

# **Migración latinoamericana y derecho a la salud**

---

**Trabajo Fin de Grado**

**Autora:** Alicia Padilla Hernández  
**Tutores:** Manuel Hernández Hernández y  
María Candelaria Luque Linares  
Grado en Trabajo Social  
Universidad de La Laguna  
Junio 2023

*“Las migraciones son una constante en la historia de la humanidad, con una capacidad notable de transformación social” (Ayuso y Pinyol, 2010, p.1)*

## **RESUMEN**

---

La población migrante latinoamericana constituye una parte grande de la sociedad española. Aún así, hoy en día sufren diferentes dificultades al ejercicio satisfactorio de algunos derechos como lo es el acceso a la salud.

Esta investigación, perteneciente al Trabajo de Fin de Grado, tiene como objetivo conocer la situación de la población migrante latinoamericana con respecto a si se cumple o no su derecho a la salud en España, concretamente en Canarias. Por ello, se ha encuestado una muestra de 17 personas, tanto migrantes del continente americano como a profesionales sanitarios.

Los resultados muestran las dificultades que ha tenido la población migrante para poder acceder al sistema de salud español, llegando a recibir, en algún caso, tratos deshumanizados y xenófobos por parte de los profesionales sanitarios, dejando entrever la poca formación que han tenido, estos técnicos y técnicas, con respecto a esta tema.

## **PALABRAS CLAVES**

---

Migración, Latinoamericano/a, Derecho a la Salud, Salud Pública

## **ABSTRACT**

---

The Latin American migrant population constitutes a large part of Spanish society. Even so, today they suffer different difficulties to the satisfactory exercise of some rights such as access to health.

This research, belonging to the Final Degree Project, aims to know the situation of the Latin American migrant population with respect to whether or not their right to health is fulfilled in Spain, specifically in the Canary Islands. For this reason, a sample of 17 people, migrants from the American continent and health professionals, has been surveyed.

The results show the difficulties that the migrant population have had to access the Spanish health system, coming to receive dehumanized and racist treatment by health professionals, revealing the little training they have had regarding this issue.

## **KEYWORDS**

---

Migration, Latin American, The Right to Health, Public Health

## ÍNDICE

---

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>2</b>
<b>MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>3</b>
<b>Población migrante.....</b>	<b>3</b>
<b>El derecho a la salud.....</b>	<b>6</b>
<b>Exclusión social.....</b>	<b>9</b>
<b>Barreras de acceso a la salud.....</b>	<b>11</b>
<b>Normativa relevante.....</b>	<b>12</b>
<b>Buenas prácticas.....</b>	<b>18</b>
<b>OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....</b>	<b>22</b>
<b>MÉTODO.....</b>	<b>22</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>25</b>
<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>33</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>36</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>39</b>

## INTRODUCCIÓN

---

España, y en concreto las Islas Canarias, en los últimos años se han convertido en uno de los puntos de llegada más importantes en la migración hacia Europa. Los derechos de las personas migrantes, en especial el derecho a la salud, se ha visto afectado, siendo no garantizados efectivamente, sobre todo para la población irregular que ha sido excluida del Sistema Nacional de Salud debido al Real Decreto-ley 16/2012 (Lema, 2014, p. 97). Que no se haya cumplido el derecho a la salud satisfactoriamente, significa que el Estado ha incumplido su obligación de proteger, respetar y cumplir el derecho a la salud de toda la población bajo su potestad, quebrantando el artículo 43 de la Constitución (1978), que se concreta en la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986), en donde se refiere que “todas las personas tienen derecho a una atención sanitaria de calidad en condiciones de igualdad” (Amnistía, s.f.).

A lo largo de toda su trayectoria, las personas migrantes latinoamericanas, han sido, también, víctimas de exclusión social, rechazo, racismo o discriminación, al menos en alguna ocasión. Por esta razón, esta investigación tiene como objetivo, analizar si las personas migrantes latinoamericanas tienen dificultades a la hora de acceder y ejercer su derecho a la salud, entendiendo que son aquellas personas que viajan demográficamente de un lugar a otro. Este concepto será desarrollado más adelante con mayor exactitud.

Además, menciona las necesidades y problemáticas a la que hace frente la población migrante, adentrándonos en el derecho a la salud. Así mismo, se analiza y describe el marco jurídico, en donde se expone una serie de normativas y los cambios que se han ido produciendo a raíz de ellas.

## MARCO TEÓRICO

---

### Población migrante

---

Se comenzará definiendo conceptos claves que son de importancia para entender la información que viene a continuación, erradicando de esta manera cualquier duda sobre ellos.

Se entiende como migrante aquella persona que se desplaza geográficamente, comúnmente por causas sociales o económicas (RAE, 2022). Por lo tanto, ¿un canario o canaria retornado/a de Venezuela es migrante? Sí, se ha desplazado geográficamente de un lugar a otro ¿El hijo o hija nacida en España de padres migrantes cubanos es migrante? No, ya que ese hijo o hija es natural de aquí y no se ha desplazado geográficamente, en este caso de Cuba a España.

Se puede distinguir diferentes tipos de migraciones y por lo tanto de migrantes, pero en esta ocasión la investigación se centrará en las siguientes: irregular, es decir que la persona se encuentra en una situación administrativa irregular al no cumplirse algunos de los requisitos establecidos en las normas, leyes o acuerdos del país; mientras que la migración regular es cuando se produce dentro de la normativa del país de origen, de tránsito y el de destino. Hay que señalar que esa situación no siempre es atribuible a la persona migrante, sino a las condiciones más o menos restrictivas del país de acogida o a retrasos administrativos, ajenos a la voluntad del solicitante. A diferencia de las migraciones ordinarias, también se puede encontrar ante refugiados que son personas que huyen de su país debido a la violencia, conflicto o persecuciones que sufren en él,

viéndose obligados y obligadas a abandonarlo por su seguridad (ACNUR, 2022). Hay que recalcar, que la palabra inmigrante se encuentra obsoleta ya que en gran medida ha sido utilizada de forma peyorativa.

A su vez, dejando a un lado el criterio jurídico, existen las migraciones voluntarias o involuntarias, libres u obligadas, internacional o intranacional, por razones económicas, persecuciones, etc. Dichas formas de migración, al igual que las expuestas con anterioridad, pueden deberse a diferentes factores de empuje, refiriéndose a las causas que llevaron a las personas a mudarse demográficamente. Principalmente se pueden destacar tres factores de empuje:

- Factores sociopolíticos: se refiere a la persecución racial, política, religiosa, étnica y cultural que lleva a una persona a abandonar su país. Al igual que las guerras, amenazas de conflictos o la persecución del gobierno. Aquellos que huyen por violaciones de los derechos humanos, conflictos armados o persecución tienen más posibilidades de poder llegar a ser un refugiado humanitario en el país de destino, siendo esto también una limitación ya que unos países son más liberales para los migrantes humanitarios que otros (Parlamento Europeo, 2020).
- Factores demográficos y económicos: relacionándose con el desempleo, normas laborales y la salud económica de un país. Siendo los factores de atracción las mejores oportunidades laborales, salarios más altos, oportunidades educativas o un nivel de vida más alto. Cuando las condiciones económicas no son favorables y corren el peligro de encontrarse en una situación peor, la población suele emigrar hacia países que se encuentren en una mejor situación económica y haya oportunidades como las que se han nombrado con anterioridad, llegando a ser esta



la razón principal de una gran parte de las personas que emigran (Parlamento Europeo, 2020).

