

Exclusión sanitaria de la población racializada en Euskadi: 15 años de experiencia del CASSIN



OCTUBRE 2025

CITA SUGERIDA

Rodríguez-Álvarez, Elena; Lanborena, Nerea; González-Rábago, Yolanda; Aguirre, Xabier; Gil, Estibaliz (2025).
Exclusión sanitaria de la población racializada en Euskadi: 15 años de experiencia del CASSIN.
Disponible en: www.ehu.eus/opik/racismhealthcare

AUTORÍA

Elena Rodríguez-Álvarez (a,b)

Nerea Lanborena (a,b)

Yolanda González-Rabago (b,c)

Xabier Aguirre (d)

Estibaliz Gil (d)

a - Departamento de Enfermería I, Universidad del País Vasco (UPV/EHU)

b - Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico - OPIK

c - Departamento de Sociología y Trabajo Social, Universidad del País Vasco (UPV/EHU)

d - Médicos del Mundo Euskadi

© DERECHOS DE PROPIEDAD

Opik-Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico es el titular de todos los derechos de propiedad intelectual de los artículos originales publicados aquí, que serán gestionados conforme a la licencia Creative Commons.



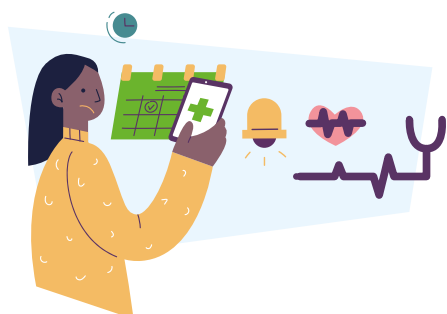
Octubre 2025.

Este trabajo ha contado con la financiación de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU) y de Médicos del Mundo Euskadi bajo la Convocatoria de Proyectos Universidad-Empresa-Sociedad 2023 (ref. US16/23).

Exclusión sanitaria de la población racializada en Euskadi:

15 años de experiencia del CASSIN

1. PRESENTACIÓN	5
2. INTRODUCCIÓN	7
3. EL DERECHO A LA SALUD DE LAS PERSONAS RACIALIZADAS EN EL SISTEMA SANITARIO VASCO: LOS MARCOS LEGALES QUE EXCLUYEN	9
4. OBJETIVOS y METODOLOGÍA	16
5. RESULTADOS	19
Evolución, características sociodemográficas, condiciones de vida y de salud de la población atendida en el CASSIN	19
Barreras en la atención sanitaria de la población atendida en el CASSIN	34
Actuaciones ante vulneraciones al derecho a la salud de la población atendida en el CASSIN	38
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	46
7. REFERENCIAS	49



Índice figuras

FIGURA 1. Evolución de población racializada atendida en el CASSIN, total y por sexo, 2008-2023	19	FIGURA 20. Distribución (%) de población racializada atendida en el CASSIN, según región de origen y situación administrativa, 2008-2023	29
FIGURA 2. Evolución (%) de población racializada atendida en el CASSIN, según región de origen, 2008-2023	20	FIGURA 21. Distribución (%) de población racializada atendida en el CASSIN, según su situación documental, 2008-2023	30
FIGURA 3. Distribución (%) de población racializada atendida en el CASSIN, según región de origen y sexo, 2008-2023	21	FIGURA 22. Distribución (%) de población racializada atendida en el CASSIN, según región de origen y situación documental, 2008-2023	30
FIGURA 4. Distribución (%) de población racializada atendida en el CASSIN, región de origen y sexo, 2008-2023	21	FIGURA 23. Distribución (%) de población racializada atendida en el CASSIN, según el tiempo de estancia, 2008-2023	31
FIGURA 5. Distribución (%) de población racializada atendida en el CASSIN, según edad y sexo, 2008-2023	22	FIGURA 24. Distribución (%) de población racializada atendida en el CASSIN, según región de origen y tiempo de estancia, 2008-2023	31
FIGURA 6. Distribución (%) de población racializada atendida en el CASSIN según región de origen y edad, 2008-2023	22	FIGURA 25. Distribución (%) de población racializada atendida en el CASSIN, según el conocimiento del castellano, 2008-2023	32
FIGURA 7. Distribución (%) de población racializada atendida en el CASSIN, según el tipo de convivencia, 2008-2023	23	FIGURA 26. Distribución (%) de población racializada atendida en el CASSIN, según por región de origen y conocimiento de castellano, 2008-2023	32
FIGURA 8. Distribución (%) de población racializada atendida en el CASSIN, según región de origen y tipo de convivencia, 2008-2023	23	FIGURA 27. Distribución (%) de población racializada atendida en el CASSIN, según el estado de salud percibido, 2008-2023	33
FIGURA 9. Distribución (%) de población racializada atendida en el CASSIN, según hijos/as, 2008-2023	24	FIGURA 28. Distribución (%) de población racializada atendida en el CASSIN, según región de origen y salud percibida por, 2008-2023	33
FIGURA 10. Distribución (%) de población racializada atendida en el CASSIN, según región de origen hijos/as, 2008-2023	24	FIGURA 29. Porcentaje de población racializada atendida en el CASSIN según barreras registradas, 2008-2023	34
FIGURA 11. Distribución (%) de población racializada atendida en el CASSIN, según el nivel de estudios, 2008-2023	25	FIGURA 30. Porcentaje de población racializada atendida en el CASSIN según barreras registradas y sexo, 2008-2023	36
FIGURA 12. Distribución (%) de población racializada atendida en el CASSIN, según región de origen y nivel de estudios, 2008-2023	25	FIGURA 31. Porcentaje de población racializada atendida en el CASSIN según barreras registradas y región de origen, 2008-2023	37
FIGURA 13. Distribución (%) de población racializada atendida en el CASSIN, según su situación laboral, 2008-2023	26	FIGURA 32. Evolución del número de actuaciones ante vulneraciones al derecho a la salud registradas en el CASSIN total y por sexo de la población, 2020-2022	39
FIGURA 14. Distribución (%) de población racializada atendida en el CASSIN, según región de origen y situación laboral, 2008-2023	26	FIGURA 33. Distribución (%) de las actuaciones ante vulneraciones al derecho a la salud registradas en el CASSIN por año y región de origen de la población, 2020-2022	39
FIGURA 15. Distribución (%) de población racializada atendida en el CASSIN, según el nivel de ingresos, 2008-2023	27	FIGURA 34. Distribución (%) de las actuaciones ante vulneraciones al derecho a la salud registradas en el CASSIN según edad y nivel de estudios de la población, 2020-2022	40
FIGURA 16. Distribución (%) de población racializada atendida en el CASSIN, según región de origen y nivel de ingresos por, 2008-2023	27	FIGURA 35. Distribución (%) de las actuaciones ante vulneraciones al derecho a la salud registradas en el CASSIN según situación habitacional y situación laboral, 2020-2022	40
FIGURA 17. Distribución (%) de población racializada atendida en el CASSIN, según la situación habitacional, 2008-2023	28	FIGURA 36. Distribución (%) de las actuaciones ante vulneraciones al derecho a la salud registradas en el CASSIN según situación administrativa, tiempo de estancia y conocimiento del castellano de la población, 2020-2022	41
FIGURA 18. Distribución (%) de población racializada atendida en el CASSIN, según región de origen y situación habitacional, 2008-2023	28		
FIGURA 19. Distribución (%) de población racializada atendida en el CASSIN, según su situación administrativa, 2008-2023	29		

El derecho a la salud constituye uno de los derechos humanos fundamentales y su ejercicio supone, desde un enfoque amplio de determinantes de la salud, tanto asegurar unas condiciones de vida suficientes y que permitan una vida saludable, como garantizar la atención a la salud efectiva y de calidad. Así, el acceso a la atención a la salud supone tener la oportunidad de alcanzar y obtener una atención sanitaria adecuada a las necesidades en salud. A pesar de que el acceso equitativo y de calidad a la atención a la salud de toda la población es un compromiso de las sociedades europeas, las desigualdades en el acceso a la atención sanitaria siguen existiendo, incluso en aquellos sistemas sanitarios considerados universales. De hecho, la población racializada se encuentra en especial situación de inequidad en el acceso a la atención sanitaria derivada de su posición devaluada en las sociedades europeas, enfrentándose a barreras de diverso tipo, en diferentes momentos y a varios niveles a lo largo del contacto con el sistema sanitario.



Médicos del Mundo trabaja desde hace más de tres décadas para garantizar el derecho a la salud, derecho fundamental de todas las personas, independientemente de su origen, estatus migratorio, situación económica o cualquier otra condición de vulnerabilidad. Apuesta por una cobertura sanitaria universal que ofrezca a todas las personas acceso a servicios de atención, prevención y promoción de la salud, garantizando a la vez el acceso a tratamientos y medicamentos independientemente de sus recursos económicos. Para cumplir esta misión, Médicos del Mundo Euskadi abrió, en 1997 el Centro de Atención Sociosanitaria a Inmigrantes (CASSIN). El CASSIN funciona como una consulta de atención socio-sanitaria para personas migradas, que actualmente ha tenido que empezar a prestar atención también a personas autóctonas a las que se

ha retirado el aseguramiento sanitario. Desde su puesta en marcha, el CASSIN ha atendido a 13.785 personas. La consulta presta su servicio gracias a la colaboración de 47 personas voluntarias y 3 técnicas (trabajadoras de Médicos del Mundo Euskadi). Se trata de profesionales de la medicina (médicas y enfermeras), personal administrativo y técnicas de intervención social. El objetivo de esta consulta no consiste en establecer un sistema paralelo al de la sanidad pública, sino ofrecer una alternativa a aquellas personas que han sufrido alguna barrera en su acceso al sistema de salud -incluida su propia inhibición por no estar correctamente informadas- y orientar y acompañar su proceso de inclusión en el mismo. Igualmente, una de las funciones de este dispositivo, consiste en identificar las posibles vulneraciones sufridas por las y los pacientes y dar cuenta de estas a las instituciones implicadas con el objetivo de obtener mejoras en el ámbito normativo y formativo.

Además, Médicos del Mundo Euskadi mantiene una clara vocación de contribuir a la generación de conocimiento acerca del derecho a la salud de todas las personas, con el fin de incidir políticamente en la mejora de la atención sanitaria en el contexto vasco. En esta línea, Médicos del Mundo Euskadi y el Grupo de investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico - OPIK de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU) desarrollan conjuntamente el proyecto de investigación y transferencia del conocimiento *Racismo en la atención*

sanitaria a la población racializada en el País Vasco (RACISMHEALTHCARE), financiado en la Convocatoria de Proyectos Universidad-Empresa-Sociedad 2023 de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU).

El proyecto RACISMHEALTHCARE tiene como objetivo principal analizar las barreras en el acceso a la atención sanitaria y las experiencias de racismo de personas racializadas en el sistema sanitario de la Comunidad Autónoma de Euskadi (CAE). El proyecto busca comprender cómo se producen y reproducen procesos activos de discriminación racial en los servicios de salud, considerando desde los mecanismos de carácter estructural hasta aquellos de tipo interpersonal. En este marco, el CASSIN que gestiona Médicos del Mundo en Bilbao tiene una larga trayectoria que nos permite identificar procesos activos de exclusión sanitaria que se producen en nuestro contexto más cercano. Es por ello que se ha realizado una caracterización de las personas atendidas CASSIN desde 2008 hasta 2023, así como un análisis de las barreras en la atención sanitaria que éstas sufren y de las actuaciones ante casos de vulneración del derecho a la salud que se han llevado a cabo en el CASSIN.

Este informe presenta los principales resultados del análisis realizado con el fin de mostrar la situación de una población racializada en situación de especial vulnerabilidad que enfrenta importantes barreras para acceder a la atención sanitaria. A continuación, se detalla

la estructura del informe. En primer lugar, en la introducción, se plantea el enfoque del estudio en torno a las formas que el racismo estructural, las políticas migratorias y las políticas sanitarias que limitan el derecho a la salud de las poblaciones racializadas. En segundo lugar, se describe brevemente la evolución de los marcos legales que han regulado el acceso de las personas migrantes, especialmente aquellas en situación irregular, al Sistema Nacional de Salud (SNS) en las últimas décadas, con un enfoque particular en la CAE y, en consecuencia, en el acceso y funcionamiento del Servicio Vasco de Salud - Osakidetza. En tercer lugar, se presenta una caracterización de las personas atendidas en el CASSIN en el período 2008-2023, así como una descripción de las barreras a la atención sanitaria registradas en el CASSIN, y de las actuaciones realizadas entre 2020 y 2022 por el CASSIN ante vulneraciones del derecho a la salud que han enfrentado estas personas. Por último, se presentan las principales conclusiones y recomendaciones del informe.

Es importante señalar que este grupo de personas que ha sido atendida en algún momento el CASSIN no representa en su totalidad ni refleja de manera completa la situación de la población migrante en general; no obstante, resulta clave para comprender el largo camino que aún queda por recorrer en la consecución de la equidad en salud en nuestros sistemas sanitarios y el acceso al derecho a la salud para todas las personas.

Confiamos en que este informe contribuya a visibilizar los aspectos clave que deben ser considerados para el desarrollo de un sistema de salud inclusivo y equitativo, que no solo garantice el acceso a la atención sanitaria de todas las personas, sino que también aborde las desigualdades estructurales que afectan a los colectivos más vulnerables, como las personas racializadas y, especialmente, aquellas migrantes en situación irregular. Este estudio pone de manifiesto la necesidad de implementar políticas públicas que promuevan la integración efectiva de la población migrante en el sistema sanitario, eliminando las barreras de acceso y garantizando que el derecho a la salud sea una realidad para todas las personas, independientemente de su origen, situación administrativa o condición social. Así, desde un enfoque de salud pública esperamos contribuir a poner en valor un sistema sanitario que priorice la equidad y la protección de los derechos humanos en el acceso a la salud.

Los sistemas sanitarios desempeñan un papel fundamental como determinante social de la salud y de las desigualdades sociales en salud [1]. Estos sistemas, en función de su estructura y accesibilidad, pueden tanto mitigar como exacerbar las disparidades en salud provocadas por otros determinantes sociales, como las condiciones de empleo y trabajo, la vivienda, el entorno físico o el entorno social en el que las personas viven. Cuando el acceso a los servicios de salud está garantizado de forma universal y gratuito para toda la población, se contribuye a reducir significativamente la vulnerabilidad que sufren determinados grupos sociales, particularmente aquellos en situación de mayor desventaja, entre las que encontramos habitualmente a las personas racializadas.

En el marco de este informe, el término población racializada se utilizará para hacer referencia a aquellos grupos de personas que, debido a factores históricos, sociales y culturales, y como resultado de la colonialidad, son identificados, diferenciados y asignados a categorías raciales que históricamente han sido devaluadas. Aunque la población racializada no se limita exclusivamente a las personas migrantes [2], en nuestro contexto de análisis, estas últimas constituyen una parte significativa de dicha población. No obstante, consideramos esencial comenzar a nombrar los efectos de los procesos de racialización más allá de la migración, dado que los procesos de exclusión que afectan a la población migrante hunden sus raíces en el racismo estructural presente en

nuestras sociedades. Por tanto, se aludirá a la población migrante, y en concreto a aquella en situación irregular, cuando se traten cuestiones vinculadas al proceso migratorio o a las particularidades del acceso al sistema sanitario de dicha población, pero se priorizará el uso del término población racializada de forma global.

Desde una perspectiva estructural, son varios los elementos que impiden el ejercicio del derecho a la salud de las personas racializadas [3, 4]. En primer lugar, las políticas de migración, como mecanismo sustancialmente racializador de nuestras sociedades, desempeñan un importante papel en la salud de las personas racializadas, determinando la situación jurídico-administrativa de éstas



y, en consecuencia, condicionando el acceso a derechos sociales y sanitarios. De hecho, la evidencia empírica es consistente al mostrar que políticas de migración restrictivas tienen efectos perjudiciales sobre el estado de salud mental, salud física y la calidad de vida de las personas racializadas [5, 6, 7]. La incertidumbre jurídica, el miedo a la deportación o las mayores dificultades para acceder a un empleo o a una vivienda digna son algunas de las consecuencias directas de estas políticas, que exponen a las personas a una mayor vulnerabilidad vital y, a su vez, aumenta sus riesgos de padecer enfermedades prevenibles y agrava los problemas de salud existentes.

Por otro lado, las políticas sanitarias que configuran el acceso a los servicios de salud resultan ser la principal de las barreras a las que se enfrentan las personas racializadas en el ejercicio de su derecho a la salud [8]. En ausencia de políticas de acceso universal y no discriminatorias, las personas racializadas, y de forma específica aquellas migrantes en situación irregular [9], suelen enfrentarse a barreras estructurales que dificultan su plena inclusión en el sistema sanitario. Por tanto, el derecho a la salud de esta población se ve fuertemente vulnerado por la interacción de las políticas de inmigración y de las políticas sanitarias que, finalmente, no protegen el acceso al sistema sanitario como garante del derecho a la salud.

Para asegurar el derecho a la salud, los sistemas sanitarios deberían, además de garantizar su acceso universal, considerar las necesidades específicas de aquellos grupos de población en situación de mayor desventaja, a la vez que establecen medidas que luchen contra las posibles barreras que dificultan el acceso de forma equitativa a los servicios de salud, esto es, aplicando un enfoque de universalismo proporcional. Este modelo propone que, aunque el acceso debe ser universal, se debe adaptar a las circunstancias particulares de los diferentes

grupos sociales, garantizando que aquellos en situación de mayor desventaja reciban una atención adecuada a sus necesidades [10, 11].

Sin embargo, diversos estudios evidencian la persistencia de desigualdades sociales que siguen limitando el acceso a la asistencia sanitaria, incluso en contextos de políticas de acceso universal [4]. Además, los datos disponibles son insuficientes para conocer la situación específica de poblaciones racializadas en situación de vulnerabilidad extrema, como aquellas en situación irregular o con permisos de residencia de corta duración. Estas personas rara vez están representadas tanto en las estadísticas oficiales como en las encuestas [12], lo que dificulta conocer la magnitud y la gravedad de las barreras que enfrentan al intentar acceder a la atención sanitaria.

Por esta razón, los datos que se presentan a continuación resultan de gran valor, ya que nos acercan a una realidad que, a menudo, queda invisibilizada. Estos datos no solo proporcionan una visión más clara de las dificultades que enfrentan estas poblaciones, sino que también nos permiten profundizar en una reflexión crítica sobre las formas en que el racismo estructural sigue influyendo de manera sutil, pero profunda, en el acceso a los servicios de salud. Este enfoque nos interpela para profundizar en las desigualdades en el acceso al sistema sanitario, permitiéndonos ver al menos parte de las barreras que operan con dinámicas más invisibles y que afectan especialmente a las personas que ya viven en condiciones de mayor vulnerabilización social.



EL DERECHO A LA SALUD DE LAS PERSONAS RACIALIZADAS EN EL SISTEMA SANITARIO VASCO: LOS MARCOS LEGALES QUE EXCLUYEN

Para realizar un acercamiento a la situación y las actuaciones del sistema de salud de Euskadi respecto a las personas racializadas, es necesario un recorrido por las distintas leyes, normas e instrucciones de ámbito estatal y autonómico, que en algunas ocasiones han negado, en otras rescatado *in extremis* y, a la postre limitado sustancialmente, el derecho a la salud de una parte significativa de nuestra ciudadanía.

Por ello, en este apartado se hará un repaso a la evolución del marco normativo que regula el derecho a la asistencia sanitaria de las personas migrantes y, en especial, de aquellas sin autorización de residencia o en situación irregular en España. Este marco normativo ha ido modificándose, ampliando o restringiendo los principios y criterios del derecho a la asistencia sanitaria a lo largo de las últimas décadas.



1

La Ley 14/1986 General de Sanidad y la ampliación de la cobertura sanitaria

El sistema sanitario, tal y como lo conocemos hoy en día se creó con la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que estableció el derecho a la protección de la salud y la creación del Sistema Nacional de Salud (SNS), asumiendo los principios de equidad, universalidad y calidad en la atención sanitaria.

Tras la aprobación de esta Ley General de Sanidad, el SNS fue ampliando gradualmente su cobertura hasta incluir a casi toda la población, aunque las personas extranjeras sin residencia legal en España no estaban recogidas de

forma explícita en la norma y tuvieron que ser normas específicas quienes fueran regulando su acceso. Así, la atención sanitaria para las personas consideradas “no ciudadanas”, se limitaba a la asistencia de los casos de urgencia por enfermedad grave o accidente, hasta el alta médica, de embarazo, parto y postparto, y a menores. De ahí que, para garantizar el seguimiento de los tratamientos de urgencia y proporcionar atención primaria y especializada, se recurría a servicios informales y paralelos de atención, como la atención prestada en ONGs, como Médicos del Mundo.

A finales de la década de 1990, con el aumento de la población migrante, los profesionales de salud, las organizaciones de la sociedad civil, junto con los debates políticos reclamaron la necesidad de definir una ley en materia de inmigración. Así, en la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, establece los principios básicos en materia de inmigración en España, incluyendo lo relativo a los servicios de salud. En su artículo 12 recogía el derecho a la asistencia sanitaria, en igualdad de condiciones que la ciudadanía española, a toda persona con residencia habitual en el país. A través del empadronamiento (la inscripción en el registro del municipio) se establecía, independientemente de la

situación administrativa, el acceso a la asistencia sanitaria, formalizándose mediante la expedición de la tarjeta individual sanitaria (TIS). Esto hizo del SNS español uno de los sistemas de salud más inclusivos para la población migrante en Europa.

La aprobación de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, supuso el último paso para reconocer legalmente la universalización de la asistencia sanitaria pública, poniendo especial énfasis en que ninguna persona española o residente en el territorio nacional quedara sin la cobertura del SNS. Se alcanzó así el objetivo de convertir el SNS en un sistema universalista basado en el criterio de residencia.

2

La exclusión sanitaria del Real Decreto-Ley 16/2012

Pocos meses después de reconocerse la universalización de la asistencia sanitaria pública a todas las personas residentes en la Ley General de Salud Pública (octubre del 2011), se aprueba el Real Decreto-Ley (RDL) 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, suponiendo un punto de inflexión en el proceso de universalización del SNS. También conocida como “Ley de Exclusión Sanitaria”, aniquiló en la práctica el carácter universal y gratuito del derecho a la salud, al reintroducir un modelo basado en la condición de persona asegurada. De esta forma, se recuperaban las categorías de personas *aseguradas* (trabajadores, pensionistas, desempleados que reciben prestaciones y demandantes de empleo) y personas *beneficiarias* (familiares

dependientes), para definir los grupos que estaban cubiertos por el SNS. En el caso de las personas extranjeras, era imprescindible encontrarse en situación administrativa regular para poder obtener el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria.

Aunque la reforma se justificó bajo criterios económicos –garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario y evitar presuntos abusos de la población migrante sobre unos recursos limitados–, su efecto más evidente fue excluir a las personas migrantes en situación administrativa irregular. Se vinculaba así la migración irregular con el deterioro del sistema sanitario, legitimando su expulsión del Estado social. Esta exclusión tuvo un alcance masivo: cerca de un millón de tarjetas sanitarias fueron retiradas y todas las personas que llegaron a España sin

autorización de residencia quedaron fuera de la cobertura sanitaria en los años siguientes.

