del artículo 12 del PIDESC, ampliando así la observación general 14 del año 2000. Esta observación tiene como objetivo esclarecer reforzar la protección del derecho a la salud sexual y reproductiva dentro del derecho internacional de los derechos humanos, reconociéndola como un componente esencial del derecho a la salud y un requisito para la dignidad humana, la igualdad de género y el desarrollo sostenible.

Diversos organismos de Naciones Unidas, entre ellos el Comité DESC, el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (Racial, 2004), y el Grupo Mundial sobre Migración (irregular, 2012), compuesto por 12 organismos de Naciones Unidas, el Banco Mundial y la Organización Internacional para las Migraciones han destacado que los Estados tienen obligación de garantizar el derecho a la salud para todas las personas, independientemente de su condición jurídica y de la documentación que posean.

Por su parte, el Relator Especial de Naciones Unidas sobre los derechos humanos de los migrantes ha destacado que obstruir y limitar el acceso a los servicios, instituciones y los bienes que permiten el ejercicio efectivo del derecho a la salud representa una vulneración de derechos humanos. El Relator destaca que, como principio fundamental, los Estados deben cumplir con la obligación de asegurar el “contenido mínimo” de este derecho -el cual es de cumplimiento inmediato y debe proveerse sin discriminación alguna- asegurando la satisfacción de los niveles esenciales de atención primaria de la salud para todas las personas dentro de su jurisdicción, independientemente de su ciudadanía, nacionalidad o situación de inmigración (migrantes, 2010). En épocas de graves restricciones de recursos, el Relator destaca que es preciso proteger a los miembros vulnerables de la sociedad adoptando programas selectivos y relativamente poco onerosos.

LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

El derecho a la salud implica el disfrute del más alto nivel posible de bienestar físico y mental. Sin embargo, este derecho no depende únicamente del acceso a los servicios sanitarios, sino que está condicionado también por los determinantes sociales de la salud: las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, las cuales están influenciadas por la distribución del poder y los recursos. Estos factores tienen un impacto directo en la salud y van más allá de los aspectos meramente biológicos¹.

¹ Comisión sobre Determinantes Sociales de 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”

Las desigualdades sociales en salud surgen cuando estas diferencias en los determinantes sociales generan brechas injustas y evitables entre distintos grupos poblacionales definidos por su condición económica, demográfica o geográfica. Como señala la comisión para reducir las desigualdades sociales en salud, estas desigualdades afectan no solo a la salud individual, sino también a la salud colectiva, reproduciendo exclusión y discriminación. (Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España, 2015)

Abordar estas desigualdades es fundamental para garantizar el derecho a la salud. En este sentido, el trabajo de organizaciones como Médicos del Mundo resulta clave, en colaboración con las entidades públicas, para lograr un acceso equitativo a los servicios sanitarios, una mejora de la atención integral atendiendo a las especificidades de cada grupo y una mejora en las condiciones de vida de las personas más vulnerables.

Desde sus inicios, la OMS ha enfatizado que “los resultados alcanzados por cada Estado en el fomento y protección de la salud son valiosos para todos”. En línea con este principio, la legislación española recoge el compromiso de garantizar la equidad en la salud. La Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, establece el objetivo de asegurar la equidad, la calidad y la participación social en el sistema sanitario. La interdependencia de la salud quedó especialmente en evidencia durante la pandemia de COVID-19, mostrando que **la salud individual está directamente vinculada con el bienestar colectivo.**

A pesar de estas leyes, en España aún existen colectivos que no pueden disfrutar plenamente del derecho a la salud y es por ello que Médicos del Mundo trabaja específicamente con personas en situación de exclusión, como personas sin hogar, migrantes, mujeres en situación de prostitución y víctimas de trata, quienes enfrentan múltiples barreras en el ejercicio de su derecho utilizando un enfoque integral que aborde las múltiples formas de discriminación y desigualdad que afectan a los colectivos más vulnerables.

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

Sin políticas adaptadas a la realidad social, la vulneración del derecho a la salud continuará perpetuando la exclusión y la desigualdad. Para evitarlo, es necesario garantizar un acceso equitativo, sin barreras discriminatorias o económicas y adaptado a las necesidades específicas de cada situación, asegurando que todas las personas puedan ejercer plenamente su derecho a la salud.

EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO Y SUS BARRERAS

El sistema sanitario es también, 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 (Hirnas Aduy M, 2013). Así, **garantizar que todas las personas puedan acceder a una atención sanitaria adecuada a sus necesidades es 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 vulnerable 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.²

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.

² La Observación General Nº14 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.

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, 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 público** que imposibilitan o limitan el disfrute del derecho a la salud.³ 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 constante hacia la plena realización del derecho a la salud. 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 al 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* (Pacto Internacional Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1968)⁴. Por consiguiente, los estados no solo 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**.

³ Las barreras de acceso pueden darse respecto de otros determinantes sociales de la salud, no únicamente en relación con el 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.

⁴ Observación General nº14. Punto 43 a

Imagen: Taller de Salud Sexual y Reproductiva



En España, desde el año 2012 en el que entró en vigor el RDL 16/2012, se ha tratado de vincular el acceso a la asistencia sanitaria a la aportación de las personas trabajadoras, sin embargo, ya sabemos que en nuestro país la sanidad se financia a través de impuestos directos e indirectos por lo que usar este argumento y añadirlo como requisito de acceso acrecienta el malestar de las personas y pone en riesgo la convivencia y la solidaridad. Estas políticas excluyentes se han convertido en un importante determinante de la salud física y psíquica de las poblaciones más vulnerabilizadas.

El sistema sanitario español no siempre se ha caracterizado por ser un sistema de salud más justo y equitativo que el de otros países. Esta transformación hacia el modelo de Sistema Nacional de Salud (SNS) se inició en el año 1986 con la Ley General de Sanidad y se consolidó en el 2003 con las Ley de Cohesión y Calidad del SNS, lo que nos permitía garantizar el acceso de la población eliminando barreras y facilitando así la salud comunitaria. Sin embargo, fue en el año 2012 con el Real Decreto Ley 16/2012 cuando se

inició la restricción al acceso a la sanidad pública alegando motivos económicos y ha permanecido hasta hoy, a pesar del Real Decreto Ley 7/2018 que pretendía restablecer la universalidad del SNS. En Canarias se han hecho algunos esfuerzos para garantizar la universalidad y la equidad del servicio canario de salud pero no han resultado suficientes puesto que continuamos con grandes dificultades en el acceso y mucha arbitrariedad al respecto en las islas.

También es en la Observación General nº14 del Comité DESC (2000) donde se define la **aceptabilidad** como un criterio esencial del derecho a la salud, estableciendo que **los servicios de salud deben respetar la cultura, ser sensibles a la diversidad de género y garantizar la confidencialidad**. Además, en la Convención sobre la Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra la mujer (CEDAW) y la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) se refuerza el derecho a servicios de salud aceptables y adecuados para grupos vulnerables. Todo esto está también recogido en normativa del estado español como en la Constitución, en su artículo 43, donde se reconoce el derecho a la protección de la salud y se establece la obligación de los poderes públicos de organizar y tutelar la salud pública. En la Ley 14/1986 General de Sanidad, en la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del SNS donde se refuerza el principio de equidad y adaptabilidad de los servicios sanitarios y otras. Además, el criterio de aceptabilidad se pone de manifiesto en normativa canaria con la Ley 11/1994 de Ordenación Sanitaria de Canarias que establece la planificación y adaptación de los servicios a la realidad sociocultural del archipiélago y en la Estrategia de Salud 2023 – 2028 donde se refuerza la participación ciudadana y la adecuación de servicios a la diversidad de la población canaria.

Esto se aterriza a través de estrategias de humanización, con programas centrados en la persona, adaptados a necesidades culturales y de género. Con medidas específicas de atención a colectivos vulnerables con la publicación de protocolos para personas migrantes, personas mayores, con diversidad funcional y otros grupos poblacionales. Con protocolos específicos de hospitales y centros de salud donde se incorporan intérpretes sanitarios, espacios adecuados para la privacidad y la adaptación de la comunicación sanitaria.

Por lo tanto, la aceptabilidad en el Servicio Canario de la Salud implica que los servicios no solo sean accesibles y de calidad, sino que también respeten la cultura, las creencias y

la privacidad de las personas y, a pesar de que se han hecho esfuerzos por que así sea, queda mucho camino por recorrer.

Además del acceso y la aceptabilidad el derecho a la salud también implica **disponibilidad**, es decir, que deben existir suficientes establecimientos, bienes y servicios sanitarios, así como personal médicos capacitado, en todas las regiones. En Canarias, su incumplimiento se traduce en barreras significativas para las personas en situación de vulnerabilidad. La falta de centros de salud cercanos, largas listas de espera, ausencia de programas adaptados a necesidades específicas y la insuficiencia de recursos humanos y materiales dificultan el acceso a la atención sanitaria oportuna.

Finalmente la **calidad** en el derecho a la salud garantiza que los servicios sanitarios sean seguros, eficaces, apropiados y centrados en las necesidades de las personas. En Canarias, su deficiencia impacta especialmente a quienes ya enfrentan otro tipo de barreras generando un acceso desigual a diagnósticos, tratamientos y seguimientos adecuados. La falta de formación en enfoques de salud intercultural y de género, junto con tiempos de atención reducidos y limitaciones en el acceso a especialidades, compromete la detección temprana de enfermedades y la adherencia a los tratamientos, perpetuando inequidades en la salud de las poblaciones más vulnerables.

¿De qué manera consideras que estas barreras afectan a las Titulares de Derechos?

“Al no tener la información acertada y correspondiente, terminan por **abandonar el proceso** de solicitud.”

Inés

“Las aleja del sistema de salud, con todas sus consecuencias en su propia salud.”

Claudia

“Ante el **desconocimiento y la complejidad de los trámites**, las Titulares dejan de intentar acceder al sistema sanitario y optan o por no buscar servicios de salud o hacerlo de manera privada con menos garantías.”

Silvia



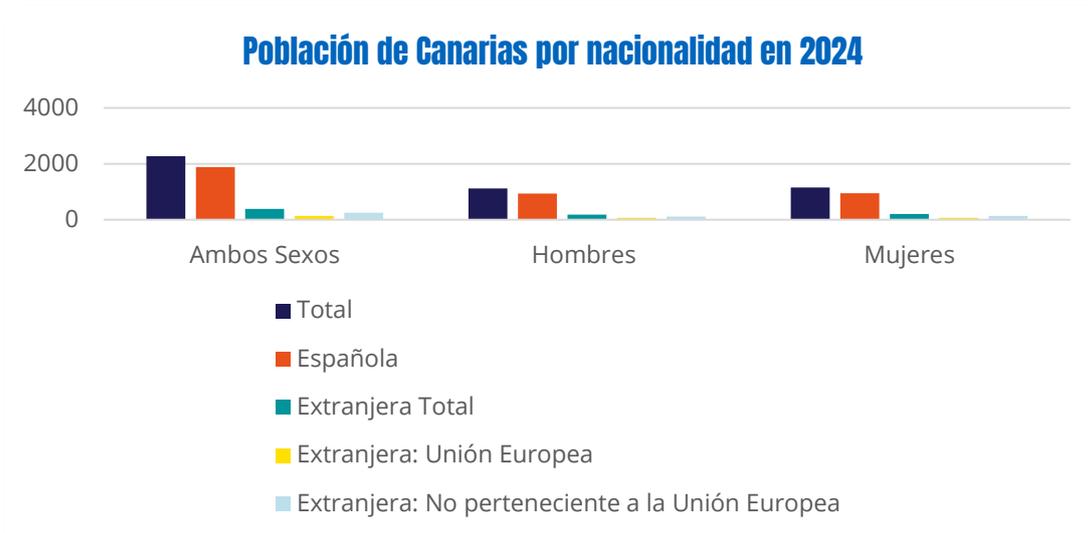
Canarias

LA SITUACIÓN DE CANARIAS

PERFIL DE LA POBLACIÓN DE CANARIAS

Como hemos comentado anteriormente, el acceso a los servicios de atención sanitaria es un determinante de la salud en sí mismo que, a su vez, está vinculado con otros determinantes sociales que construyen la salud global de las poblaciones. En este caso, entender cómo es la población de Canarias tanto demográficamente como socialmente también nos dará información sobre su situación de salud general.

