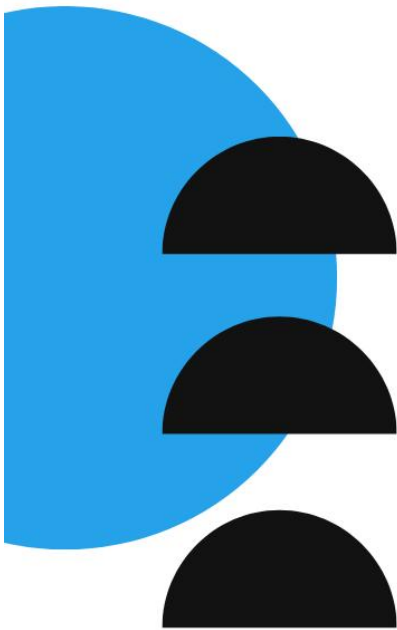




Barreras de acceso al
sistema público de
salud de la Comunidad
de Madrid de personas
migrantes

INFORME



elaborado por el grupo de trabajo
de salud de:



EA
P
MADRID



RED DE LUCHA CONTRA LA POBREZA
Y LA EXCLUSIÓN SOCIAL

Informe sobre barreras de acceso al sistema público de salud de la Comunidad de Madrid de personas migrantes

Elaboración

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

Coordinación

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

Redacción

José Antonio Figueras Flores

Edita

Red Madrileña de lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social (EAPN Madrid)
C/ Melquiades Biencinto 7. 28053 Madrid
www.eapnmadrid.org

Marzo 2025



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

ÍNDICE

1. **Presentación de EAPN Madrid**
2. **La salud como derecho en el marco de los Tratados y Declaraciones internacionales y la legislación nacional**
3. **Cuando los datos hablan**
 - **Perfil sociodemográfico**
 - **Barreras de acceso al sistema público de salud**
 - **Situación administrativa**
 - **Documento de asistencia sanitaria**
 - **Situación concreta de facturación**
4. **Cuando las voces hablan**
5. **Demandas de EAPN Madrid a los responsables políticos de la Comunidad de Madrid para garantizar el acceso a la asistencia sanitaria**
6. **Bibliografía**

1. PRESENTACIÓN DE EAPN MADRID

La **Red Madrileña de lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social (EAPN Madrid)** es una asociación de entidades no lucrativas cuyo principal objetivo es la **lucha contra la exclusión social y la pobreza en el ámbito de la Comunidad de Madrid**. En la actualidad, **EAPN Madrid** está conformada por **85 entidades sociales sin ánimo de lucro** que tienen su **ámbito de actuación en la Comunidad de Madrid**.

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

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

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

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

- La participación e impulso de alianzas y de espacios de diálogo y trabajo conjunto con todos los actores sociales y políticos involucrados en la lucha contra la pobreza.
- La elaboración de informes sobre la realidad de la pobreza y la exclusión, documentos de propuesta y de seguimiento de la actividad política.
- Espacios de participación y grupos de trabajo, que garantizan la rápida identificación de los retos emergentes y las respuestas posibles en un proceso de construcción desde abajo, así como la coherencia en el largo plazo de un proyecto por una sociedad inclusiva y sin pobreza.
- Actualmente, se mantienen grupos de trabajo estables en los ámbitos del empleo, la

educación, el alojamiento, la salud, el acompañamiento social y prestaciones, la participación y la economía social y solidaria. Además de los grupos de trabajo ad hoc que sean necesarios por la actividad de la red.

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

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

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

En EAPN Madrid creemos en una **sanidad pública, universal y gratuita**. A continuación se relacionan los **Tratados y Declaraciones internacionales y las leyes nacionales en las que nos basamos**.

Legislación internacional

España es firmante de diversos Tratados y Declaraciones internacionales que son aplicables a todo el territorio nacional. El artículo 96 de la Constitución Española especifica que: *“Los tratados internacionales válidamente celebrados, una vez publicados oficialmente en España, formarán parte del ordenamiento interno. Sus disposiciones sólo podrán ser derogadas, modificadas o suspendidas en la forma prevista en los propios tratados o de acuerdo con las*

normas generales del Derecho internacional”. Uno de los más destacados es la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Su artículo 25 expone:

“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; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”.

Además, este derecho se aplica a todas las personas independientemente de su condición sociodemográfica y legal, tal y como reza el artículo 2 de la misma declaración:

“Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición. Además, no se hará distinción alguna fundada en la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona, tanto si se trata de un país independiente, como de un territorio bajo administración fiduciaria, no autónomo o sometido a cualquier otra limitación de soberanía”.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos no es vinculante, por lo que realmente se compone de recomendaciones para los Estados firmantes. No obstante, nuestro país sí ha firmado y ratificado diversos pactos y convenios internacionales vinculantes y de obligado cumplimiento. Diferentes Tratados internacionales reconocen el derecho a la salud y la obligación del Estado a llevar a cabo políticas públicas que permitan un acceso de salud igualitario independientemente de la condición sociodemográfica y legal de un individuo.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales declara en su preámbulo que: *“Reconociendo que estos derechos se desprenden de la dignidad inherente a la persona humana, [...] no puede realizarse el ideal del ser humano libre, liberado del temor y de la miseria, a menos que se creen condiciones que permitan a cada persona gozar de sus derechos económicos, sociales y culturales, tanto como de sus derechos civiles y políticos”*. Este pacto da a los Estados la misión de crear las condiciones necesarias para que el derecho a la salud

sea efectivo en su artículo 12:

1. Los Estados Parte en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Parte en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;

b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;

c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;

d) La creación de condiciones que aseguren a toda la población asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

En cuanto a convenios internacionales, encontramos Tratados firmados y ratificados por España que reconocen el Derecho a la Salud son la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial en su artículo 5; la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación sobre la mujer en diferentes artículos, el 11, el 12 y el 14; la Convención sobre los Derechos del Niño, en su caso en el 24; y la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, en el artículo 25.

A su vez, nuestro país forma parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cuyo objetivo es “*promover la salud, preservar la seguridad mundial y servir a las personas vulnerables*”. Y en el preámbulo de su Constitución de 1948, firmada por España, dicta que “*La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social*”.

Finalmente, el Estado Español se ha comprometido a cumplir los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la ONU. Los ODS son una serie de objetivos que se deben cumplir antes de 2030 para un desarrollo sostenible, atención por parte del Estado a las desigualdades de las personas y en conjunto crear un nuevo de Estado de Bienestar que no deje a nadie atrás.

El ODS 3 Salud y Bienestar pretende que todas las personas tengan una vida saludable, y establece que *“la cobertura sanitaria universal tiene como objetivo garantizar que todas las personas puedan acceder a servicios de salud de calidad sin afrontar dificultades financieras”*.

España y las Comunidades Autónomas, a las que se les aplica también esta legislación internacional, tienen la obligación de promover un sistema universal y público que no discrimine a nadie por ninguna razón de género, edad, nacionalidad o condición socioeconómica.

Legislación nacional

El derecho a la salud está reconocido y protegido por la Constitución Española y desarrollado por diversas leyes y reglamentos a nivel nacional. En la Constitución Española de 1978 se recoge en el artículo 43:

- “1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.*
- 2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.*
- 3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio.”*

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad desarrolla este artículo de la Constitución para que tenga una base legal para su aplicación. En su primer artículo reconoce:

“Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional” y “Para el ejercicio de los derechos que esta Ley establece están legitimadas, tanto en la vía administrativa como jurisdiccional”.

Estableciendo la estructura y funcionamiento de un Sistema Nacional de Salud basado en los servicios de universalidad, equidad, en el punto de acceso y la sanidad pública. Los artículos 3, 6, 7, 10 y 18 siguen desarrollando la idea de que el derecho a la salud existe *“sin que pueda ser discriminado por su origen racial o étnico, por razón de género y orientación sexual, de discapacidad o de cualquier otra circunstancia personal o social”*.