A pesar de que el modelo de financiación del SNS siguió basándose en los impuestos, las personas migrantes sin autorización de residencia o en situación irregular quedaron excluidas de la asistencia sanitaria pública. Únicamente se habilitaba la atención a casos de urgencia por enfermedad grave o accidente (hasta el alta médica), la asistencia al embarazo, parto y postparto, la atención a menores de 18 años y, posteriormente, también se extendió a las personas demandantes de asilo. No obstante, el acceso quedó limitado y con un grado de discrecionalidad muy elevado. Al personal administrativo de los centros de salud se le asignó la tarea de aplicar estos criterios, formulados de manera vaga, lo que dio lugar a numerosas situaciones de denegación indebida de atención sanitaria, incluso en casos en los que la normativa la garantizaba. Además, en algunas comunidades autónomas la atención médica comenzó a ser facturada y, en determinados casos, cobrada, mientras que los medicamentos pasaron a estar sujetos a copago del 100%. Estas trabas generaron un clima de temor en la población migrante, que empezó a evitar el sistema sanitario salvo en situaciones extremas.

La aplicación de la reforma se encontró con una gran resistencia por parte de algunas Comunidades Autónomas (CCAA) [13, 14], dando lugar a un mosaico de respuestas autonómicas al RDL 16/2012. Dos comunidades (Andalucía y Asturias) mantuvieron el acceso completo a la asistencia sanitaria para las personas en situación irregular; ocho ampliaron la cobertura

mediante programas complementarios (Aragón, Cantabria, Canarias, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia y País Vasco); y cinco aplicaron estrictamente la norma, introduciendo solo algunas excepciones para enfermedades crónicas o de salud mental (Baleares, Castilla y León, La Rioja, Comunidad de Madrid y Murcia).

Esta diversidad de respuestas de los gobiernos autonómicos, se complejizó aún más debido a su aplicación discrecional por parte del personal de los servicios sanitarios, tanto clínico como administrativo, responsable último de gestionar el acceso a las prestaciones del sistema sanitario público. Esta discrecionalidad podía operar tanto ampliando el alcance de la cobertura más allá de lo estipulado por las regulaciones vigentes en cada CCAA, como de manera más restrictiva, negando el acceso a las prestaciones sistema sanitario público, incluso en los casos en que deberían estar garantizadas por la normativa vigente [13].

Más allá del plano institucional, la respuesta social fue amplia [15, 16, 17]: asociaciones profesionales, organizaciones de pacientes, sindicatos, colectivos de migrantes y pro-migrantes, movimientos de base y el Defensor del Pueblo, tanto a nivel estatal como autonómico, proclamaron la necesidad de mantener la atención sanitaria universal y desarrollaron iniciativas y movilizaciones contra la reforma. Sin embargo, las CCAA carecían de competencias para modificar una norma estatal de este alcance, de modo que la reversión de esta situación solo podía lograrse mediante una reforma legislativa estatal [18].

En definitiva, el RDL 16/2012 instauró un régimen de exclusión sanitaria que, pese a financiarse con impuestos que también aportaba la población excluida, le impedía el acceso normalizado al sistema. Se trató de una relación de parasitación institucionalizada que perduró seis años, dejando huellas duraderas tanto en la normativa como en la percepción social del derecho a la salud entre la ciudadanía de origen extranjero y en el propio ámbito sanitario.

3

La contra reforma del Real Decreto Ley 7/2018

La reforma legislativa de carácter estatal que pretendió revertir el RDL 16/2012 de exclusión sanitaria, fue el Real Decreto-Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al SNS. Este nuevo RDL tenía como objetivo recuperar la titularidad del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitarias a todas las personas con nacionalidad española y a las extranjeras residentes en España, así como devolver el derecho a la protección de la salud a las personas no registradas o que se encuentran en situación administrativa irregular. De esta manera, se restauraba el principio de universalidad que guió el acceso al SNS desde la aprobación de Ley de Extranjería 4/2000 y que quedó suprimido por la aplicación del RDL 16/2012 y el RD 1192/2012, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del SNS.

Sin embargo, a pesar del avance respecto al RDL 16/2012, no se ha vuelto a la situación previa a la reforma del 2012. Este RDL de 2018 dejará enormes lagunas que afectan a día de hoy a un número considerable de personas en situación vulnerable: personas reagrupadas por sus descendientes, personas sin recursos económicos con nacionalidad europea, ascendientes de residentes comunitarios, etc. En el caso de las personas migrantes en situación irregular, el RDL 7/2018 (artículo 3 ter), establece una serie de requisitos de acceso al sistema que dificultan en gran medida el procedimiento de solicitud de la tarjeta sanitaria y que, en muchos casos, se encuentra fuera del alcance de la persona que precisa ser atendida. Así, para poder acceder al sistema las personas tienen que probar que: a) No tienen la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria

por otra vía, en virtud de lo dispuesto en el derecho de la Unión Europea, los convenios bilaterales y demás normativa aplicable; b) No pueden exportar el derecho de cobertura sanitaria desde su país de origen o procedencia; c) No existe un tercero obligado al pago.

También el RDL 7/2018 establece que serán las CCAA, en el ámbito de sus competencias, las que fijarán el procedimiento para la solicitud y expedición del documento certificativo que acredite a las personas migrantes en situación irregular, poder recibir la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos. Además, en este artículo se dedica un párrafo a las personas extranjeras sin permiso de residencia en situación denominadas en "estancia temporal", quienes deberán obtener un informe favorable de los servicios sociales competentes de las CCAA, que incluyen los servicios sociales de los municipios y de las diputaciones, pero deja fuera a las trabajadoras sociales de los servicios de salud, lo que, además de ser paradójico, resulta perjudicial. El RDL 7/2018 deja la puerta abierta a que personas sin permiso de residencia puedan ser consideradas como en estancia temporal, es decir, personas que están autorizadas para permanecer en España durante 90 días (como si fuesen turistas o estudiantes de paso). Este cambio es muy relevante a la hora de fijar en las CCAA los requisitos de acceso. Es finalmente importante señalar, que el RDL 7/2018 no menciona ninguna norma sobre la atención sanitaria en los casos de urgencia, ni a colectivos especialmente vulnerables que gozan de una especial protección por los organismos y los convenios internacionales que España ha firmado, como son las personas menores de edad y las mujeres embarazadas [19].

La interpretación de estos requisitos administrativos, y la disparidad de los procedimientos para el acceso a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos en las diferentes CCAA, ha obstaculizado el acceso universal al sistema público de salud y ha dado lugar a la aparición de importantes desigualdades territoriales. De hecho, con el objeto de garantizar la homogeneidad en la aplicación de los requisitos administrativos en todas las CCAA, se emitió la Resolución de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia de 20 de junio de 2019, con las *"Recomendaciones para el procedimiento de solicitud, registro y expedición del documento certificativo que acredita a las personas extranjeras que encontrándose en España no tengan residencia legal en territorio español, para recibir asistencia sanitaria"* (RDGCBSSNSyF de 20 de junio de 2019). En estas recomendaciones se recoge que, en el caso de no poderse acreditar mediante empadronamiento la residencia durante un período previo de 3 meses, se permite que este requisito pueda llevarse a cabo con la presentación de *"documentos oficiales de cualquier Administración del Estado, carta de viaje expedida por el consulado, inscripciones en colegios, registro de visitas a servicios sociales, etc"*. Señalar que en esta resolución no habla de *"estancia temporal"* sino de personas extranjeras sin permiso de residencia que deben acreditar un tiempo mínimo de estancia de 3 meses. Esto supone considerar *de facto* a toda persona extranjera sin permiso de residencia como en situación de *"estancia temporal"*. También en estas recomendaciones se recogen los mismos requisitos de acceso a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos para los y las menores de edad y las mujeres embarazadas, cuyo acceso no está recogido en el RDL 7/2018. Estas recomendaciones no son de obligado cumplimiento para las CCAA, ya que el RDL les asigna a ellas la potestad de establecer dichos procedimientos. De forma que, las CCAA han elaborado **diferentes procedimientos** para incluir a estos grupos en la atención sanitaria con cargo a fondos públicos, independientemente del tiempo de estancia. Sin embargo, aún en muchas de las CCAA se siguen dando casos de exclusión en estos grupos de población.



Por lo tanto, las personas migrantes en situación irregular, que no puedan acreditar mediante empadronamiento la residencia durante un período previo de 3 meses, podrán solicitar la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos. Mientras se resuelve la solicitud, la persona recibirá un documento provisional válido por un máximo de 3 meses, que es el tiempo en el que la solicitud y el cumplimiento de los requisitos son validados por la Administración Pública (Ministerio de Sanidad, Instituto Nacional de la Seguridad Social, INSS). En caso de denegación, se facturará la atención recibida y, en el caso de que sea positiva, se le adjudicará el Documento de Asistencia Sanitaria para Ciudadanos Extranjeros sin residencia legal (DAST), diferente a la del resto de la población y con una caducidad de 6 meses.

Tras varios años de evidenciarse las debilidades del RDL 7/2018 [20], recientemente el Ministerio de Sanidad ha publicado para trámite de audiencia e información pública el nuevo proyecto de Real Decreto por el que regula el reconocimiento y control del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos a las personas migrantes en situación irregular. El objetivo principal es garantizar una aplicación homogénea, dadas las diferencias territoriales detectadas, específicamente en la aplicación de los requisitos administrativos a este grupo de población. Este decreto también contempla un informe de vulnerabilidad para quienes se encuentren en España por estancias temporales, con el fin de garantizar la atención a personas especialmente vulnerables.

El caso del País Vasco

El Gobierno Vasco se opuso abiertamente a la aplicación del RDL 16/2012 y, dos meses después de su entrada en vigor, aprobó el Decreto 114/2012 de 26 de junio, sobre régimen de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Euskadi. Para las personas migrantes en situación irregular, este decreto establecía como requisito para acceder a la cobertura sanitaria acreditar la residencia efectiva en Euskadi mediante el empadronamiento de, al menos, un año. Así, a pesar de que el objetivo declarado del Decreto 114/2012 consistía en garantizar el derecho a la salud de las personas extranjeras, el requisito principal que establece es enormemente restrictivo.

La insistencia y exigencia respecto al padrón será, en los años venideros, el principal obstáculo para la ciudadanía de origen extranjero en el acceso al sistema sanitario y constituirá, al mismo tiempo, una de las principales evidencias del racismo por omisión de nuestro sistema sanitario, que consiste en desconocer las dificultades de la ciudadanía en situación irregular, negarlas o relativizarlas y, por último, ignorarlas, al establecer como requisito universal algo que no es accesible para toda la ciudadanía y que condiciona un derecho esencial.

La confusión generada por la coexistencia de dos normas tan opuestas como la estatal y la autonómica, junto con las incidencias que se fueron registrando, llevó al Departamento de Salud a emitir instrucciones y órdenes orientadas a aclarar y reforzar el Decreto vasco, con el objetivo de garantizar la atención sanitaria a toda persona que lo requiriera. Sin embargo, al mismo tiempo, comenzaron a emitirse facturas por la atención recibida,

siguiendo la práctica de aquellas CCAA que aplicaron estrictamente la reforma del RDL 16/2012. Aunque en el País Vasco dicha facturas no llegaron a cobrarse, generaron un importante efecto disuasorio para la población migrante en situación irregular, que dejó de acudir a los servicios sanitarios, con las consiguientes repercusiones en su salud.

Por otra parte, no se desarrollaron planes formativos dirigidos al personal del sistema sanitario, encargado en última instancia de gestionar el acceso a los servicios de salud, para asegurar la correcta aplicación de la normativa, tanto en lo relativo al acceso inicial como al mantenimiento de la cobertura sanitaria. Esta ausencia de formación favoreció la discrecionalidad en la aplicación de la normativa, que dio lugar a vulneraciones del derecho al acceso a la atención sanitaria en las personas migrantes. Una situación que, en buena medida, persiste en la actualidad, afectando tanto a personas en situación administrativa irregular como a solicitantes de asilo.

En el año 2017, las reivindicaciones de las ONGs [21] y las recomendaciones realizadas por el Ararteko, a favor de flexibilizar las condiciones de acceso para las personas migrantes en situación irregular, dieron lugar al Decreto 252/2017, de 21 de noviembre, en el que se modificaba el Decreto vasco de 2012 y se reducía el tiempo de empadronamiento a 3 meses como requisito para acceder al sistema sanitario. Sin embargo, este nuevo Decreto 252/2017 no llega a aplicarse al coincidir en fechas con la sentencia del Tribunal Constitucional que anula el Decreto vasco de 2012. Como respuesta a esta sentencia, el Departamento de Salud paralizó las resoluciones de las solicitudes de asistencia sanitaria, ya que, en caso contrario, tendría que denegar toda petición, dado el cambio en la normativa aplicable. Las solicitudes se “congelaron” pero la atención se mantiene en las mismas condiciones que hasta ese momento, es decir, con problemas. En enero de 2018, el Departamento de Salud emitió una instrucción, el “Programa de Protección Integral de la Salud”, que, a efectos reales, pretendía incluir a la mayoría de las personas excluidas por el RDL 16/2012, y que cuenta con los mismos requisitos (3 meses de estancia y

encontrarse empadronado en el momento de realizar la solicitud) que el Decreto 252/2017, que no llegó a entrar en vigor.

Con la entrada en vigor del Real Decreto-Ley 7/2018, recayó en las CCAA la responsabilidad de establecer el procedimiento para solicitar y expedir tarjetas sanitarias específicas para las personas migrantes en situación irregular: la Tarjeta Individual Sanitaria (TIS) para las que presentan empadronamiento y con una validez de 2 años, y el DAST, con una validez de 6 meses, para las personas sin empadronamiento con uso limitado al ámbito geográfico del País Vasco. Señalar que la emisión del DAST empezó en agosto de 2020, en el contexto de pandemia, ya que, antes de ésta, solo se podía tener cobertura con cargo a fondos públicos con una estancia de 3 meses de estancia junto con el empadronamiento.

A pesar de los sucesivos cambios normativos, en el País Vasco se siguió sin dotar de formación al personal del sistema sanitario sobre la nueva normativa, ni se difundió información clara, tanto para el personal sanitario como para las personas migrantes en situación irregular y solicitantes de asilo, sobre los requisitos para acceder y mantener el acceso al sistema sanitario, así como sobre el derecho a la atención sanitaria en los casos de urgencia, embarazo o atención a menores. Ello provocó que la aplicación de la normativa siguiera siendo discrecional por parte de los trabajadores del sistema sanitario y siguió generando vulneraciones del derecho a la atención sanitaria a menores y mujeres embarazadas, así como del derecho acceso al sistema sanitario, incluyendo la denegación de solicitudes a personas que cumplían los requisitos, a menores, a quienes padecía enfermedades graves o a quienes solicitaban la interrupción del embarazo.

En el año 2020, en el contexto de la pandemia por COVID -19, se relajaron los requisitos para acceder a las prestaciones sanitarias, permitiendo que las personas pudieran acceder a ellas sin necesidad de cumplir con el requisito del empadronamiento, ni de presentar ningún documento de identidad. En paralelo, en 2020, la Dirección de Aseguramiento y Contratación Sanitaria del Departamento de Salud, llevó a cabo la primera depuración de

la base de datos que dio como resultado la baja de cientos de tarjetas sanitarias. Este proceso se realizó sin una comprobación previa de la situación administrativa de las personas titulares, ni notificación a las mismas, vulnerando por tanto los requisitos establecidos por la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, e impidiendo la presentación alegaciones por parte de las personas afectadas. Posteriormente, se realizaron dos depuraciones más, hasta que cesaron tras las protestas repetidas por parte de las organizaciones del tercer sector. En este momento, se ha reactivado la depuración y empieza a afectar también a personas nacionales que han perdido el empadronamiento, es decir, principalmente aquellas con rentas más bajas.

Finalmente, en 2023 se aprueba en Euskadi la Instrucción 1/2023 relativa a la acreditación de la residencia efectiva, una nueva norma autonómica más garantista con el derecho universal a la salud, que flexibiliza de uno de los requisitos más problemáticos para las personas migrantes en situación irregular, como es el requerimiento del empadronamiento. Esta norma contempla un amplio abanico de documentos que permiten acceder al sistema sanitario, tales como tener hijos/as escolarizados/as, haber percibido alguna prestación económica, o estar realizando algún tipo de formación, entre otros.

En todo caso, resulta claro que persiste una confusión en la aplicación de los requisitos normativos para las personas migrantes en situación irregular, dada la coexistencia de la última normativa de 2023 en el País Vasco con la persistencia de las ideas de exclusión sanitaria sobre las que se asentó el RDL 16/2012.

En la actualidad, con la tramitación a nivel estatal de un nuevo Real Decreto para regular el reconocimiento y control del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria, y que sustituirá al anterior, se abre una puerta a la esperanza para revertir la exclusión sanitaria de una vez por todas, estableciendo un sistema de acceso sencillo y sensible a las realidades de las personas más vulnerabilizadas de nuestra sociedad.

Objetivos

Los objetivos planteados en esta investigación tratarán de responder a la pregunta planteada en este estudio: en qué medida la inequidad en el acceso al sistema sanitario vasco de las poblaciones migrantes más vulnerables, como son las que no tienen permiso de residencia o irregulares, compromete el acceso a la atención sanitaria y, por lo tanto, su derecho a la salud.

Objetivo general

- Analizar la población atendida, las barreras en la atención sanitaria y las actuaciones ante casos de vulneración del derecho a la salud en el Centro de Atención Sociosanitaria a Inmigrantes (CASSIN) en Bilbao.

Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas, condiciones de vida y estado de salud de la población que ha sido atendida en el CASSIN en el periodo 2008-2023.
- Identificar las principales barreras a la atención sanitaria percibidas por las personas atendidas en el CASSIN en el periodo 2008-2023, y su distribución por sexo y región de origen.
- Describir la evolución de las actuaciones ante vulneraciones al derecho a la atención sanitaria de las personas atendidas en el CASSIN en el periodo 2020-2022, y el perfil de personas más afectado según variables sociodemográficas y de condiciones de vida.
- Explorar las principales actuaciones ante vulneraciones al derecho a la atención sanitaria de las personas atendidas en el CASSIN en el periodo 2020-2022.



Metodología

Diseño, población a estudio y fuente de información

Se realizó un estudio descriptivo de tendencia temporal referido a la población de 18 años y más atendidas en las consultas del CASSIN, que presentan un perfil de alta vulnerabilidad tanto social como sanitaria. Es, por tanto, una población específica en términos de accesibilidad a la atención sanitaria, lo que permite la identificación de las barreras de acceso más incuestionables.

Se utilizaron los datos procedentes del cuestionario recogido en la consulta médica de Atención Primaria y en la consulta de Trabajo Social del CASSIN, orientada a detectar e intervenir en las barreras de acceso al sistema sanitario público de las personas racializadas. El cuestionario incluye información sociodemográfica y de condiciones de vida,

fundamentales por su influencia en la salud y calidad de vida, así como información de salud. Los datos presentados se corresponden con el periodo desde el 1 de enero de 2008 y hasta 15 de septiembre de 2023. La población objeto de estudio ascendió a 8.025 (5.431 hombres y 2.594 mujeres).

Además, la base de datos del CASSIN para analizar las principales barreras percibidas por parte de la población atendida, aunque únicamente 4.751 casos de los más de 8.000 atendidos desde 2008, incluía esta información. De igual forma, desde 2020 se han venido registrando las actuaciones realizadas ante vulneraciones del derecho a la salud, que el periodo de tres años (2020-2022) asciende a 1.525.

Variables

Se han utilizado variables para la descripción del perfil de las personas atendidas en el CASSIN, así como variables para identificar las barreras de acceso y vulneraciones al derecho a la salud.

- A. Entre las variables para **describir el perfil de personas atendidas en el CASSIN**, se utilizaron, en primer lugar, las siguientes sociodemográficas:
- a. Sexo, recogido de forma binaria como hombre o mujer.
 - b. Región de origen, categorizado según la agrupación de países de nacimiento en: Magreb, África subsahariana, Latinoamérica, Europa no comunitaria, y Asia y Oriente próximo.
 - c. Edad, categorizada en grupos: 18-35, 35-54, 55 y más años.

- d. Tipo de convivencia, categorizado en: solo/a, con compañeros/as, con familiares, y en pareja.
- e. Tenencia de hijos/as, categorizada en: con hijos/as, sin hijos/as.
- f. Nivel de estudios, categorizada en: sin estudios, estudios primarios, estudios secundarios, y estudios universitarios.

En segundo lugar, se utilizaron variables relativas a las condiciones de vida, fundamentales por su influencia en la salud y calidad de vida, que incluyen:

- g. Situación laboral categorizada en: desempleo, trabajo irregular precario (prostitución, aparcacoches, mendicidad, ayudas familiares/amigos, empleo sin contrato), empleo con contrato.
- h. Nivel de ingresos, categorizada en: sin ingresos, ingresos en el umbral de la

pobreza o inferiores, ingresos por encima del umbral de la pobreza.

- i. Situación habitacional, categorizada en: sin vivienda (en calle, en alojamiento temporal, en albergues u otros dispositivos de media-larga estancia), vivienda insegura (viviendo bajo amenaza de desahucio, en situaciones de ocupación, de lugar de trabajo, arrendamiento precario, o de violencia de género o con amigos o familiares), vivienda inadecuada (chabolas, alojamientos que incumplen la normativa sobre habitabilidad o en situación de hacinamiento), con vivienda.
- j. Situación administrativa, categorizada en: regularidad administrativa, irregularidad administrativa (sin permiso de residencia, con visado de estancia temporal) y solicitante de asilo o refugiado.
- k. Tenencia de documentación, categorizada en: con documentación (DNI/NIE, pasaporte), documentación en trámite, sin documentación.
- l. Tiempo de estancia en España, categorizada en: menos de 3 meses, de 3 meses a 12 meses, de 1 a 2 años, y de más de 2 años.
- m. Comprensión del castellano, categorizada en: no habla ni entiende, dificultades para hablar/escribir, sin dificultades, lengua materna o similar.

En tercer lugar, se utilizó como variable para describir el estado de salud de la población atendida, la autovaloración de la salud, categorizada en: muy buena, buena, regular, mala o muy mala.

- B. Para el **análisis de las barreras percibidas por parte de las personas atendidas en el CASSIN**, se utilizó la clasificación de barreras disponible en la base de datos, y las variables sexo y región de origen, categorizadas como se ha descrito anteriormente.
- C. Para el **análisis de las actuaciones ante vulneraciones al derecho a la salud**, se utilizó el año de realización de la actuación, el sexo y la región de origen para conocer la distribución las actuaciones según estas variables. Además, se utilizaron otras variables sociodemográficas como edad y nivel de estudios, así como de condiciones de vida (situación habitacional, situación laboral, situación administrativa, tiempo de estancia y conocimiento del castellano) para definir el perfil de las personas a las que se les ha realizado alguna actuación en el CASSIN ante vulneraciones del derecho a la salud. Las categorías utilizadas en estas variables fue la misma descrita anteriormente.