Según los datos del INE⁵, Canarias contaba en 2024 con una **población** de 2.238.754, 25.738 personas más que en 2023, con el 50.1% de mujeres y el 49.9% de hombres. Este crecimiento se debe principalmente a la población extranjera, que creció un 4,71% (14.829 personas), en comparación con el 0,57% de aumento de la población nacional, que sumó 10.909 personas. Del total de la población de Canarias el 17.3% eran personas extranjeras y de ellas, el 63.8% eran no pertenecientes a la Unión Europea, es decir, un 11% de la población.



⁵

https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177095&menu=ultiDatos&idp=1254735572981

En relación con los **datos de salud** de la población de Canarias, según los datos de la encuesta de Salud de Canarias del año 2021⁶, la autovaloración del estado de salud de la población es mayoritariamente “buena” con un 47,35% de la población, pero hay un 30% que la considera “regular” o “mala/muy mala” y un 22,5% que la considera muy buena. Según sexos son un 20,5% de los hombres que la definen como “regular” frente a un 26% de mujeres. Y con respecto a “mala/muy mala” tenemos un 5,2% los hombres y un 8,4% las mujeres. En comparación con otras comunidades autónomas, Canarias presentó una de las valoraciones más bajas. Según datos de 202, el 64,6% de la población de más de 15 años en Canarias percibió su salud de manera positiva, siendo esta la cifra más baja a nivel nacional. Además, la percepción sobre el sistema sanitario en Canarias ha mostrado signos de insatisfacción. En 2023, la población canaria otorgó una calificación promedio de 5,99 puntos a los servicios sanitarios, situándose por debajo de la media nacional de 6,27 puntos.

Según los datos del Plan de Salud de Canarias 2019 – 2024 el 30,5% de la población canaria está **en riesgo de pobreza**, es decir, con ingresos por debajo del umbral de pobreza situándose en los peores puestos del territorio nacional junto a Extremadura y Andalucía. Si a esto añadimos que la pobreza está feminizada y que las leyes de extranjería no facilitan la incorporación al mundo laboral de las personas procedentes de países empobrecidos tenemos que la población con la que trabaja Médicos del Mundo es de las más vulnerabilizadas de Canarias.

INDICADORES SOCIOECONÓMICOS	
	CANARIAS
TASA DE RIESGO DE POBREZA (renta año anterior a la entrevista)	26,1%
TASA DE RIESGO DE POBREZA (con el alquiler imputado)	24,8%
CARENCIA MATERIAL Y SOCIAL SEVERA	11%
HOGARES CON MUCHA DIFICULTAD PARA LLEGAR A FINAL DE MES	20,9%
HOGARES QUE NO TIENEN CAPACIDAD PARA AFRONTAR GASTOS IMPREVISTOS	52,4%
RENTA NETA MEDIA ANUAL POR PERSONA	12.177€
DESIGUALDAD (S80/S20)*	5,3

⁶ https://www3.gobiernodecanarias.org/istac/statistical-visualizer/visualizer/collection.html?resourceType=collection&agencyId=ISTAC&resourceId=C00035A_000012

**FUENTE: Encuesta de Condiciones de Vida 2023. INE. 11.074 € 6,6 25,9% 19,3% 20,9% 52,4% 8.863 € 7,0 Umbral de pobreza: es el 60% de la mediana de los ingresos anuales por unidad de consumo (escala OCDE modificada), tomando la distribución de personas. Los ingresos por unidad de consumo se obtienen dividiendo los ingresos totales del hogar entre el número de unidades de consumo.*

** Desigualdad (S80/S20): La relación de renta S80/S20 se define como la relación entre la proporción de los ingresos totales percibidos por el 20 % de la población con mayores ingresos y la percibida por el 20 % con menores ingresos. Cuanto más elevado sea el valor del indicador, mayor es la desigualdad de la población en la que se mide.*

A nivel regional, en Canarias se estima que alrededor del 2,2% de la población se encuentra **en situación de sinhogarismo**, lo que representa aproximadamente a 6.444 personas (INE). El informe de la Fundación FOESSA 2022 sobre exclusión y desarrollo social en Canarias revela datos alarmantes sobre el crecimiento de las situaciones de exclusión severa, que afectan a más de 300.000 personas. En 2021, el 14% de la población canaria se encontraba en una situación de exclusión severa. Las personas en situación de exclusión social representan el 29,1% de la población de Canarias, lo que implica que, aproximadamente, uno de cada tres habitantes de la comunidad —en torno a 630.000 personas— se encontraron en 2021 en una situación de exclusión, sea esta moderada o severa. Los datos muestran que tanto el porcentaje de hogares como de personas afectadas por situaciones carenciales en la dimensión de la vivienda ha crecido de forma notable desde 2018. En este ámbito, el problema que afecta a una mayor parte de la población canaria es el referido a los gastos excesivos de vivienda, que afectan al 19,3% de los hogares (13,8% en 2018). A no mucha distancia, el segundo de los indicadores que afecta a un mayor porcentaje de la población canaria es el relacionado con la insalubridad en su vivienda (humedades, malos olores, etc.). Esta situación afecta al 15,6% de los hogares. Además, el 5,2% de los hogares canarios están en una situación de hacinamiento grave, otro 5,2% han accedido a su vivienda en condiciones de precariedad y el 5% de los hogares canarios habitan viviendas con deficiencias graves en su construcción. Las situaciones de exclusión en el ámbito de la vivienda que se acaban de describir coinciden con un importante incremento del coste que supone el acceso a la vivienda y a los suministros básicos. En efecto, el Índice de Precios de la Vivienda que elabora el Instituto Nacional de Estadística (INE-2022) pone de manifiesto que el precio de las viviendas se ha incrementado en un 19% en Canarias desde 2015. De acuerdo con los datos del Instituto Nacional de Estadística, el precio de la vivienda, el agua, la electricidad, el gas y otros combustibles se ha incrementado en torno a un 17% desde 2016, tanto en Canarias como en el conjunto de España.

La EINSFOESSA permite analizar también el porcentaje de población que padece situaciones de exclusión residencial y, más concretamente, situaciones de vivienda insegura o inadecuada en los términos definidos por la tipología ETHOS. Los datos disponibles ponen de manifiesto que las situaciones de vivienda insegura afectan al 7,8% de la población canaria, mientras que las de vivienda inadecuada afectan al 13,1%. entre los hogares en situación de exclusión social: dentro de este grupo, el 56,0% ha dejado de comprar medicamentos o seguir tratamientos o dietas por problemas económicos y en el 12,3% de estos hogares se han experimentado, en la actualidad o en el pasado, situaciones de hambre. Estos porcentajes ascienden al 71,2% y 23,1% respectivamente en el caso de los hogares en situación de exclusión social severa. Los datos de la encuesta también ponen de manifiesto que las situaciones de exclusión se producen con más frecuencia entre las personas que tienen un diagnóstico de enfermedad mental. En el caso de Canarias, la tasa de exclusión social entre las personas que tienen un diagnóstico de enfermedad o trastorno mental es del 43,3% en 2021, frente al 27,1% entre las personas en situación de exclusión que no declaran un diagnóstico de este tipo. Los datos de EINSFOESSA ponen de manifiesto que la exclusión de la vivienda afecta en 2021 al 30,7% de los hogares en Canarias y al 30,8% de la población. Desde el punto de vista evolutivo, los datos muestran que tanto el porcentaje de hogares como de personas afectadas por situaciones carenciales en la dimensión de la vivienda ha crecido de forma notable desde 2018. Si el porcentaje de población afectada por estas situaciones es del 30,8% para el conjunto de la población, se incrementa hasta el 73,1% en el caso de las personas en situación de exclusión y hasta el 88% en el caso de las personas en situación de exclusión severa.

Cómo profesional sanitaria, ¿De qué manera te han afectado estas vivencias? ¿Cómo te hicieron sentir?

“Tenemos un sistema de salud colapsado. Llevo más de 20 años de profesión y las listas de espera para cualquier especialista son abrumadoras. La mayoría no se puede permitir acudir a la medicina privada. Me incomoda y entristece la falta de solidaridad y empatía de los canarios cuando echan la culpa a los inmigrantes de los problemas del sistema sanitario.”

María del Mar

“**Impotente**, conocer que una persona tiene un derecho y ver que no puede disfrutarlo por desinformación, es frustrante.”

Inés



Canarias

MÉDICOS DEL MUNDO EN CANARIAS

Médicos del Mundo trabaja en Canarias desde el año 1994. Estamos presentes en las islas de Lanzarote, Tenerife y Gran Canaria siempre cerca de las poblaciones más vulnerabilizadas y luchando por garantizar el derecho a la salud de toda la población.