- Factores medioambientales: donde las personas emigran por los cambios en el medio ambiente que afecta de manera negativa a su condición de vida, estando muchos obligados por el fenómeno a irse a un país extranjero o dentro del mismo (Parlamento Europeo, 2020). Algunos de estos desastres naturales pueden ser terremotos, tsunamis, huracanes o inundaciones (OIM, 2020).

Según el INE, en España encontramos, a 1 de julio de 2022, alrededor de 1 millón 500 mil migrantes latinoamericanos residentes (persona física que tiene su residencia habitual en España, dándose las circunstancias de: que establezca aquí su núcleo familiar o sus intereses o actividades económicas, de forma indirecta o directa (Agencia Tributaria, 2023)) representando casi el 30% de la población migrante total en esta nación. En su mayoría provienen de Sudamérica, destacando a Perú (20,1%), Colombia (19,1%) y Venezuela (14,4%), siendo las dos primeras junto con Ucrania, los mayores crecimientos nacionales en 2022. Por otro lado, en Canarias destacamos que alrededor de 88 mil migrantes latinoamericanos llegaron a las islas a 1 de julio de 2022. Tenerife y Gran Canaria, siendo las islas más pobladas, han recibido el mayor número de allegados. Según el Instituto Canario de Estadística (2020), a diferencia del total de población mayoritaria en España, en Canarias la mayoría de personas que han emigrado de su país provienen de: Venezuela, en primer lugar debido a las violaciones de derechos humanos, el colapso de servicios públicos, emergencia humanitaria, violencia generalizada y el desplome económico (OEA, 2017, p. 2-50); Colombia, en el segundo puesto como

consecuencia de la inseguridad y violencia y motivos económicos (OIM, 2012, p. 89-91); y en tercer puesto, Cuba, por razones políticas y económicas (Rodríguez, et al., 2023).

A raíz de esta información, se crea la duda ¿El crecimiento de migrantes en España es beneficioso o perjudicial? Teniendo en cuenta que España es un país envejecido en donde el triángulo demográfico se encuentra invertido por la baja natalidad y la alta esperanza de vida, la llegada de migración podría invertir dicho triángulo. Se sabe con exactitud que las personas migrantes han multiplicado las tasas de crecimiento demográfico en España, además de la natalidad gracias a las familias que se asientan en las diferentes provincias españolas (Viera, 2006, p.11). Por lo tanto, teniendo en cuenta el problema demográfico al que se enfrenta la nación, la migración es, en términos globales, beneficiosa. Entonces, ¿Por qué no se crean las medidas necesarias para que se regulen los flujos migratorios en España y que puedan acceder al sistema sanitario de calidad al igual que los españoles?

## **El derecho a la salud**

---

El derecho se define como “facultades y obligaciones que derivan del estado de una persona, o de sus relaciones con respecto a otras” o “facultad de hacer o exigir todo aquello que la ley o la autoridad establece a nuestro favor” (RAE, 2022).

La salud se entiende como el estado completo de bienestar físico como social y mental de la persona, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones (Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, 1948). Concretamente, la Salud Pública es la disciplina que se encarga de proteger la salud de la

población, buscando las mejores condiciones, donde tiene como objetivo la preservación de la salud pública de población mediante la prevención. Mientras que la Sanidad Pública alude a un conjunto de servicios, instalaciones del Estado, Comunidad Autónoma o de ámbito territorial y de personal (Del Pozo, 2014).

Por lo tanto, el derecho a la salud es definida por la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1948) como “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humanos sin distinción de raza, ideología política o condición económica o social”. El derecho a la salud se resume en que todas las personas deben tener acceso a los servicios de salud necesarios sin importar el lugar, el tiempo o la economía. También referencia al derecho que toda persona debe de ser dueña de su cuerpo y salud. A menudo, este derecho se ve afectado por la falta de servicios e información de salud sexual; sometimiento a la experimentación médica; la estigmatización, marginación o la discriminación, llegando a ser un gran obstáculo para el desarrollo del derecho, el acceso a alimentos nutritivos, agua potable, saneamientos, vivienda digna, condiciones de trabajo segura o a la educación; entre otros (Organización Mundial de la Salud, 2017). Además, hay que añadir, como otros determinantes que afectan a la salud, aspectos tan relevantes como la explotación laboral, el difícil acceso a la vivienda, la xenofobia o el racismo.

Un dato a recalcar es que el derecho a la salud está rigurosamente relacionado con el ejercicio de otros derechos humanos (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000, p.2).

Existe cierto solapamiento, en algún momento, ente la categoría de migrante y la de turista. El turismo es definido por la RAE (2023) como: actividad o hecho de viajar por placer. Por lo tanto, una persona turista es descrita como aquella que hace turismo. A raíz de esto, como recoge la Ley 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, toda persona, hasta los 90 días posteriores de su llegada al país es considerada turista, estando bastante alejado de la realidad y objetivos de estas personas quienes buscan una mejor calidad de vida. A partir de este periodo, se podría acceder a un permiso de residencia, logrando así acceder a los centros sanitarios pero hasta ese momento, el colectivo se verá expuesto a múltiples dificultades en el acceso a la salud. En caso de ser una persona en situación administrativa irregular y llevar menos de 3 meses en territorio español (considerada como turista), solo tienen derecho a la atención sanitaria los siguientes supuestos: tener un diagnóstico de salud mental, tener un diagnóstico de enfermedad infecto-contagiosa (TB, VIH, etc.), estar embarazada, ser menor de edad (Médicos del Mundo, 2022), encontrarse ante una situación de urgencia por enfermedad grave o accidente como podría ser un infarto, accidente automovilístico, ser víctima de una violación o mutilación genital, etc. Pero para poder acceder a ella, en los 4 primeros casos, se debe disponer de la tarjeta sanitaria. Para adquirirla, se tiene que cumplir una serie de requisitos: un documento de identidad vigente, empadronamiento, comprobante de la enfermedad o embarazo y dos documentos: la solicitud de documento certificativo para prestaciones sanitarias a personas extranjeras sin residencia legal en territorio español y la declaración responsable de la persona interesada (Médicos del Mundo, 2022). El empadronamiento es la prueba más veraz que una persona puede aportar a la hora de acreditar que reside en un lugar determinado. Puede parecer un trámite sencillo, pero la realidad es que para una persona migrante en situación administrativa irregular, el acceso al padrón no siempre resulta

fácil. Algunas de las dificultades son que para poder empadronarse es necesario contar con el pasaporte en vigor o demostrar que se tiene un domicilio físico en el municipio, dificultando el trámite a las personas que residen en alquileres informales, personas sin hogar o que habitan en infraviviendas (Médicos del Mundo 2022, p.12).