Análisis

Todas las variables incluidas en el estudio, independientemente de su escala de medición original, se introdujeron en el análisis como categóricas y se resumieron mediante distribuciones de frecuencia relativas (porcentajes), con el objetivo de describir las características sociodemográficas, las condiciones de vida, el estado de salud y las barreras percibidas en el acceso a la atención sanitaria de las personas atendidas en el CASSIN.

Los resultados se presentaron de manera estratificada por sexo (mujeres y hombres) y, cuando fue pertinente, según la región de origen. Asimismo, se elaboraron tabulaciones cruzadas para explorar la relación entre las características sociodemográficas y las

condiciones de vida con la percepción de barreras de acceso y las experiencias de vulneración del derecho a la atención sanitaria. El procesamiento y análisis de los datos se realizaron mediante el programa estadístico IBM SPSS Statistics (versión 28).

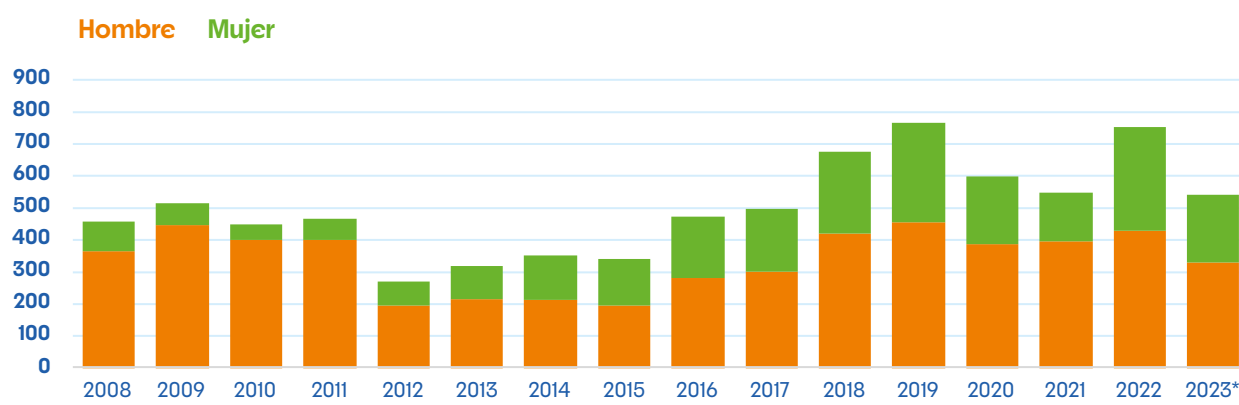
Por último, para realizar la descripción narrativa de las actuaciones ante vulneraciones al derecho a la salud se realizó un análisis de contenido de dichas actuaciones, identificando algunos de los elementos principales que configuran la exclusión sanitaria. El análisis se realizó con el apoyo del software ATLAS.ti (versión 25).

Evolución, características sociodemográficas, condiciones de vida y de salud de la población atendida en el CASSIN

El total de personas racializadas atendidas en el CASSIN entre los años 2008 y 2023 fue de 8.025 (5.431 hombres y 2.594 mujeres). Entre 2008 y 2011 cerca de 500 personas al año fueron atendidas, siendo en su gran mayoría de hombres (alrededor de un 80%). En 2012 se produjo un descenso muy acusado del número de personas atendidas, que coincide con la pérdida de población de origen extranjero como consecuencia de la recesión económica. En los siguientes años (2013-2015) el número de personas racializadas atendidas en el CASSIN fue ligeramente en aumento, especialmente por el incremento del número de mujeres, aunque éstas seguían representando una menor proporción que los hombres, los cuales seguían siendo alrededor del 60%. A partir de 2016, pero especialmente durante 2018 y 2019, se produjo un ascenso muy importante,

llegando a cerca de 800 personas atendidas, que con la irrupción en 2020 de la pandemia de la COVID-19, que limitó la movilidad y también con la relajación de los requisitos para acceder a la atención sanitaria, por tanto, se produjo una reducción de las personas atendidas en el CASSIN hasta cerca de 600 en 2020 y 550 en 2021, para de nuevo volver a darse un aumento sustancial en 2022 con de nuevo valores cercanos 800 personas, siendo ya las mujeres el 43% del total. Los datos para el año 2023 no pueden interpretarse en términos de evolución del número, ya que únicamente recogen los primeros 9 meses del año, sin embargo, en relación a la distribución por sexo, parece mantenerse la tendencia del año anterior con un 40% de mujeres entre las personas atendidas en esos meses de 2023 (figura 1).

FIGURA 1. EVOLUCIÓN DE POBLACIÓN RACIALIZADA ATENDIDA EN EL CASSIN, TOTAL Y POR SEXO, 2008-2023



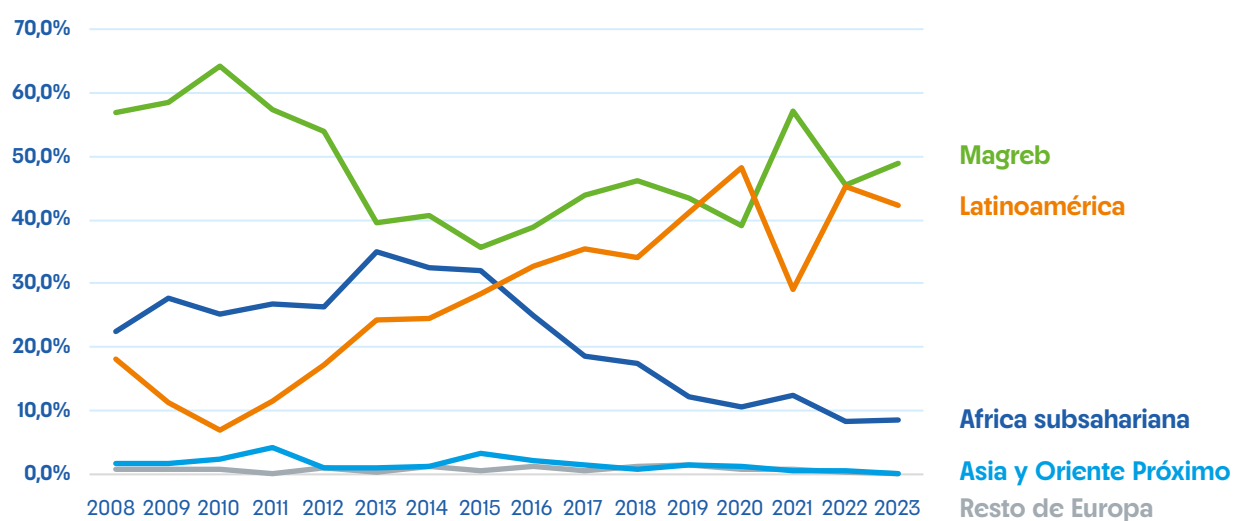
* Los datos del año 2023 únicamente recogen el número de personas atendidas entre enero y septiembre, no disponiéndose de datos para el último trimestre del año.

La evolución de las personas atendidas según la región de origen muestra también algunos cambios importantes en el perfil de atenciones realizadas desde 2008. A lo largo de este período, las personas provenientes del Magreb han representado la mayor proporción, aunque su presencia fue más destacada en los primeros años (2008-2010). A partir de 2010, se observa una disminución progresiva de esta población, debido al incremento de personas procedentes de Latinoamérica, cuyo porcentaje ha ido en aumento desde entonces. De esta manera, han tendido a equipararse en los últimos años, salvo en 2021, cuando la presencia de personas del Magreb experimentó un aumento considerable, mientras que la proporción de personas latinoamericanas se redujo.

En segundo lugar, el grupo de origen subsahariano fue el segundo más numeroso en el CASSIN durante los primeros años, representando entre el 25% y el 35% del total de personas atendidas. Sin embargo, desde 2016, la proporción de este grupo ha ido descendiendo, situándose actualmente en alrededor del 8% de la población atendida.

Por último, las personas procedentes de países europeos no comunitarios, así como de Asia y Oriente Próximo, han sido minoritarias en el CASSIN. En el caso de aquellas europeas no comunitarias, su porcentaje no ha superado el 1% a lo largo de todo el periodo, mientras que el porcentaje de personas originarias de Asia y Oriente Próximo ha sido también inferior al 1%, con la excepción de 2011 y 2015, cuando representaron entre el 3% y el 4% del total (figura 2).

FIGURA 2. EVOLUCIÓN (%) DE POBLACIÓN RACIALIZADA ATENDIDA EN EL CASSIN, SEGÚN REGIÓN DE ORIGEN, 2008-2023

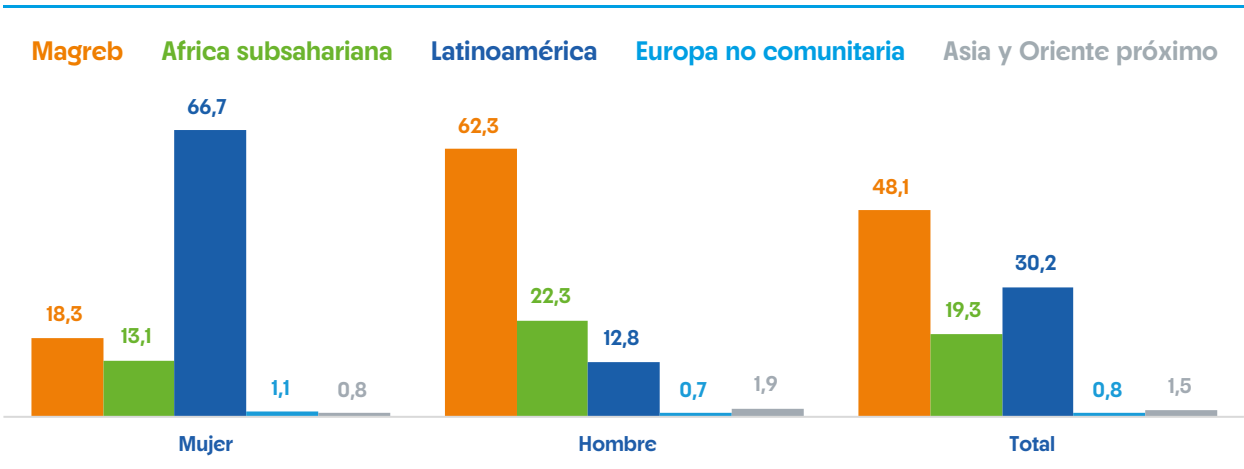


Características sociodemográficas

En primer lugar, resulta relevante la distribución de la población atendida en el CASSIN según su **región de origen**. El 48,1% procede del Magreb, seguido de un 30,2% de origen latinoamericano y un 19,3% del África subsahariana. Si observamos la distribución por sexo de la población, queda muy patente un perfil de

origen muy diferente entre mujeres y hombres. Entre las mujeres, vemos que proceden fundamentalmente de Latinoamérica (66,7%), mientras que, entre los hombres, destacan los procedentes de Magreb (62,3%), seguido a mucha distancia por aquellos del África subsahariana (22,3%) (figura 3).

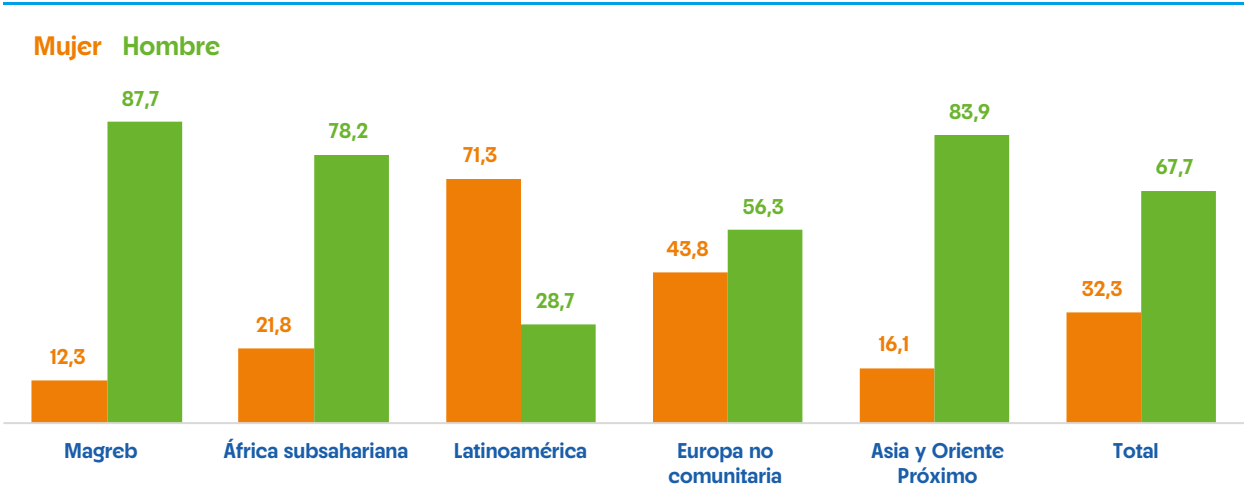
FIGURA 3. DISTRIBUCIÓN (%) DE POBLACIÓN RACIALIZADA ATENDIDA EN EL CASSIN, SEGÚN REGIÓN DE ORIGEN Y SEXO, 2008-2023



En segundo lugar, la población atendida en el CASSIN es mayoritariamente masculina, siendo más de dos de cada tres personas. Viendo la distribución del **sexo** dentro de cada región de origen, los hombres representan los porcentajes mayoritarios entre los procedentes Magreb (87,7%) y Asia y Oriente Próximo (83,9%) así como también entre los procedentes de África

subsahariana (78,2%). Sin embargo, entre las personas de Latinoamérica, la situación se invierte y las mujeres representan el 71,3%. En el caso de las personas procedentes de Europa no comunitaria la distribución por sexo es más equilibrada, pero ligeramente masculinizada (figura 4).

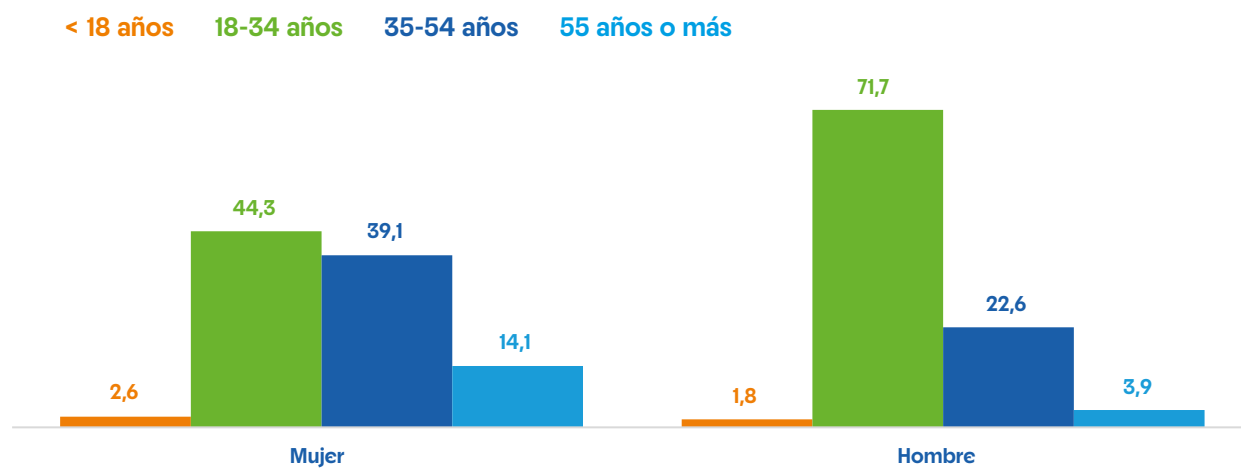
FIGURA 4. DISTRIBUCIÓN (%) DE POBLACIÓN RACIALIZADA ATENDIDA EN EL CASSIN, REGIÓN DE ORIGEN Y SEXO, 2008-2023



Respecto a la **edad**, la mayoría de la población atendida, es joven, especialmente en el caso de los hombres, donde el 71,7 % tiene entre los 18 y 34 años, y el 44,3% en las mujeres (figura 5). El segundo grupo con mayor presencia es el de

35 a 54 años, con el 39,1% de las mujeres y el 22,6% de los hombres. Mientras, solo el 2,6% de las mujeres y el 1,8% de los hombres eran menores de edad y con 55 años y más el 14,1% de las mujeres y el 3,9% de los hombres.

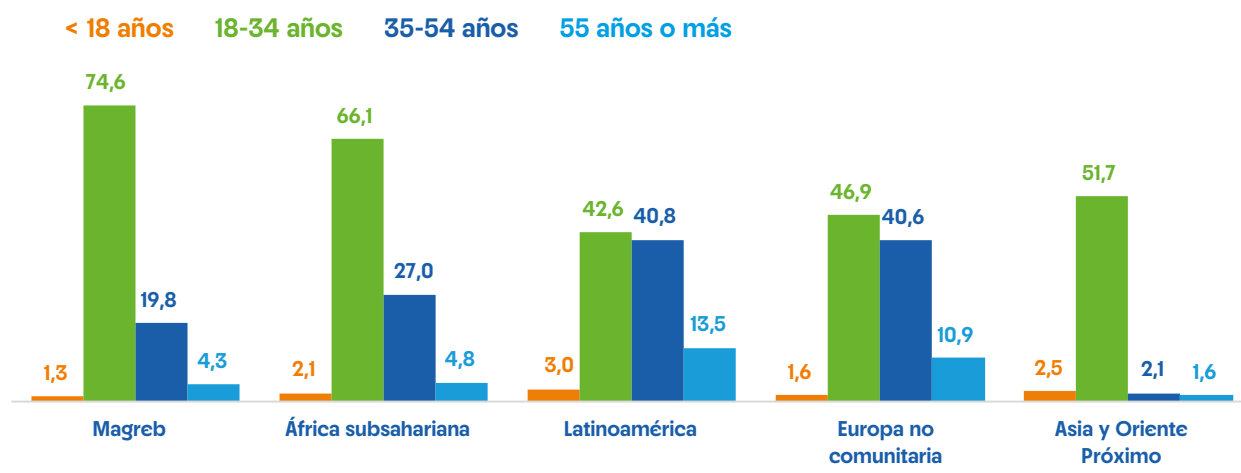
FIGURA 5. DISTRIBUCIÓN (%) DE POBLACIÓN RACIALIZADA ATENDIDA EN EL CASSIN, SEGÚN EDAD Y SEXO, 2008-2023



Dentro de la población atendida en el CASSIN, la **edad** se distribuye de manera diferente atendiendo a la región de origen. La presencia del grupo de edad 18 y 34 años es mayor entre las personas procedentes de Magreb (74,6%) y África subsahariana (66,1%), así como también entre las de Asia y Oriente Próximo (51,7%), siendo por tanto grupos muy jóvenes. En el caso de las personas procedentes Latinoamérica y Europa no comunitaria, hay una mayor

diversidad de edades, destacando que el grupo de 35 a 44 años tiene mayor representación (alrededor del 40%). También en Latinoamérica encontramos una mayor proporción de personas de 55 y más años (13,5%), así como entre las personas de Europa no comunitaria (10,9%). Los menores de edad tienen una presencia muy escasa en todas las regiones de origen (figura 6).

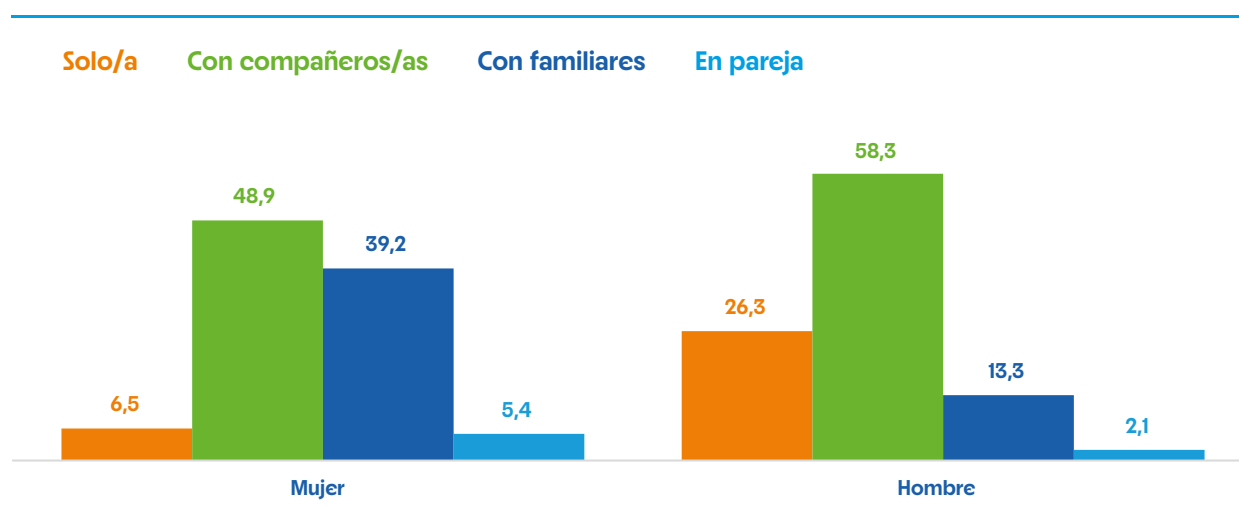
FIGURA 6. DISTRIBUCIÓN (%) DE POBLACIÓN RACIALIZADA ATENDIDA EN EL CASSIN SEGÚN REGIÓN DE ORIGEN Y EDAD, 2008-2023



La **situación convivencial** de la población atendida en la consulta del CASSIN presenta diferencias entre hombres y mujeres. En el caso de las mujeres un 48,9% viven con compañeros/as y un 39,2% con familiares, mientras que entre los hombres es casi el 60% los que lo hacen con compañeros/as y

solo el 13,3% lo hace con familiares. Por otra parte, viven solos el 26,3% de los hombres y el 6,5% de las mujeres. El porcentaje de mujeres que viven en pareja duplica al de los hombres (5,4% frente a 2,1%), aunque es la situación convivencial menos frecuente en todos los casos (figura 7).