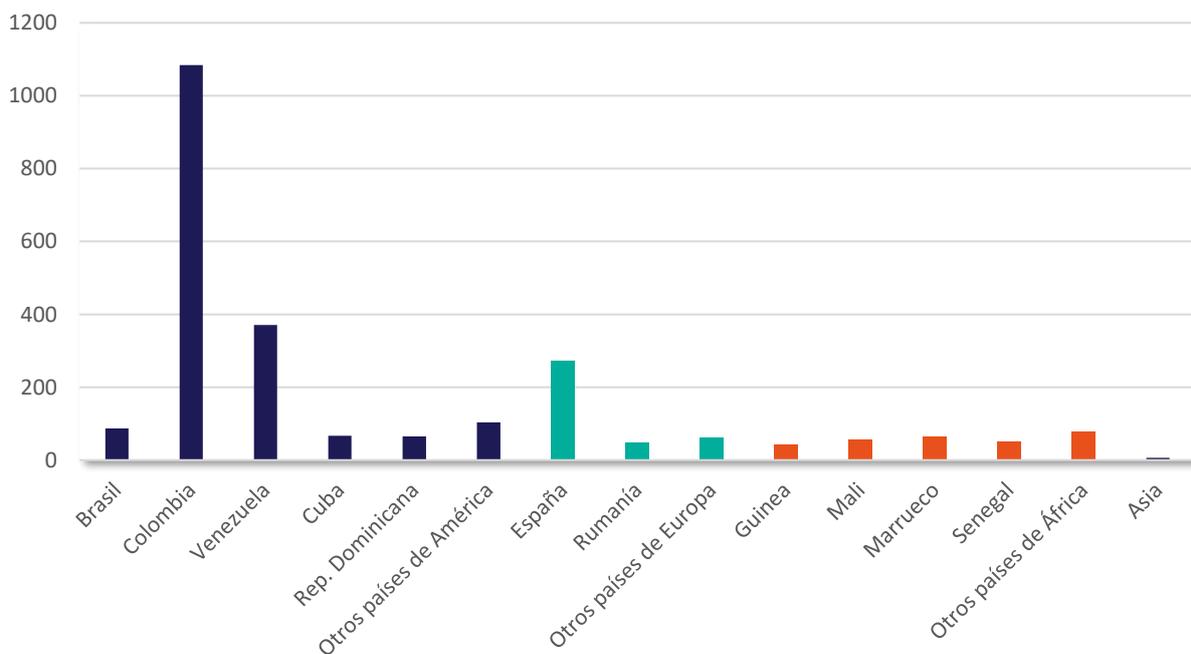
Durante el año 2024 el equipo de Médicos del Mundo Canarias, formado por personas técnicas y personas voluntarias comprometidas con el derecho a la salud ha atendido a **2491 personas** en su mayoría en situación de sinhogarismo, personas migrantes del sur global, principalmente en situación administrativa irregular, personas excluidas del sistema sanitario y mujeres en situación de prostitución. Siendo el 84% de ellas mujeres cis, el 2,4% mujeres trans, el 12,9% hombres cis y 1 persona no binaria. Además, el 87,6% era de país de origen extranjero y el 12,4% de origen nacional/español. De las personas atendidas el 89,6% tenían entre 18 y 64 años.

GRUPOS POBLACIONALES					
	HOMBRES CIS	HOMBRES TRANS	MUJER CIS	MUJER TRANS	NO BINARIO
ADOLESCENTES - SISTEMA DE PROTECCIÓN	27				
COMUNIDAD ROMA			2		
HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES	31				
MENOR MIGRANTE NO ACOMPAÑADO	3				
MIGRACIONES	203	1	1766	39	2
PERSONAS TRANS		2		61	
PERSONAS MAYORES	18		61	2	
PERSONAS USUARIAS DE DROGAS	31		73	5	
PROSTITUCIÓN	10		1707	58	1
SIN HOGAR	203	1	468	12	1
TOTAL	348	1227	916		

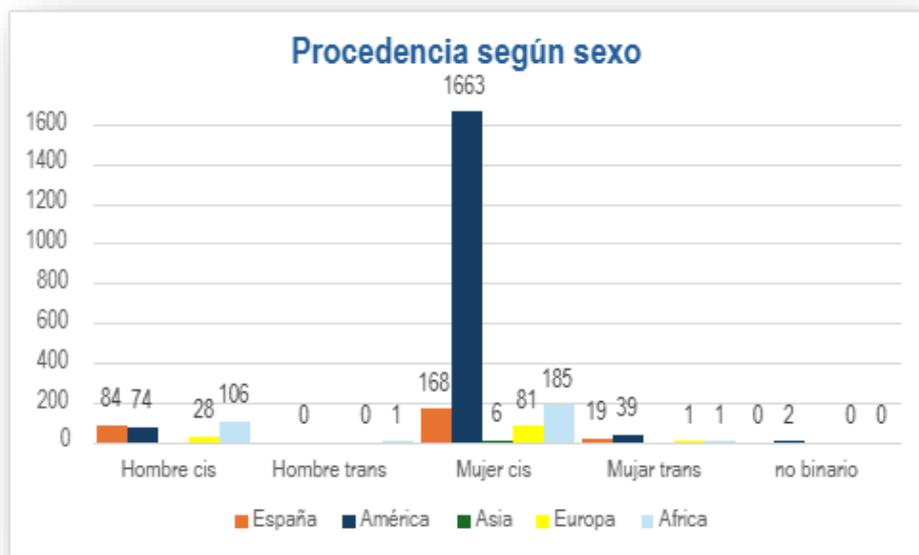
IDENTIDAD DE GÉNERO					
	LANZAROTE	GRAN CANARIA	TENERIFE	TOTAL	%
MUJER CIS	329	1154	648	2131	85,5%
MUJER TRANS	8	18	35	61	2,5%
HOMBRE CIS	11	54	231	296	11,86%
HOMBRE TRANS	0	0	1	1	0,04%
GÉNERO NO BINARIO	0	1	1	2	0,1%
TOTAL	348	1227	916	2491	

Además de la abrumadora mayoría de mujeres atendidas desde Médicos del Mundo en Canarias también atendemos, mayoritariamente a población de **procedencia** extranjera, aunque hay un porcentaje importante de personas de origen español, dejando en evidencia que las personas con más dificultades y vulnerabilidades son mujeres migrantes (de países empobrecidos), en situación de pobreza.

PROCEDENCIA GLOBAL

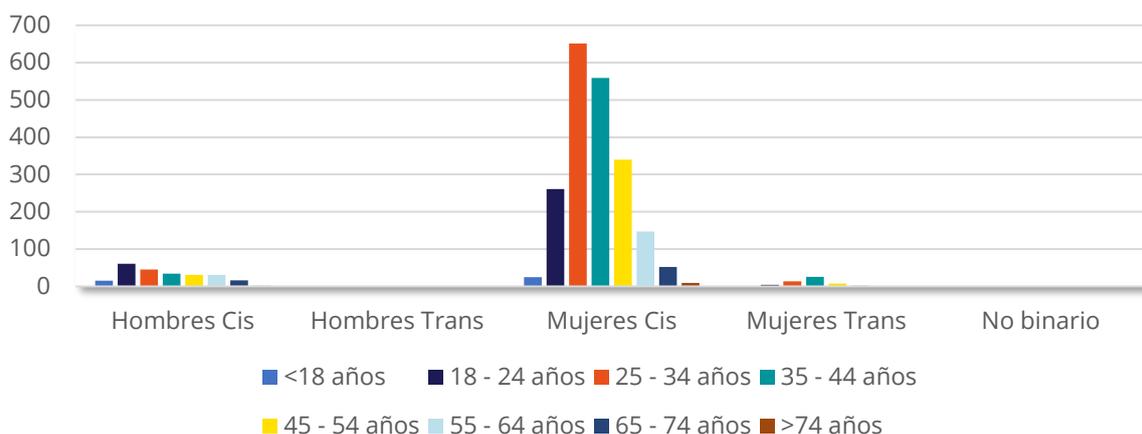


Tal y como podemos apreciar en la tabla de arriba, las principales personas atendidas son procedentes de Latinoamérica, aunque si separamos por sexos, vemos que en el caso de los hombres son mayoritariamente africanos. Con respecto a la población de origen español, son mayoritarias las mujeres también y con una gran diferencia las mujeres canarias.

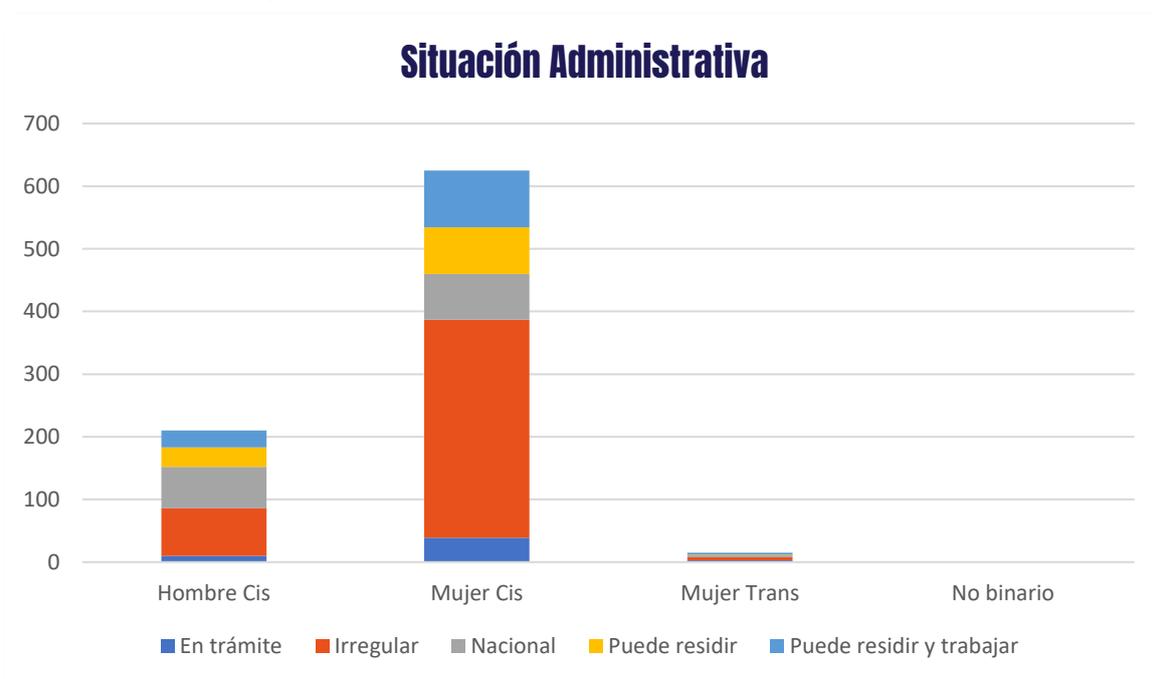


Si analizamos las **frangas de edad**, podemos observar que, entre los hombres, las franjas mayoritarias son entre 18 y 34 años, mientras que, entre las mujeres, las franjas mayoritarias van desde los 25 hasta los 44 años.

Población atendida por MdM Canarias por tramos de edad en 2024



La situación administrativa de las personas con las que trabajamos es un factor determinante en su acceso a derechos básicos como la salud, el empleo y la protección social. La falta de documentación regularizada coloca a muchas de ellas en una situación de mayor vulnerabilidad, dificultando su acceso a servicios esenciales y aumentando el riesgo de explotación y exclusión social. Esto es especialmente crítico en el caso de las mujeres en situación administrativa irregular, quienes, además de enfrentar barreras legales y burocráticas, pueden ser más propensas a sufrir violencia de género y condiciones de trabajo precarias.



Por otro lado y en relación con la educación, el 10,3% de las personas atendidas por Mdm tienen estudios primarios, el 21,7% estudios secundarios y el 8,5% tiene estudios superiores pero la homologación de títulos es compleja para los procedentes de los países mayoritarios que atendemos.

Además, muchas de las mujeres migrantes con las que trabajamos llegan a las islas en condiciones de extrema vulnerabilidad. En muchos casos, como hemos visto, provienen de países con sistemas de salud deficientes y tienen acceso limitado a atención médica adecuada en sus lugares de origen. Este hecho se agrava debido a las dificultades económicas y logísticas que se enfrentan al llegar a Canarias, que puedan dar lugar a

diagnósticos tardíos y tratamientos inadecuados que pueden impactar negativamente en su salud a largo plazo.