Por otro lado, encontramos el denominado turismo sanitario, definido como el “proceso por el cual una persona viaja para recibir servicios de salud en un país diferente a aquel en el que se reside. El motivo del viaje es la búsqueda de estos servicios de salud, en un sentido amplio” (Auren y EOI, 2013, p.10). España ocupa el puesto undécimo mundial como destino médico y el quinto europeo (Moscardó, 2019). Según Auren y EOI (2013, p.14) este turismo de salud podría ser una oportunidad en España si se promueve la atención sanitaria privada, aprovechando de esta manera la demanda.

### ***Exclusión social***

---

Cuando se habla de migraciones, se asocia habitualmente a las condiciones de vulnerabilidad que conlleva, en su origen y en el país de destino. La exclusión social es un fenómeno estructural (Subirats et al., 2004, p. 7-33), relativo e inscrito en decisiones y en actos de agentes; es mucho más que un proceso. Afecta de forma cambiante a colectivos y personas. No se explica con una sola causa sino que es la acumulación de circunstancias desfavorables, siendo un fenómeno poliédrico. Se aborda desde la acción colectiva, desde los valores, desde las políticas públicas y desde la práctica institucional (i Humet, et al., 2005). Este concepto se traduce en situaciones de extrema pobreza económica, dificultades para acceder a un empleo y vivienda digna, dificultades para crear y mantener redes sociales (Roldán, 2008). También podemos destacar las

dificultades para hacer efectivo el acceso a la salud como por ejemplo las barreras existentes para acceder al sistema sanitario. Algunas de esas barreras son la imposibilidad de acreditar la residencia efectiva o de acreditar otros requisitos administrativos, falta de protección a las situaciones de especial vulnerabilidad, la burocratización del derecho de acceso al sistema sanitario (Médicos del Mundo, 2023, 11-17).

Como señala Tezano (2007, 2008), ser migrante lleva a un conjunto de riesgos añadido de exclusión social. Subirats et al., (2004, p 7-33) destaca siete dimensiones de la exclusión social con las que tiene que lidiar las personas en dicha situación, agravándolo el hecho de ser migrante. Estas son:

- La económica: donde se encuentra la pobreza económica, dificultades financieras y la no protección social.
- La laboral: mostrando el desempleo, la precariedad y la subocupación entre otras.
- Formativo: donde no hay acceso a la escolarización obligatoria, fracaso escolar, abandono prematuro del sistema educativo.
- Socio-sanitario: habiendo dificultades en el acceso al sistema sanitario, enfermedades relacionadas con lo social (por ejemplo la desnutrición), trastornos mentales o discapacidades.
- Residencial: que abarca el no tener vivienda o un acceso precario, malas condiciones de habitabilidad.

- Relacional: viendo un deterioro o escasez de las redes familiares, rechazo o estigmatización social.
- Ciudadanía y participación: las cuales no tienen acceso a la ciudadanía, privación de derechos y la no participación política y social.

En todas las dimensiones tratadas puede encontrarse una persona migrante, incluso solapando dimensiones, pero nos centraremos en el socio-sanitario. Las carencias en la salud/sanidad se deriva en carencia de cobertura sanitaria y grandes dificultades para la compra de medicamentos y tratamientos, ya que si la personas no dispone de la tarjeta sanitaria, la seguridad social no cubre parte del precio de los medicamentos. En ocasiones desconocen lo que es el sistema sanitario en España o lo que es la tarjeta sanitaria, entre muchas cosas (Martínez y Fernández, 2006).

### ***Barreras de acceso a la salud***

---

Entrando en materia, las barreras de acceso a los servicios sanitarios que sufren los y las migrantes pueden estar relacionados con los factores que se corresponden con la provisión de los servicios de salud, con los obstáculos administrativos y la accesibilidad general de los recursos sanitarios, o con las diferencias en los hábitos de prescripción médica en función de si el paciente es migrante o nacional. También, puede estar relacionado con las características del propio colectivo como lo son las diferentes perspectivas sobre la salud, relación médico-paciente, situación legal, contexto socioeconómico, etc. Igualmente, estas barreras no están muy estudiadas a día de hoy, si hubiera un mayor conocimiento sobre ellas se podría asignar los recursos conforme a las

necesidades de los grupos poblacionales y, como consecuencia, se produciría una mayor validez de la política sanitaria (Quevedo y Rubio, 2010, p. 6-7).

Estas barreras en el acceso a la salud vulneran los derechos de las personas migrantes, teniendo en cuenta que el derecho a la salud supone: disponibilidad, tanto de bienes como de servicios; aceptabilidad, traduciéndolo en respeto por la cultura; accesibilidad para todos donde no se excluya a nadie, siendo incompatibles con las barreras que se transforman en estructurales, personales, financiera y culturales; y calidad, recibiendo una atención igualitaria de dicha índole (Médicos del Mundo, 2022). La percepción de que los migrantes son un “peligro potencial para la prosperidad del Archipiélago” transita de forma persistente por la escena pública canaria, siendo asociados con la inestabilidad de la seguridad ciudadana, con el deterioro de los servicios públicos, el paro o con la finalización de la identidad cultural. Por lo tanto, se ha responsabilizado a la población migrante de las dificultades que atraviesa Canarias o España (Rodríguez, 2010, p.176). Por ende, la población en general, incluyendo a las y los profesionales sanitarios, como consumidores de la publicidad política y alegatos racistas, se encuentran generalmente sesgados bajo ellos, reproduciendo de algún modo, varios de estos planteamientos racistas y xenófobos.

### *Normativa relevante*

---

Además de las barreras que padecen la población migrante, que son causantes de su exclusión, también tiene un gran peso la normativa vigente que excluye parte de las personas migrantes de una sanidad supuestamente universal (así es como la considera el Gobierno de España en la Reforma Sanitaria, 2022). Por ejemplo el Real Decreto-Ley



16/2012, el cual sigue vigente a través de la modificación de 2018, impactó gravemente a la población migrante irregular, conduciéndolos hacia una exclusión sanitaria y producción masiva de vulnerabilidad en España (González, 2018), ya que supuso la negación del acceso sanitario a los y las migrantes en situación administrativa irregular, contradiciendo el carácter gratuito y universal que caracterizaba al sistema sanitario español. Como consecuencia de este discurso xenófobo, se estigmatizó y criminalizó la migración irregular, dejando desprotegida a una población. De esta manera se atentó y atenta contra el derecho a la salud ya que es un principio fundamental, al menos de una sociedad democrática. Se quitaron de un día para otro las tarjetas sanitarias a más de 900.000 personas, eliminando todos los historiales médicos. Esto también supuso la no detección de problemáticas como la violencia de género y la trata de blanca (Rodríguez y Ausín, 2018, p. 1-4).