Las modificaciones legales posteriores han restringido el derecho de acceso a la salud para diferentes colectivos como las personas migrantes, alejándose de los propios principios expuestos en la Constitución y la Ley General de Sanidad, y los Tratados internacionales aplicables a España.

La legislación nacional actual está marcada por el Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. Este Real Decreto-ley tiene como objetivo principal garantizar el ejercicio del derecho de asistencia sanitaria y a la salud a todas las personas que se encuentren en España, independientemente de su nacionalidad o situación administrativa. Incluyendo a aquellas personas en situación irregular, el cual es un colectivo con situaciones de alta vulnerabilidad amenazados por la exclusión social. A pesar de este propósito, existen restricciones en algunos casos a la asistencia sanitaria con fondos públicos, lo que implica el no reconocimiento efectivo del derecho a la **asistencia sanitaria pública, universal y gratuita**. A pesar de que se establece un sistema de aseguramiento público para garantizar la atención sanitaria a este colectivo, en realidad, la ejecución de la accesibilidad para este colectivo es en muchas ocasiones complejo de llevar a cabo, por las múltiples barreras y restricciones que tienen que formalizar.

El Real Decreto-ley dicta que:

“se establecen criterios para evitar el uso inapropiado del derecho a la asistencia sanitaria como son que la asistencia será con cargo a fondos públicos siempre que no exista un tercero obligado al pago, o que no se tenga la obligación de acreditar la cobertura obligatoria por otra vía, o bien, que no se pueda exportar el derecho de cobertura desde su país de origen o procedencia”.

Las personas que se encuentran en España por reagrupación familiar de manera ascendente (madres y padres) siguen sin tener acceso a la cobertura sanitaria, teniendo sus familias que pagar de por vida un seguro privado para ellas o se ven abocadas a pagar el convenio especial de acceso de la sanidad, que cuesta 157 euros al mes para personas mayores de 65 años (en el año 2024). Estos seguros, además de ser caros, son difíciles de acceder por la edad avanzada en los casos de personas reagrupadas ascendentes.

Legislación autonómica

La propia Ley General de Sanidad establece en su artículo 4:

“Las Comunidades Autónomas crearán sus Servicios de Salud dentro del marco de esta Ley y de sus respectivos Estatutos de Autonomía”.

En el caso de la Comunidad de Madrid es el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), creado en 2001 a través de la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid. En su artículo 2 se puede encontrar lo siguiente:

“La creación del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid se realiza bajo el principio de vertebración del Sistema Nacional de Salud, con el objeto de consolidar la universalidad, la equidad y la igualdad efectiva en el acceso a sus prestaciones”.

El SERMAS tiene como misión **el desarrollo de un sistema de salud universal y de acceso equitativo**. Además de ser la Comunidad de Madrid la responsable última del desarrollo efectivo del derecho a la salud de las personas independientemente de su condición social y personal.

Actualmente, las personas extranjeras tienen 4 mecanismos para acceder a la sanidad pública en la Comunidad de Madrid dependiendo de su situación administrativa:

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

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

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

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

El acceso a través del INSS se hace con NIEs que tengan derecho a la asistencia sanitaria (no todos los NIEs la tienen).

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

A nivel práctico en la sanidad pública de la Comunidad de Madrid las personas extranjeras disponen de mecanismos para ser atendidas. Sin embargo, estos mecanismos tienen diferentes problemas que hacen que **no exista una asistencia sanitaria pública, gratuita y universal**. En los capítulos 3 y 4 se repasan las barreras con las que las personas extranjeras se encuentran en la práctica a la hora de ejercer **su derecho** a la asistencia sanitaria.

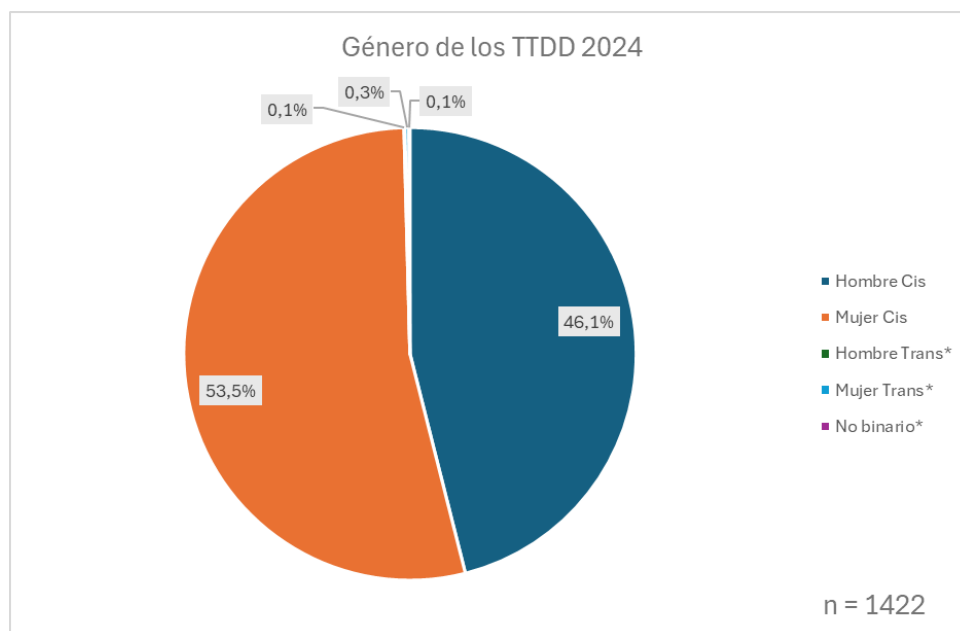
3. CUANDO LOS DATOS HABLAN

Los datos cuantitativos que se reflejan en este informe han sido recogidos por Médicos del Mundo Madrid durante los meses de enero a octubre de 2024, con el fin de determinar las barreras con las que se encuentran las personas. En especial el colectivo migrante, al que no se le permite acceder al pleno goce de la atención sanitaria pública.

Médicos del Mundo, dentro de su área de salud y migraciones, cuenta con un programa de atención sociosanitario dirigido a contribuir a salvar barreras de acceso al sistema público de salud de personas migrantes en situación de vulnerabilidad. En este programa se registran los casos en una base de datos con el objetivo de poder visibilizar las barreras de acceso al sistema público de salud que sufren muchas personas.

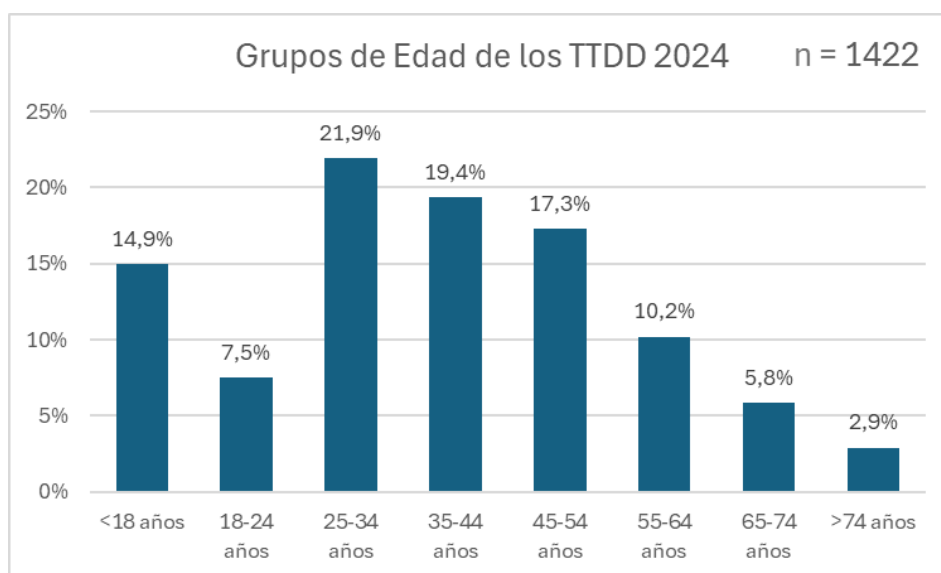
En este apartado se expone el perfil demográfico de las personas atendidas (personas titulares de derechos TTDD), así como las barreras con las que se han encontrado a la hora de solicitar el reconocimiento de su derecho a la salud.