ACCEDER AL SERVICIO CANARIO DE SALUD

Como se mencionaba en apartados anteriores, el sistema sanitario es, en sí mismo, un determinante de la salud, aunque hemos visto que, en Canarias, hay determinantes sociales de la salud que no favorecen ambientes promotores de salud, sino todo lo contrario, por lo que, nos encontramos con poblaciones con mala percepción de la salud y del sistema sanitario, con alta morbilidad y con dificultades de acceso a la atención sanitaria pública.

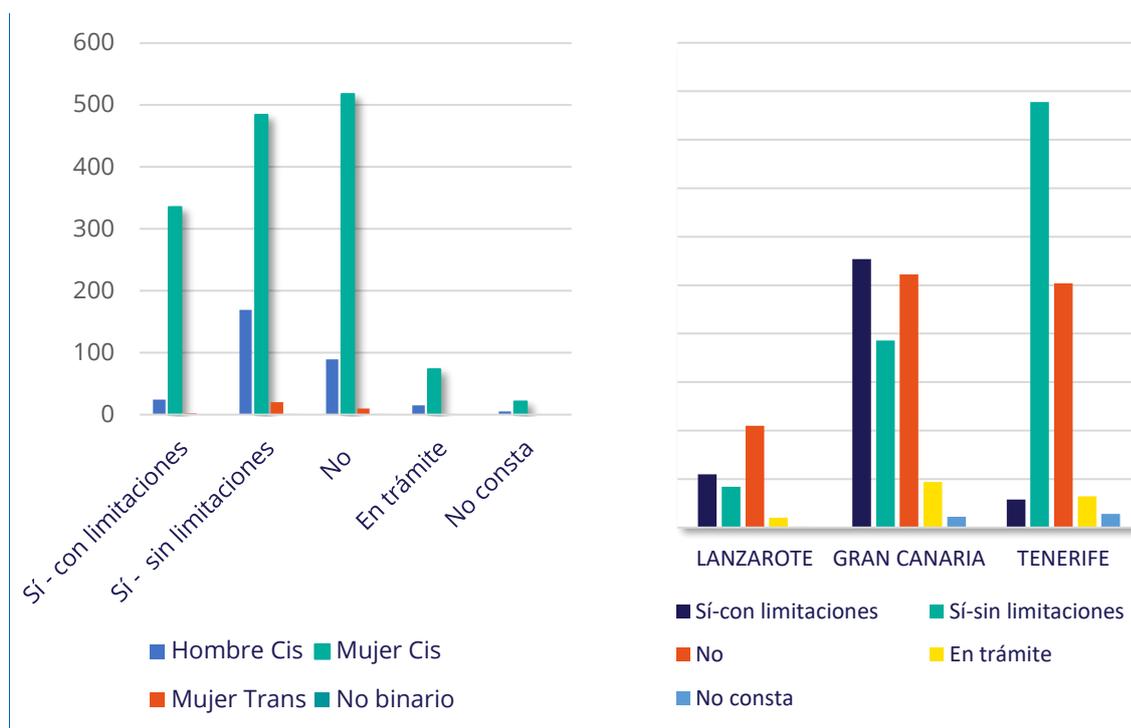
Como sabemos, en Canarias también afectó la entrada en vigor del Real Decreto 16/2012 que expulsó del Servicio Canario de Salud a más de 10.000 personas. Además, los discursos que vinculan la financiación de la sanidad con el trabajo, sumado a las voces que esparcen rumores sobre el abuso de las personas migrantes de los servicios sanitarios, la arbitrariedad en los mostradores de administración, la incapacidad del Real Decreto 7/2018 para reinstaurar el acceso universal al sistema público de salud y otras barreras, han hecho que los esfuerzos que se han hecho desde la Comunidad para solucionar el problema del acceso no hayan funcionado. Seguimos contando con estudios que visibilizan las dificultades en todo el territorio nacional (Gentium, 2025) y es por esto por lo que, con este informe queremos mostrar una parte de la realidad a la que se enfrentan personas que viven en las islas.

La salud de las personas depende de muchos factores, pero como ya hemos dicho, los determinantes sociales de la salud son parte fundamental del bienestar físico, psíquico y social de las personas. Así, tener acceso a un empleo digno, una vivienda estable, acceso a información y formación son más importantes que los hábitos de vida de las personas. Las poblaciones que atiende Médicos del Mundo en Canarias ven empeorada su salud debido a inequidades sociales, en muchos casos, a situaciones alejadas de la justicia social que perpetúan que las personas tengan tratos diferentes y desiguales. Parte de la solución a los problemas de salud de quienes atendemos desde Médicos del Mundo pasa por acceder al sistema sanitario en condiciones equitativas al resto de la población, pero,

una vez más, hemos detectado como las injusticias también se manifiestan en el servicio canario de salud.

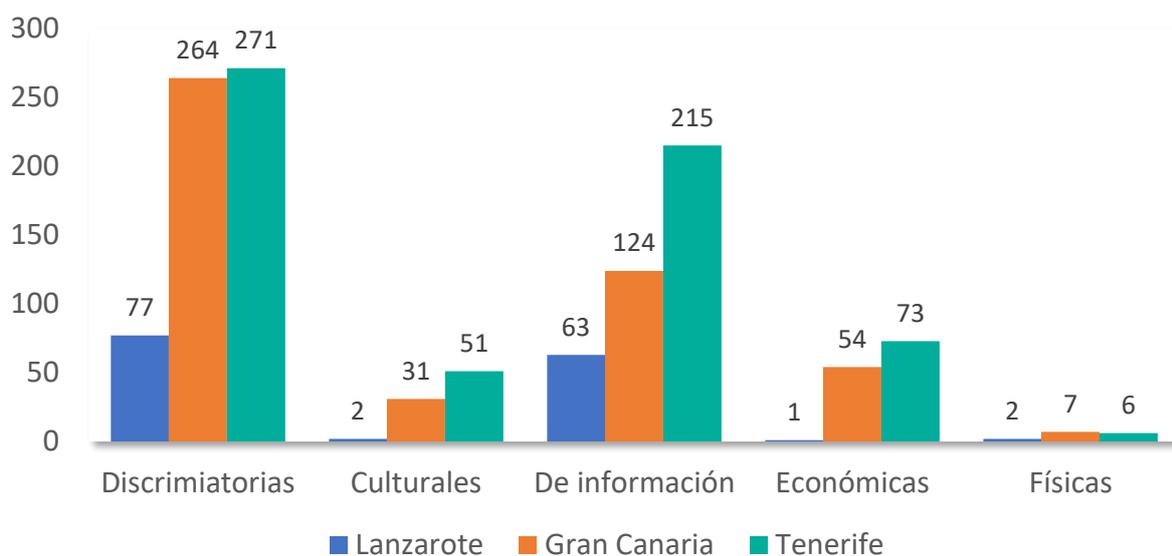
De las **2491 personas atendidas** por Médicos del Mundo en 2024 hemos podido registrar el dato de “tarjeta sanitaria” de 1611, es decir, conocemos si pueden acceder o no al sistema sanitario, el 64,7% de las personas atendidas. De ellas, 618 no tiene tarjeta sanitaria, lo que supone el 38,3% de las personas preguntadas y el 24,8% del total de personas atendidas. Por otro lado, 1035 personas sí contaban con tarjeta sanitaria (64,2%). En cualquier caso, **tener la tarjeta sanitaria no quiere decir que se resuelvan los problemas o desaparezcan las barreras.**

TARJETA SANITARIA



Desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2024 Médicos del Mundo en Canarias ha registrado **1241 barreras relacionadas con el acceso al servicio canario de salud** en las personas atendidas.

BARRERAS EN EL ACCESO



Las **barreras discriminatorias** —las originadas en requisitos legales o administrativos que dificultan el acceso al sistema sanitario y que afectan solo a personas o colectivos— siguen siendo mayoritarias, con un 49,4% del total.

BARRERAS DETECTADAS POR ISLA		LZ	GC	TF
Barreras discriminatorias	Actitudes racistas en los centros sanitarios			1
	Embarazadas a quienes se deniega la atención		2	5
	Falta de documentación identificativa	1	8	20
	Falta de empadronamiento	63	192	142
	Imposibilidad de acreditar no exportación		10	16
	Imposibilidad de acreditar período superior a 3 meses	5	36	79
	Imposibilidad de cita con trabajadora social	2	3	2
	Reagrupación familiar			9
	Retraso en el trámite administrativo	3	12	34
	Solicitantes de asilo con barreras de acceso	1	2	11
	Otras barreras discriminatorias	1	41	28
TOTAL			612	
Barreras en situaciones especiales	Embarazadas a quienes deniegan la atención		2	5
	Menores a quienes se deniega la atención	1	3	2
	TOTAL			13

Dentro de esta categoría, la imposibilidad de demostrar llevar al menos 3 meses en España incluyendo la exigencia del empadronamiento que lo demuestre constituye el principal obstáculo para acceder a la asistencia sanitaria normalizada⁷. Además, seguimos constatando casos de falta de protección a situaciones de especial vulnerabilidad al denegar la atención a menores de edad y mujeres embarazadas, facturar en urgencias o dificultar el acceso de solicitantes de protección internacional como se comprometió el Gobierno de Canarias en 2015. Por otro lado, hay que resaltar el número de personas reagrupadas ascendientes que, pese a residir legalmente en Canarias, están excluidas del sistema sanitario público.

Además, la **barrera del estigma, la discriminación y los prejuicios** acerca de las personas en vulnerabilidad social producen comentarios, actitudes y conductas discriminatorias que, a menudo nos reportan las personas que atendemos. Para solucionar esta situación es necesaria la formación y la sensibilización con mirada antirracista y de género para que las y los profesionales identifiquen y transformen estereotipos, garantizando un trato digno y libre de discriminación a todas las personas.

Las **barreras culturales** que, a pesar de vincularse con una cuestión de aceptabilidad, pueden tener un efecto disuasorio sobre las poblaciones más vulnerables que limita el acceso a la atención sanitaria – al no contemplar medidas culturalmente apropiadas y respetuosas con las necesidades de estos colectivos. Es frecuente que las personas migrantes refieran el miedo a ser deportadas lo que las lleva, a menudo a temer ser identificadas por la administración pública (Frievenh, 1997). Acceder a los servicios de salud lo consideran un riesgo para su estatus migratorio y por lo tanto evitan la atención médica incluso en situaciones graves, sienten desconfianza hacia el sistema sanitario. En La Gaceta Sanitaria de 2014 titulada “Impacto de la reforma sanitaria de 2012 en los inmigrantes en situación irregular” hace un análisis sobre cómo la reforma afectó negativamente a la salud de este colectivo y afirma que muchas personas optan por no acceder a la atención necesaria para no ser identificadas.

⁷ Cabe recordar, tal y como señalamos en nuestro informe de 2022, que esta exigencia de tres meses carece de base legal, pues no está expresamente recogida en el texto del Real Decreto Ley 7/2018, y se sustenta más en la práctica habitual de las Comunidades Autónomas, incluida Canarias.