La normativa vigente en España también se apoya en unas “supuestas” causas. Por ejemplo, se tuvieron que tomar medidas para lograr una reducción del déficit de las cuentas públicas, lograr la sostenibilidad del sistema de salud nacional y la mejora de la seguridad y calidad de sus prestaciones. No les importó que esto supusiera la privación del derecho de asistencia sanitaria a miles de personas, vulnerando un derecho inherente a todo ser humano. De igual manera, estas “mejoras” no han sido evaluadas, por ende, no se ha podido demostrar ninguna eficiencia (Rubio, 2021, p. 343-369).

Las graves consecuencias de dicha exclusión sanitaria derivaron en las muertes de Soledad Torrico, Alpha Pam y Jeanneth Beltrán entre otros, migrantes irregulares que fueron catalogados como errores generados del nombrado decreto. Estas muertes se pudieron haber evitado ya que fueron originadas por la confusión suscitada por la reforma

como por la mala praxis de los profesionales médicos, desenlazando en un final trágico. Por consiguiente, el acceso sanitario no percibe a personas sino a ciudadanos y no ciudadanos, dividiendo la sociedad (Rodríguez y Ausín, 2018, p. 1-4).

Es un hecho que muchos migrantes tienen miedo de acudir a la sanidad pública por varias razones, pero las que más se repiten es: por miedo a que el centro pueda llamar a la policía o terror hacia un trato denigrante, racista y xenófobo. Por otro lado, muchas personas no acuden porque saben que su visita será facturada, pudiendo superar los miles de euros, convirtiéndose en una deuda social que nunca podrán pagar (Médicos del Mundo, 2022). La facturación se ha convertido en una práctica habitual en diferentes hospitales, incumpliendo el artículo 3 del Real Decreto-Ley 16/2012, en donde se especifica que las personas que no disponen de tarjeta sanitaria pueden recibir atención de urgencias hasta el alta médica sin tener que pagar, al igual que los y las menores y embarazadas. En caso de facturación se debe negociar con el hospital, y si esto no funcionase, se tendría que interponer recurso (Yo Sí Sanidad Universal, 2018).

Debido a estas razones el estado de salud de las personas migrantes, en este caso de las personas latinoamericanas, es más pobre que el resto de la población nacional. Sobre todo, la salud mental se ve alterada, teniendo mayor riesgo de padecer enfermedades mentales como la depresión, esquizofrenia y adicción a las drogas (Salman, 2018). De la misma manera, esas restricciones han supuesto una exposición a las enfermedades y, como último, a la muerte (Rodríguez y Ausín, 2018, p.1-4).

Cuando hablamos sobre las personas migrantes y el acceso al sistema sanitario público, debemos tener en cuenta las siguientes normativas:

- Artículo 13 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos: “1. Toda persona tiene derecho a circular libremente y a elegir su residencia en el territorio de un Estado. 2. Toda persona tiene derecho a salir de cualquier país, incluso del propio, y a regresar a su país.” (Asamblea General de la ONU, 1948). Además, este derecho se encuentra recogido en el Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos, en el artículo 12.2, en el que España está adscrito.
- Artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948): “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios...”
- El artículo 41.31 del Reglamento de la Ley de Extranjería, donde se hace referencia a los visados expedidos en las fronteras exteriores y la concesión del permiso de residencia temporal si se recurre a razones humanitarias. (Ley Orgánica, 2000).
- El artículo 10 de la Constitución y de conformidad con la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Dice así: “1. La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social. 2. Las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España” (Constitución española, 1978).
- Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea, donde se recogen los derechos sociales, políticos, económicos y civiles.

- Artículo 43 de la Constitución española (1978), donde se establece la **universalidad y gratuidad** de la Sanidad.
- Ley 8/2000 (Ley Orgánica, 2000):

+ Artículo 3:

“1. Los extranjeros gozarán en España de los derechos y libertades reconocidos en el Título I de la Constitución en los términos establecidos en los Tratados internacionales, en esta Ley y en las que regulen el ejercicio de cada uno de ellos. Como criterio interpretativo general, se entenderá que los extranjeros ejercitan los derechos que les reconoce esta Ley en condiciones de igualdad con los españoles.

2. No obstante, podrán establecerse medidas limitativas específicas cuando se acuerden en la declaración de estado de excepción o sitio en los términos previstos en la Constitución, y excepcionalmente por razones de seguridad pública, de forma individualizada, motivada y en proporción a las circunstancias que concurran en cada caso, por resolución del Ministro del Interior, adoptada de acuerdo con las garantías jurídicas del procedimiento sancionador previsto en la Ley. Las medidas limitativas, cuya duración no excederá del tiempo imprescindible y proporcional a la persistencia de las circunstancias que justificaron la adopción de las mismas, podrán consistir en la presentación periódica ante las autoridades competentes y en el alejamiento de fronteras o núcleos de población concretados singularmente”.

+ Artículo 4:

“1. Los extranjeros residentes en España podrán ser titulares del derecho de sufragio en las elecciones municipales, atendiendo a criterios de reciprocidad, en los términos que por Ley o Tratado sean establecidos para los españoles residentes en los países de origen de aquéllos.

2. Los extranjeros residentes, empadronados en un municipio, tienen todos los derechos establecidos por tal concepto en la legislación de bases de régimen local, pudiendo ser oídos en los asuntos que les afecten de acuerdo con lo que dispongan los reglamentos de aplicación”.

+ Artículo 19 a efectos de la reagrupación familiar en circunstancias especiales: “1. El cónyuge podrá obtener una autorización de residencia independiente cuando: a) Obtenga una autorización para trabajar. b) acredite haber vivido en España con su cónyuge durante dos años. Este plazo podrá ser reducido cuando concurren circunstancias de carácter familiar que lo justifiquen.

2. Los hijos reagrupados obtendrán una autorización de residencia independiente en los casos siguientes: a) Cuando alcancen la mayoría de edad. b) Cuando obtengan una autorización para trabajar”.

Un pequeño inciso, los reagrupados ascendentes son los familiares que están por encima en la línea familiar de las personas de nacionalidad española o que la ha obtenido. Por ejemplo, los padres de una mujer migrante boliviana que ha obtenido la nacionalidad española, pueden venir a España y reagruparse a ella, obteniéndola ellos también. El problema de esta situación es que la legislación exige a estas personas reagrupadas tener un seguro de enfermedad, ya que se les rechaza el reconocimiento de derecho a la asistencia sanitaria aún obteniendo la residencia española (Médicos del Mundo, 2022, p.14).

- El Real Decreto-Ley 7/2018 de 27 de julio, en donde se habla sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud, solucionó algunos de los problemas de la Ley 16/2012, pero sigue teniendo debilidades como por ejemplo la disparidad territorial entre

comunidades autónomas, ofreciendo diferentes grados de cobertura y la exigencia de distintos requisitos de entrada al Sistema Nacional de Salud. Además, no asegura la asistencia sanitaria a embarazadas, menores de edad y otros grupos de población vulnerable, o la atención en urgencias (Médicos del Mundo, 2022, p.2).