Perfil sociodemográfico



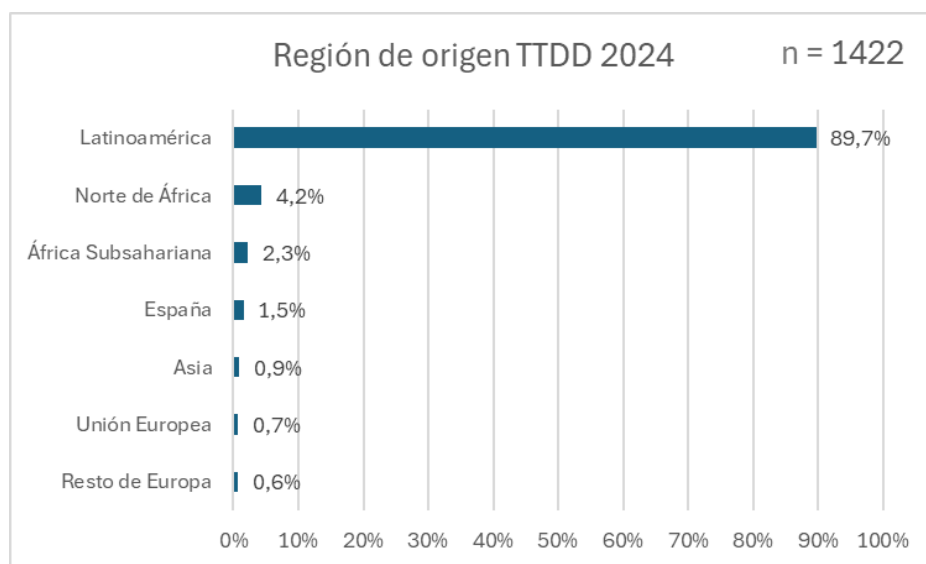
*Los hombres trans suponen el 0,1%, las mujeres trans el 0,3% y las personas no binarias el 0,1%

Para comenzar el análisis presentamos la identidad de género de las personas TTDD. De las 1422 personas atendidas el 53,5% son mujeres cis, es decir mujeres que se identifican con su género asignado al nacer, y el 46,1% son hombres cis, hombres que se identifican con su género asignado al nacer. Las personas trans y no binarias suponen un 0,5% de las personas atendidas.



Atendiendo a la franja de edad, el grupo de edad que más ha sido atendido es el grupo que comprende las personas de 25 a 34 años, siendo un 21,9% del total. Seguido de las personas de 35 a 44 años, son un 19,4%, y las personas de 45 a 54 años, 17,3%. Es especialmente significativo que el cuarto grupo más numeroso sean las personas menores de 18 años.

Los niños, niñas y adolescente (NNA) no deberían asistir en tanta medida a resolver problemas relativos a su atención sanitaria porque tienen el derecho reconocido a través de la resolución de salud pública 16/2023. Independientemente de su situación administrativa. Esto puede significar un problema de información por parte de las personas migrantes o de la administración. O un problema de que a pesar de que sí existe esta información, pero las personas administrativas no están aplicando este derecho.



En cuanto a la zona geográfica de origen, la mayoría de las personas que han sido atendidas provienen de Latinoamérica, suponiendo un 89,7% de los titulares de derechos. Norteamérica y Oceanía no están representadas en los gráficos debido a que no ha habido ningún caso en 2024. Las personas migrantes componen el 98,5% del total. Siendo los países más representados Perú, que suma el 35% de la muestra, Venezuela, el 19,6%, y Colombia, el 19,5%.

Claramente, las personas migrantes están en desventaja a la hora de acceder a la sanidad respecto a las personas españolas. Las personas migrantes no son un colectivo de composición homogénea. Cada persona migrante tiene una situación diferente; no obstante, su propia situación socioeconómica, laboral, administrativa y legal que difiere de las personas españolas, hace que tengan una mayor situación de vulnerabilidad. Estas gráficas reflejan una vez más que las personas migrantes son las que se ven más expuestas a dificultades, desigualdades y travesías para hacer valer un derecho fundamental básico.

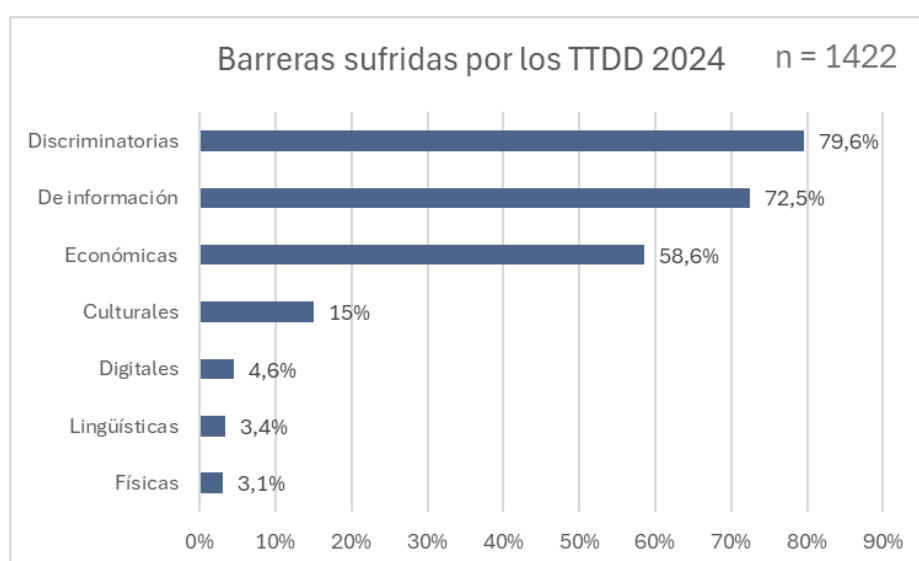
Barreras de acceso al sistema público de salud

En este apartado se revisan las barreras de acceso al sistema público de salud a las que se enfrentan las personas titulares de derecho a la hora de disfrutar del pleno ejercicio del derecho a la salud. Las barreras de acceso que se han identificado son de diferente índole.

- **Las barreras discriminatorias** son aquellas relativas a 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 vulnerables, provocando un trato discriminatorio en relación con el resto de la población. Algunas de ellas son la reagrupación familiar ascendente, falta de documentación identificativa, falta de empadronamiento, NNA a los que deniegan la atención sanitaria o retraso de la expedición del documento de asistencia sanitaria.
- Como **barreras de información** entendemos las 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 los tratamientos prescritos. Podemos hablar de información errónea o incompleta desde el Sistema Sanitario Público o desconocimiento de cómo acceder a él.
- Las **barreras económicas** consisten en 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. Entre ellas se encuentra la facturación en urgencias, que atenderemos en más detalle posteriormente, el acceso a medicamentos u otras barreras económicas como la falta de transporte para llegar a los centros de salud u hospitales o a las unidades de tramitación, lugar desde el que se reconoce el derecho a la asistencia sanitaria.
- **Las barreras culturales** se producen 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 muchos centros de salud y hospitales no se cuenta con mediación sociocultural, o se cree que ante una persona migrante con el castellano como lengua materna no es necesaria. Sin embargo, la mediación sociocultural es un proceso que facilita la comunicación y la comprensión entre personas de diferentes culturas, aun hablando el mismo idioma. En ocasiones se necesita este puente que

conecte las diferentes perspectivas, valores y costumbres para promover el diálogo y la resolución de las barreras de información, comunicación y conflictos, por ejemplo.