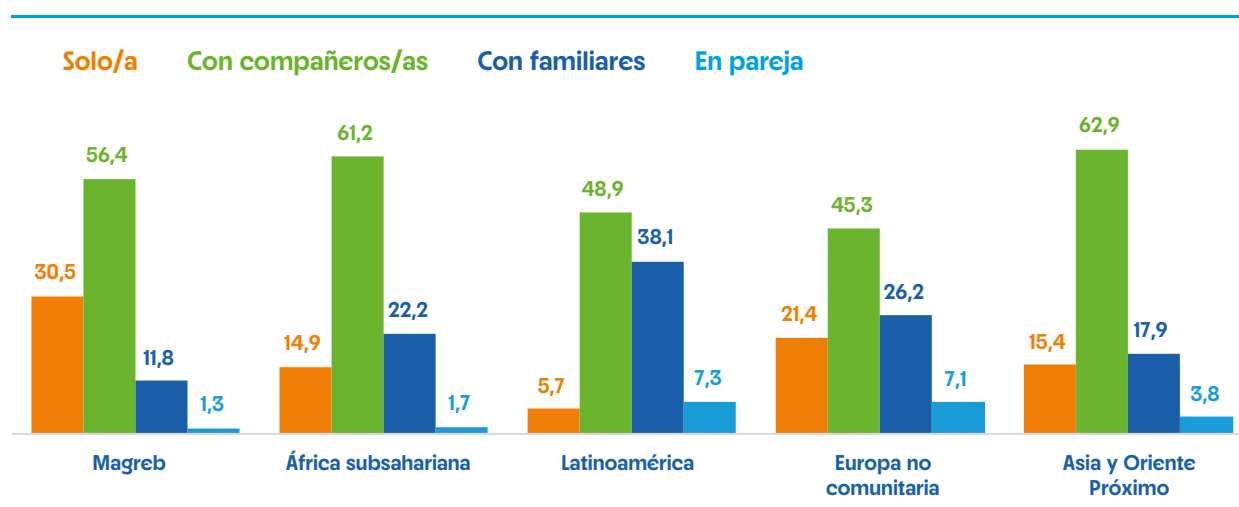
FIGURA 7. DISTRIBUCIÓN (%) DE POBLACIÓN RACIALIZADA ATENDIDA EN EL CASSIN, SEGÚN EL TIPO DE CONVIVENCIA, 2008-2023



Atendiendo a la región de origen, convivir con compañeros/as es la situación convivencia más habitual en todos los grupos, más predominante entre las personas de Asia y Oriente Próximo, así como del África subsahariana y del

Magreb. Entre este último grupo, casi 1 de cada 3 personas indica que vive solo/a. Entre las personas latinoamericanas es también frecuente residir con familiares (un 38,1%) (figura 8).

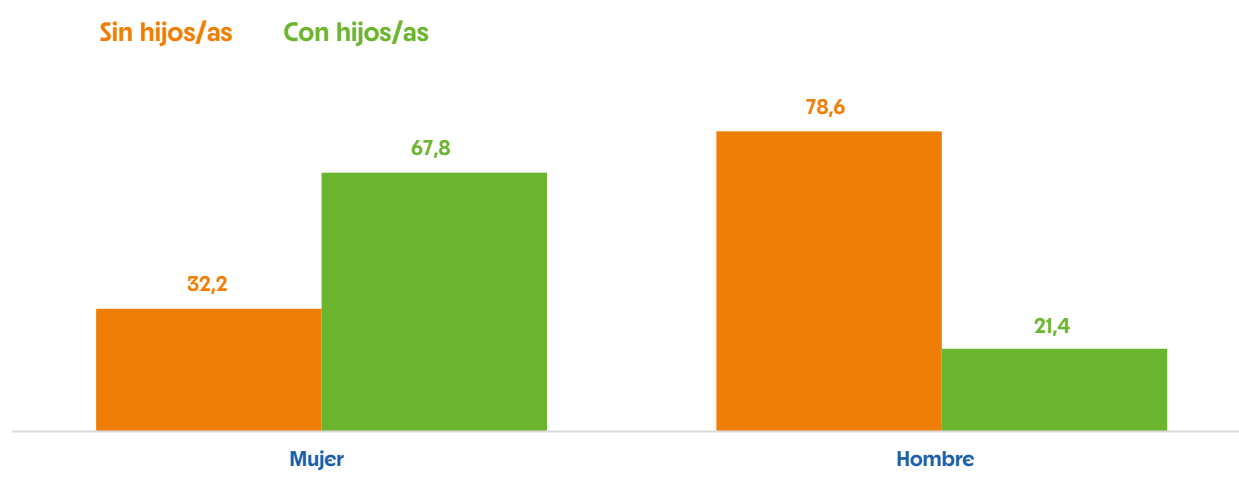
FIGURA 8. DISTRIBUCIÓN (%) DE POBLACIÓN RACIALIZADA ATENDIDA EN EL CASSIN, SEGÚN REGIÓN DE ORIGEN Y TIPO DE CONVIVENCIA, 2008-2023



En el caso de la **tenencia de hijos/as**, se aprecian importantes diferencias entre hombres y mujeres. Así, en el caso de las mujeres casi

dos tercios (67,8%) tienen hijos/as, mientras que entre los hombres el porcentaje es del 21,4% (figura 9).

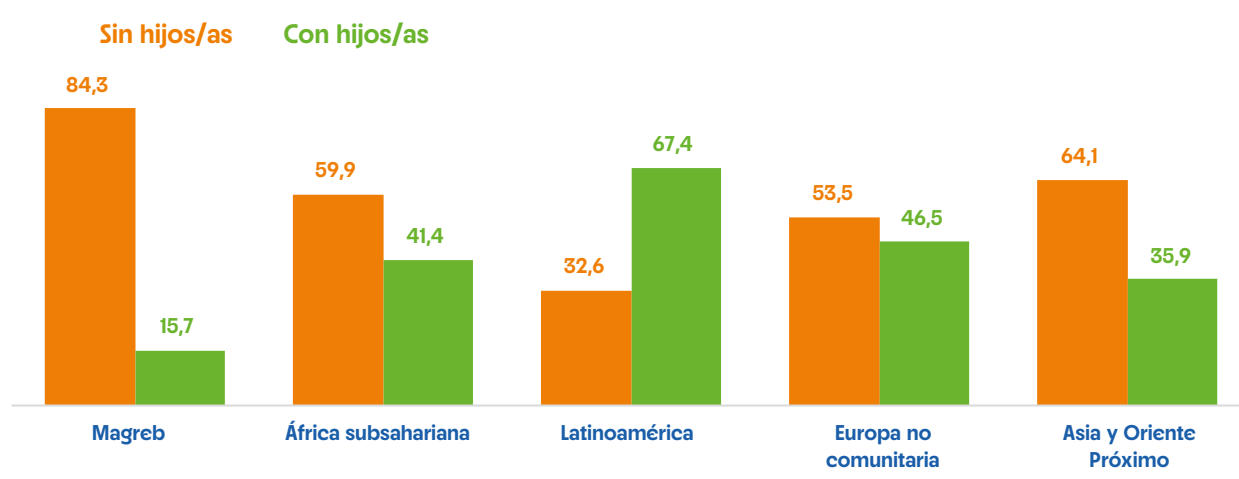
FIGURA 9. DISTRIBUCIÓN (%) DE POBLACIÓN RACIALIZADA ATENDIDA EN EL CASSIN, SEGÚN HIJOS/AS, 2008-2023



Según la región de origen también se aprecian importantes diferencias. Así, la mayoría de las personas procedentes de Magreb no tiene hijos/as (84,3%), situación que también es mayoritaria entre aquellas del África

subsahariana (59,9%) y de Asia y Oriente Próximo (64,1%). Mientras entre las personas procedentes de Latinoamérica el 67,4% tienen hijos/as. Entre las de Europa no comunitaria, no existen tantas diferencias (figura 10).

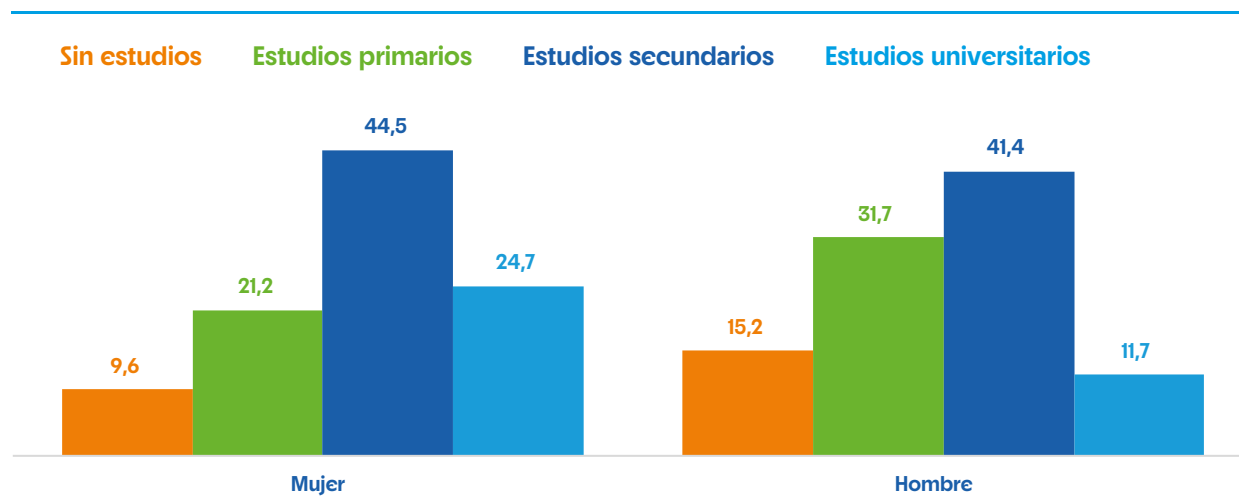
FIGURA 10. DISTRIBUCIÓN (%) DE POBLACIÓN RACIALIZADA ATENDIDA EN EL CASSIN, SEGÚN REGIÓN DE ORIGEN HIJOS/AS, 2008-2023



Según el **nivel de estudios**, más de la mitad de las personas atendidas en el CASSIN tienen estudios secundarios o superiores, especialmente en el caso de las mujeres. De hecho, casi una de cada cuatro mujeres tiene

estudios universitarios. Por otro lado, un 15,2% de los hombres y un 9,6% de las mujeres no tienen estudios, mientras que el 31,7% de ellos y el 21,2% de ellas tienen estudios primarios (figura 11).

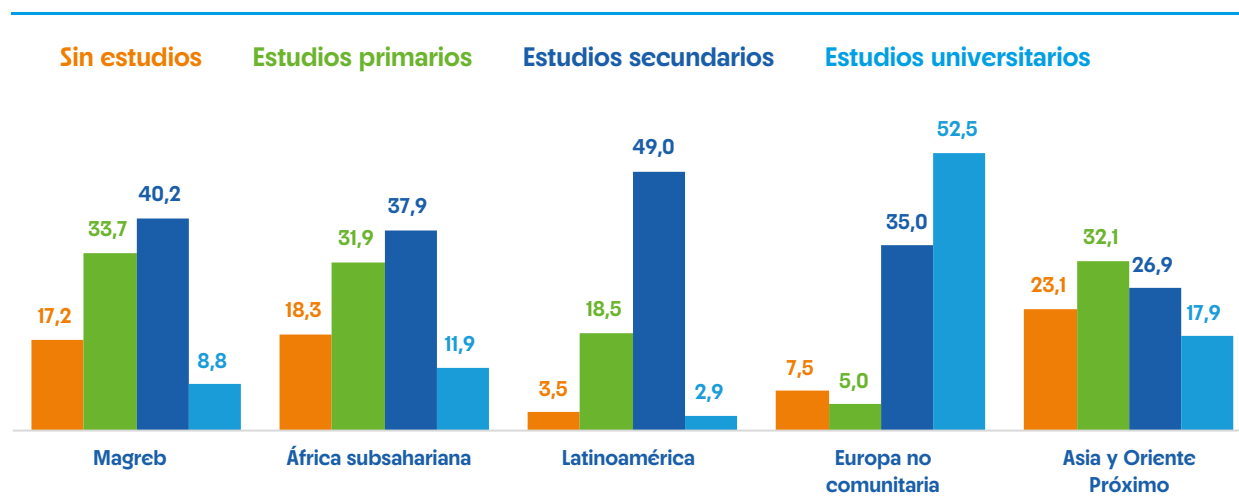
FIGURA 11. DISTRIBUCIÓN (%) DE POBLACIÓN RACIALIZADA ATENDIDA EN EL CASSIN, SEGÚN EL NIVEL DE ESTUDIOS, 2008-2023



El nivel de estudios se distribuye de manera diferente en las diversas regiones de origen. Los estudios secundarios o superiores están más presentes en las personas procedentes Europa no comunitaria, especialmente los que tienen estudios universitarios suponen el 52,5%. En el caso de las personas de Latinoamérica los estudios secundarios son los más habituales, situación que también se produce en el resto

de las procedencias, aunque con porcentajes algo menores. Por otro lado, casi una de cada cuatro personas procedentes de Asia y Oriente Próximo no tiene estudios, mientras que alrededor del 30% tienen estudios primarios entre las personas procedentes de Magreb, África subsahariana, y Asia y Oriente Próximo (figura 12).

FIGURA 12. DISTRIBUCIÓN (%) DE POBLACIÓN RACIALIZADA ATENDIDA EN EL CASSIN, SEGÚN REGIÓN DE ORIGEN Y NIVEL DE ESTUDIOS, 2008-2023

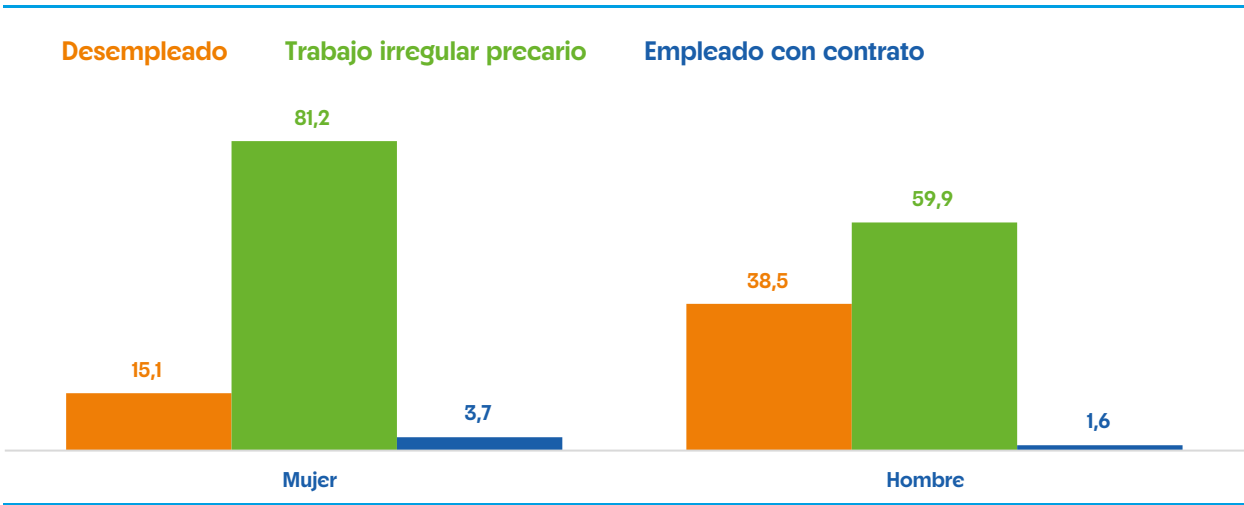


Condiciones de vida

En relación a la **situación laboral**, casi la totalidad de los hombres y mujeres atendidos en el CASSIN tiene una situación altamente precarizada en su relación con el empleo. En el caso de los hombres el 38,5% está desempleado y el 59,9% tiene un trabajo precario irregular, es decir en actividades

irregulares (mendicidad, prostitución, aparcacoches...) o en trabajos sin contrato. En el caso de las mujeres, un 15,1% se encuentra en desempleo y un 81,2% tiene un trabajo precario. Sólo el 3,7% de las mujeres y el 1,6% de los hombres atendidos en el CASSIN tenían un empleo con contrato (figura 13).

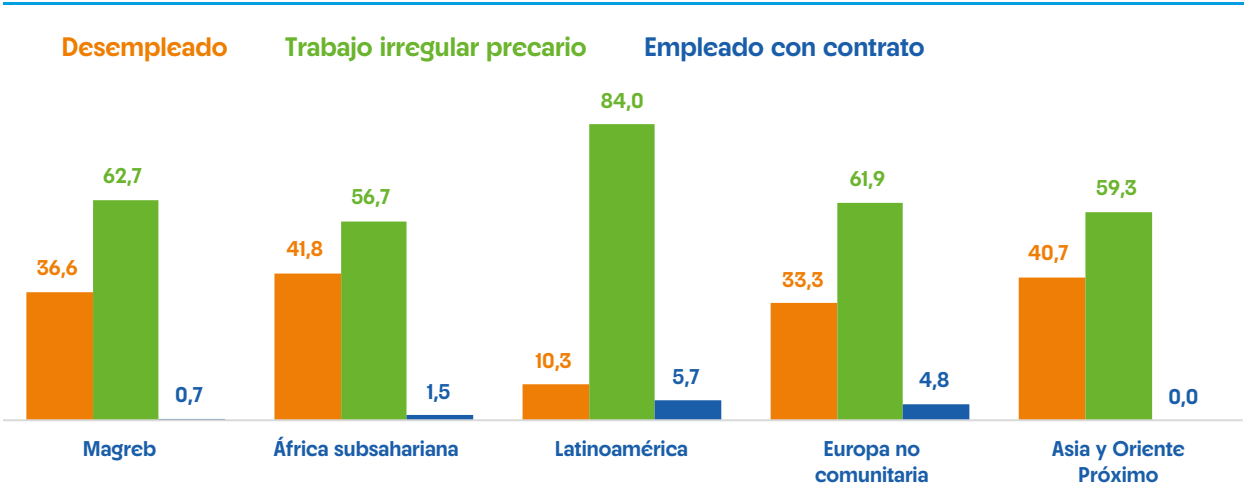
FIGURA 13. DISTRIBUCIÓN (%) DE POBLACIÓN RACIALIZADA ATENDIDA EN EL CASSIN, SEGÚN SU SITUACIÓN LABORAL, 2008-2023



La situación laboral de las personas de todas las regiones de origen muestra una situación altamente precarizada en su relación con el empleo, aunque con algunas diferencias. Las personas procedentes de Latinoamérica, presentan los mayores porcentajes de trabajo

irregular precario (84%) y también los mayores porcentajes de empleo con contrato (5,7%). En el resto de las procedencias los porcentajes de trabajo precario irregular son superiores al 50% y el desempleo supera el 30% (figura 14).

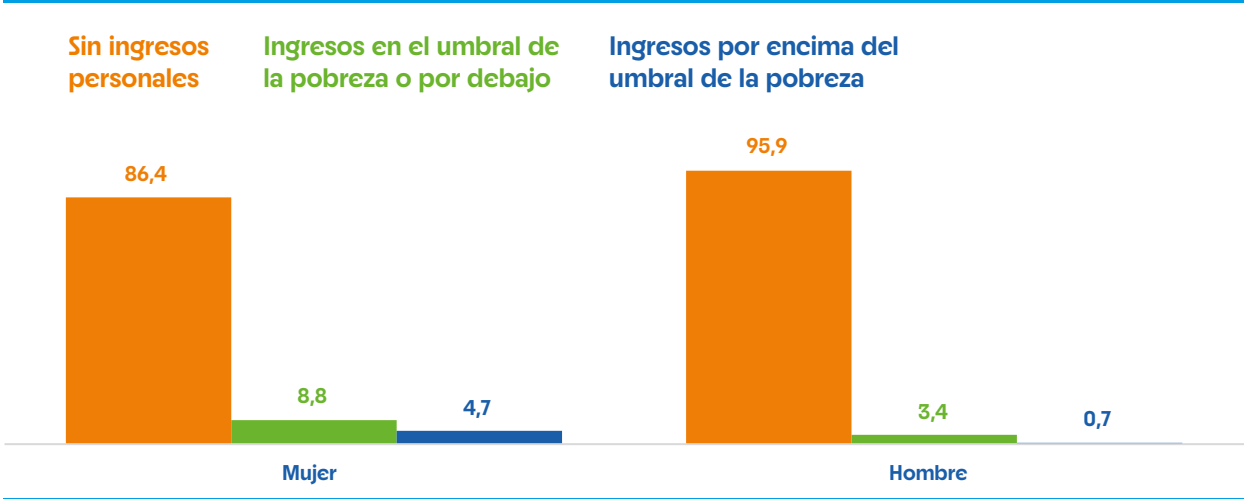
FIGURA 14. DISTRIBUCIÓN (%) DE POBLACIÓN RACIALIZADA ATENDIDA EN EL CASSIN, SEGÚN REGIÓN DE ORIGEN Y SITUACIÓN LABORAL, 2008-2023



Respecto al **nivel de ingresos**, casi la totalidad de los hombres, el 95,9%, y el 86,4% las mujeres atendidas en el CASSIN no tienen ingresos personales. De hecho, únicamente el

4,7% de las mujeres y el 0,7% de los hombres tienen ingresos por encima del umbral de la pobreza (figura 15).

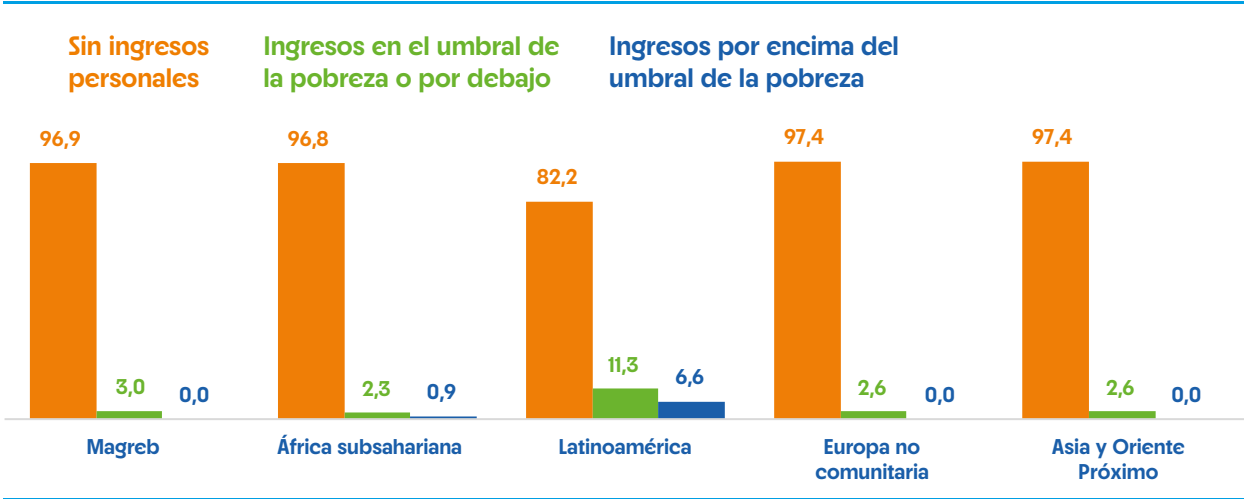
FIGURA 15. DISTRIBUCIÓN (%) DE POBLACIÓN RACIALIZADA ATENDIDA EN EL CASSIN, SEGÚN EL NIVEL DE INGRESOS, 2008-2023



De igual forma, apenas hay diferencias en el nivel de ingresos si tenemos en cuenta la región de origen. No tienen ingresos más del 95% de

las personas de todas las regiones de origen, excepto las procedentes de Latinoamérica que es del 82,2% (figura 16).