BARRERAS DETECTADAS POR ISLA		LZ	GC	TF
Barreras culturales	Ausencia de mediación intercultural		11	14
	Desconfianza hacia el SNS	2	20	38
	Desconocimiento del marco cultural		8	21
	TOTAL			83

Las **barreras informativas** —por falta de información necesaria para acceder a la sanidad y los tratamientos prescritos— suponen **el 32,4% de los casos documentados** en Canarias. Estas trabas se manifiestan de distinta manera en función de la vulnerabilidad de la persona. En Canarias hemos constatado dificultades distintas si la persona iba acompañada por parte del equipo de Médicos del Mundo o si iba sola. Además, en ocasiones las informaciones son contradictorias según la persona que la ofrezca o el centro de salud al que se acuda. También hemos detectado dificultades en la comprensión de la normativa por parte de las personas que deberían controlarla para garantizar su cumplimiento como, por ejemplo, solicitar documentación no necesaria para la tramitación de la tarjeta o procedimientos no necesarios para personas que sí tienen garantizado el acceso. Y, por último, pero no menos preocupante, los comportamientos xenófobos y el maltrato verbal que padecen personas migrantes por parte de algunas personas trabajadoras del servicio canario de salud cuando acuden a solicitar atención sanitaria contribuyen a incrementar la desinformación y continúan siendo una lacra que el servicio canario de salud debe erradicar sin mayor dilación.

BARRERAS DETECTADAS POR ISLA		LZ	GC	TF
Barreras informativas	Desconocimiento de cómo acceder al servicio canario de salud	53	94	169
	Información errónea / incompleta desde el SCS	11	46	97
	Digitales		1	1
	Lingüísticas		14	14
	TOTAL			388

El coste de los servicios de salud, en ninguno de sus aspectos, debe ser un obstáculo para las personas, en especial para aquellas en situación de vulnerabilidad. Esto es lo que en derecho a la salud se denomina **accesibilidad económica o asequibilidad** e implica garantizar sistemas de financiamiento equitativos, acceso a medicamentos esenciales a precios asequibles y la eliminación de pagos excesivos o informales que impidan el acceso a la salud.

Las **barreras económicas** son el 10,3% y constituyen uno de los principales obstáculos para que muchas personas puedan acceder de forma efectiva al derecho a la protección de la salud. En los datos que tenemos de Canarias es relevante cómo afrontar el gasto económico de facturaciones derivadas de procesos burocráticos no correctamente explicados a las personas que usan los servicios de salud, suponen una parte importante de este grupo de barreras (por ejemplo, facturaciones por acudir a tu centro de salud cuando se te caduca la tarjeta sanitaria sin previo aviso y con retraso administrativo de la renovación o dificultades para acceder a citas con el INSS), además de la facturación en urgencias nombrada anteriormente y el acceso a medicamentos de personas con y sin acceso al sistema sanitario. Es frecuente que personas que tienen tarjeta sanitaria refieran dificultades para comprar la medicación y mantener así la adherencia al tratamiento.

BARRERAS DETECTADAS POR ISLA		LZ	GC	TF
Barreras económicas	Acceso a medicamentos	1	39	69
	Facturación en urgencias		19	7
	Otras barreras económicas		3	6
	TOTAL			128

El trabajo de Médicos del Mundo en Canarias pone más el foco en la pobreza farmacéutica (personas que aún contando con tarjeta sanitaria manifiestan dificultades para afrontar el gasto en medicación) y responde a la necesidad de garantizar el derecho a la salud no solo facilitando el acceso concreto a los tratamientos, sino también documentando las barreras estructurales para incidir en políticas públicas. Además, se mantiene una vigilancia activa sobre los fenómenos de hipermedicalización y de las desigualdades en el acceso a medicamentos según el colectivo de pertenencia.

La pobreza farmacéutica y la hipermedicalización son dos fenómenos interconectados que afectan de manera desigual a distintas poblaciones, exacerbando las desigualdades en salud. La hipermedicalización hace referencia al proceso por el cual aspectos de la vida cotidiana y problemas sociales son redefinidos como condiciones médicas que requieren tratamiento farmacológico. Desde un enfoque interseccional, la hipermedicalización afecta de manera desproporcionada a ciertos grupos vulnerabilizados. Por ejemplo, las mujeres han sido históricamente objeto de la medicalización de procesos naturales como el embarazo, la menopausia o las emociones vinculadas al estrés. Un ejemplo claro es la medicalización de la ansiedad en mujeres, quienes son frecuentemente diagnosticadas y tratadas con benzodiazepinas o antidepresivos, a menudo sin un análisis profundo de los factores sociales, laborales o familiares que contribuyen a su malestar. Este enfoque puede llevar a una dependencia farmacológica y desviar la atención de soluciones estructurales o terapéuticas más integrales. Las comunidades racializadas también enfrentan una medicalización que está impregnada de estereotipos, como el sobrediagnóstico de enfermedades mentales en determinados grupos étnicos. Por ejemplo, los hombres jóvenes racializados pueden ser etiquetados con diagnósticos psiquiátricos que conllevan un uso excesivo de medicamentos psicotrópicos, reforzando narrativas discriminatorias. La antropología médica critica cómo la hipermedicalización puede desviar la atención de las causas estructurales de las desigualdades en salud, como la pobreza o la exclusión social. Al transformar problemas sociales en cuestiones individuales que requieren soluciones farmacológicas, se refuerzan narrativas que culpabilizan a los individuos y se minimiza la responsabilidad colectiva y política.

Desde Médicos del Mundo ofrecemos apoyo económico en la obtención de medicación, así como en la prescripción de algunos de ellos. Este trabajo se realiza de manera desigual en las 3 islas por falta de recursos humanos y materiales. Sin embargo, esto no nos ha impedido hacer un análisis de lo trabajado hasta el momento.

Este análisis sobre prescripción y provisión de medicamentos muestra una tendencia preocupante en relación con la tarjeta sanitaria y el acceso a la salud. En particular, las categorías "En trámite" y "No consta" representan una barrera administrativa que puede dificultar la obtención de la tarjeta sanitaria, lo que impacta directamente en la posibilidad de acceder a tratamientos médicos.

Las mujeres que se encuentran en estas categorías enfrentan un obstáculo adicional para recibir la atención que necesitan, lo que podría estar contribuyendo a una situación de exclusión sanitaria. Garantizar un acceso ágil y sin restricciones a la tarjeta sanitaria es un paso clave para reducir las desigualdades en la prescripción y provisión de medicamentos.

Las **barreras físicas** hacen referencia a la dificultad en el transporte tanto en las zonas urbanas como rurales, los horarios inadecuados y los obstáculos arquitectónicos de instalaciones sanitarias. También contempla la adecuación de la infraestructura para personas con discapacidad o movilidad reducida. En ocasiones, las personas que atendemos deben realizar trayectos de largas distancias para acceder a servicios y no siempre cuentan con una red de transporte que facilite el acceso.

BARRERAS DETECTADAS POR ISLA		LZ	GC	TF
Barreras físicas	Dificultad en el transporte		6	6
	Horarios inadecuados	1	1	1
	Obstáculos arquitectónicos			1
	TOTAL			16

También hemos registrado 165 superaciones de esas barreras gracias a la mediación de Médicos del Mundo, aunque esto no significa que la barrera haya desaparecido para la población. No se ha podido analizar porque abarcar todas las barreras no era posible para el equipo humano con el que cuenta Médicos del Mundo en Canarias, así como sobre barreras económicas no hemos recogido las vinculadas a la salud dental, a los gastos de productos sanitarios como audífonos o gafas y hemos aproximado al problema en relación con el gasto en medicación.



NUESTRO TRABAJO

Con el objetivo de fortalecer el servicio canario de salud (SCS) durante el año 2024, Médicos del Mundo en Canarias ha realizado un total de 70 acompañamientos de titulares de derecho, incluidos 3 acompañamientos por interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Se entregaron más de 100.000 preservativos, más de 20.000 lubricantes, 20 test de embarazo y 18 copas menstruales entre otros materiales.

LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

El derecho a la salud sexual y reproductiva es una parte integrante del derecho a la salud consagrado en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Fue durante la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, en el Cairo donde se reconoció por primera vez a nivel global que **los derechos reproductivos son derechos humanos** y se estableció la importancia del acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. En la observación general 22 (Consejo Económico Social, 2016) se detallan todas las características imprescindibles de esta parte del derecho a la salud, pero además en la revisión de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (Naciones Unidas, 2018) donde se incluyeron en 2015 objetivos y metas en la esfera de la salud sexual y reproductiva, se reforzaron compromisos en esta materia.

Según la ONU (Organización de las Naciones Unidas), los derechos sexuales y reproductivos comprenden desde el ejercicio de la sexualidad de manera independiente de la reproducción, estar libre de discriminación, presión o violencia en nuestra vida y decisiones sexuales, poder con acceso a educación sexual (y afectiva) dirigida al desarrollo de la persona y el ejercicio responsable de la sexualidad en forma plena, libre e informada, hasta como tener acceso a servicios médicos de calidad, adecuada y digna para la salud.

Cuando hablamos de los derechos sexuales y reproductivos debemos tener en cuenta que se ven profundamente afectados por los determinantes sociales de la salud, por lo que hay que tener siempre presente la procedencia de las personas, el género, la distribución del poder, la situación de pobreza, la vivienda y otros factores para entender bien cómo las barreras van a afectar a la salud de estas personas.

Algunos de estos determinantes han quedado reflejados en apartados anteriores. Podríamos destacar que la población atendida por Médicos del Mundo en Canarias es mayoritariamente mujeres cis, que un porcentaje muy elevado procede de países empobrecidos, del sur global y que, no tienen ingresos regulares, ni viviendas estables, ni acceso a información clara. Todas estas características hacen que aumente la morbilidad de estas mujeres y que empeore como consecuencia de las barreras.

ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Las principales barreras identificadas desde Médicos del Mundo Canarias en torno a la salud sexual y reproductiva están relacionadas con la **disponibilidad de programas de atención** a esta parte de la salud de las poblaciones, es decir, tener programas y/o protocolos dirigidos a personas con necesidades específicas no cubiertas como las mujeres en situación de prostitución o las supervivientes de mutilación genital femenina o las mujeres en situación de sinhogarismo. A pesar de que la nueva ley de derechos sexuales y reproductivos (Ministerio de Igualdad, 2023) pretende mejorar sustancialmente el acceso a medicación, a métodos anticonceptivos y al acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), lo cierto es que seguimos constatando barreras y falta de información clara al respecto, incluso entre los propios profesionales. Desde Médicos del Mundo solicitamos contar con profesionales sanitarias responsables: formadas y capacitadas, que conozcan las distintas realidades de las personas que atienden, no solo desde la consulta, sino también desde la comunidad en la que residen.

A lo largo del 2024, Médicos del Mundo en Canarias ha querido enfocar la mirada en los procesos de interrupción voluntaria del embarazo (IVE), el ámbito de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y en paralelo a este punto, se ha querido objetivar información acerca del virus del papiloma humano (VPH).

INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)

Según datos de la OMS, 39.000 mujeres embarazadas mueren cada año por complicaciones derivadas de abortos en condiciones de riesgo en todo el mundo (OMS 2022). Esta cifra deja constancia de la cantidad de mujeres expuestas a un riesgo que compromete su salud por encontrarse diversas barreras que impiden la realización segura y legítima de la interrupción de la gestación.