- En la misma línea, las **barreras lingüísticas** son aquellas relativas a la falta de traducción u opción de atender en otro idioma desde el centro de salud u hospital. Y las barreras digitales, las relativas a falta de competencias digitales por parte de la persona y la dificultad innecesaria de los procedimientos digitales elaborados por la administración.
- Finalmente, **las barreras físicas** son sufridas por las personas titulares de derecho cuando estas no pueden acceder a la atención sanitaria bien por no contar con un centro sanitario de referencia a una distancia asumible a 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 este gráfico se muestra el porcentaje de personas que han sufrido cada una de las barreras anteriormente explicadas. Las barreras que más han sufrido las personas atendidas en el programa de salud de Médicos del Mundo son discriminatorias y de información, seguidas de las económicas. El 79,6% de las personas que acuden al servicio de orientación, presentan el problema de haber ido al centro de salud u hospital y no han sido atendidos porque le han denegado la atención a pesar de cumplir con los requisitos para el reconocimiento del derecho. Esto va de la mano del siguiente problema, El 72,5% de las personas atendidas no saben cómo pedir el reconocimiento del derecho al sistema sanitario al existir una falta de información de las vías de acceso al sistema de salud para las personas migrantes. Es más, nos

hemos encontrado con casos en los que las personas tenían claros sus derechos, tenían la documentación en regla y las administraciones no les ha querido reconocer ese derecho, algunos casos se expondrán en el capítulo sobre las historias de casos.

Las barreras sufridas por las personas titulares de derecho son violencias. Es una violencia sistemática en contra de las personas migrantes que les impide acceder a su derecho a la salud.

El SERMAS y la Comunidad de Madrid, responsables últimos de la planificación sanitaria, tienen la obligación de informar a estas personas. Así lo dicta el artículo 9 de la Ley General de Sanidad:

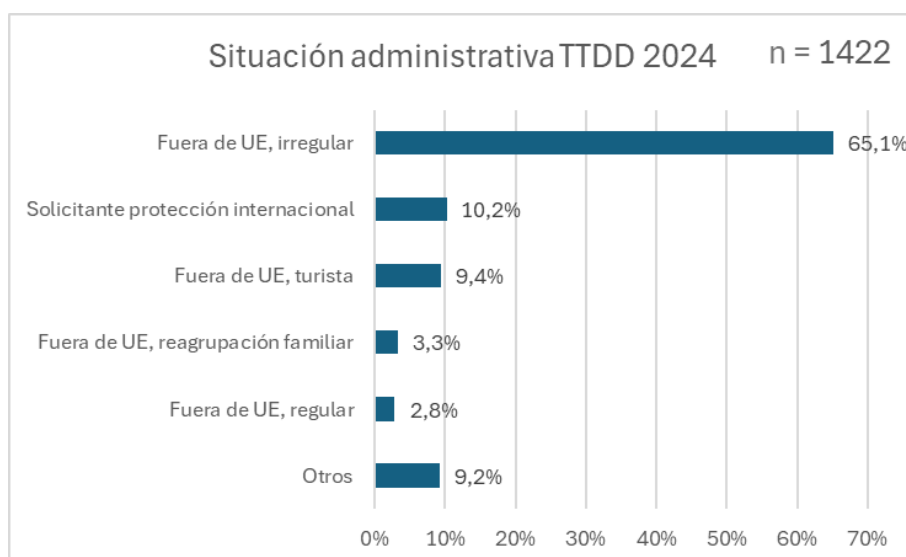
“Los poderes públicos deberán informar a los usuarios de los servicios del sistema sanitario público, o vinculados a él, de sus derechos y deberes”.

Es decir, no sólo están impidiendo ejercer un derecho a unas personas que deberían tenerlo, si no que no están cumpliendo su obligación de informar sobre ello.

La falta de reconocimiento del derecho a la salud deriva en parte de las barreras económicas. Cuando una persona está enferma, y acude al médico, tenga reconocido su derecho o no, suele derivar en la facturación de esta atención médica y cuando necesitan medicamentos no pueden comprarlos porque son demasiado caros.

En menor medida aparecen barreras de acceso relacionadas con la accesibilidad del sistema, las culturales (15%), digitales (4,6%), lingüísticas (3,4%) y físicas (3,1%). Que aparezcan menos, no significa que no sean importantes. La accesibilidad al Sistema Público de Salud es uno de los principios del derecho a la salud.

Situación administrativa



Este gráfico representa la situación administrativa respecto a su estancia en España de las personas titulares de derechos. La mayoría de las personas atendidas, un 65,1% son de fuera de la Unión Europea y están en situación administrativa irregular. El Real Decreto 16/2012 reconoce el derecho a la asistencia sanitaria a las personas que pueden demostrar su estancia de más de tres meses en territorio español, sin embargo, están teniendo barreras ya sean de información o administrativas para poder acceder a la sanidad pública. La Comunidad de Madrid es la región más restrictiva de toda España, siendo que en otras zonas del territorio español las personas migrantes pueden acceder de forma más sencilla al sistema de salud. A lo que hay que añadir que en otras Comunidades Autónomas las personas migrantes disponen de una tarjeta sanitaria igual que los habitantes locales; sin embargo, en la Comunidad de Madrid, el reconocimiento del derecho se hace utilizando un documento diferente, el DASE para personas en situación administrativa irregular y el DASPI para personas en situación de protección internacional, ambas son hojas de papel, estableciendo ciudadanos de primera y de segunda.

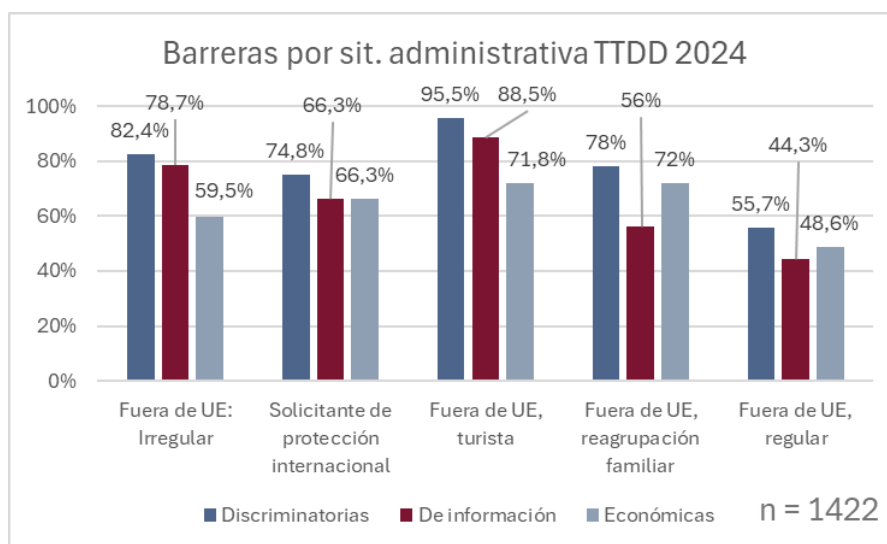
El siguiente grupo más numeroso son las personas solicitantes de protección internacional, un 10,2%, que tendrían acceso a través del DASPI. Las personas solicitantes de asilo deben tener asistencia sanitaria desde el primer día en el que se les reconoce la condición de asilo. No obstante, las barreras que pone el Gobierno de la Comunidad de Madrid les impiden acceder al documento que acredita asistencia sanitaria.

Los grupos próximos en cuanto a número son las personas que tienen visado turista de fuera de la UE, que tienen un visado de hasta 3 meses, que son el 9,4%, y las personas

extracomunitarias reagrupadas de forma ascendente (por un hijo a sus padres) por un familiar con nacionalidad comunitaria o no comunitaria, que representan el 3,3%. Es decir, en muchos casos personas mayores sin atención sanitaria y sin poder acceder a medicamentos. En ambos casos no tienen derecho a la asistencia sanitaria pública y gratuita.