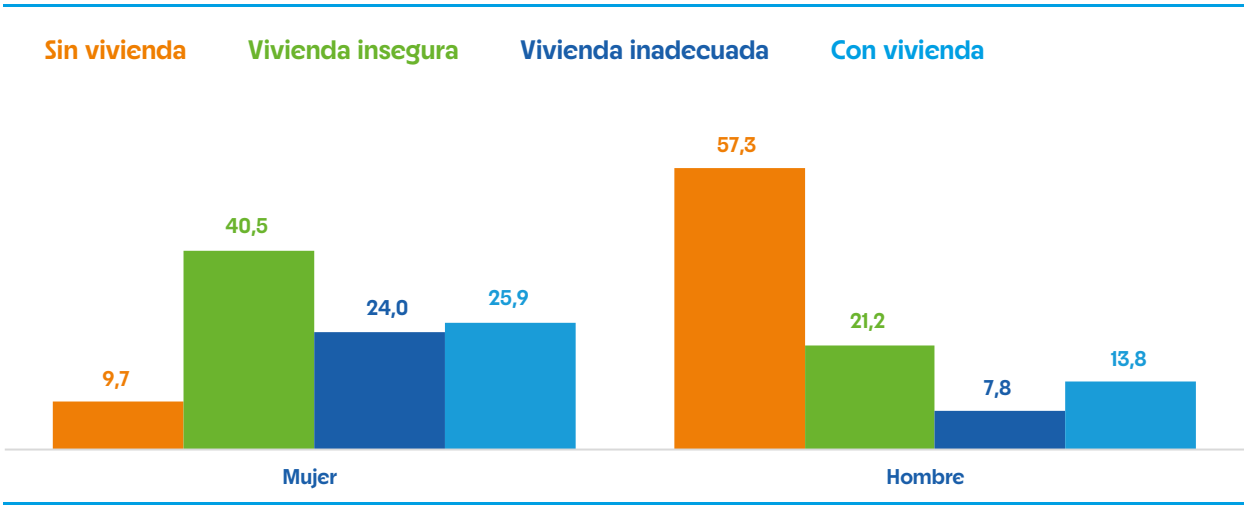
FIGURA 16. DISTRIBUCIÓN (%) DE POBLACIÓN RACIALIZADA ATENDIDA EN EL CASSIN, SEGÚN REGIÓN DE ORIGEN Y NIVEL DE INGRESOS POR, 2008-2023



Con respecto a su **situación habitacional**, más del 80% de los hombres y casi el 75% de las mujeres atendidas en el CASSIN presentan condiciones de vulnerabilidad residencial. Sin embargo, hay importantes diferencias por sexo. Sin vivienda, es decir en situación de calle, en

alojamientos temporales o albergues está el 57,3% de los hombres, mientras es el 9,7% de las mujeres. Así, las mujeres se encuentran en mayor medida residiendo en viviendas inseguras (40,5%) o inadecuadas (24%) (figura 17).

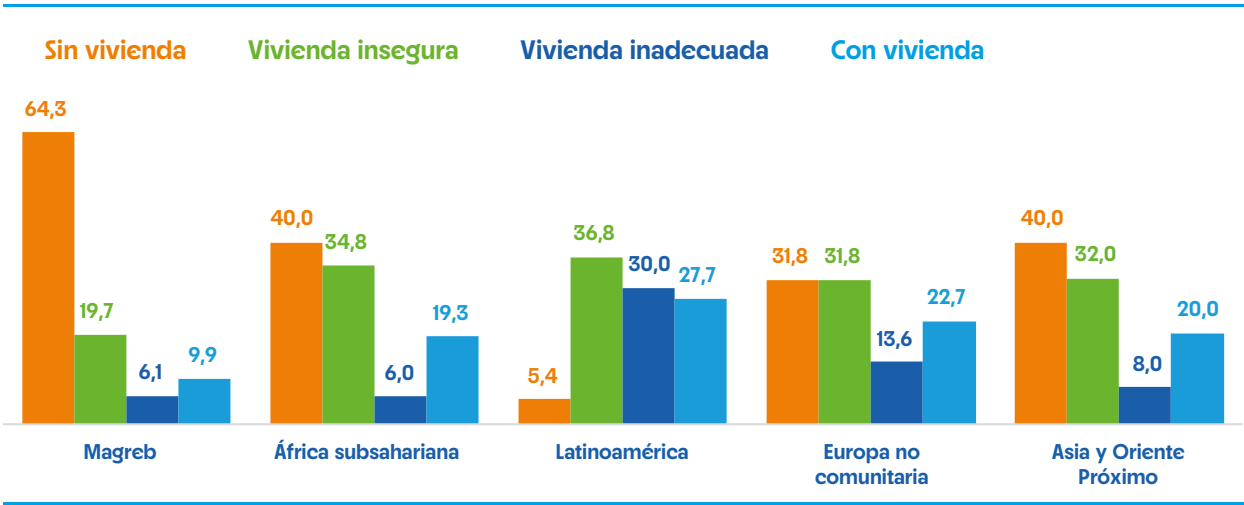
FIGURA 17. DISTRIBUCIÓN (%) DE POBLACIÓN RACIALIZADA ATENDIDA EN EL CASSIN, SEGÚN LA SITUACIÓN HABITACIONAL, 2008-2023



También las diferencias se aprecian por región de origen en la situación habitacional. Sin vivienda se encuentra el 64,3% de las personas procedentes de Magreb, mientras que, en esta situación, aunque es la más frecuente también

en el resto de las procedencias a excepción de Latinoamérica, se reduce a alrededor del 40%. Más de 1 de cada 3 personas de Latinoamérica residen en viviendas inseguras y casi otro tercio en viviendas inadecuadas (figura 18).

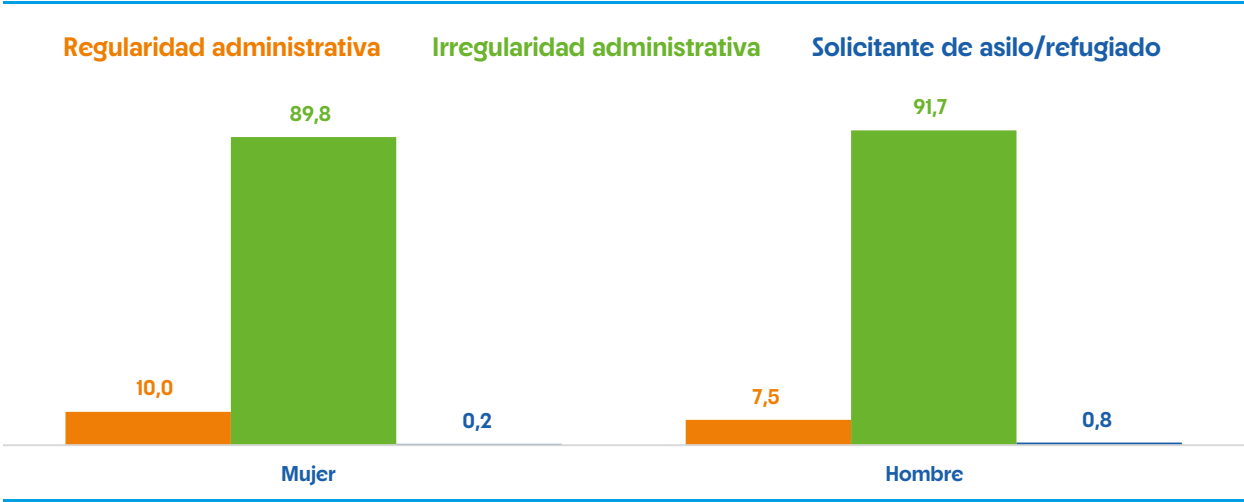
FIGURA 18. DISTRIBUCIÓN (%) DE POBLACIÓN RACIALIZADA ATENDIDA EN EL CASSIN, SEGÚN REGIÓN DE ORIGEN Y SITUACIÓN HABITACIONAL, 2008-2023



Con respecto a la **situación administrativa** la mayoría de las personas racializadas atendidas en el CASSIN se encuentran en situación de irregularidad administrativa, en mayor porcentaje los hombres (91,7%) que las mujeres (89,8%). Los solicitantes de asilo/refugiados

representan en las mujeres el 0,2% y en los hombres el 0,8%. Mientras que en situación de regularidad administrativa el porcentaje es mayor en las mujeres (10%) que en los hombres (7,5%) (figura 19).

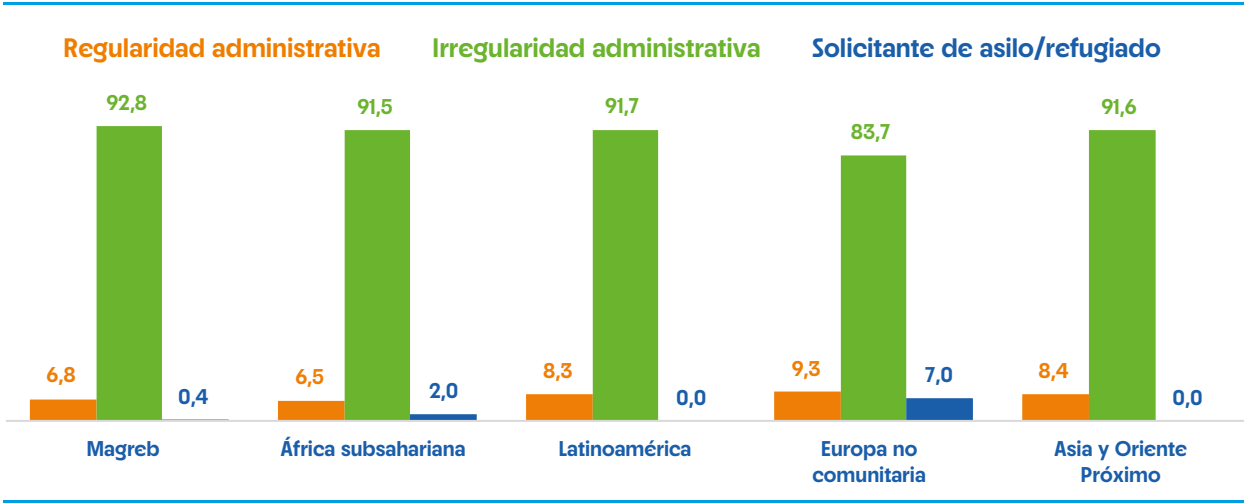
FIGURA 19. DISTRIBUCIÓN (%) DE POBLACIÓN RACIALIZADA ATENDIDA EN EL CASSIN, SEGÚN SU SITUACIÓN ADMINISTRATIVA, 2008-2023



Observando las diferencias en la situación administrativa por región de origen, se aprecia que la irregularidad administrativa es la inmensa mayoría en todos los casos, superando el 90% en todos los grupos de origen, excepto

para las personas procedentes de Europa no comunitaria, donde el porcentaje de irregularidad administrativa es del 83,7% y es algo mayor el de solicitantes de asilo/refugiado (7%) (figura 20).

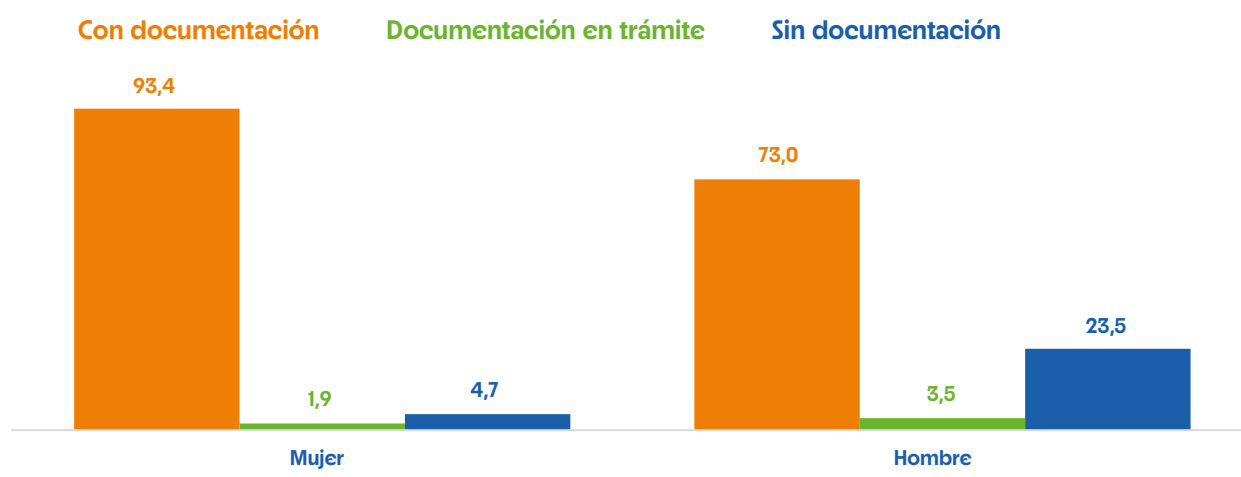
FIGURA 20. DISTRIBUCIÓN (%) DE POBLACIÓN RACIALIZADA ATENDIDA EN EL CASSIN, SEGÚN REGIÓN DE ORIGEN Y SITUACIÓN ADMINISTRATIVA, 2008-2023



Con respecto a la **tenencia de documentación**, la gran mayoría de las personas tienen algún tipo de documentación, aunque es más alto

en el caso de las mujeres (93,4%). Entre los hombres, casi 1 de cada 4 no tiene ninguna documentación (figura 21).

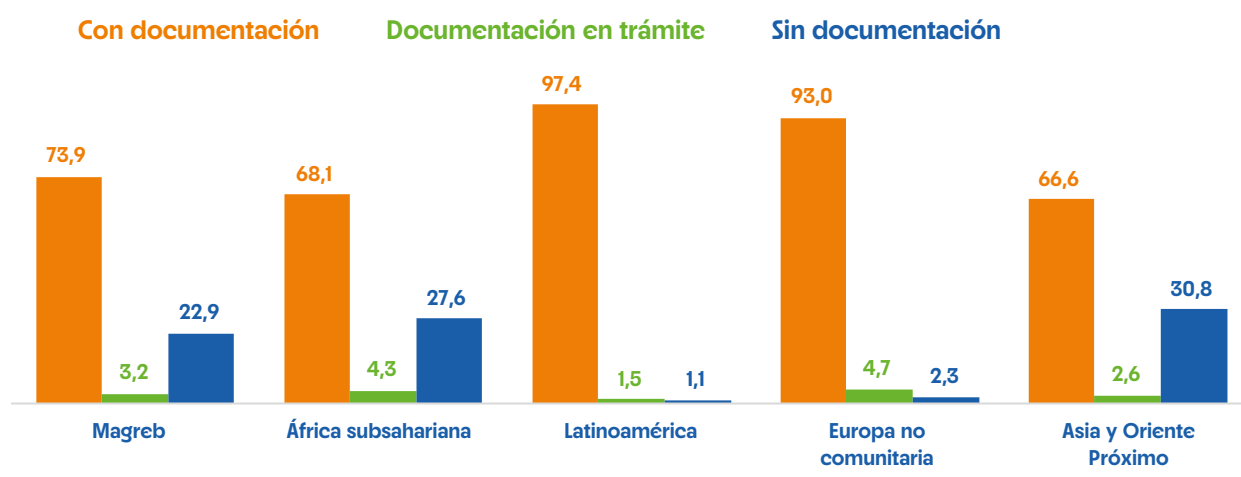
FIGURA 21. DISTRIBUCIÓN (%) DE POBLACIÓN RACIALIZADA ATENDIDA EN EL CASSIN, SEGÚN SU SITUACIÓN DOCUMENTAL, 2008-2023



Observando las diferencias en la situación documental por región de origen, no tener documentación es más frecuente entre las personas procedentes de Asia y Oriente Próximo (30,8%), del África subsahariana

(27,6%) y del Magreb (22,9%). En el caso de Latinoamérica, el 97,4% tiene documentación y en el caso de Europa no comunitaria el 93% (figura 22).

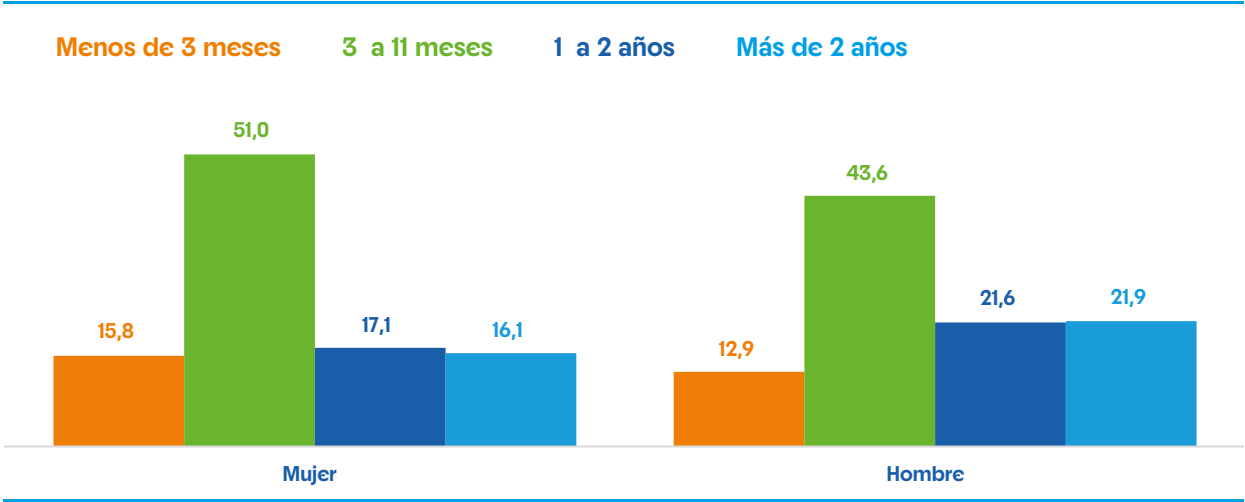
FIGURA 22. DISTRIBUCIÓN (%) DE POBLACIÓN RACIALIZADA ATENDIDA EN EL CASSIN, SEGÚN REGIÓN DE ORIGEN Y SITUACIÓN DOCUMENTAL, 2008-2023



En la figura 23, se observa que más de la mitad de la población racializada atendida tiene un **tiempo de estancia** en España menor a un año. Con tiempos menores a 3 meses están el 15,8% de las mujeres y 12,8% de los hombres. También los porcentajes de mujeres con tiempos de estancia entre 3 y 11 meses es mayor al de los

hombres (51% vs 43,6%). Sin embargo, con tiempo de estancia de 1 a 2 años están el 17,1% de las mujeres y el 21,5% de los hombres. Los porcentajes se mantienen con pequeños cambios en los tiempos de estancia mayores a 2 años.

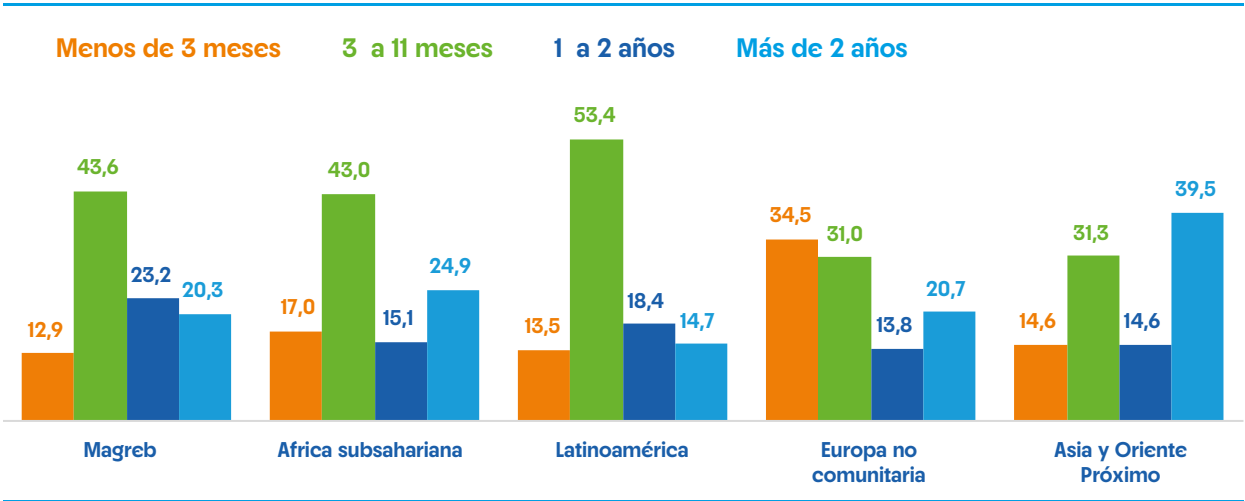
FIGURA 23. DISTRIBUCIÓN (%) DE POBLACIÓN RACIALIZADA ATENDIDA EN EL CASSIN, SEGÚN EL TIEMPO DE ESTANCIA, 2008-2023



El tiempo de estancia se distribuye de manera diferente en las diversas regiones de origen. Las personas procedentes de Europa no comunitaria, presentan los mayores porcentajes de estancia menor a 3 meses (34%), siendo en el resto de los orígenes alrededor del 15%. El tiempo de estancia de 3 y 11 meses es más frecuente entre las personas procedentes

de Latinoamérica (53,4%), Magreb 43,6%) y África subsahariana (43%). Entre las personas procedentes de Magreb es más frecuente el tiempo de estancia de 1 a 2 años. El tiempo de estancia superior a dos años es más frecuentes entre los procedentes de Asia y Oriente Medio (39,5%) y África subsahariana (25,4%) (figura 24).

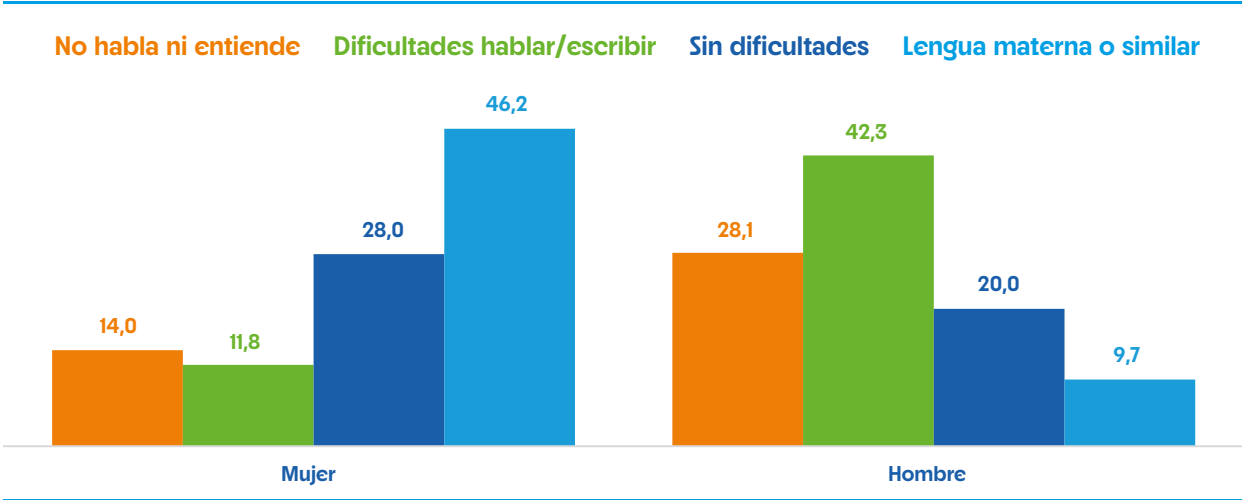
FIGURA 24. DISTRIBUCIÓN (%) DE POBLACIÓN RACIALIZADA ATENDIDA EN EL CASSIN, SEGÚN REGIÓN DE ORIGEN Y TIEMPO DE ESTANCIA, 2008-2023



Respecto al **conocimiento del castellano**, existen importantes diferencias entre hombres y mujeres, que como veíamos anteriormente seguramente se encuentren muy vinculadas a la región de origen, que es mayoritariamente Latinoamérica en ellas y del Magreb y África subsahariana en ellos. De hecho, un 46,2% de las mujeres atendidas tienen el castellano como

lengua materna o similar, frente a sólo el 9,7% de los hombres. Además, mientras que el 28,1% de los hombres no habla ni entiende castellano, este porcentaje se reduce a la mitad (14%) entre las mujeres. Aquellos que tienen dificultades para hablar y escribir son el 42,3% de los hombres y el 11,8% de las mujeres (figura 25).