El aborto inducido en España está regulado por la Ley Orgánica 1/2023, del 28 de febrero, 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, con modificaciones que incluyen la eliminación de la obligatoriedad de que las jóvenes de 16 y 17 años cuenten con el permiso paterno para abortar, la salud menstrual, la supresión de los tres días "de reflexión", entre otras medidas.

Esta ley tiene como objeto garantizar los derechos fundamentales en el ámbito de la [salud sexual](#) y [salud reproductiva](#) establecidos en la OMS, regulando las condiciones de la [interrupción voluntaria del embarazo](#) y puntualizando las correspondientes obligaciones de los titulares de responsabilidades. A su vez, desde el Servicio Canario de Salud se promulgó la instrucción nº11/2023 que establece las directrices para la prestación del IVE en Canarias y que terminó de implementarse con la creación del registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia en marzo del 2024.

Barreras relacionadas con el acceso

Embarazadas a quienes se deniega la atención sanitaria
Falta de empadronamiento
Imposibilidad de acreditar periodo de estancia superior a 3 meses
Retraso en el trámite administrativo de la tarjeta sanitaria
Falta de documentación identificativa
Solicitante de asilo con barreras administrativas de acceso
Otras barreras de información

En Médicos del Mundo Canarias, durante el año 2024 nos hemos encontrado con varias mujeres embarazadas, en situación administrativa irregular que, al acercarse al centro de salud para tramitar su tarjeta sanitaria y así poder acceder al sistema sanitario, se les ha negado dicho acceso alegando la necesidad de “estar empadronadas” durante, al menos, 3 meses, lo cual contraviene no sólo su derecho (recogido en la Ley del 7/2018 más adelante escrita) sino que supondría en muchos casos el avance de la gestación por encima de las 14 semanas permitidas por ley para la realización de una interrupción. Este tipo de barrera administrativa, de información y discriminatoria hace que **la labor de Médicos del Mundo continúe siendo necesaria**, en materia de defensa de los derechos humanos y, en concreto, de los **derechos sexuales y reproductivos**.

En el año 2024 se han acompañado un total de **5 interrupciones voluntarias del embarazo** desde Médicos del Mundo Canarias. Las intervenciones realizadas por parte del personal técnico han ido desde el apoyo para la tramitación de la tarjeta sanitaria, cuando a la mujer titular de derechos se le impide el acceso al sistema sanitario (el Real Decreto Ley del 7/2018, del 27 de Julio, reconoce el derecho al acceso a la salud a mujeres

en situación administrativa irregular que estén embarazadas, para el seguimiento de su gestación o interrupción de la misma), hasta el apoyo psicosocial y acompañamiento tanto telemático como presencial durante el proceso de interrupción, ya fuera este farmacológico o por legrado. En los días ulteriores también se presta un seguimiento bipsicosocial, ya que una interrupción del embarazo tiene efectos en la salud integral de la mujer más duraderos que el procedimiento en sí.

En este contexto, se ha trabajado con personal sanitario del servicio de ginecología voluntario en la entidad de Médicos del Mundo en aterrizar **una guía de recomendaciones para el IVE** en la unidad de ginecología del Hospital Insular de Gran Canaria, para que la atención a las mujeres, especialmente en contexto de prostitución, de proceso migratorio o situación de vivienda inadecuada o sinhogarismo concomitante, fuera lo más sensibilizada y adecuada a sus necesidades particulares como fuera posible, ya que se evidencia un año más la necesidad de contar con una formación clara y específica sobre las necesidades de colectivos vulnerabilizados como con los que se trabaja desde la ONG, y que forman parte de la población que debe ser atendida por los recursos sanitarios públicos existentes. En este sentido, durante el año 2025 el voluntariado sanitario de Médicos del Mundo continuará impartiendo formaciones donde se ponga en el centro el impacto que la prostitución y demás determinantes sociales tienen en la salud de las personas que conviven con estas realidades para adaptar las intervenciones sanitarias y así, mejorar la calidad asistencial.

Cómo profesional sanitaria, ¿De qué manera te han afectado estas vivencias? ¿Cómo te hicieron sentir?

“Haber conocido un poco la experiencia vital de las Titulares de Derechos y de toda la violencia alrededor de la **prostitución** me ha posicionado en un **abolicionismo** convencido y firme.”

Silvia

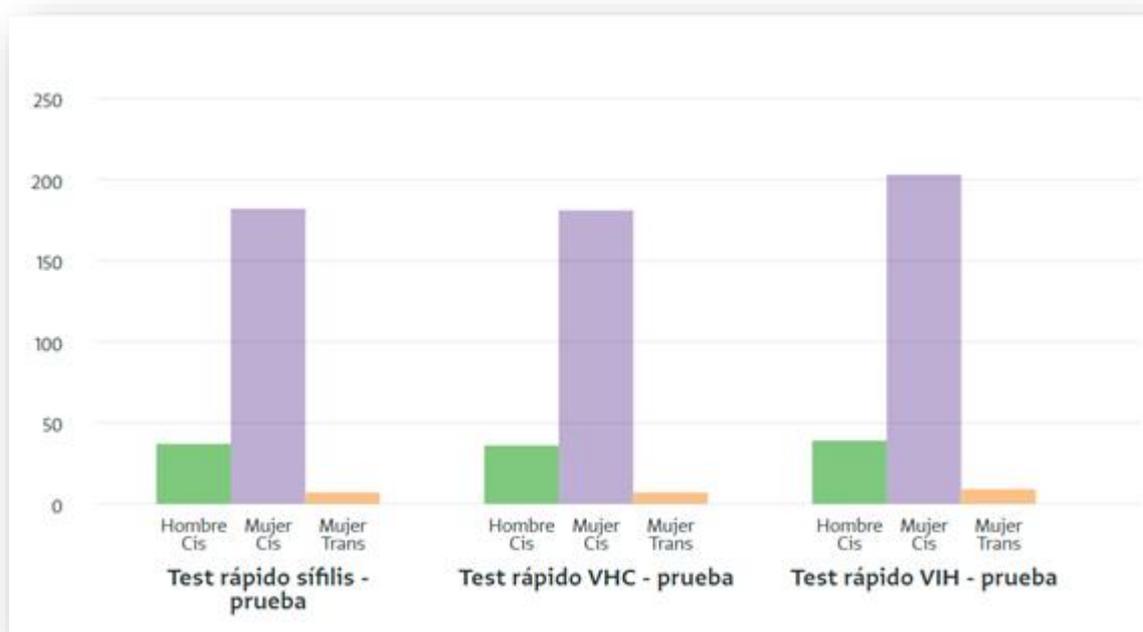
“Siento que una vez más **opera la ley de cuidados inversos** y que se ofrece menos atención a quien más la necesita.”

Luz



INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

Se han realizado un total de 251 pruebas de VIH, 224 pruebas de Hepatitis C, y 226 pruebas de Sífilis (701 pruebas en total) siendo 566 de ellas a mujeres cis, 112 a hombres cis y 23 a mujeres trans. Esto se debe en parte a que Médicos del Mundo Canarias tiene un programa específico de atención a personas en situación de prostitución y víctimas de trata, y aquí, como en otros ámbitos, el género femenino vuelve a presentar cifras mayores.



Test diagnósticos realizados en las 3 islas desagregados por género en 2024

Centrando la información recogida de las intervenciones realizadas desde Médicos del Mundo durante el año 2024 en Canarias, se obtuvieron los siguientes datos:

Mujeres cis:

- **10 casos positivos** en la infección por *Treponema Pallidum* (**Sífilis**)
- **1** en el Virus de Inmunodeficiencia Humana (**VIH**)
- **1** caso positivo de **Hepatitis C**.

Respecto a los Hombres Cis, los datos analizados muestran:

- **5 casos positivos** en **Sífilis**
- **2** en **VIH**
- **2** en **Hepatitis C**.

Por último (ya que no existen recogida de datos de hombres trans o no binarios para las pruebas diagnósticas), respecto a Mujeres Trans:

- 2 casos positivos en sífilis.
- 0 para VIH.
- 7 para Hepatitis C

Las personas que atendemos nos confirman, principalmente las mujeres en situación de prostitución que no comparten con su médico/a de familia su situación por miedo al estigma y por no considerar que esta actividad conlleve un riesgo para su salud. Pero muchas otras personas tampoco tienen la confianza con sus sanitarias para hablar abiertamente de prácticas sexuales, lo que hace que una parte de la población acuda a nosotras para abordar temas de acceso a tratamientos preventivos como la profilaxis pre exposición, el tratamiento post exposición, el acceso a material preventivo y a información sobre derechos sexuales y reproductivos, en general.

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

Por último, en referencia al **Virus del Papiloma Humano**, que en España presenta una prevalencia media de infección por VPH en mujeres del 14,3%, siendo de hasta 29% en mujeres jóvenes de 18-25 años. (Ministerio de Sanidad). Haciendo un breve recorrido histórico, en España se aprobó la introducción de la vacunación sistemática frente al virus de papiloma humano (VPH) en mujeres adolescentes en noviembre de 2007, incorporándose en todas las comunidades autónomas (CCAA) a lo largo de 2008. Este programa incluía la captación de mujeres no vacunadas hasta los 18 años y la vacunación de personas con ciertas condiciones de riesgo, como estar en situación de prostitución, o ser un hombre que tiene sexo con otros hombres, hasta los 26 años. No es hasta el pasado 12 de diciembre de 2024 cuando en Canarias (por detrás de otras Comunidades Autónomas pioneras como Galicia) se instaura una instrucción de modificación de la norma, por la cual las mujeres y personas en situación de prostitución y hombres que tienen sexo con otros hombres tendrán derecho a la vacuna del VPH hasta los 45 años (incluidos) y así dar cobertura a las necesidades médicas de un grupo de población tan expuesto como este. Dicha modificación de la norma surge, en parte, gracias al trabajo de Médicos del Mundo y su proyecto de Tendiendo Puentes, que lleva años solicitando la inclusión de este colectivo para su vacunación y promoción de la salud.

Resulta interesante hacer una comparativa del nivel de vacunación frente a este virus en Canarias con respecto al resto del territorio nacional, que ofrece unos datos que muestran una mayor vacunación a nivel nacional que autonómico, objetivando la urgencia de mejorar la accesibilidad a esta profilaxis, así como la información al respecto, abordando de esta manera las barreras de acceso a la inmunización en este territorio.

Los datos aportados sólo hacen referencia a menores de entre 13 y 15 años, no estando disponible datos de otros rangos de edad en la Página del Ministerio de Salud, ilustrando de manera clara la invisibilización que hay respecto a la prevención en rangos de edad y colectivos especialmente susceptibles de infección por estar en contextos de riesgo.



Salud Sexual y Reproductiva

Cuando hablamos de los derechos sexuales y reproductivos debemos tener en cuenta que se ven profundamente afectados por los determinantes sociales de la salud, por lo que hay que tener siempre presente la procedencia de las personas, el género, la distribución del poder, la situación de pobreza, la vivienda y otros factores para entender bien cómo las barreras van a afectar a la salud de estas personas.