### ***Buenas prácticas***

---

Con respecto a las buenas prácticas o programas de éxito en la materia, se puede encontrar:

1. En relación con investigaciones realizadas se puede observar la llevada a cabo en Andalucía donde estudiaban el impacto sufrido en la población migrante por la entrada del Real Decreto-Ley 16/2012 y el efecto que podría producir los recortes económicos sobre el acceso a la sanidad en la población más vulnerable (Ruiz et al., 2020, p. 261-267).

Este estudio se llevó a cabo mediante encuestas semiestructuradas a la población migrante. Se realizaron en dos franjas de tiempo (2009-2010 y 2012-2013), reuniendo a 36 participantes (Ruiz et al., 2020, p. 261-267).

Finalmente, los resultados obtenidos reflejaron un cambio bastante notable en el acceso a la atención sanitaria, teniendo más dificultades. Con la llegada de la normativa se agravaron algunas barreras de acceso, entre ellas el deterioro de las condiciones administrativas y socioeconómicas de las personas participantes (Ruiz et al., 2020, p. 261-267).

Como conclusión los autores y autoras alegaron que para la realización y diseño de políticas de regulación de la atención sanitaria se debería contar con las barreras y los facilitadores como puntos clave de la protección de la salud de la población migrante (Ruiz et al., 2020, p. 261-267).

2. Programa de Acercamiento y Atención a Personas Migrantes de Melilla: creado y desarrollado por Médicos del Mundo. Este proyecto interviene con menores migrantes solos y con personas sin hogar con dificultades de acceso al sistema público de salud en Melilla (Médicos del Mundo, 2022).

Se decidió actuar en esta ciudad porque tiene una de las fronteras de entrada a Europa, teniendo como consecuencia, una gran presión mediática y social proveniente de la situación de irregularidad en las que las personas migrantes se encuentran al traspasar la frontera (Médicos del Mundo, 2022).

3. Programa de Atención Humanitaria a Inmigrantes (PAHI), creado para atender a la población migrante que no pudieran cubrir sus necesidades básicas al llegar a España, desde una perspectiva humanitaria y de integración (ACCEM, 2022). Gracias a este proyecto, las personas que acuden a él cuentan con los siguientes servicios: acogida temporal, de orientación y acompañamiento, de traslados, centros diurnos. Estos servicios brindan la posibilidad de que puedan satisfacer sus necesidades básicas como lo son la alimentación, el aseo personal y de sus pertenencias, un techo, etc. (ACCEM, 2022).

4. Organización Médicos del Mundo quienes tienen la misión de hacer efectivo el derecho universal a la salud a través de la denuncia, la atención sanitaria, el testimonio, la incidencia política y la movilización social junto a las poblaciones vulnerables, excluidas o víctimas de crisis. En 2020 pudieron realizar 458 intervenciones: 393 sociales, 47 sanitarias y 18 psicológicas, siendo un éxito en la ciudad de Santa Cruz de Tenerife (Médicos del Mundo, 2022). Además destaca en las buenas prácticas en la intervención en mutilación genital femenina incorporando el enfoque integrado de género basado en derechos humanos, el enfoque antropológico, de figuras de mediación y agentes comunitarios, creación de un grupo de personas expertas en MGF, adoptar una política de MGF, desarrollo de acciones destinadas al fortalecimiento de instituciones públicas, etc. (Morales, 2019, p. 53-65)

Entre los métodos utilizados en el Trabajo Social para intervenir con personas migrantes, podemos destacar los siguientes (Escobar y Gascón, 1996):

- El trabajo social individual o de casos: partiendo de la demanda individual expresada por el interesado o detectada por la trabajadora social o el trabajador social. Este método comprende las siguientes fases: toma de contacto, donde se realiza una recogida de datos mediante técnicas como la entrevista y la observación, teniendo como objetivo conocer la situación social de la persona migrante o refugiada. El siguiente paso es el diagnóstico o valoración, donde se interpretan los datos recogidos en la primera etapa para poder realizar un diagnóstico adecuado. Para ello, también se debe acudir a bibliografía especializada o a estudios realizados con eficacia. Finalmente, se realiza una programación donde se trabaja conjuntamente con el titular de derecho. Se



trabajar la toma de conciencia, el grado de implementación de la persona y la motivación (Escobar y Gascón, 1996).

El trabajo social de grupos y comunidades: donde nos encontramos con las siguientes fases a seguir (Escobar y Gascón, 1996):

1. Diseño del proyecto de intervención a partir de la detección de necesidades y creación de hipótesis.
2. Toma de contacto y análisis de la realidad: verificación de las hipótesis a través de estudios.
3. Retroalimentación: daremos y recibiremos información que hay que contrastar.
4. Definición de técnicas a utilizar, cogiendo las más adecuadas a la realidad y características socioculturales de la población migrante.
5. Diseño de actividades, adecuándolas a las necesidades del grupo.
6. Temporalización: teniendo en cuenta que el concepto de tiempo es diferente en las otras culturas, teniendo que respetar sus fechas de fiestas o cultos, como puede ser el Ramadán. Al igual que hay que pensar en que muchos de este grupo de migrantes no se queda a vivir en el lugar, sino que es un puente para lograr ir al sitio deseado.
7. Previsión de recursos a emplear.
8. Evaluación y seguimiento.

## OBJETIVOS

---

- Objetivo general:
  - Conocer la situación de la población migrante latinoamericana con respecto al derecho de la salud
- Objetivos específicos:
  1. Conocer qué dificultades tiene la población migrante latinoamericana con respecto a la salud y al acceso a los servicios sanitarios
  2. Explorar la percepción de la población migrante latinoamericana y profesionales sanitarios sobre el cumplimiento del derecho a la salud
  3. Comprobar si se requiere más formación sobre el derecho a la salud en la población migrante latinoamericana como para las y los profesionales sanitarios

## MÉTODO

---

- Participantes:

En esta investigación han participado 17 personas, de los cuales 12 son migrantes latinoamericanos que viven en Canarias (8 mujeres y 4 hombres) y 5 profesionales sanitarios (4 médicos y médicas y una trabajadora social).

En lo que se refiere a la muestra, su aplicación en la investigación ha sido intencional y no probabilístico ya que se ha escogido a las personas de manera consciente y no al azar para que pudieran cumplir las características buscadas: personas migrantes latinoamericanas que hayan acudido algunas vez a un centro de salud u hospital o profesionales que ejerzan en el ámbito sanitario.

- Instrumentos y variables de medidas:

El instrumento utilizado para la recogida de datos ha sido el cuestionario realizado por la autora. Formado por 18 preguntas dirigidas hacia la población migrante, y 9 señaladas para los y las profesionales.