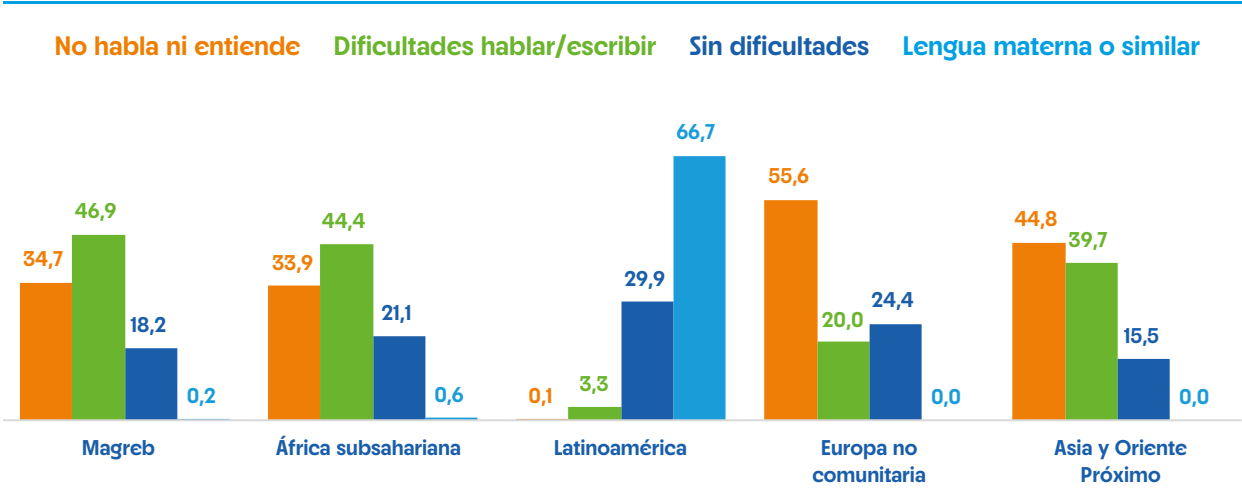
FIGURA 25. DISTRIBUCIÓN (%) DE POBLACIÓN RACIALIZADA ATENDIDA EN EL CASSIN, SEGÚN EL CONOCIMIENTO DEL CASTELLANO, 2008-2023



También existen importantes diferencias por región de origen en cuanto al conocimiento de castellano. A excepción de las personas procedentes de Latinoamericana, una alta proporción de otras procedencias no habla ni entiende castellano, más del 30% entre

las de origen africano, un 44,8% entre las de Asia y Oriente Próximo y más del 55% entre las de Europa no comunitaria. A ello se suma una importante proporción en estos orígenes, alrededor del 40%, que tiene dificultades para hablar y escribir (figura 26).

FIGURA 26. DISTRIBUCIÓN (%) DE POBLACIÓN RACIALIZADA ATENDIDA EN EL CASSIN, SEGÚN POR REGIÓN DE ORIGEN Y CONOCIMIENTO DE CASTELLANO, 2008-2023

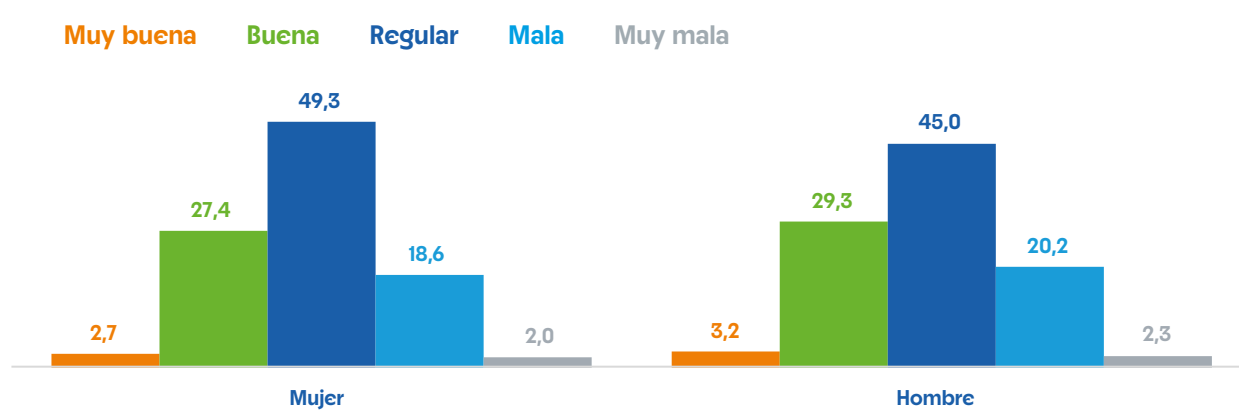


Salud percibida

Finalmente, se presenta la percepción del estado de salud de las personas racializadas atendidas en el CASSIN. Cabe destacar que quienes acuden a este centro generalmente lo hacen en busca de atención sanitaria que no han recibido en el sistema público, lo que implica que la prevalencia de problemas de salud en esta población es significativamente mayor en comparación con la población general, tanto racializada como no racializada.

Aproximadamente el 50% de los hombres y mujeres califican su salud como regular, cifra que, sumada al más del 20% de personas que la valoran como mala o muy mala, refleja una autovaloración de la salud deficiente. De hecho, es notablemente bajo el porcentaje de personas que consideran su salud como muy buena, mientras que menos del 30% la califican como buena (figura 27).

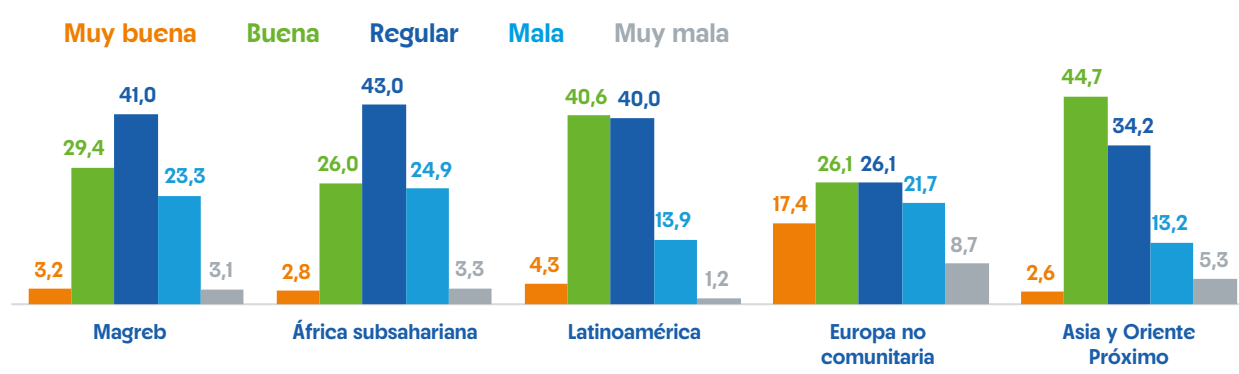
FIGURA 27. DISTRIBUCIÓN (%) DE POBLACIÓN RACIALIZADA ATENDIDA EN EL CASSIN, SEGÚN EL ESTADO DE SALUD PERCIBIDO, 2008-2023



Por grupos de origen se observan diferencias en la autovaloración de la salud. Mientras que más del 40% de las personas procedentes de Latinoamérica y de Asia y Oriente Próximo perciben su salud como buena, menos del 30% de las personas del Magreb y de África subsahariana la considera buena. En estos

dos últimos grupos, es más común valorar la salud como regular o mala. Asimismo, destaca el caso de las personas provenientes de Europa no comunitaria, en las que se observa una distribución equilibrada entre quienes consideran su salud como muy buena, buena, regular y mala (figura 28).

FIGURA 28. DISTRIBUCIÓN (%) DE POBLACIÓN RACIALIZADA ATENDIDA EN EL CASSIN, SEGÚN REGIÓN DE ORIGEN Y SALUD PERCIBIDA POR, 2008-2023

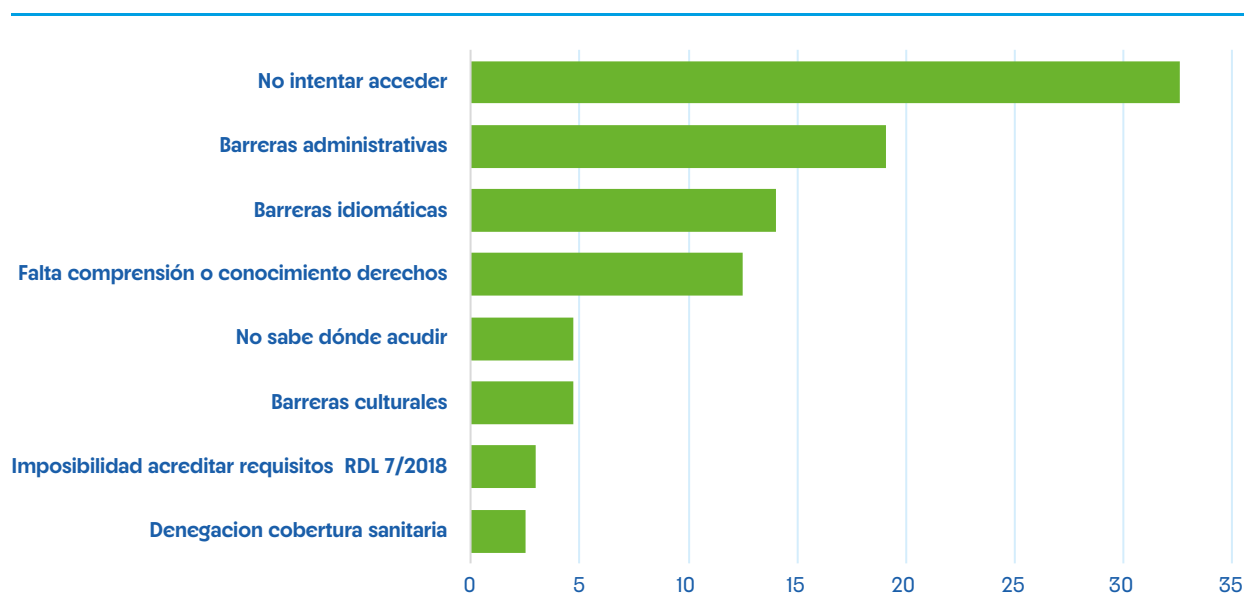


Barreras en la atención sanitaria de la población atendida en el CASSIN

Desde 2008, el CASSIN ha atendido a más de 8.000 personas. En 4.751 casos pudo registrarse la percepción de las personas atendidas en relación a las barreras de acceso al sistema sanitario público, especificando el tipo

de barrera. En muchos casos se identificaron varios tipos de barreras simultáneamente. Los porcentajes que a continuación se describen reflejan la percepción de las personas entrevistadas.

FIGURA 29. PORCENTAJE DE POBLACIÓN RACIALIZADA ATENDIDA EN EL CASSIN SEGÚN BARRERAS REGISTRADAS, 2008-2023



Casi 1 de cada 3 personas indicaba que no había intentado acceder al sistema sanitario público antes de acudir al CASSIN, lo cual supone una alta percepción sobre la falta del derecho a la asistencia sanitaria. En estos casos, más allá de una posible dificultad para el cumplimiento de los requisitos para acceder a la tarjeta sanitaria, se percibe que el sistema sanitario público “no es para mí”. Ello se vincula con que un 12,5% de las personas indicó la existencia de barreras derivadas de una falta de comprensión o de conocimiento sobre sus derechos en el acceso a la atención sanitaria, además de cerca

del 5% que indica que no sabe dónde acudir a solicitar asistencia.

Además, cerca de 1 de cada 4 personas refirieron barreras administrativas una vez que se han acercado a Osakidetza, mientras un 12,5% indicó barreras relacionadas con el idioma. Un 5% expresó la percepción de barreras culturales en la atención, y también se señalaron dificultades para acreditar los requisitos que establecía el RDL 7/2018, así como casos en los que se denegó la cobertura sanitaria a pesar del cumplimiento de dichos requisitos (figura 29).

Los porcentajes observados son considerablemente inferiores a los que cabría esperar en una población caracterizada, en su mayoría, por el corto tiempo de estancia, la irregularidad administrativa y la vulnerabilidad habitacional. Tal como ha sido señalado anteriormente, las políticas de acceso al sistema sanitario suponen en sí mismas una barrera inquebrantable no solo para aquellas personas en situación administrativa irregular, sino también para todas aquellas que por diferentes razones no pueden acreditar la residencia efectiva para tramitar la tarjeta sanitaria. Asimismo, la población atendida en el CASSIN presenta un perfil sociodemográfico y unas condiciones de vida y de acceso a los derechos sociales que se pueden identificar claramente con situaciones de alta vulnerabilidad social.

En este contexto, los resultados obtenidos no pueden interpretarse como un indicador de un acceso equitativo al sistema sanitario. Por el contrario, ponen de relieve un marcado desconocimiento de los derechos de acceso sanitario reconocidos por el actual marco legislativo. El propio estudio refleja esta paradoja, ya que, entre los 1.525 casos de vulneraciones confirmadas al acudir a la consulta de MdM, y que motivaron la apertura de un procedimiento para su resolución, un 32% afirmó no haber encontrado obstáculos administrativos y un 88% declaró no haber sufrido problemas de información o de comprensión de sus derechos. Estos hallazgos refuerzan la hipótesis de que las barreras de acceso han podido ser sistemáticamente subestimadas.

Este desajuste entre barreras objetivas y percibidas se explica por una combinación de factores estructurales e individuales. En el plano estructural, es necesario señalar la complejidad del marco normativo, su aplicación desigual entre comunidades autónomas y la calidad insuficiente de los materiales informativos, a menudo ambiguos, incompletos o incluso erróneos. Las contradicciones entre centros o profesionales reflejan, además, la ausencia de homogeneidad en la interpretación de la normativa y la carencia de formación específica del personal sanitario [19, 22].

A nivel individual, la percepción sobre las barreras de acceso está condicionada por la comprensión y expectativas respecto a qué debería ser una atención sanitaria efectiva y de calidad. En este sentido, el desconocimiento del funcionamiento del sistema sanitario [23, 24, 25] y, en particular, del papel de la tarjeta sanitaria como llave de acceso a la Atención Primaria, podría reforzar la creencia de que la urgencia hospitalaria constituye la única vía legítima y suficiente para recibir atención [26, 27]. Esta percepción podría explicar una infravaloración sistemática de las barreras reales y consolidar la idea de que determinados servicios no les corresponden [28]. Lo que no se conoce difícilmente se reclama o se cuestiona, y al transmitirse esta visión entre otras personas migrantes se amplifica la desinformación y se normalizan las restricciones.

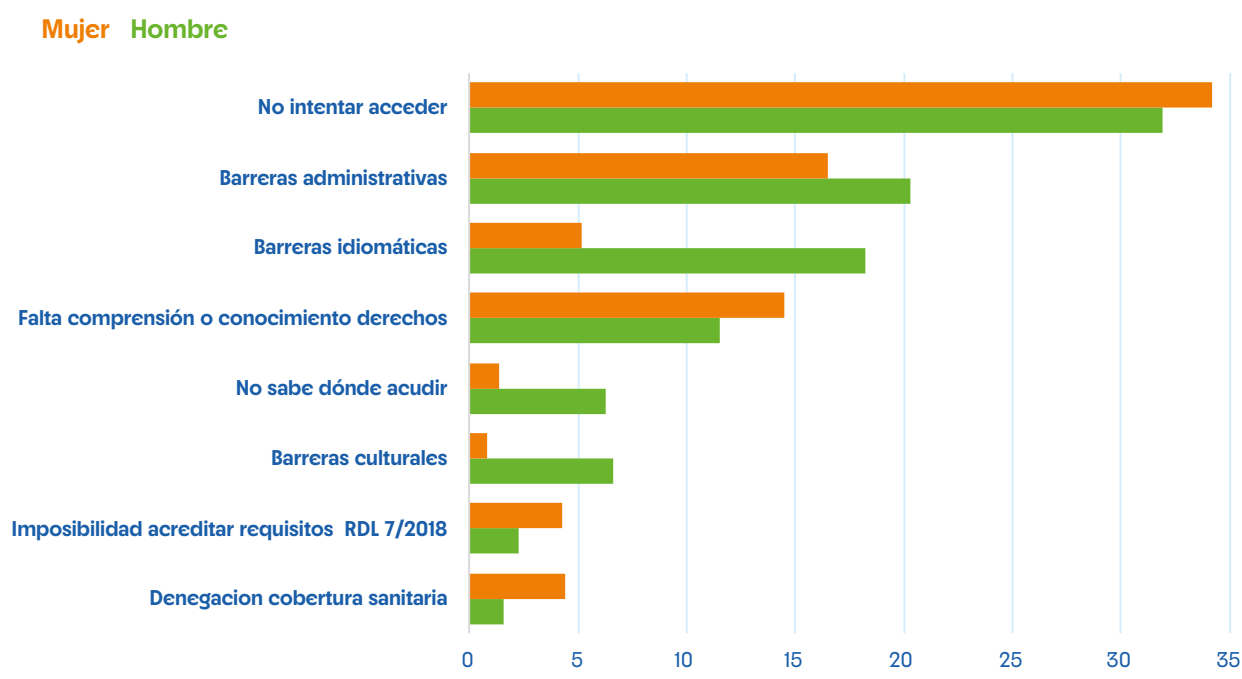
Así, la falta de información [22, 29] operaría como un mecanismo de exclusión encubierta, donde la urgencia hospitalaria aparece como único recurso accesible, mientras se limita el acceso a una atención sanitaria integral y continuada en el tiempo. Por todo ello, este informe parte de la constatación de que todas las personas atendidas en el CASSIN han enfrentado, de una u otra forma, algún tipo de barrera para acceder a la atención sanitaria en el sistema público, ya sea de manera directa en su contacto con los servicios de salud, o bien de forma indirecta por medio de una exclusión latente que inhibe e impide a las personas a acudir al sistema sanitario público de forma normalizada.



El análisis de los resultados permite delinear los patrones que explican la mayor o menor percepción de las barreras de acceso. Al analizar cómo estas barreras afectan a mujeres y hombres, se observa que algunas son reportadas en mayor medida por los hombres, como aquellas relacionadas con la falta de conocimiento sobre a dónde acudir (6,3% en hombres frente al 1,4% en mujeres), las barreras idiomáticas (18,2% en hombres frente al 5,2% en mujeres) o las culturales (6,6% en hombres frente al 0,8% en mujeres). Sin embargo, otras barreras son percibidas en mayor medida por

las mujeres, como la imposibilidad de acreditar los requisitos del RDL 7/2018 (2,3% en hombres frente al 4,3% en mujeres), la denegación de la cobertura sanitaria (1,6% en hombres frente al 4,4% en mujeres), o la falta de comprensión o conocimiento sobre los propios derechos (11,5% en hombres frente al 14,5% en mujeres). También entre ella es más frecuente que entre ellos el no haber intentado acceder a los servicios públicos antes de acudir al CASSIN (31,9% en hombres frente al 34,2% en mujeres) (figura 30).

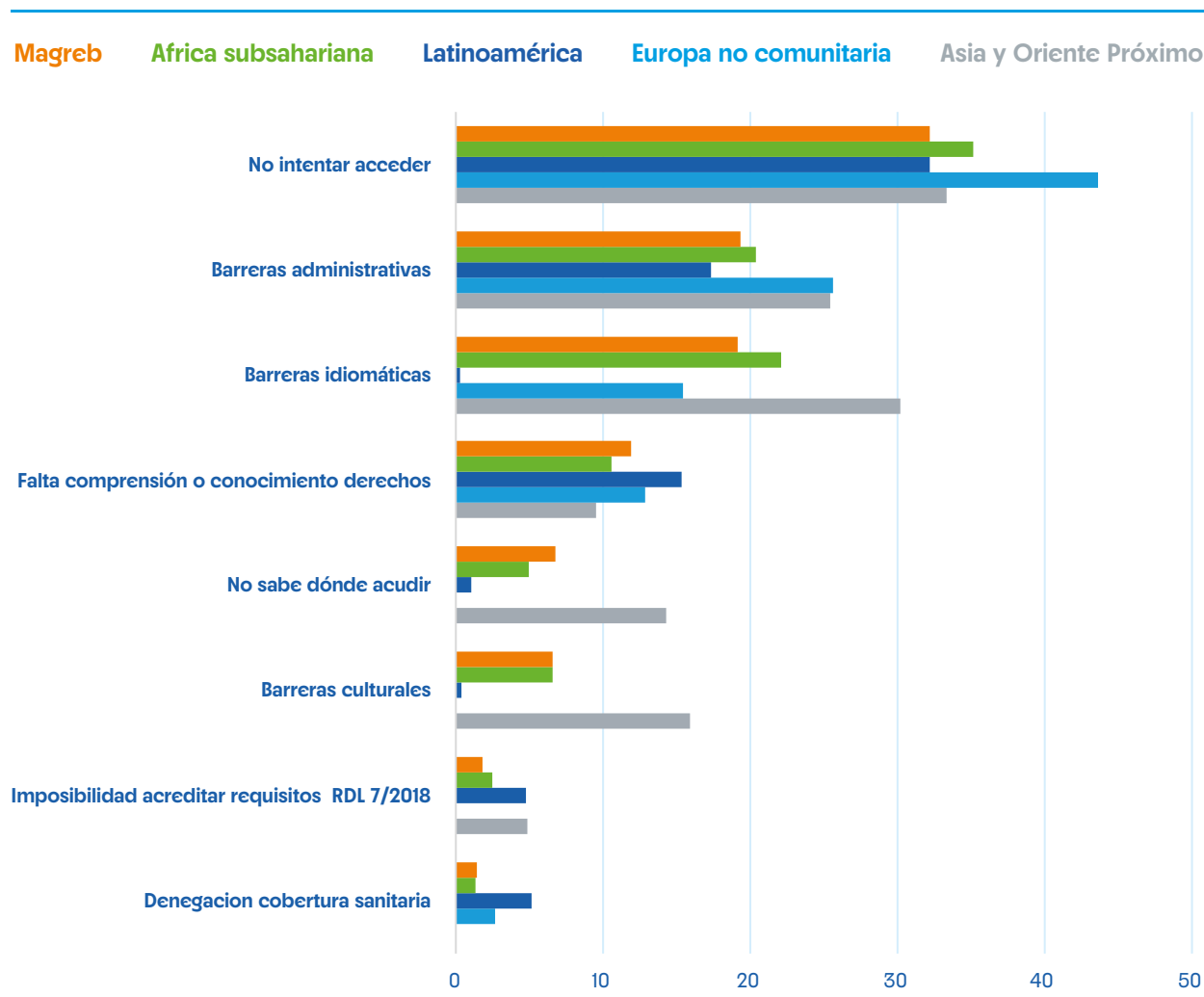
FIGURA 30. PORCENTAJE DE POBLACIÓN RACIALIZADA ATENDIDA EN EL CASSIN SEGÚN BARRERAS REGISTRADAS Y SEXO, 2008-2023



Por región de origen, se aprecia que algunas barreras afectan en mayor proporción a las personas de algunos orígenes. Así, en el caso de no haber intentado acceder a los servicios públicos, son quienes proceden de países de Europa no comunitaria quienes perciben más esta barrera (43,6%), mientras que en el resto de procedencias la proporción se sitúa alrededor del 32-35%. En el caso de las barreras administrativas, también una proporción mayor de personas de Europa no comunitaria y de Asia y Oriente Próximo perciben estas barreras, alrededor del 25%, frente al resto de orígenes con una proporción de en torno al 20%. Son también las procedentes de países de Asia y Oriente Próximo entre las que

se producen mayores barreras idiomáticas (30,2%), y también entre las que se perciben mayores obstáculos de tipo cultural (15,9%). En la imposibilidad de acreditar los requisitos del RDL 7/2018 y la denegación de la cobertura sanitaria, se observa una mayor proporción entre la población latinoamericana (4,8% y 5% respectivamente), al igual que en la falta de comprensión o conocimiento sobre los derechos, con el 15,3% (figura 31).