LA SALUD MENTAL

La vulnerabilidad social afecta a la salud mental de las personas. En una revisión bibliográfica, Álvaro Jiménez et al. (2019) recogen bastante evidencia de que estar en situación de pobreza se relaciona con más problemas de salud mental, especialmente ansiedad y depresión, y esto se recrudece en contextos con elevada desigualdad social. Según la Encuesta Nacional de Salud (2017), la prevalencia de depresión entre las personas en desempleo era más del doble que entre las personas empleadas, y **también es más del doble entre mujeres que entre hombres.**

Las diferentes situaciones de vulnerabilidad social suelen ir acompañadas de un fuerte estigma social, y esto también es así en las personas a las que acompaña Médicos del Mundo Canarias (personas en situación de sinhogarismo, personas migrantes del Sur Global, principalmente en situación administrativa irregular, personas excluidas del sistema sanitario y mujeres en situación de prostitución. La estigmatización es también un factor que influye en la salud mental de las personas, correlacionando con ansiedad, depresión y una autoestima significativamente más baja (González-Sanguino, Zamorano, & Muñoz, 2022). El estigma es interiorizado por las personas, devaluando su autoconcepto y contribuyendo al aislamiento y bajas expectativas de cambio (Bonnar, Parker, Kane, & Bowen, 2018)

La vulnerabilidad social también aumenta las posibilidades de sufrir estrés postraumático, por las discriminaciones directas a las que suelen verse sometidas las personas que se encuentran en situaciones de elevada desigualdad (Zanbar, 2023).

BARRERAS EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Las barreras de acceso a los servicios de salud mental son las mismas **barreras discriminatorias** que explicábamos con anterioridad pero con algunas particularidades que pueden afectar al agravamiento de la sintomatología, la detección precoz de patologías o el correcto seguimiento de enfermedades ya diagnosticadas. En general, existe un desconocimiento generalizado acerca de la presencia de profesionales de la salud mental en los centros de salud para el abordaje de problemas psicológicos “menos graves” (sintomatología ansiosa, depresiva...). Este desconocimiento genera que las

personas no puedan tener acceso a estos servicios desde sus propios centros y, por lo tanto, no reciben la atención médica necesaria. El derecho a la información sanitaria y asistencial está recogido en diferentes textos legales (Ley Básica Regularadora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de información y Documentación Clínica (Ley 41/2002); Real Decreto Ley 7/2018 que regula el acceso al Sistema Nacional de Salud en condiciones de equidad y de universalidad de todos los residentes en España).



Archivo Médicos del Mundo Canarias 2024

También queremos hacer referencia a las barreras lingüísticas puesto que en el Plan Canario de Inmigración y convivencia intercultural 2024 - 2027 se destacan las dificultades de comunicación que enfrentan los inmigrantes no hispanoblatantes en todos los niveles de atención y especialmente en el sector de la salud mental.

En relación con las **barreras físicas**, ya comentamos las dificultades que se encuentran las personas que atendemos para acceder a servicios que, en ocasiones están muy alejados. La distancia geográfica entre algunos pueblos y los servicios especializados en

Salud Mental, es especialmente grande sobre todo en las islas menores, quedando algunos lugares muy alejados geográficamente. Un ejemplo claro se observa en la isla de Lanzarote, donde la distancia entre el centro de salud y la Unidad de Salud Mental entre la localidad de Playa Blanca y Arrecife es de más de 40 kilómetros y cuenta con un sistema de transporte insuficiente.

BARRERAS DE ACEPTABILIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Hemos identificado **barreras relacionadas con la aceptabilidad** de los servicios de salud mental. Por un lado, la **ausencia de perspectiva de género** en la atención a pacientes con problemas de salud mental. La prevalencia de estos problemas, especialmente ansiedad y depresión, es mayor entre las mujeres como consecuencia de las desigualdades sociales que enfrentan (mayores tasas de precariedad económica, la doble jornada – productiva y reproductiva -) y de la elevada tasa de las distintas formas de violencia de género (Bacigalupe, Cabezas, Baza, & Martínez, 2020). El sistema sanitario es un agente clave para identificar situaciones de discriminación por violencia de género (Servicio Canario de Salud, 2023), trata con fines de explotación sexual (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017) o mutilación genital femenina (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. , 2015).

MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIAS				
	HOMBRES CIS	MUJER CIS	MUJER TRANS	NO BINARIO
PROSTITUCIÓN	10	1707	58	1
COMUNIDAD QUE PRACTICA MGF		142		
VIOLENCIA DE GÉNERO CONFIRMADA		44		
TOTAL	10	1893	58	1

Sin embargo, desde las intervenciones realizadas en Médicos del Mundo Canarias durante el 2024 encontramos en muchas ocasiones que el personal sanitario no conoce los protocolos, siente inseguridad para aplicarlos, no tiene los medios para citar con una frecuencia suficiente a la mujer para establecer una relación de confianza o no tiene conciencia de que su papel también puede ser vincular los problemas de salud con situaciones sociales que atraviesan específicamente las mujeres e intervenir desde esa

perspectiva. Y muy relacionado con esta parte está la **falta de formación en perspectiva informada en trauma** dada la correlación que existe entre el trastorno de estrés postraumático y estar en situación de vulnerabilidad social. Esta perspectiva permite a las profesionales y pacientes comprender la sintomatología dentro de su propia historia de vida, procesando así de manera adecuada la información (Shapiro, 2017). Desde este enfoque, en caso de que coexista con categorías diagnósticas psicopatológicas, estas son mejor comprendidas en la identidad de la persona. La ausencia de este enfoque produce que la personas refieran no comprender los síntomas y las etiquetas diagnósticas, sentir miedo frente a los mismo y que nose procesen adecuadamente los recuerdos y las cogniciones y emociones asociadas a estos.



Archivo Médicos del Mundo Canarias 2023

Por otro lado, la **falta de conocimiento** de lo que implica estar en ciertas situaciones de vulnerabilidad. Es importante que las y los profesionales de la salud mental conozcan que estar en ciertas situaciones de vulnerabilidad social implica, en muchos casos, problemas

de salud mental (duelo migratorio en el caso de las personas migrantes, ansiedad, depresión, trastorno de estrés posttraumático (TEPT)...) y esto es importante para realizar una anamnesis completa y una intervención integral que aborde todos los aspectos de la persona. También hemos detectado dificultades para acceder a la atención cuando hay patología dual. La existencia de consumo de sustancias lleva a los equipos de salud mental a una derivación directa a la UAD, lo que hace que muchas veces el foco esté colocado en la adicción y no en la complejidad del síntoma. Es importante recordar además, que los problemas de consumo son muchas veces una consecuencia de la vulnerabilidad social y emocional, por lo que es importante conocer cuándo, por qué y para qué aparecen las conductas adictivas. En el caso de las mujeres en situación de prostitución las conductas de consumo suelen derivar de la situación prostitucional, como una exigencia del contexto (de proxenetas y prostituidores), así como un recurso para sostener el ritmo exigido y para facilitar la disociación al tener relaciones sexuales que realmente no desean y que, a menudo causan asco, culpa y vergüenza. De este modo, no es recomendable establecer compartimentos estancos entre las diferentes patologías que se presenten, y si es necesario compartimentalizar por la profesionalización que se requiere, debe hacerse de manera coordinada.

SALUD MENTAL

Historias de vida



Este es un caso real que Médicos del Mundo Canarias acompaña desde el año 2019. En la situación de Juana (nombre ficticio) se ven de manera clara muchas de las barreras referidas, especialmente de aceptabilidad y calidad.

Juana es una mujer procedente de América del Sur, de 36 años. Está en situación regular y muy precaria. Presenta antecedentes de sintomatología psicótica y refiere síntomas compatibles con ansiedad, trastorno de estrés postraumático y depresión, y una severa privación del sueño, con muchas dificultades en la conciliación y mantenimiento. Esta dificultad para descansar en su principal preocupación. Consume cannabis como relajante. Es derivada a salud mental desde atención primaria, y la psiquiatra que la atiende le dice que no la atenderá hasta que no deje el cannabis. No indaga en los motivos del consumo ni la deriva ni informa acerca de las unidades de atención a las adicciones. Juana refiere, además, que el trato fue frío y cortante y se sintió muy juzgada por el consumo. Solicita un cambio de especialista, pero no hay especialistas disponibles para ello.

Un año después, su médico de atención primaria le dice que ha cambiado la psiquiatra y la deriva de nuevo. Esta vez se siente escuchada, aceptada y bien atendida. El tiempo de atención no permite un abordaje psicoterapéutico, sino farmacológico. La medicación no la ayuda a dormir, que es su prioridad, y no se le explica los beneficios que presenta al margen de la conciliación del sueño (aunque ésta que se siga trabajando), por lo que se resiente la adherencia al tratamiento debido a la frustración. La distancia entre las citas con su especialista de salud mental es de una media de tres meses.

Entre medias, Juana presenta crisis de angustia y de sintomatología psicótica que la hacen ir a urgencias psiquiátricas. Ahí recibe diferentes diagnósticos según cada profesional, sin que se le haga una evaluación exhaustiva (una media de 10 a 15 minutos con la/el profesional cada vez). No recibe información acerca de sus diagnósticos (qué son, qué implican en su día a día, por qué le han diagnosticado esa patología concreta, a qué se deben los cambios, etc.). Refiere que una ocasión en que se negó a recibir un tranquilizante, fue contenida por tres hombres. Juana ha sufrido violencia sexual en reiteradas ocasiones y este evento le produjo una fuerte angustia. Ella verbalizó que no le gusta que los hombres la toquen, a lo que los trabajadores del hospital respondieron entre risas que no le van a hacer nada, que son los tres homosexuales. Lejos de calmarla, sintió que sus necesidades no eran tomadas en cuenta.

La historia de Juana está atravesada por muchos eventos potencialmente traumáticos, que además relacionan en la línea temporal con el comienzo de diferentes síntomas, sin que esto haya sido explorado o tratado en el Sistema Canario de Salud.

BARRERAS DE DISPONIBILIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Si hablamos de **barreras vinculadas a la disponibilidad** de los servicios de salud mental podemos hacer referencia a la **baja ratio de profesionales** de la salud mental en el servicio canario de salud. La ratio de profesionales de la psicología en el estado es de 6 por cada 100.000 habitantes y este dato disminuye a 4,8 por cada 100.000 habitantes en la Comunidad de Canarias (Duro, 2021). Esta cifra dista en casi un tercio con la estimada por Xacobe Fernández (Fernández, 2021), calculada según la incidencia de problemas de salud mental entre la población española. En cuanto a psiquiatría, la ratio óptima es de 13 a 15 profesionales por cada 100.000 habitantes, mientras en el estado disponemos de 11,5 (Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental, 2022). No tenemos datos de la ratio específica de Canarias.