Por otro lado, se ha utilizado la “bola de nieve” como técnica donde “el sujeto le da al investigador el nombre de otro, que a su vez proporciona el nombres de un tercero, y así sucesivamente” (Atkinson y Flint, 2001, p.1).

- Procedimiento:

El desarrollo de la investigación se llevó a cabo en tres etapas: inicial, procedimiento de recogida de datos y análisis y resultados.

En la etapa inicial se llevó a cabo la revisión bibliográfica referente a la migración latinoamericana en España y el acceso al derecho de la salud. Además, se formalizó el objetivo general y los específicos del estudio.

Se siguió con el procedimiento, basándose en la elaboración de la técnica de recogida de datos. Se desarrolló una búsqueda del instrumento de recolección mixta, siendo el Google Forms el que mejor se adaptaba a las necesidades de este estudio para recoger los datos de forma rápida y concisa. Posteriormente se difundieron dichos cuestionarios a través de WhatsApp y por correo electrónico. Complementario a esto, se utilizó la técnica de “la bola de nieve”, en donde las personas que ya habían realizado la encuestas pudieron enviársela a otras, llegando así a un mayor número de muestra.

Por último se procedió al tratamiento de los datos obtenidos a través de los cuestionarios. La misma plataforma ha realizado las gráficas de manera automática, facilitando el tratamiento de los datos. Por otro lado, se fijaron tres categorías para las preguntas cualitativas, dividiéndolo en perspectiva derecho a la salud, problemas con el acceso y organizaciones, para su posterior tratamiento.

- Diseño:

Este estudio se desarrolla a través de una investigación de tipo no experimental transaccional, de carácter exploratorio. Por lo que se refiere al enfoque es mixto:

- Cuantitativo para conocer de forma exacta la perspectiva de las personas migrantes latinoamericanas y los y las profesionales sanitarios sobre el derecho a la salud en España, concretamente en Canarias. Dicho de otra manera, este enfoque destacó porque define y mide las variables de un contexto determinado y es una forma confiable para conocer la realidad a través del análisis y recolección de datos (Vega et. al., 2014, p.525-526).
- Cualitativo: enfocado en las opiniones e impresiones de la población muestra sobre la situación explicada con anterioridad. Fue elegido porque reconstruye la realidad de las personas migrantes de forma holística, entendiendo que piensan las personas al respecto (Vega et. al., 2014, p.525-526).

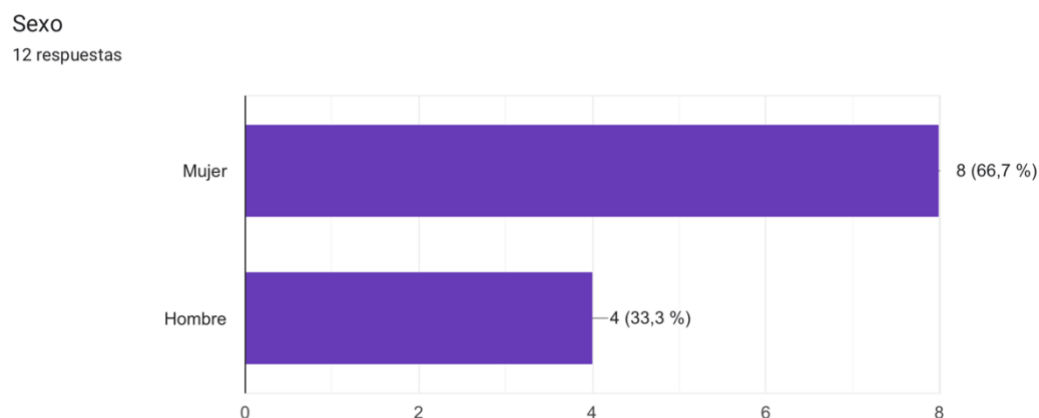
## RESULTADOS

---

Como se comentó, las encuestas fueron realizadas a 17 personas, de las cuales 12 pertenecen a personas latinoamericanas migrantes y las 5 restantes a profesionales sanitarios. Con el fin de alcanzar un entendimiento claro, los cuestionarios serán separados, al igual que el tratamiento de la información.

### - Cuestionario a personas migrantes latinoamericanas:

#### Gráfica 1:



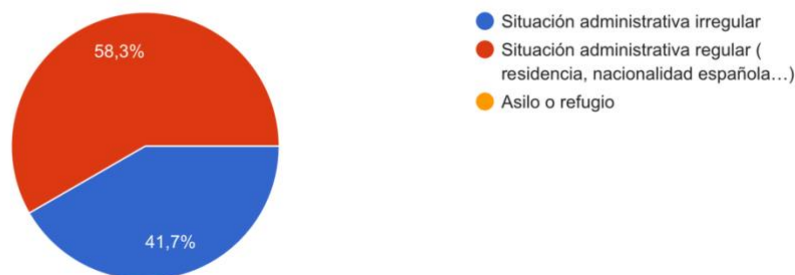
Como se puede observar, el cuestionario fue realizado generalmente por el 66,7% mujeres (8), frente a 4 hombres (33,3%).

En la pregunta número 2: *¿Cuál es su país de origen?* La mitad de la población que realizó el cuestionario son provenientes de Venezuela (50%), seguidos de Cuba y Colombia con 16,7% y terminando con Argentina y Bolivia, siendo ambas un 8,3%.

#### Gráfico 2:

¿En que situación se encuentra?

12 respuestas



El 58,3% de los encuestados se encuentran en situación administrativa regular, por lo tanto pueden hacer uso del sistema sanitario español. A diferencia del 41,7% que se encuentra en situación administrativa irregular, no pudiendo acceder a la tarjeta sanitaria.

En la siguiente pregunta: *¿Usted cree que tiene derecho a la salud?* La mayoría (91,7%) argumentó que sí, a diferencia de una persona que puso que no. Algunas de sus justificaciones fueron: entrevistado 1: *“tengo las atenciones de salud mínimas gratuitas como lo es ir a emergencias”*; entrevistada 2: *“porque a nadie se le puede negar ese derecho”*; entrevistada 3: *“creo que sea cual sea la situación de cada quien nunca se debe negar el derecho a la salud a ningún ser humano”*; entrevistada 5: *“sí tengo, pero no lo ejerzo del todo”*; entrevistado 10 *“tengo derecho según los derechos humanos pero aquí no puedo optar a todos lo relacionado con la salud”*. La persona que respondió que no creía tener derecho a la salud añadió: *“no porque no puedo tener un médico de cabecera ni me dan la tarjeta sanitaria”*.

A la pregunta *¿Cree que le han negado alguna vez el derecho a la salud?*, fue respondida que “No” por un total de 8 personas. A diferencia de las otra 4 que pusieron que creían que “Sí”.