FIGURA 31. PORCENTAJE DE POBLACIÓN RACIALIZADA ATENDIDA EN EL CASSIN SEGÚN BARRERAS REGISTRADAS Y REGIÓN DE ORIGEN, 2008-2023



Además, existen otros factores que inciden de manera significativa en la percepción de las barreras de acceso al sistema sanitario. En relación con no haber intentado acceder a los servicios de salud, los porcentajes más elevados se observan en la franja de edad de 18 a 34 años (63,4%), en personas en situación administrativa irregular (35%) y en aquellas que enfrentan vulnerabilidad residencial (46,6% cuando la vivienda es insegura y 34% en ausencia de vivienda).

El contexto temporal también resulta esclarecedor, ya que entre los años 2012 y 2017, que coinciden con la vigencia del RDL 16/2012, que excluyó de la atención sanitaria a las personas migrantes en situación administrativa irregular, el 48,2% de los casos indicó que no había intentado acceder al sistema sanitario.

Ello contrasta con la ausencia de casos antes de 2012 (0%), es decir, que con anterioridad al RDL 16/2012 las personas que acudían al CASSIN no expresaban que no habían intentado acceder a los servicios públicos, a diferencia de lo que sucedía tras el año 2012. De hecho, en el siguiente periodo 2018-2023, ya bajo la vigencia del RDL 7/2018, que en teoría buscaba restablecer la universalidad del acceso al sistema sanitario, un 38,7% de las personas indicaron que no habían intentado acudir antes al sistema sanitario, lo cual muestra la herencia en el imaginario colectivo de la exclusión sanitaria de 2012 también tras 2018. Además, pese al cambio normativo, persisten obstáculos estructurales y administrativos que siguen limitando el ejercicio efectivo del derecho a la salud.

Actuaciones ante vulneraciones al derecho a la salud de la población atendida en el CASSIN

Desde 2020, en el CASSIN se han documentado diversas vulneraciones al derecho a la salud sufridas por las personas que acuden a la consulta médica o de trabajo social. Esto ha dado lugar al registro de las actuaciones que se han llevado a cabo por parte del CASSIN para abordar las situaciones en las que los derechos de las personas atendidas han sido vulnerados. Aunque este registro no pretende ser exhaustivo ni permite clasificar la información de forma que se identifiquen tipos específicos de vulneraciones, sí ofrece una visión general del perfil de las personas que parecen estar más expuestas a este tipo de situaciones.

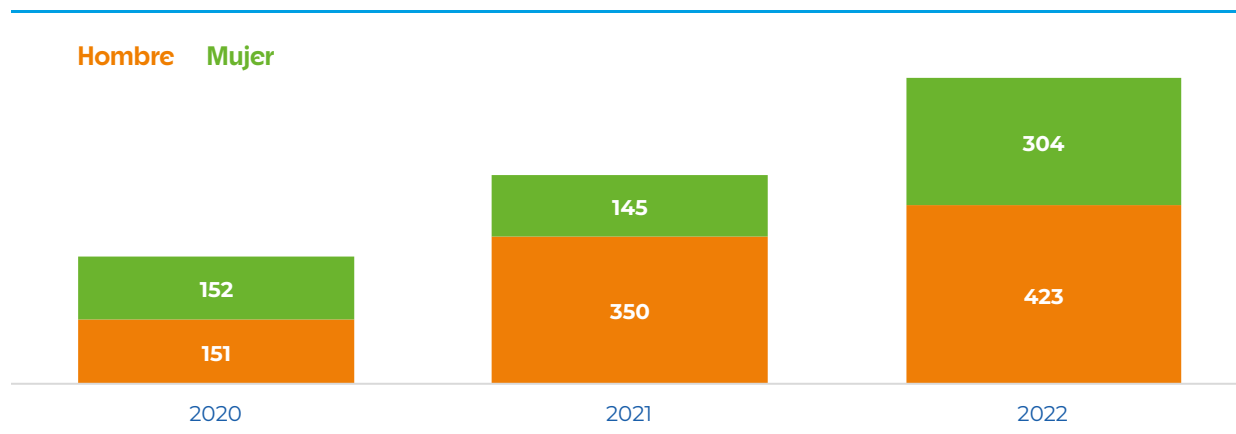
A continuación, en primer lugar, se presenta un breve análisis cuantitativo de las actuaciones registradas durante los años 2020, 2021 y 2022, así como una descripción del perfil de las personas que han sido objeto de dicha

actuación ante una vulneración de su derecho a la salud. En segundo lugar, se realiza un análisis narrativo de dichas actuaciones que nos permite acercarnos a aquellas situaciones más significativas.

Evolución y perfil sociodemográficos de las actuaciones ante vulneraciones al derecho a la salud

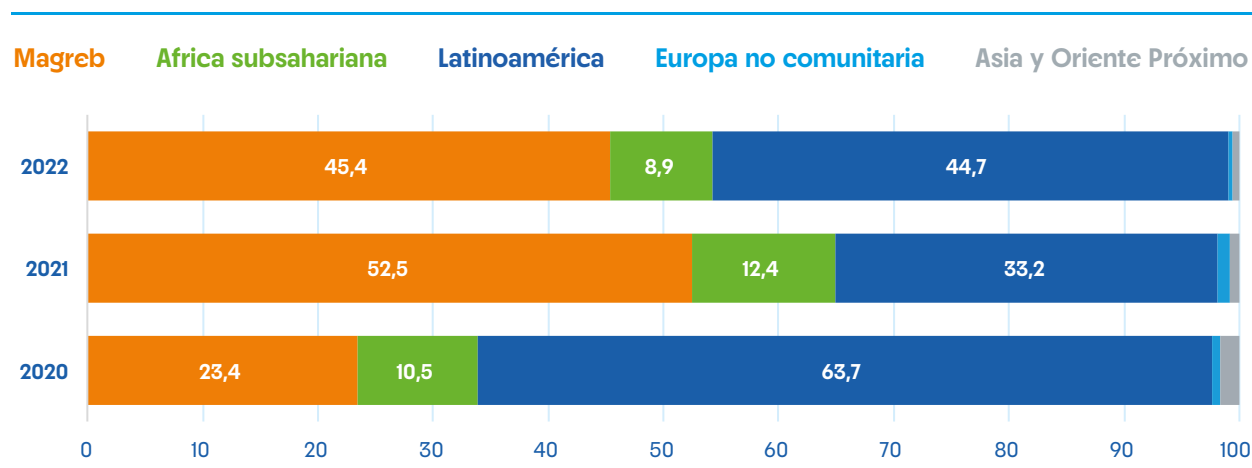
En este sentido, cabe destacar que, en los tres años para los que se han recopilado datos (2020, 2021 y 2022), el número de vulneraciones registradas ha aumentado considerablemente, pasando de 303 en 2020, a casi 500 en 2021, y superando las 700 en 2022. Por tanto, en solo tres años se han producido 1.525 actuaciones ante vulneraciones de derecho en el acceso a la atención sanitaria.

Además, de acuerdo con el perfil predominantemente masculino de la población atendida en el CASSIN, los hombres representan una mayor proporción de vulneraciones tanto en 2021 como en 2022, mientras que en 2020 la distribución entre hombres y mujeres fue prácticamente igual (figura 32).

FIGURA 32. EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE ACTUACIONES ANTE VULNERACIONES AL DERECHO A LA SALUD REGISTRADAS EN EL CASSIN TOTAL Y POR SEXO DE LA POBLACIÓN, 2020-2022

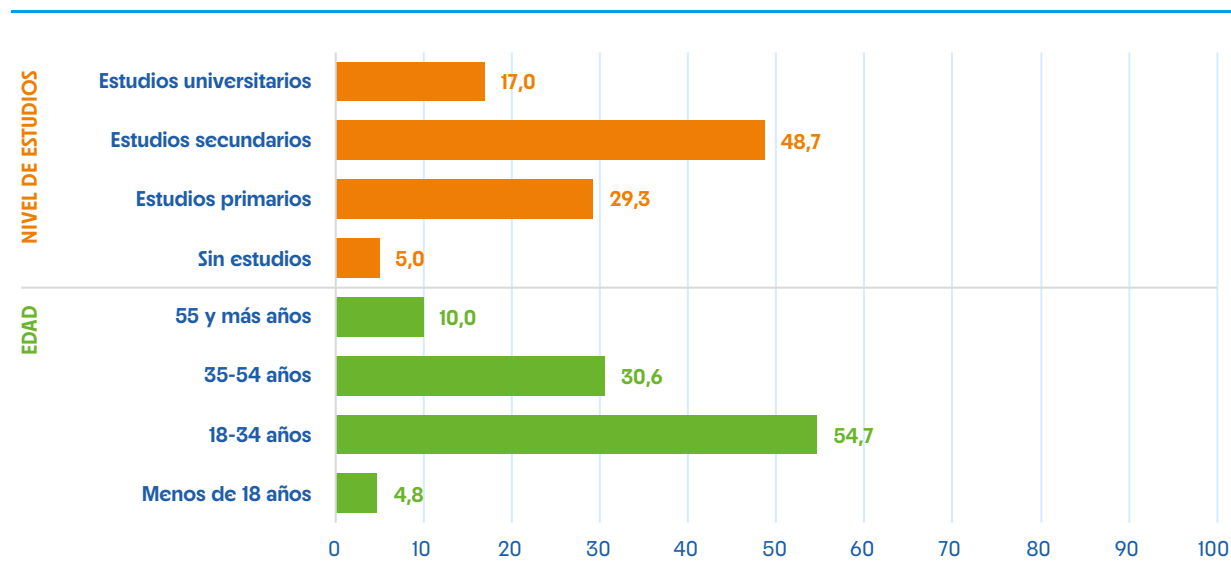
Por otro lado, respecto al origen de las personas que han visto vulnerado su derecho a la salud, se aprecia que en 2020 la mayoría de las actuaciones registradas se realizaron con personas procedentes de Latinoamérica, siendo el 63,7% del total, seguidas de un 23,4% que procedían del Magreb y un 10,5% del África Subsahariana, siendo muy pequeña la representación de otros orígenes. En 2021 y 2022 la proporción más amplia corresponde

a las personas del Magreb (52,5% y 45,4% en cada año respectivamente), aunque especialmente en 2022, aquellas procedentes de Latinoamérica se sitúan casi a la par, con el 44,7% de las actuaciones registradas. En tercer lugar, encontramos de nuevo a las personas del África subsahariana, con entre el 12,4% y el 8,9% de las actuaciones registradas sufridas en esos años (figura 33).

FIGURA 33. DISTRIBUCIÓN (%) DE LAS ACTUACIONES ANTE VULNERACIONES AL DERECHO A LA SALUD REGISTRADAS EN EL CASSIN POR AÑO Y REGIÓN DE ORIGEN DE LA POBLACIÓN, 2020-2022

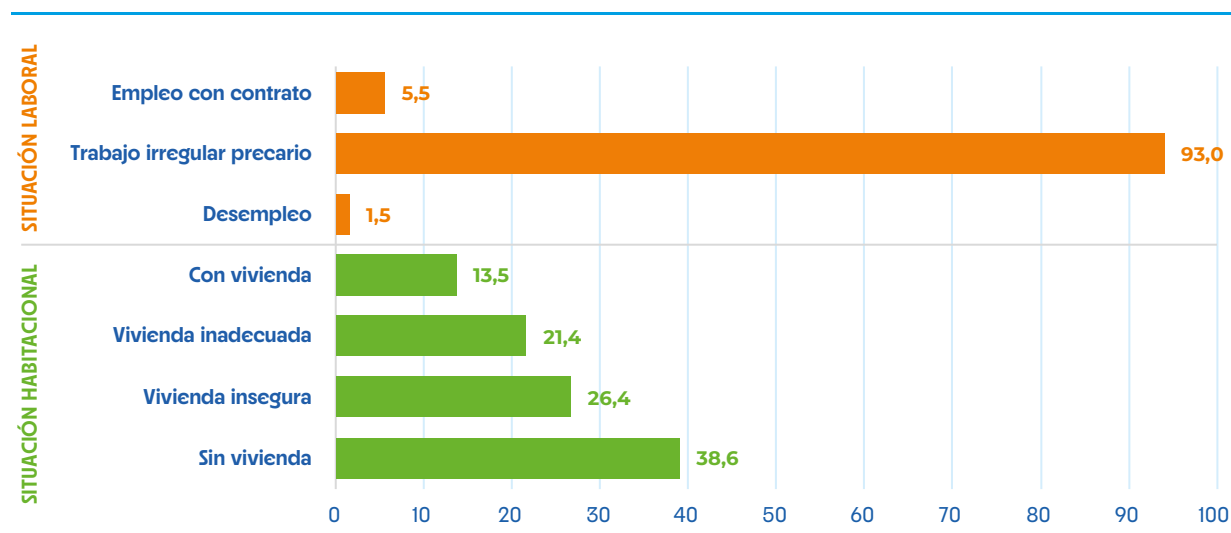
Atendiendo a otras características sociodemográficas que configura el perfil de personas que han sufrido vulneraciones del derecho a la salud, podemos observar que son las personas de edades entre 18 y 34 años las que en mayor medida han enfrentado alguna de estas situaciones, seguidas de aquellas de

35 a 54 años. En relación al nivel de estudios, son aquellas que cuentan con estudios secundarios las que representan casi el 50% del total de las actuaciones ante vulneraciones registradas en el CASSIN en estos años, seguidas de aquellas con estudios primarios (figura 34).

FIGURA 34. DISTRIBUCIÓN (%) DE LAS ACTUACIONES ANTE VULNERACIONES AL DERECHO A LA SALUD REGISTRADAS EN EL CASSIN SEGÚN EDAD Y NIVEL DE ESTUDIOS DE LA POBLACIÓN, 2020-2022

En términos de vivienda, se aprecia un gradiente claro por el cual el perfil de personas que han sufrido alguna vulneración al derecho a la salud se vincula en mayor medida con quienes se encuentran en una peor situación habitacional. Así el 38,6% de actuaciones ante vulneraciones registradas se han dado en personas sin vivienda, un 26,4% en aquellas con vivienda insegura, un 21,4% en los casos de residir en viviendas inadecuadas, y un 13,5% cuando se contaba con vivienda.

En relación a la situación laboral, las actuaciones ante vulneraciones se han dado en su inmensa mayoría, en un 93%, entre aquellas personas que se encontraban en situación de trabajo irregular precario, que incluye tanto personas que trabajan sin contrato, como trabajos irregulares como prostitución o aparcacoches, así como personas en situación de mendicidad o que tenían alguna ayuda familiar o de amistades. Aunque también un 5,5% de las actuaciones registradas se han dado a personas que se encontraban en empleos con contrato (figura 35).

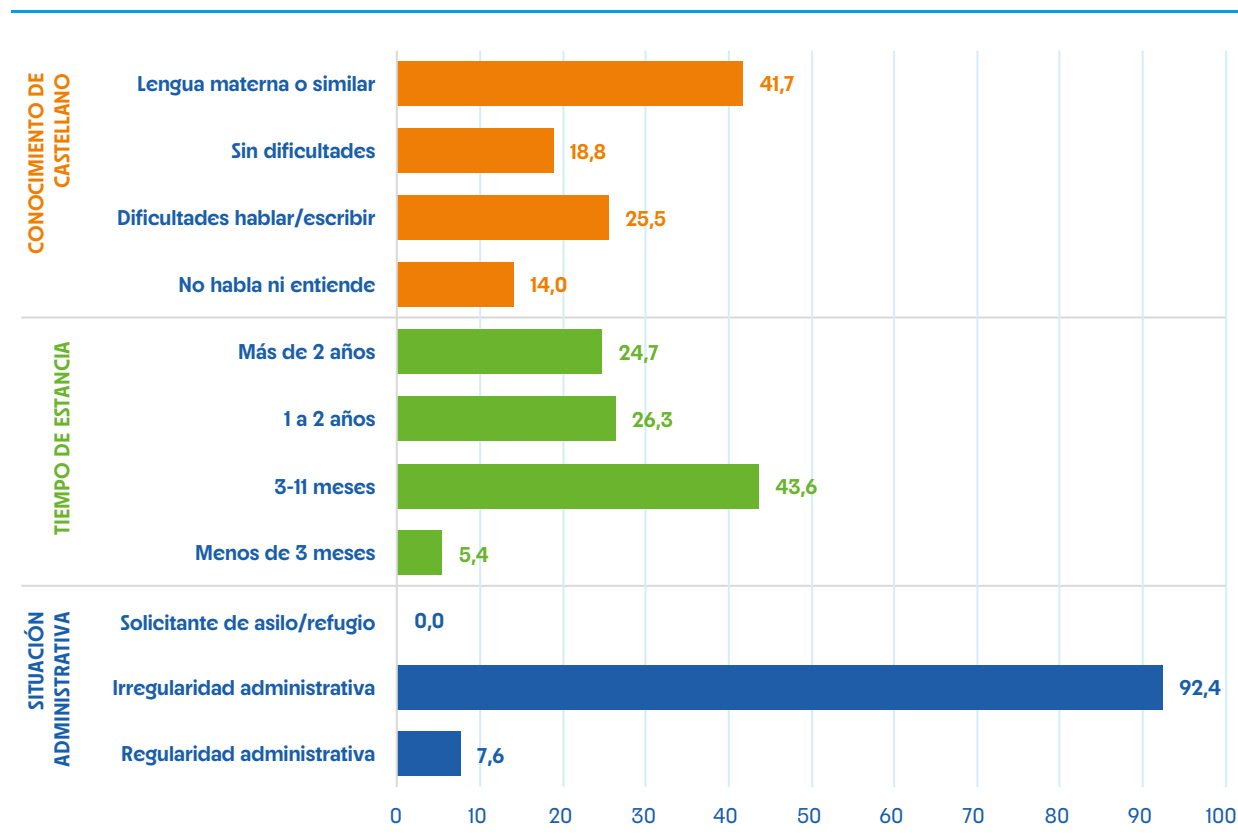
FIGURA 35. DISTRIBUCIÓN (%) DE LAS ACTUACIONES ANTE VULNERACIONES AL DERECHO A LA SALUD REGISTRADAS EN EL CASSIN SEGÚN SITUACIÓN HABITACIONAL Y SITUACIÓN LABORAL, 2020-2022

En términos de situación administrativa, la gran mayoría, el 92,4% de las actuaciones ante vulneraciones al derecho a la salud se dan entre personas en situación de irregularidad administrativa. No se han registrado casos de personas solicitantes de asilo. Por tiempo de estancia en España, el 43,6% de las actuaciones se han dado a personas con 3 a 11 meses de estancia, siendo el 26,3% las que llevan entre uno y dos años. El 24,7% de las actuaciones se han realizado entre personas

que llevaban más de 2 años y el 5,4% a las que llevan menos de 3 meses.

Por último, respecto al conocimiento del castellano, es destacable que el 41,7% de las actuaciones ante vulneraciones se han realizado con personas cuyo idioma materno es el castellano, mientras que aquellas con mayores dificultades, las que no hablan ni entienden, son el 14% de los casos de vulneraciones (figura 36).

FIGURA 36. DISTRIBUCIÓN (%) DE LAS ACTUACIONES ANTE VULNERACIONES AL DERECHO A LA SALUD REGISTRADAS EN EL CASSIN SEGÚN SITUACIÓN ADMINISTRATIVA, TIEMPO DE ESTANCIA Y CONOCIMIENTO DEL CASTELLANO DE LA POBLACIÓN, 2020-2022



Descripción narrativa de las actuaciones ante vulneraciones al derecho a la salud

Las actuaciones que se han venido realizando en el CASSIN desde 2020 ante casos de vulneración del derecho a la salud nos muestran la existencia de puntos de especial dificultad en el proceso de obtención de la atención sanitaria. En estos puntos emergen elementos críticos que complejizan y excluyen *de facto* a una población racializada en situación de especial vulnerabilidad social.

El análisis de las actuaciones realizadas en la consulta de trabajo social entre 2020 y 2022 nos permite identificar algunos de estos elementos que se producen de forma reiterada. A su vez, su identificación y descripción nos permite denunciar la ineficacia de los requisitos y procedimientos establecidos para el acceso a la atención sanitaria, así como los obstáculos a los que se enfrentan las personas racializadas en el ejercicio del derecho a la salud en el sistema sanitario público vasco.

En primer lugar, la narración de las actuaciones muestra que existen barreras administrativas y burocráticas que, cuando menos, retrasan la asistencia sanitaria de manera injustificada. Por un lado, se identifica lo que se puede denominar como “**círculo administrativo**”, en el cual, ante solicitudes de documentos innecesarios y no contemplados en la normativa, la falta de claridad en los requisitos y las negativas verbales a la tramitación de la cobertura sanitaria sin justificación escrita, se producen experiencias de desamparo y confusión ante trámites administrativo poco claros.