A parte de la disponibilidad de profesionales también es frecuente encontrar **plazas desiertas** para psicólogos/as clínicos en algunas áreas de salud mental por no haber profesionales formados, sobre todo en islas menores. Ante esta situación la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias informó de que el Servicio Canario de la Salud formará a partir de la convocatoria 2024 – 2025 a un total de 41 profesionales sanitarios residentes nuevos cada año en el área de salud mental, tanto médicos internos residentes (MIR) como enfermeras internas residentes (EIR) y profesionales de la psicología internos residentes (PIR), con esto se ha aumentado en 10 el número de plazas en formación en el ámbito de la salud mental en Canarias, con los residentes más de Psiquiatría, dos de Psicología, uno de psiquiatría infantil y de la adolescencia y cinco de enfermería de salud mental. Otro problema que se suma a la disponibilidad de profesionales es **alto nivel de saturación y burnout** laboral que refieren, afectando a su bienestar y a su desempeño laboral (Cabrera-Velázquez, Acosta-Artiles, Hernández-Fleta, & Rodríguez Santana, 2016)

Además, también existe un problema con la **disponibilidad horaria** que, actualmente es únicamente en horario de mañana. Sabemos que muchas de las personas que atendemos manejan, bien por la situación económica (como el caso de las mujeres en situación de prostitución que deben estar ejerciendo en horarios nocturnos), como por las propias consecuencias psicológicas de la vulnerabilidad social (privación del sueño, ausencia de hábitos y rutinas, etc), horarios desestructurados que les dificultan el acudir a las citas en la primera mitad de la mañana.

CONCLUSIONES

El presente informe evidencia que las barreras de acceso al Servicio Canario de Salud continúan afectando gravemente a las poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad, especialmente a mujeres migrantes en situación administrativa irregular. A lo largo de 2023 y 2024, Médicos del Mundo ha identificado patrones persistentes de exclusión sanitaria que dificultan el acceso efectivo a la atención sanitaria y agravan las condiciones de salud de las personas afectadas.

Entre los principales obstáculos, destacan las **barreras administrativas**, relacionadas con la dificultad de obtener la tarjeta sanitaria debido a la exigencia de empadronamiento y periodos de estancia mínima; las **barreras económicas**, reflejadas en la pobreza farmacéutica y en intentos de facturación indebida que disuaden a las personas de acudir al sistema de salud; y las **barreras culturales e idiomáticas**, donde la falta de información accesible y la persistencia de actitudes discriminatorias siguen limitando el ejercicio efectivo del derecho a la salud.

Los datos de 2024 confirman que la exclusión sanitaria no solo persiste, sino que afecta a un número significativo de personas, manteniendo la tendencia ya detectada en 2023. A ello se suma la creciente presión sobre el sistema de atención primaria, donde las dificultades para obtener citas médicas en tiempos razonables obligan a muchas personas a recurrir a los servicios de urgencias o a posponer la atención de su salud.

Ante este panorama, es imprescindible reforzar las estrategias de acceso universal a la sanidad, eliminando las barreras identificadas y garantizando que ningún colectivo quede excluido del derecho a la salud. La continuidad de estas dificultades hace urgente una respuesta institucional eficaz que garantice la equidad en el acceso a los servicios sanitarios para toda la población.

RECOMENDACIONES

Con el fin de avanzar en la eliminación de las barreras de acceso al Servicio Canario de Salud (SCS) y de exigir el derecho a la salud para todas las personas, desde Médicos del Mundo Canarias recomendamos:

1. **Reforzar la Salud Comunitaria.** Entendiendo la salud comunitaria como aquella que garantiza la equidad, promueve la participación y contribuye a reducir las desigualdades en salud.
 - i. Facilitar la **longitudinalidad en la Atención Primaria** y reducir al máximo la extrema movilidad del personal sanitario que impide establecer vínculos de confianza con las personas y conocer la situación de salud a lo largo del proceso vital de cada una.
 - ii. Reforzar los servicios sociales, 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.
 - iii. Elaborar e implementar **protocolos sanitarios específicos** que mejoren la atención de personas migrantes, con perspectiva de género y enfoque antropológico
 - iv. **Formar a las personas trabajadoras** del sector sanitario para que conozcan y apliquen adecuadamente la normativa relativa al acceso al Servicio Canario de Salud y así erradicar la actual arbitrariedad e incumplimiento de normativas vigentes incorporando en estas formaciones la perspectiva antirracista.

2. **Acabar con la exclusión** de parte de la población residente en Canarias que, por problemas administrativos aún no tiene reconocido el derecho a la asistencia sanitaria, **implementando mecanismos que permitan el acceso de todas las personas** a la asistencia sanitaria pública y a la obtención de información sobre su acceso y su estado de salud, independientemente de su situación laboral, administrativa u otras y **absteniéndose 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.
- i. **Asegurar el acceso a los medicamentos** de las personas con bajos recursos, facilitando el derecho a la exención de pago
 - ii. **Suspender la emisión de compromisos de pago y facturaciones** en las atenciones de los Servicios de Urgencias.
 - iii. **Garantizar la atención para menores y mujeres embarazadas** en todos los casos, independientemente de su situación administrativa o tiempo de estancia en el territorio.
 - iv. Eliminar todos los **procedimientos que supongan una vulneración del derecho a la intimidad de las personas** a la hora de solicitar el acceso al servicio canario de salud
 - v. Dotar a la Atención Primaria de **personal suficiente** para atender a las personas en tiempo y forma adecuado.
 - vi. Garantizar que los distintos centros sanitarios cuenten con **servicios de traducción e interpretación**, así como con personal de **mediación intercultural** que faciliten el acceso a información comprensible y adaptado culturalmente
 - vii. Asegurar la **conexión mediante transporte público** de todos los centros sanitarios de las poblaciones atendidas.
 - viii. **Desvincular el empadronamiento** del acceso a la asistencia sanitaria para garantizar que las personas vulnerabilizadas puedan acceder.
 - ix. Reconocer la **validez de los informes de trabajo social** elaborados por trabajadoras/es sociales de organizaciones sociales.

RECOMENDACIONES

“Entender mejor la diversidad social de su población si de verdad quiere abordar **la salud de una manera global e inclusiva.**”

Silvia

“Creo que la **sensibilización** de todo el personal que trabaja en el sistema sanitario es importante. Mejorar la **promoción de la salud y actividades comunitarias** ya que sólo tenemos tiempo para consultas individuales y enfocadas sólo a la clínica. Contar con **traductores y mediadores interculturales.**”

María del Mar

“Los administrativos deberían saber mejor las leyes de extranjería y sobre todo cuando poder **acceder al sistema sanitario a pesar de no tener tarjeta sanitaria.**”

Sara

BIBLIOGRAFÍA

- Bacigalupe, A., Cabezas, A., Baza, M., & Martínez, U. (2020). El género como determinante de la salud mental y su medicalización. *Gaceta Sanitaria*, 34(1), 61 - 67.
- Bonnar, E., Parker, E., Kane, H., & Bowen, C. (2018). The psychological impact of food poverty. *British Psychological Society Community Psychology Festival: I am because we are*.
- Cabrera-Velázquez, C., Acosta-Artiles, F. J., Hernández-Fleta, J. L., & Rodríguez Santana, Y. (2016). Burnout en profesionales de salud mental en Gran Canaria . *Psicología.com*, 2 - 20.
- Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. (2015). *Avanzando hacia la equidad. Propuestas políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*. Madrid.
- Consejo Económico Social. (2016). *Observación general núm.22 relativa al derecho a la salud reproductiva*. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos. (1948). <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights> .
- Duro, J. C. (2021). ¿Sabemos cuántos profesionales especialistas en psicología clínica trabajan en el Sistema nacional de Salud? *Papeles del Psicólogo*, 42(2), 81 - 93.
- Fernández, X. (2021). Situación de la psicología clínica en el Sistema Nacional de Salud (SNS) y perspectivas de crecimiento. *Ansiedad y estrés*, 31 - 40.
- Frieveth, B. (1997). *Viviendo con miedo*. Semana, vol.4 nº216. Newspan Media.
- Gentium. (2025). *BARRERAS EN EL ACCESO AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD A PERSONAS MIGRANTES EN SITUACIÓN IRREGULAR Y EN OTRAS CIRCUNSTANCIAS DE DESPROTECCIÓN UNA CONTRIBUCIÓN JURÍDICO-PRÁCTICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL Y EUROPEO*.
- González-Sanguino, C., Zamorano, S., & Muñoz, M. (2022). Implicaciones del estigma hacia los problemas de salud mental en el riesgo de suicidio en personas con problemas de salud mental. *Actas españolas de psiquiatría*, 50(5), 216 - 225.
- Hirmas Aday M, P. A. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 223-229.
- irregular, D. d. (2012). http://www.ohchr.org/Documents/Issues/MHR/GMGJointStatemente_sp.pdf. Retrieved from United Nations Human Rights: <http://www.ohchr.org/>
- Lamata, F. (2017, Febrero 10). *El copago quiebra el principio de solidaridad: hace que paguemos dos veces, con los impuestos y en el momento del uso*. Retrieved from Blog de Fernando Lamata: <https://fernandolamata.blogspot>.

- Laura Granés, R. P. (2022). *Barreras y dificultades en el acceso a la atención y tratamiento de las personas migrantes y solicitantes de asilo con el VIH en España*. Ministerio de Sanidad, División de control del VIH, ITS, hepatitis virales y tuberculosis, Madrid.
- Médicos del Mundo Canarias. (2021). *El estado del servicio público de salud en Las Palmas de Gran Canaria y el impacto del estado de alarma en el derecho a la salud de la población migrante*. Las Palmas de Gran Canaria.
- Médicos del Mundo Canarias. (2023). *I Informe de Barreras de Acceso al Servicio Canario de Salud*.
- migrantes, R. E. (2010). *Disfrute de los derechos a la salud y a una vivienda adecuada por parte de los inmigrantes*. ACNUR. Doc symbol A/HRC/14/30.
- Ministerio de Igualdad. (2023, Febrero 28). Ley Orgánica 1/2023 de 28 de febrero por la que se modifica la Ley orgánica 2/2010 de 3 marzo de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2017). *Actuación sanitaria frente a la trata con fines de explotación sexual (Anexo al protocolo común de actuación sanitaria ante la violencia de género en el sistema nacional de salud)*. Gobierno de España.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. . (2015). *Protocolo común para la actuación sanitaria frente a la mutilación genital femenina*. Gobierno de España.
- Mundo, M. d. (2021). *La salud naufraga en la frontera Sur*. Madrid.
- Naciones Unidas. (2018). Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (1966). PIDESC. <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>.
- Pacto Internacional Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (1968). *Observación General 14 sobre el Derecho a la Salud*.
- Racial, C. p. (2004, octubre 1). Observación General nº 30.
- Salud, Organización Mundial de la. (1946). Constitución y Estatutos. 48ª edición.
- Servicio Canario de Salud. (2023). *Protocolo de detección y atención sanitaria ante la violencia de género en Atención Primaria*.
- Shapiro, F. (2017). Desensibilización y reprocesamiento por meido de movimientos oculares. *PAX México*.
- Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental. (2022). *Libro Blanco de la Psiquiatría*.
- Wallace, C. S. (2021). A survivor-derived approach to addressing trafficking in the pediatric ED. *Pediatrics*, 147(1).
- Zanbar, L. e. (2023). Does social capital reduce the psychological distress and improve the wellbeing of asylum seekers? Evidence from Israel. *International Journal of Intercultural Relations*, 93, 101777.