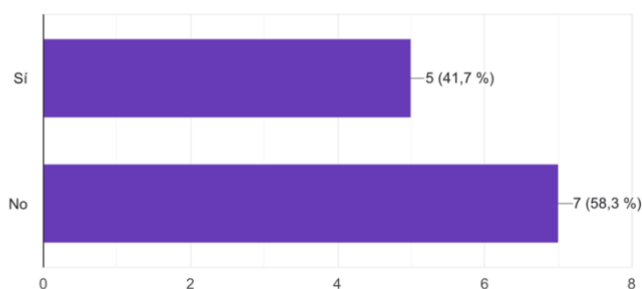
En la argumentación de esta pregunta podemos destacar respuestas como: *“Sí porque como no tengo papeles no puedo ir al médico a no ser que sea algo muy urgente. Vinimos desde Venezuela para poder tener una mejor calidad de vida porque mi mujer tiene cáncer de mama y allí no teníamos los medios necesarios ni el dinero para que le dieran el tratamiento de quimioterapia. Cuando llegamos aquí nos encontramos con que aquí tampoco se la pueden brindar porque se considera turismo sanitario que nosotros hayamos venido buscando una mejor vida sabiendo la enfermedad. Vinimos en búsqueda de esperanza invirtiendo todo lo que teníamos porque nos habían dicho que aquí si le iban a tratar y nos hemos quedado sin nada aquí. Gracias a nuestra hija pudimos reagruparnos a ella, pudiendo conseguir la residencia española. Nos dijeron en el centro médico que podíamos contratar un seguro privado pero que tampoco cubriría la quimio. La única atención que podemos recibir es si ella se pone muy enferma y entre por urgencias.”*, encuestado 5 *“Me rompí el brazo y acudí a urgencias, en esa ocasión todo bien. El problema fue cuando volví para quitármelo después de estar el tiempo necesario. Me dijeron que no era una emergencia y que no me lo podían quitar por ser irregular. Aparte de ello, me facturaron”*, *“Cuando llegué, si no tenía la tarjeta sanitaria, tenía que tener un seguro privado. Así que no podía ir al médico sino era algo de urgencia”* y *“No me quieren atender en el centro de médico”*.

En la siguiente cuestión: *Se ha encontrado con algún problema cuando ha acudido al Sistema de Salud Público?*, podemos señalar: entrevistada 2: *“Sí, trato racista*

por parte de los profesionales sanitarios”, entrevistado 3: “Cuando fui al centro médico una vez las mujeres de la administración me repudiaron, supongo que por mi acento o color de piel o por no tener papeles. Intenté poner una reclamación pero ni eso pude. Sin alterarme ni perder las formas llamaron al de seguridad y me echaron”, entrevistada 5 “Cuando llegué sí, porque todo lo tenía que pagar”, entrevistada 6 “Cuando llegamos de Buenos Aires, la niña enfermó con una angina importante, la atendieron muy bien, pero, me hicieron una factura de 48€ porque la atendió el pediatra, no teníamos documentación en ese momento, estábamos en situación irregular. Jamás me lo han cobrado!!!” y entrevistado 10: “No tratan a mi mujer que tiene cáncer”.

### Gráfica 3:

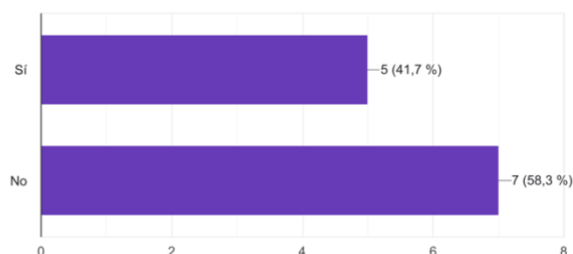
¿Le han facturado por acudir a Urgencias alguna vez?  
12 respuestas



### Gráfica 4:

En relación con las dos gráficas expuestas, se puede observar que al 41,7% le han

¿Sabía que es ilegal emitir una factura por acudir al Centro de Salud?  
12 respuestas

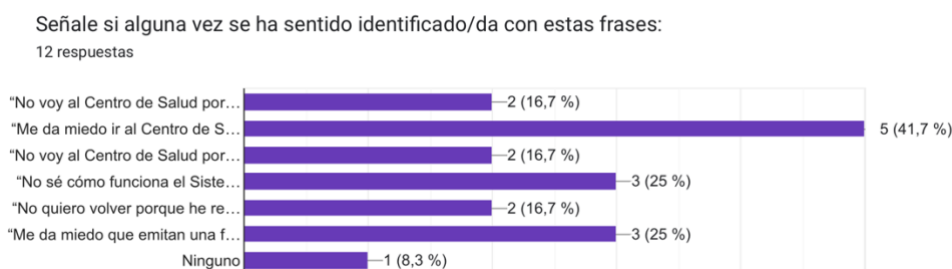


facturado al acudir al Centro de Salud. El 58,3% de los encuestados y encuestadas no sabían que era ilegal emitir una factura por ejercer su derecho.



En la siguiente “¿Alguna vez se ha sentido avergonzado/a o humillado/a al acudir al Centro de Salud por su nacionalidad o país de origen?”, más de la mitad (7 personas) votaron que “No” frente a 5 que votaron que sí.

### Gráfica 5:



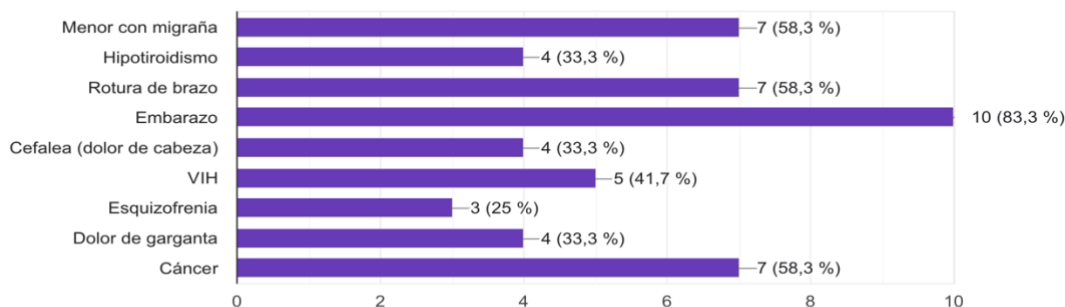
En la pregunta 18, “señale si alguna vez se ha sentido identificado/da con estas frases”, siendo las más seleccionadas:

- “Me da miedo ir al Centro de Salud porque creo que no me van a atender por no tener documentación”, con un total de 41,7% que se han sentido identificadas/os con dicha afirmación.
- Siguiendo por las más votadas: “No sé cómo funciona el Sistema Sanitario en España, por lo tanto no acudo” y “Me da miedo que emitan una factura a mi nombre por atenderme”, respondidas por un total de 3 personas cada una.
- “No voy al Centro de Salud porque me da miedo que llamen a la policía porque no tengo documentación”, “No voy al centro de Salud porque creo que me van a humillar por mi nacionalidad” y “No quiero volver porque he recibido conductas racistas por parte de los y las profesionales”. Dichas afirmaciones fueron seleccionadas por 2 personas.