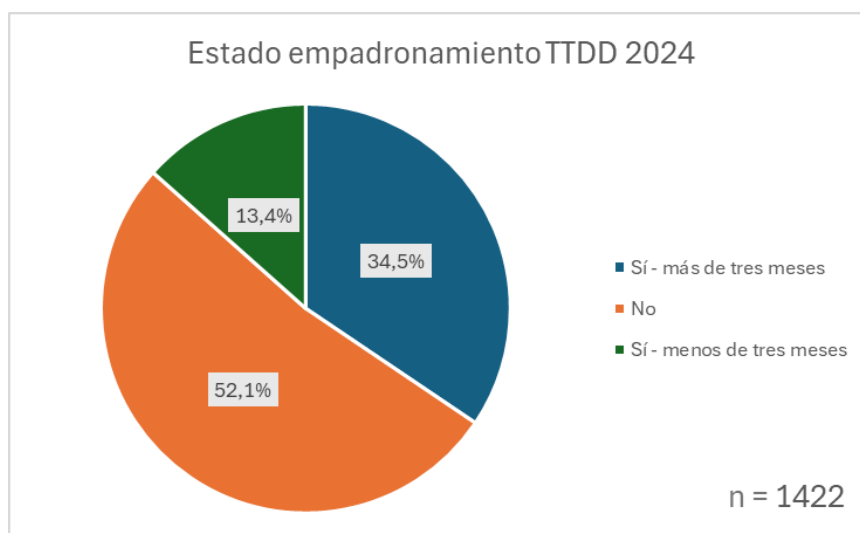
El primer grupo porque están en periodo de estancia. Las personas que llevan menos de 3 meses en España se considera que están de paso y tienen la obligación un seguro de viaje o privado. En el caso del segundo, se considera que, al reagrupar de forma ascendente a una persona, tiene la obligación de tener un seguro médico. Esto choca con los pactos internacionales ratificados por España que establecen la necesidad de una sanidad pública, universal y gratuita. También iría en contra del principio establecido por la Ley General de Sanidad que dice *“Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional”*.

Incluso nos encontramos con personas que ya tienen regularizada su situación y que tienen derecho a la sanidad. Finalmente, en el grupo otros se agrupan diversas situaciones que suponen menos del 2,5% de los casos.



Si cruzamos las tres barreras más frecuentes con las cinco situaciones administrativas más repetidas, se puede observar que en todos los casos las barreras más vistas son las discriminatorias. Da igual si la persona tiene una situación administrativa que le da derecho a la atención sanitaria o no. Igualmente, en todos los casos menos en las personas con su situación regularizada de fuera de la UE, más de la mitad de las personas habían sufrido

barreras de información. La administración encargada de otorgar los documentos relativos al documento de asistencia sanitaria, en cualquiera de sus modalidades, no está realizando bien su trabajo. Los motivos pueden ser porque las personas que forman parte del cuerpo administrativo no están bien formadas o que no están queriendo reconocer el **derecho** a las personas por otros motivos. Estas barreras hacen que, en muchos casos, dando igual la situación administrativa, mucha gente sufra barreras económicas.

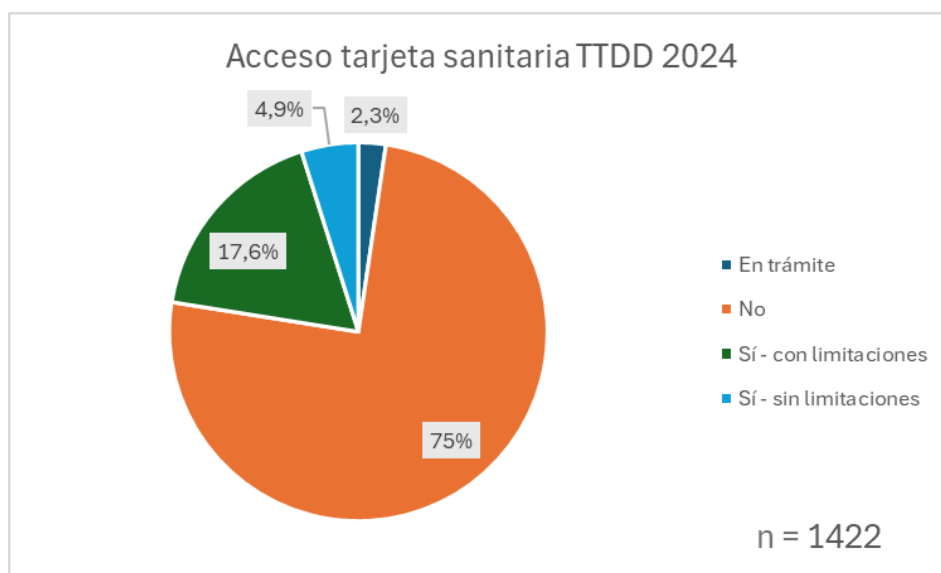


Como hemos mencionado en el apartado referido a la salud como derecho, uno de los requisitos para conseguir el acceso a la sanidad es el empadronamiento, en el caso del DASE y el DASPI. Toda persona que viva en España está obligada a estar empadronada. El problema recae en aquellas personas que viven en la calle o que están en una situación en la que no les es posible empadronarse. Sin embargo, esto no es un problema de las personas que no han conseguido empadronarse, si no de las administraciones locales.

La Resolución del 29 de abril de 2020 de la Presidencia del Instituto Nacional de Estadística y de la Dirección General de Cooperación Autonómica y Local dicta que en el caso de que una persona esté viviendo en la calle o que se encuentre en una infravivienda es la obligación del Ayuntamiento empadronar a estas personas en la dirección donde se encuentre la infravivienda o en una dirección cercana a la calle donde reside. Las dificultades para acreditar la residencia habitual, la documentación que se exige, o la demora en las citas previas están generando un mercado ilegal en el que un documento de empadronamiento puede oscilar entre 50 y 250 euros.

Que exista una proporción tan alta de personas que no tienen empadronamiento y que acuden a solicitar información significa que las administraciones locales no están haciendo su trabajo. A la hora de conseguir atención sanitaria esto supone un problema ya que uno de los requisitos para algunos procedimientos es precisamente estar empadronado, tres meses en el caso del DASE y al menos un día en el caso del DASPI.