“Persona con doble nacionalidad, pero sin DNI, con pasaporte español en vigor, e intentando conseguir DNI, presenta problemas para partida de nacimiento. Solicita cobertura sanitaria en otra Comunidad Autónoma. Tiene número de la seguridad social, pero no le llega la TIS. Llamamos a la delegación territorial, no consta en el SNS. De momento no podemos hacer nada para que consiga cobertura sanitaria. Necesita obtener DNI y hacer trámite en el INSS. Explico acceso a través de la urgencia”

“Ya tiene concedida la asistencia sanitaria en todo el SNS. Orientamos para sacar documento desplazado. En el centro de salud le orientan de vuelta a Médicos del Mundo para que hagamos DAST. Vuelve a haber problemas, desde el centro de salud de Casco viejo nos lo derivan para que le pidamos el DAST. Llamo al centro de salud y no pueden comprobar, llamo a Departamento de Salud y ven que tiene acceso al SNS”

“Solicitante de asilo, se hace certificado para DAST. Se solicita cita en ginecología. Parece que la solicitud está bien cursada, sin embargo, en delegación territorial no se recibe la solicitud. Desde el centro de salud no se ha tramitado. Se reclama y finalmente se le da cita”

Por otro lado, a pesar del cumplimiento de los requisitos para la tramitación normalizada de la tarjeta sanitaria (DAST), en una gran diversidad de las actuaciones del CASSIN se narra la **denegación del derecho**, muy condicionado por el desconocimiento por parte del personal administrativo sobre la normativa vigente a aplicar.

"Negativa a tramitar un DAST pese a ir con certificado MdM"

"Cumple requisitos para solicitar asistencia sanitaria, pero es denegada aludiendo insuficiente tiempo de padrón"

"Acude al Centro de Salud para solicitar el DAST, le piden un año de empadronamiento"

"No atención en la urgencia por no tener TIS"

Una de las situaciones que refleja el desconocimiento de los requisitos se da entre las personas con tarjeta sanitaria de otras Comunidades Autónomas (CCAA), para las que hay que tramitar la tarjeta como **usuaria desplazada**.

"Tiene tarjeta sanitaria de [otra CCAA]. Lllaman desde el centro de salud que no saben qué hacer con una tarjeta de desplazado. Le comento que hable con Departamento de Salud y posiblemente nos volverán a llamar, me dice que tiene que traer empadronamiento, le aclaro que no es así"

"Tiene tarjeta sanitaria de [otra CCAA] válida para todo el SNS, en [pueblo] no lo han querido atender por no tener padrón siendo desplazado"

"Empadronamiento en [otra CCAA], donde tiene reconocido todo el SNS. Problemas para ser atendida en [ciudad] de problema oncológico. Consultamos con Departamento de Salud y tiene derecho en todo el SNS"

A estas idas y venidas en la tramitación del acceso a la cobertura sanitaria, se le suma la **lentitud** con la que se gestionan las solicitudes, tanto de la documentación necesaria para la acreditación de los requisitos para solicitar la tarjeta sanitaria, como de la propia tarjeta sanitaria.

"Ha solicitado que le hagan el certificado negativo a Portugal [que acredite que no puede exportar el derecho a cobertura sanitaria], pero tardará un año."

"Acude al centro de salud para solicitar una cita médica por sus problemas de salud, le indican que debe hacer la solicitud de asistencia sanitaria. Vuelve a acudir y le dicen que tiene que esperar 2-3 meses hasta que haya contestación"

"Ha solicitado en marzo y no acude al centro de salud porque le dicen que espere hasta resolución"

Además, un importante número de actuaciones remiten a casos de especial protección de la salud, como son las mujeres embarazadas o las personas menores de 18 años. En muchas ocasiones, la vulneración del derecho a la atención de las **mujeres embarazadas** es reconocida por parte del centro de salud una vez que el CASSIN se pone en contacto con ellos y les avisa sobre la vulneración. Sin embargo, en estos casos, cuando no se reconoce el derecho de forma automática una vez se solicita asistencia en el centro de salud, se produce un retraso en el seguimiento y atención al embarazo que puede tener importantes consecuencias para la mujer y el bebé.

“A los 7 meses de embarazo le denegaron la solicitud de tarjeta sanitaria por no llevar los 3 meses de estancia. Posteriormente hacemos certificado para el DAST, aunque ya ha dado a luz”

“No atención, no tramitación en el centro de salud por carencia de padrón. Embarazo de 6 meses. Informo posibilidades del DAST para diciembre de 2022. Hablo con el centro de salud y reconocen error”

“En el centro de salud rechazan atender a embarazada. Tras reclamar reconocen la obligación de atención a embarazadas, achacan el error a alguna persona sustituta”

“El 11 de noviembre van al centro de salud, dice que está embarazada, pero le piden 3 meses de padrón. El 16 de noviembre acude de nuevo al centro de salud y le dan cita para hacer la solicitud de asistencia sanitaria en diciembre. Llamo al centro de salud y tienen claro que deberían atenderla, me piden que vuelva otra vez. Acude de nuevo al centro de salud y esta vez la citan para el 25 de noviembre, pero no le dan cita con la matrona. Le indico que ponga una reclamación, llamo al centro de salud y finalmente me piden su contacto para citarla con la matrona”

En el caso de las **personas menores de edad**, ocurren situaciones similares, en las que la intervención del CASSIN resulta clave para que se reconozca el derecho de acceso al servicio de salud.

“Les dicen que tienen que estar empadronado. Sin atención médica ni vacunas desde que llegó a Bilbao con 11 meses. Última vacuna con 8 meses de edad. Hablo con el centro de salud y nos dice que se pasen a hacer la solicitud y que será atendido”

“Menor recién nacida se le explica que por ser menor tiene derecho a la atención médica, pero se le hace el DAST para no volver a dar vueltas”

“Mujer embarazada y con un menor con discapacidad del 99% a cargo llama para pedirnos una cita médica. Tiene número de seguridad social de [otra CCAA]. Hablo con Departamento de Salud. El menor, por tener más de 33% de discapacidad tiene derecho a ser asegurado por derecho propio. Tanto él como la madre aparecen inscritos en el INSS. Oriento para que saque cita en el INSS, vaya a servicios sociales de base y al centro de salud”

“No le han dejado hacer la solicitud de la tarjeta sanitaria a los menores por no tener padrón, ni la suya (con informe de MdM). La responsable de tramitar TIS dice que es imprescindible para realizar la solicitud el empadronamiento”

En el caso de **mujeres embarazadas**, resulta llamativo la **amenaza de cobro por la asistencia** realizada, es decir, la facturación de una atención que está cubierta con cargo a fondos públicos independientemente de su situación administrativa.

“Embarazada de 8 meses. No atendida a su llegada por carecer de empadronamiento. Fue informada de que sería facturada. Al estar próxima su fecha de parto vuelve a intentarlo y es citada con la matrona. Contactamos con el centro de salud y comprobamos que no conocen la posibilidad de solicitar tarjeta a las mujeres embarazadas sin padrón. Afirman que desde [hospital de referencia] se facturan los partos de éstas.”

“Embarazada, parece que le avisan de cobro por atención. Hace la solicitud de asistencia sanitaria al poco de llegar y se le deniega. En el centro de salud le informan de facturas. Hablo con centro de salud y entienden que no es así.”

“Mujer embarazada, comunitaria. Informamos sobre obligatoriedad y gratuidad de la atención.”

Esta **amenaza de facturación** de la atención sanitaria se produce de manera reiterada en diversas situaciones, incluso aludiendo a pago anticipado antes de recibir la asistencia o al pago en el momento.

“Condicionaron su atención en urgencias hospitalarias al pago previo de 200 euros”

“En el servicio de salud le indican que la asistencia se le da a todo el mundo. Lo único que tendrían que pagarla”

“Negación de atención de urgencias y exigencia de pagar en el momento”

Además de las situaciones relativas a la facturación de la asistencia, el CASSIN ha registrado diversos escenarios en los que la **barrera económica** supone un elemento central para el acceso a una atención sanitaria normalizada. Así, la incompatibilidad entre tener el DAST y el programa de acceso a medicamentos de forma gratuita de Cruz Roja supone una disyuntiva central para aquellas personas cuyas patologías tienen un tratamiento farmacológico prolongado y de alto coste.

“Se da a elegir entre hacer la solicitud del DAST o no después de informar las implicaciones con Cruz Roja. Tiene un gasto de más de 200 €/mes en medicamentos (con copago). Decide no hacer el DAST”

“Le comento la posibilidad del DAST, pero es rechazada a priori por la técnica de [otra ONG] por el momento para no perder medicación con Cruz Roja, y ella le trasladará la información para que él mismo valore si prefiere estar dentro del sistema sanitario o tener la cobertura de medicamentos”

“No hacemos certificado para el DAST porque prefiere mantener apoyo Cruz Roja”

Conclusiones

Este informe ha puesto de relieve la persistencia de las barreras que enfrenta la población racializada, especialmente las personas migrantes en situación irregular, para acceder a la atención sanitaria en el País Vasco. A través del análisis de los datos del Centro de Atención Sociosanitaria a Inmigrantes (CASSIN), se ha evidenciado cómo el sistema sanitario, en lugar de garantizar el derecho a la salud para todas las personas, excluye sistemáticamente a determinados colectivos, dificultando su acceso a los servicios de salud.

Las políticas migratorias y el marco normativo sanitario, en lugar de garantizar el acceso universal a la salud, mantienen un modelo de exclusión basado en la irregularidad administrativa, que hunde sus raíces en el racismo estructural presente en nuestras sociedades. Aunque el Real Decreto-Ley 7/2018 intentó restaurar el acceso sanitario universal que se rompió con el Real Decreto-Ley 16/2012, la aplicación inconsistente de las normativas y la discrecionalidad administrativa en su interpretación siguen siendo factores que dificultan la atención a las necesidades de salud de las personas racializadas. De esta manera, persiste una exclusión *de facto*, sustentada por mecanismos tanto tangibles como intangibles que impiden, dificultan e incluso inhiben la búsqueda de atención sanitaria de estas personas.

Este informe muestra un claro perfil sociodemográfico de las personas atendidas en el CASSIN, con un predominio de personas jóvenes, especialmente hombres provenientes del Magreb y mujeres de Latinoamérica, y que se encuentran en situación de irregularidad administrativa. En cuanto a las condiciones de vida, destaca que una gran parte de las personas atendidas en el CASSIN vive en situaciones de alta vulnerabilidad social y económica. Muchas de ellas se encuentran en situaciones laborales precarias, sin empleo formal o trabajando en el sector informal, en actividades no reguladas que no les garantizan derechos básicos. Esto se ve reflejado en un porcentaje muy alto de la población atendida que carece de ingresos y que vive por debajo del umbral de la pobreza. Esta precariedad

laboral y económica se acompaña de condiciones de vivienda inadecuadas, o incluso la falta total de un hogar, lo que agrava aún más la situación de estas personas y dificulta su acceso a la atención sanitaria, dada la relación directa entre contar con una residencia y la accesibilidad a los servicios sanitarios.

La vulnerabilidad que viven las personas atendidas en el CASSIN pone de manifiesto cómo el sistema sanitario, lejos de atender de manera más activa y consciente a quienes se encuentran en las peores condiciones sociales, las excluye y agrava sus necesidades de salud. Esto reproduce la ley de cuidados inversos de la que Tudor Hart ya alertó en la década de 1970. En la actualidad, la población racializada constituye uno de los colectivos en los que esta ley sigue vigente, manifestándose mediante mecanismos racializadores que operan tanto en el plano estructural e institucional como en el interpersonal.

El sistema sanitario no está adaptado para atender las circunstancias específicas de estos grupos; al contrario, despliega toda una serie de barreras que dificultan el acceso y la atención efectiva a estas personas. Las barreras administrativas y lingüísticas continúan siendo elementos clave que limitan la capacidad de estas personas para navegar por el sistema sanitario. A pesar de las mejoras normativas como el Real Decreto-Ley 7/2018, los datos de este informe señalan que el sistema sanitario sigue sin proporcionar una respuesta suficientemente adaptada a las necesidades de estos colectivos vulnerables.

Además, se observa una falta de información clara y accesible sobre los derechos sanitarios, así como una gran discrecionalidad administrativa y diferencias en la interpretación de las normativas por parte de los profesionales sanitarios, incluso en casos tan claramente reconocidos como la atención a las mujeres embarazadas o a personas menores de edad. Estas barreras contribuyen a que, en muchas ocasiones, estas personas no busquen atención hasta que sus problemas de salud se agravan. En este contexto, el desconocimiento sobre cómo acceder a la atención sanitaria y las dificultades administrativas actúan como barreras invisibles pero muy reales, que obstaculizan el acceso a la salud y perpetúan la exclusión de las personas migrantes en el sistema sanitario.

En conclusión, aunque existen mecanismos legales para garantizar el acceso universal a la salud, el sistema sanitario sigue sin adaptarse adecuadamente a las necesidades específicas de las personas racializadas, especialmente aquellas migrantes en situación administrativa irregular. Las condiciones de vulnerabilidad social y económica de estos grupos, junto con la falta de adaptación del sistema a sus realidades, agravan las barreras que enfrentan en el acceso a la salud. Esto resalta la necesidad urgente de desarrollar políticas sanitarias que no solo busquen la universalización del acceso, sino que también adapten los procedimientos y recursos a las circunstancias particulares de las poblaciones más vulnerables, garantizando que el derecho a la salud sea efectivamente un derecho para toda la ciudadanía.

Recomendaciones

Por último, quisiéramos mencionar algunas ideas que pueden entenderse como recomendaciones que contribuirían a mejorar la atención sanitaria a las personas racializadas, especialmente de aquellas en situación de mayor vulnerabilidad social.

1. Fortalecimiento de la difusión de información sanitaria

- Elaborar materiales informativos claros y accesibles, adaptados cultural y lingüísticamente, que permitan a la población migrante conocer sus derechos y comprender el funcionamiento del sistema de salud.
- Ofrecer formación continua al personal sanitario sobre la normativa vigente en materia de acceso, destacando la importancia de garantizar la cobertura universal.
- Diversificar los canales de comunicación más allá de los centros de salud, incorporando asociaciones de personas migrantes y otros espacios de referencia para esta comunidad.

2. Unificación de la normativa y simplificación de procedimientos

- Definir criterios homogéneos y de aplicación nacional para la tramitación de la tarjeta individual sanitaria o su equivalente.
- Garantizar que, incluso en ausencia de la tarjeta sanitaria, la atención a la salud no se vea interrumpida, asegurando que el personal disponga de instrucciones claras sobre cómo actuar en estos casos.
- Eliminar la existencia de tarjetas diferentes (como la DAST) que tiene un resultado discriminatorio ya que señala a las personas en los centros de salud.
- Eliminar el requisito del empadronamiento, dadas las múltiples exclusiones producidas en el acceso a la asistencia sanitaria.
- Fortalecer la actividad del trabajo social sanitario, de forma que estos/as profesionales tengan un papel central en la atención a las personas sin permiso de residencia para acceder a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos.

3. Reforma legislativa y consolidación de la universalidad

- Restablecer el derecho universal a la atención sanitaria pública, con independencia de la situación administrativa, mediante la modificación correspondiente de la normativa estatal.
- Incorporar disposiciones específicas que aseguren la gratuidad en el acceso a medicamentos y productos sanitarios, también para personas migrantes en situación de especial vulnerabilidad, ya que ya existen medidas más o menos eficaces pensadas para la población autóctona (como son los supuestos de exención del copago).



1. Commission on Social Determinants of Health (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: final report of the commission on social determinants of health. World Health Organization. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>
2. Erel U, Karim M, and Nahaboo Z. Understanding the contemporary race-migration nexus. *Ethn Racial Stud* 2016, 39:1339-60. doi: [10.1080/01419870.2016.1161808](https://doi.org/10.1080/01419870.2016.1161808)
3. González-Rábago Y, Lanborena N, Rodríguez-Álvarez E. Barriers to healthcare for racialised populations in Europe: a scoping review of reviews. *Int J Equity Health* 2025, 24:212. doi: [10.1186/s12939-025-02577-1](https://doi.org/10.1186/s12939-025-02577-1)
4. Lebano A, Hamed S, Bradby H, Gil-Salmeron A, Dura-Ferrandis E, Garces-Ferrer J, Azzedine F, Riza E, Karnaki P, Zota D, Linos A. Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: a scoping literature review. *BMC Public Health* 2020, 20:1039. doi: [10.1186/s12889-020-08749-8](https://doi.org/10.1186/s12889-020-08749-8)
5. Onarheim KH, Wickramage K, Ingleby D, Subramani S, Miljeteig I. Adopting an ethical approach to migration health policy, practice and research. *BMJ Glob Health* 2021, 6: e006425. doi: [10.1136/bmjgh-2021-006425](https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-006425)
6. Orcutt M, Mussa R, Hiam L, Veizis A, McCann S, Papadimitriou E, Ponthieu A, Knipper M. EU migration policies drive health crisis on Greek islands. *Lancet* 2020 29, 395(10225):668-70. doi: [10.1016/S0140-6736\(19\)33175-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)33175-7)
7. Gottlieb N, Bozorgmehr K, Trummer U, Rechel B. Health policies and mixed migration - Lessons learnt from the 'Refugee Crisis'. *Health Policy* 2019, 123: 805-8. doi: [10.1016/j.healthpol.2019.08.009](https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.08.009)
8. Severoni S, Marotta C, Borghi J. Universal health coverage in the context of migration and displacement: a cosmopolitan perspective. *Lancet Public Health* 2025,10: e712-e715. doi: [10.1016/S2468-2667\(25\)00117-3](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(25)00117-3)
9. Stevenson K, Antia K, Burns R, Mosca D, Gencianos G, Rechel B, Norredam M, LeVoy M, Blanchet K. Universal health coverage for undocumented migrants in the WHO European region: a long way to go. *Lancet Reg Health Eur* 2024, 41:100803. doi: [10.1016/j.lanepe.2023.100803](https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100803)
10. Villadsen SF, Ims HJ, Nybo Andersen AM. Universal or Targeted Antenatal Care for Immigrant Women? Mapping and Qualitative Analysis of Practices in Denmark. *Int J Environ Res Public Health* 2019, 16:3396. doi: [10.3390/ijerph16183396](https://doi.org/10.3390/ijerph16183396)
11. Kullamaa L, Reile R. Socio-demographic and regional differences in unmet healthcare needs among migrants in Europe. *PLoS One* 2023, 18: e0285886. doi: [10.1371/journal.pone.0285886](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0285886)
12. González-Rábago Y, La Parra D, Martín U, Malmusi D. Participación y representatividad de la población inmigrante en la Encuesta Nacional de Salud de España 2011-2012. *Gac Sanit* 2014, 28:281-6. doi: [10.1016/j.gaceta.2014.02.011](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.011)
13. Cimas M, Gullon P, Aguilera E, Meyer S, Freire JM, Perez-Gomez B. Healthcare coverage for undocumented migrants in Spain: Regional differences after Royal Decree Law 16/2012. *Health Policy* 2016, 120:384-95. doi: [10.1016/j.healthpol.2016.02.005](https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.02.005)
14. Gogishvili M, Costa SA, Flórez K, Huang TT. Policy implementation analysis on access to healthcare among undocumented immigrants in seven autonomous communities of Spain, 2012-2018. *BMJ Open* 2021, 11: e045626. doi: [10.1136/bmjopen-2020-045626](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045626)
15. Suess A, Ruiz Perez I, Ruiz Azarola A, March Cerda JC. El derecho de acceso sanitario en el contexto del Real Decreto-ley 16/2012: la perspectiva de organizaciones de la sociedad civil y asociaciones profesionales. *Gac Sanit* 2014, 28:461-9. doi: [10.1016/j.gaceta.2014.06.008](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.06.008)
16. Fernández García MR, Polentinos Castro E. ¿Para cuándo la universalidad? *Aten Primaria* 2018, 50:571-3. doi: [10.1016/j.aprim.2018.11.001](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.11.001)

17. Casino G. Spanish health cuts could create “humanitarian problem”. Lancet 2012, 12;379:1777. doi: [10.1016/S0140-6736\(12\)60745-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60745-4)
18. Peralta-Gallego L, Gené-Badia J, Gallo P. Effects of undocumented immigrants exclusion from health care coverage in Spain. Health Policy 2018;122:1155-60. doi: [10.1016/j.healthpol.2018.08.011](https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.08.011)
19. Hsia RY, Gil-González D. Perspectives on Spain’s legislative experience providing access to healthcare to irregular migrants: a qualitative interview study. BMJ Open 2021, 11: e050204. doi: [10.1136/bmjopen-2021-050204](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050204)
20. Yo Sí Sanidad Universal. El derecho a la asistencia sanitaria en las comunidades autónomas: Un derecho hecho pedazos. REDER 2022. Disponible en: <https://yosisanidaduniversal.net/materiales/informes/informe-derecho-asistencia-sanitaria-comunidades-autonomas>
21. Piccoli L, Perna R. Civil society organisations and the healthcare of irregular migrants: The humanitarianism-equity dilemma. Comparative Migration Studies 2024, 12:20. doi: [10.1186/s40878-024-00372-5](https://doi.org/10.1186/s40878-024-00372-5)
22. Fagundo-Rivera J, García-Lozano MS, Portero-Prados FJ, Romero-Castillo R, Badillo-Sánchez N, Fernández-León P. Barriers to healthcare access for irregular immigrants after their arrival in Spain: a systematic review. Eur J Public Health 2025, 35:407-22. doi: [10.1093/eurpub/ckaf042](https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaf042)
23. Esteva M, Cabrera S, Remartinez D, Diaz A, March S: Percepción de las dificultades en la atención sanitaria al inmigrante económico en medicina de familia. Aten Primaria 2006, 37:154-9. PMID: 16527136
24. Ruiz-Azarola A, Escudero Carretero M, Lopez-Fernandez LA, Gil Garcia E, March Cerda JC, Lopez Jaramillo D. La perspectiva de personas migrantes sobre el acceso a la atención sanitaria en el contexto de políticas de austeridad en Andalucía. Gac Sanit 2020, 34:261-7. doi: [10.1016/j.gaceta.2018.09.006](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.09.006)
25. Llosada Gistau J, Vallverdú Duch I, Miró Orpinell M, Pijem Serra C, Guarga Rojas A. Acceso y uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes inmigrantes: la voz de los profesionales. Aten Primaria 2012, 44:82-8. doi: [10.1016/j.aprim.2010.11.014](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.11.014)
26. Llop-Girones A, Vargas Lorenzo I, García-Subirats I, Aller MB, Vázquez Navarrete ML. Acceso a los servicios de salud de la población inmigrante en España. Rev Esp Salud Publica 2014, 88:715-34. doi: [10.4321/S1135-57272014000600005](https://doi.org/10.4321/S1135-57272014000600005)
27. Kisa S, Kisa A. “No Papers, No Treatment”: a scoping review of challenges faced by undocumented immigrants in accessing emergency healthcare. Int J Equity Health 2024;23:184. doi: [10.1186/s12939-024-02270-9](https://doi.org/10.1186/s12939-024-02270-9)
28. Huschke S. Performing deservingness. Humanitarian health care provision for migrants in Germany. Soc Sci Med 2014, 120:352-359. doi: [10.1016/j.socscimed.2014.04.046](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.04.046)
29. Medicos del Mundo. “III Informe de Barreras al Sistema Nacional de Salud en Poblaciones Vulnerabilizadas.” 2024. Disponible en: <https://www.medicosdelmundo.org/app/uploads/2024/12/III-INFORME-DE-BARRERAS.pdf>

Exclusión sanitaria de la población
racializada en Euskadi:
15 años de experiencia
del CASSIN