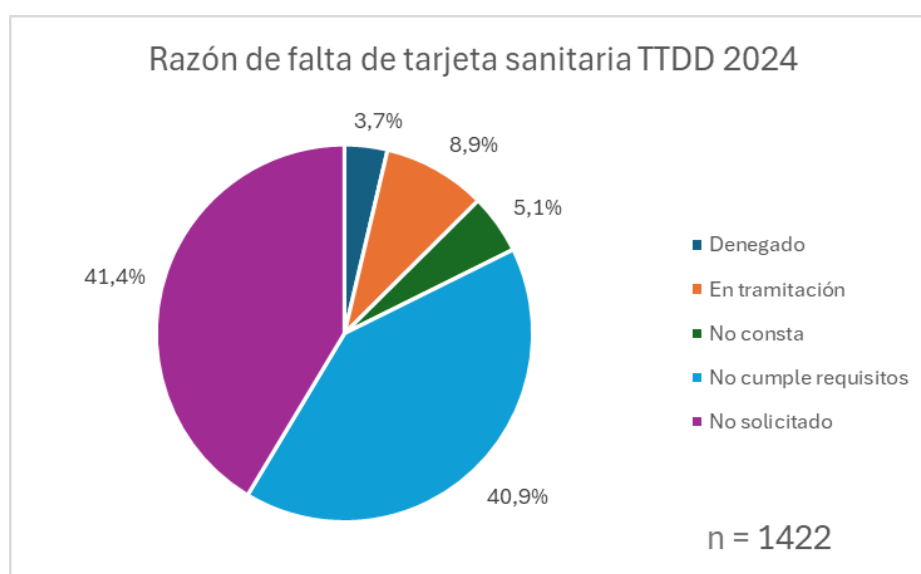
Documento de asistencia sanitaria



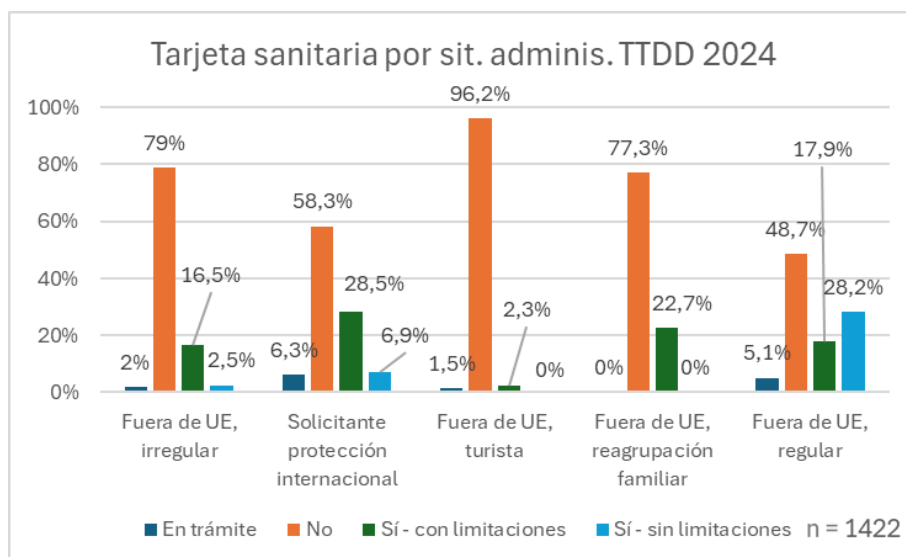
Después de ver las dificultades a las que se enfrentan las personas migrantes a la hora de acceder al sistema público de salud, mostramos cuántas tienen el documento de asistencia sanitaria de las que acuden a obtener información. El 75% de las personas atendidas no tenían el documento que da derecho a asistencia sanitaria, un 17,6% lo tenían en trámite y sólo un 7,2% lo tenía concedido, y algunas personas con limitaciones. Las personas que tienen la documentación en trámite y aparecen en el gráfico son debido a los retrasos de la administración. Este retraso de la administración impacta directamente en la salud de las personas por lo que lo reconocemos como una violencia institucional, retrasando su derecho de reconocimiento del acceso al sistema hasta 6 o 9 meses. En el periodo en el que están tramitando la documentación para la asistencia sanitaria, si necesitan atención médica y no disponen de seguro privado se les factura la atención en urgencias, como hemos podido documentar, siendo que el retraso no es culpa suya.

Actualmente para que el DASE y el DASPI les sean concedidos, las personas migrantes primero tienen que cumplir con los requisitos, luego ir a su centro de salud más cercano y después pedir cita para la Unidad de Tramitación (UTs). Hay 7 UTs en la Comunidad de Madrid, estando

5 en el municipio de Madrid. Esto significa que hay retrasos de hasta 3 meses porque las UTs no pueden atender toda la demanda y que hay personas que deben desplazarse a estos lugares desde pueblos de la sierra o ciudades al sur de Madrid como Parla o Pinto. En casos de urgencia por necesidad de medicación diaria y/o gravedad de la enfermedad (VIH+, diabetes, cáncer, etc.) para adelantar la cita tiene que solicitarla un/a funcionario/a público, retrasando aún más el acceso. Anteriormente era posible realizar estas gestiones con un informe social elaborado por entidades públicas o sociales. Afectando a la propia persona y saturando las instituciones públicas. Esto supone una barrera más de la administración para que las personas ejerzan su derecho a la salud.



En cuanto a las personas que no tienen el documento de asistencia sanitaria, las razones más importantes son relativas a que no lo ha solicitado, un problema de información, o no cumple requisitos, un problema de discriminación. Una persona no cumple requisitos por diversas razones. La primera de ellas es que no tenga una situación administrativa que le confiera el acceso a la salud, como el periodo de estancia o algunos casos de reagrupación familiar ascendente. Esto supone una falta de cumplimiento de acuerdos internacionales y leyes estatales. La segunda de ellas es que no tenga empadronamiento, que como hemos visto es un problema de funcionamiento de las administraciones locales que no están cumpliendo la ley.

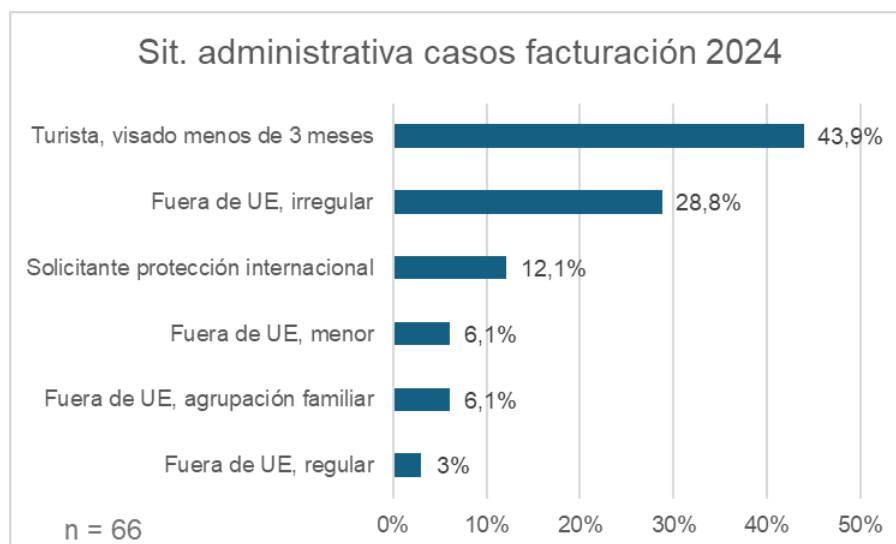


Si indagamos en la situación de acceso a la documentación de asistencia sanitaria por situación administrativa. En todos los casos, el caso más visto es que no tienen documentación de asistencia sanitaria. Parece que las personas regulares y que sean solicitantes de protección internacional, están accediendo de manera más rápida a su derecho a la salud. Que las personas tanto con derecho reconocido, como sin derecho reconocido, no tengan en gran medida documento de asistencia sanitaria demuestra fallos en el sistema.

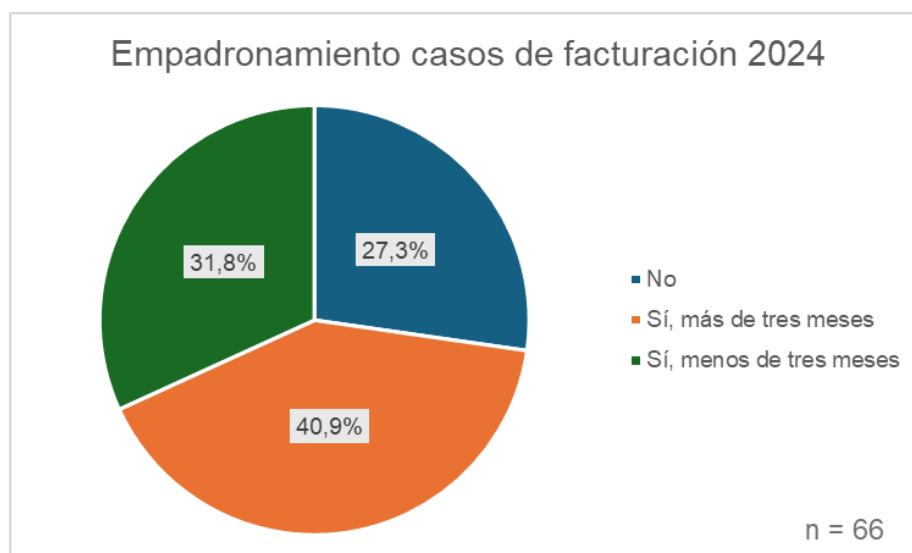
Situación concreta de facturación

En diferentes organizaciones que componen EAPN Madrid se atiende a las personas que han sido facturadas. La facturación es una de las principales barreras con las que se pueden encontrar las personas migrantes cuando no tienen acceso al sistema público de salud. Las personas, aunque no tengan el documento de asistencia sanitaria necesitan de atención médica.

Cuando asisten a una consulta o a urgencias de un hospital les facturan. Estas facturas pueden ser de un importe desde 175 euros, que es la más común por una consulta y alguna prueba, hasta 41.831 euros, que es el máximo registrado en nuestras organizaciones. Primero, se les niega un derecho que les corresponde y después si necesitan atención médica, acaba por empeorar su situación socioeconómica, haciéndolos más vulnerables.



Más de la mitad de las personas, el 56%, que habían sido facturadas en 2024 tenían derecho a la asistencia sanitaria pública gratuita por su situación administrativa. Sin embargo, tienen que pedir el derecho y en muchos casos el sistema pone obstáculos que retrasa su acceso o directamente no se les confiere. Luego, al 44% se les facturó en un momento en el que no cumplían las condiciones del decreto en el momento de la atención. Desde EAPN Madrid rechazamos la discriminación que supone dejar fuera del Sistema Nacional de Salud a las personas en periodo de estancia y a las personas que han sido reagrupadas de forma ascendente.



En el caso del empadronamiento, el 40,9% de las personas facturadas tenían empadronamiento de más de tres meses. Es decir, a pesar de las leyes restrictivas de la Comunidad de Madrid, tenían derecho y les facturaron.

Media	Mediana	Moda
3.753,58 €	2.779 €	175 €

En cuanto a los datos de la cantidad a pagar, la media que se observa es 3.753,58 euros. No obstante, la mediana, que supone el punto medio de la muestra, es de 2.779 euros. Si la mediana es más baja que la media, significa que existen datos muy altos que se alejan de los demás valores. La moda, el dato más repetido es 175 euros, siendo el segundo más repetido 185 euros. Las facturas que tienen este importe son aquellas que corresponden a una atención de consulta más alguna prueba como un análisis. Aunque parezcan cantidades no demasiado altas, es importante recalcar que estas facturas se emiten a personas en situación de vulnerabilidad que es posible que no tengan recursos para pagarlas. Si no las pagan es posible que se les embargue parte de sueldos futuros o que supongan un problema para futuros trámites administrativos relativos a su regularización.

4. CUANDO LAS VOCES HABLAN

Los gráficos y datos que se han expuesto en el capítulo anterior reflejan una realidad de personas con nombre y cara, no son sólo números. Los casos que se muestran en este capítulo provienen de diferentes entidades de EAPN Madrid: Fundación Atenea, CEAR, Médicos del Mundo, Progestión, Candelita, Hogar Sí.

Las barreras de acceso afectan a la vida de mucha gente que acaba sin tener reconocido su **derecho** a la atención sanitaria, que según los acuerdos firmados por España debería ser universal, pública y gratuita. No obstante, mucha gente se queda fuera por su situación administrativa, o incluso cumpliendo los requisitos para acceder por las diferentes barreras que hemos visto anteriormente.

La atención sanitaria pública y gratuita se convierte en algo fortuito en la Comunidad de Madrid, que te puede tocar o no. El acceso a la salud de las personas migrantes termina dependiendo del centro de salud que te corresponda, si la persona que les atiende en dicho centro de salud o en la Unidad de Tramitación entienda o no que tiene acceso a la salud o incluso simplemente saber el proceso de acceso. En los siguientes párrafos presentamos diferentes casos de personas que acuden a las entidades de la Red y que han sufrido barreras de acceso para conseguir su **derecho** a la salud. No aparecen los nombres de las personas atendidas para proteger su privacidad.

Persona con enfermedad sobrevenida con facturas por retraso de la Administración

Hombre de 54 años de origen extracomunitario. Vino a España para una estancia turística y sufre un infarto muy grave que requiere intervención quirúrgica y hospitalización. Es atendido en un hospital de la Comunidad de Madrid, donde sigue con controles esporádicos y tiene citas con Cardiología durante varios meses. En el hospital le advierten que no puede regresar a su país al haber riesgo alto de sufrir otro infarto. En el proceso postoperatorio contrae una infección bacteriana que se valora como crónica y le supone problemas digestivos en ocasiones incapacitantes.

Esta persona debe tener acceso al sistema sanitario por una enfermedad sobrevenida en nuestro país. La residencia por circunstancias excepcionales de enfermedad sobrevenida especifica que para acceder a esta documentación: *“se debe haber sufrido una enfermedad sobrevenida de carácter grave que requiera asistencia sanitaria especializada, no accesible en su país de origen, y que el hecho de ser interrumpida o de no recibirla suponga un grave riesgo para la salud o la vida”*. En este caso, pidió la documentación correspondiente, se la denegaron, pero hasta ahora no se le ha hecho llegar ningún documento por el cual se especifique el motivo.

Debido a que la salud no es un derecho que se esté dando automáticamente, el retraso de la administración y la falta de claridad del proceso, la situación socioeconómica de esta persona es grave. Tiene una factura superior a 19.000 euros por la operación. Hasta que consiga la documentación correspondiente le seguirán facturando por una atención que necesita y que no puede recibir en su país porque los médicos que le atendieron ven riesgo de muerte si no se queda en España a tratarse.

Menor de edad sin asistencia sanitaria a partir de los tres meses de edad

Niña de 10 meses de edad nacida en España de padres extracomunitarios que al nacer optan por la nacionalidad española para la niña, ya que el país de origen de los padres lo permite. La niña ya cuenta con DNI.

Aun teniendo derecho a la asistencia sanitaria por ser española residente en España, la niña no tiene acceso al sistema sanitario desde que ha cumplido tres meses. Y cada vez que acude al centro de salud le indican que debe esperar a que sus padres tengan la residencia para poder ser beneficiaria de ellos.

Desde la entidad se asesora a la madre para la obtención de la asistencia sanitaria ante el INSS y se apoya en la presentación de la misma de forma telemática. En tres semanas aproximadamente se consigue respuesta positiva del INSS. Una vez se obtiene el derecho, la entidad social apoya y asesora en los trámites a seguir en el centro de salud para la obtención de la tarjeta sanitaria. Desde ese momento la niña tiene asistencia sanitaria y puede acudir a las revisiones del niño sano.

Posteriormente y una vez que sus padres (ambos de origen extracomunitario) han conseguido la residencia, se les apoya en la obtención de la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos de forma telemática ante el INSS, ya que al no haber accedido al mercado laboral, cuando van a solicitarla, se les informa de que no tienen derecho a la misma, no siendo esto cierto. Una vez se consigue el derecho a la asistencia, se les apoya en los trámites para la obtención de la tarjeta sanitaria.

Persona sin asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos por falta de información desde las administraciones

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

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

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

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

actualmente cuenta con una residencia que no le permite trabajar por su enfermedad, no puede afrontar el pago de la factura.

Es una persona con gran vulnerabilidad social que no tenía cubierta la asistencia sanitaria en el momento del ingreso a pesar de tener derecho por una falta de claridad e información sobre sus derechos desde la administración.

Persona con enfermedad mental no atendida por falta de confianza de la Administración

Hombre de 56 años de origen extracomunitario con complicaciones derivadas de su salud mental y con un tumor en la cabeza. Tras un brote psicótico pierde toda la documentación relacionada con su situación administrativa. Tiene NIE. Interpone la denuncia correspondiente para declarar que ha perdido dicha documentación. Solicita en una entidad de la Red acompañamiento para conseguir una nueva tarjeta sanitaria en un Centro de Salud en la ciudad de Madrid. Allí, la administrativa no quiere tramitar la tarjeta sanitaria porque dice que no se fía del titular de derecho. Se le enseña la denuncia de pérdida y fotocopia de su NIE y acaba tramitando la tarjeta sanitaria con reservas. Explica que debe volver allí en un mes para recibir la tarjeta. Cuando acude, no se la quieren dar porque no tiene la tarjeta física de su NIE.

Sin identificación no hay sanidad

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

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

En febrero de 2023 tenía DASE, que caducó en agosto de 2023. Al no poder aportar empadronamiento y documento identificativo, se quedó sin asistencia sanitaria. Sin embargo, si ya lo tenía concedido, significa que ya se había comprobado que cumplía los requisitos. Es una persona con una enfermedad mental y una barrera idiomática muy fuerte. No se ha

tenido en cuenta las complicaciones que suponen estas situaciones a la hora de enfrentarse a un trámite administrativo, que además ya se le había concedido.

Desde la entidad se realiza informe social explicando su situación, e informes sobre la intervención que se llevaba años haciendo con él en Equipo de Calle de Salud Mental (ECASAM). Se acude con él a la cita y, finalmente, tras varias consultas por parte de la técnica de la UT con sus superiores, se le renovó el DASE. Es decir, que podía haber sido hecho y hasta que no fue acompañado no lo hicieron.

Discriminado aun teniendo acceso al sistema público de salud

Hombre de 47 años de origen extracomunitario que tiene número de Seguridad Social y acceso a la sanidad a través del INSS. Es residente en un albergue municipal, por lo que se trata de una persona con gran vulnerabilidad social. Es atendido en un hospital de la Comunidad de Madrid y su médico cirujano dirige un proceso para posible intervención quirúrgica, ya que tiene una enfermedad degenerativa que le dificulta la movilidad.

Su médico tiene acceso a su historial, por lo que es conocedor de anteriores atenciones que ha recibido. El médico retrasa la operación por simples estereotipos relacionados con el consumo de drogas y por ser migrante. Cuando se le acompaña a las citas, el médico se dirige a la persona que acompaña al paciente y no al paciente. Evita dirigirse a él y no es capaz de comunicarse como con cualquier otra persona de forma efectiva porque tampoco hace el esfuerzo.

Finalmente, el titular de derechos es operado cuando accede al programa de vivienda de una entidad social y los profesionales de este programa le acompañan al médico. Para ser atendido al final debe enseñar el padrón, a pesar de que el médico no tiene poder de decidir si una persona tiene acceso o no a la sanidad y ya tenía concedido el derecho a través del INSS.

Discriminación y maltrato a un niño

Niño de 11 años con un tumor cerebral está siendo tratado en un Hospital de la Comunidad de Madrid. Según la normativa actual, el niño debe ser atendido sin coste alguno en la sanidad pública debido a la Resolución 16/2023 que establece que cualquier mujer embarazada o menor de edad tiene derecho a la asistencia sanitaria sin cargo a fondos públicos. Al ser

atendido por una trabajadora social del hospital, ésta increpó a los padres diciéndoles: “han venido a que les paguemos la sanidad entre todos los españoles, vuelvan a su país”.

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

5. DEMANDAS DE EAPN MADRID A LOS RESPONSABLES POLÍTICOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID PARA GARANTIZAR EL ACCESO A LA ASISTENCIA SANITARIA

Una de las prioridades que EAPN Madrid ha definido en su agenda de trabajo se centra en contribuir a la eliminación de las barreras de acceso a la asistencia sanitaria. Para lograrlo, ha solicitado a todos los partidos políticos que se comprometan para garantizar la universalidad del acceso a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos, con las siguientes propuestas:

- Dotando de las medidas legislativas y reglamentarias necesarias para evitar la discriminación en el acceso a la salud de todas las personas, independientemente de su situación administrativa:
 - Actualizando los protocolos y procedimientos que se dan a las Unidades Administrativas de hospitales y centros de salud en relación al acceso al sistema sanitario, de manera que garanticen la adecuación a la legislación vigente. Además, toda la información sobre procedimientos debe darse por escrito para garantizar su cumplimiento.
- Revirtiendo las medidas regresivas adoptadas por la Comunidad de Madrid en los últimos años y que han supuesto una vulneración en el acceso al derecho a la salud de la población migrante:
 - No emitiendo las facturas sanitarias a las personas que acuden a los centros sanitarios y paralizando los expedientes iniciados.
 - Cerrar las Unidades de Tramitación Especializada para volver a realizar la gestión de acceso al sistema público de salud desde los centros de salud, evitando las esperas y segregación.
 - Dejar de utilizar el empadronamiento como requisito de acceso al sistema público de salud, y se informe debidamente de que las profesionales de trabajo social de los centros sanitarios pueden emitir informes para probar la residencia, facilitando la cita con ellas a las personas que la necesiten.

- Aplicación real y efectiva de la Resolución 16/2023 de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, que reconoce el derecho a la asistencia sanitaria a menores, mujeres embarazadas, y enfermedades de declaración obligatoria
- Dotar de Tarjeta Sanitaria individual a toda la población, independientemente de su situación administrativa, garantizando que las personas migrantes y refugiadas sean consideradas ciudadanas de pleno derecho para acceder al sistema público de salud.
- Formación a profesionales de los centros de salud, incidiendo especialmente en los equipos de administración, sobre asistencia sanitaria universal desde un enfoque de Derechos Humanos.
- Promoción de campañas de información sobre acceso al sistema público de salud dirigida a la población migrante.
- Promoción y refuerzo del servicio de teletraducción, especialmente para su conocimiento y utilización entre la población atendida.
- Establecimiento de cauces de diálogo y reconocimiento de las entidades sociales por parte de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, para abordar las barreras de acceso al sistema público de salud.

6. BIBLIOGRAFÍA

Constitución Española (BOE núm. 311, de 29 de diciembre de 1978).

Declaración Universal de los Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas (Resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1942).

Ley 12/2001 de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (BOE núm 55, de 5 de marzo de 2002).

Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad (BOE núm. 102, de 29 de abril de 1986).

Médicos del Mundo (2019). *Derribando el muro de la exclusión sanitaria*.

Médicos del mundo (2023). *Informe de barreras de acceso: Exclusión sociosanitaria en la Comunidad de Madrid*.

Ministerio de Derechos Sociales. Consumo y Agenda 2030 (2024). *Estrategia de Desarrollo Sostenible 2030*.

Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones (2024). *Autorización de residencia temporal por circunstancias excepcionales por razones humanitarias*.

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2008). *El Derecho a la Salud*.

Morris, J. (1961). Medicina Social. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 51 (4).

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 16 de diciembre de 1966).

Real Decreto-ley 7/2018 de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud (BOE núm 183, de 30 de julio de 2018).

Resolución de 29 de abril de 2020, de la Subsecretaría, por la que se publica la resolución de 17 de febrero de 2020, de la presidencia del Instituto Nacional de Estadística y de la Dirección General de Cooperación Autonómica y Local, por la que se dictan instrucciones técnicas a los Ayuntamientos sobre la Gestión del Padrón Municipal (BOE núm. 122, de 2 de mayo de 2020).

Wilkinson, R. y Marmot, M. (2003). Los Determinantes Sociales de la Salud. Los hechos probados. *Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud*.



EAPN MADRID

RED DE LUCHA CONTRA LA POBREZA
Y LA EXCLUSIÓN SOCIAL

C/Melquiades Biencinto, 7
Madrid-28053

eapnmadrid.org