En el siguiente apartado se le daba a elegir entre diferentes patologías con la pregunta “De las siguientes situaciones o patologías que pueden sufrir una persona *migrante irregular* ¿Cuáles cree que son atendidas en el Centro de Salud en España?”

### Gráfica 6:

De las siguientes situaciones o patologías que puede sufrir una persona migrante irregular ¿cuales cree que son atendidas en el Centro de Salud en España? Puede elegir varias opciones  
12 respuestas



Las más seleccionada casi por mayoría absoluta fue el embarazo, consiguiendo 10 puntos. A esta le sigue con 7 puntos, menor con migraña, rotura de brazo y cáncer. El VIH recibió 5 puntos. Las siguientes votadas con 4 puntos fueron: hipotiroidismo, cefalea, dolor de garganta. Por último, y menos votado con 3 puntos, es la esquizofrenia.

En las últimas preguntas, y finalizando así con los resultados, se observa en “¿ha acudido a alguna organización para que se haga efectivo su derecho a la salud?” “En caso de que sí, indique el nombre de las organizaciones”, que el 66,7%, es decir 8 personas, contestaron que “No” frente con 4 que seleccionaron que “Sí”. Algunos de los lugares acudidos fueron:

- + Clínicas privadas mediante seguros privados: San Juan de Dios, Quirón
- + Cruz Roja
- + Médicos del Mundo
- + Médicos sin fronteras
- + Cáritas

- **Cuestionarios a los y las profesionales sanitarios:**

Los perfiles profesionales que han respondido a este cuestionario son: médico 60%, médica 20% y trabajadora social 20%. Por lo que corresponde a las cifras: 3 médicos, 1 médica y 1 trabajadora social.

En la pregunta “¿creé que la Sanidad Universal se ejerce en España?”, el 60% votó “No”, en comparación con el otro 40% que votó que “Sí”. Las justificaciones fueron: “acceso muy difícil para migrantes, tanto latinos como otros”, “existen colectivos que encuentran dificultad para acceder a la sanidad”, “existe un Real Decreto que no garantiza la Sanidad Universal” y “un derecho de todo ciudadano”.

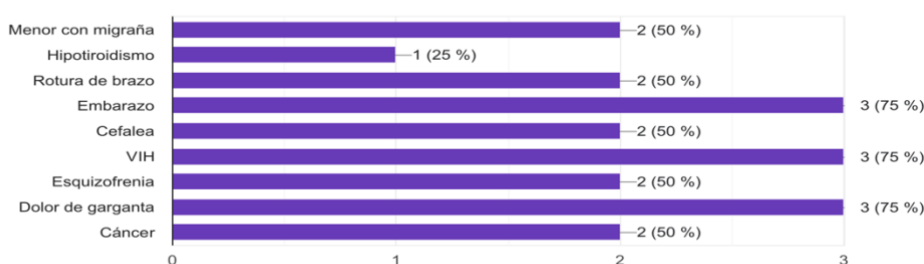
En la siguiente pregunta “¿Cree que la población migrante latinoamericana tiene derecho a la salud en España? ¿Puede ejercer ese derecho?”, las respuestas fueron variadas: médico 1: “debería tener derecho a la Sanidad de Urgencias y cuando legalice su situación laboral tendrá su derecho como cualquier trabajador”, médico 2 “falta información para acceder”; médico 3: “en concreto las personas ascendientes reagrupadas no pueden ejercer ese derechos”; médica 4: “sí” y trabajadora social: “No. Hay exclusión sanitaria. Relacionando el acceso al sistema sanitario público de salud con la situación administrativa”.

En la pregunta número 3, se preguntaba “Desde su punto de vista, ¿atender a este colectivo supone una pérdida para el estado español?”, se produjo un consenso en donde todos respondieron “No”.

En la siguiente “¿Sabía que la emisión de facturas por acudir a urgencias es ilegal?”, el 60% puso que “Sí”, siguiéndole del 40% que no lo sabía. En relación con esto, el 40% ha recibido formación sobre el derecho a la salud en los últimos 3 años, a diferencia del 60% restante, pudiéndose observar en la pregunta número 5.

### Gráfica 7:

De las siguientes situaciones o patologías que puede sufrir una persona migrante irregular ¿cuales cree que son atendidas en el Centro de Salud en España? Puede elegir varias opciones  
4 respuestas



Como penúltima pregunta, se le realizó la misma que a las personas migrantes en el anterior cuestionario. Las opciones más seleccionadas fueron embarazo, VIH y dolor de garganta, con un total de 3 puntos. Las siguientes con 2 puntos fueron menor con migraña, rotura de brazo, cefalea, esquizofrenia y cáncer. Para acabar, la menos vota reuniendo solo un punto fue el hipotiroidismo.

Para finalizar, se les preguntó *¿En qué medida está de acuerdo con la siguiente afirmación: una buena atención primaria a las personas migrantes garantiza una reducción del gasto económico a largo y corto plazo?*, en donde la respuesta predominante fue “muy de acuerdo” a excepción de una persona que puso “de acuerdo”.

## DISCUSIÓN

---

Esta investigación ha tenido como objetivo general conocer la situación de la población migrante latinoamericana con respecto al derecho de la salud. Los resultados muestran que dichas personas creen tener derecho a la salud. No obstante, consideran que se recibe atención solamente en casos de urgencia, siendo atendidos bajo el criterio de emergencia e importancia de la situación. Llama la atención que el 41,7% de los participantes han sentido miedo al ir al Centro de Salud, porque creían que no se les iba a atender por no tener documentación. Además, se factura la consulta y servicio recibido, quebrantando el art. 43 de la Constitución española (1978), en donde se establece la asistencia universal y gratuita de la Sanidad Pública. Además, se puede observar la falta de formación e información con respecto a la facturación, ya que más de la mitad de los encuestados no sabían que es una práctica ilegal, al igual que dos médicos que tampoco lo sabían.

En las encuestas realizadas a los y las profesionales sanitarios, se puede observar que el 60% cree que no se ejerce la Sanidad Universal en España, debido a las barreras que obstaculizan el acceso a la salud que, además, fueron nombradas en el marco teórico. Al igual que comentan que parte la población latinoamericana no pueden ejercer sus derechos por ser reagrupadas ascendentes, por la falta de información o por la exclusión sanitaria existente. Pero sí cabe destacar, que un profesional contestó: *“debería tener derecho a la Sanidad de urgencias y cuando legalice su situación laboral tendrán su derecho como cualquier trabajador”*. Desde hace años, se cree que la Sanidad se sustenta gracias a aquellos que trabajan de manera legal y que, solo ellos y ellas, son los que tienen derecho a la atención médica. Esta información es errónea, ya que “la asistencia sanitaria

en España es una prestación no contributiva cuya financiación se realiza a través de los impuestos y está incluida en la financiación general de cada Comunidad Autónoma” (Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión, (s.f, p.27). Por ende, cualquier persona que se encuentre en España está contribuyendo de una forma u otra a la financiación de la Sanidad mediante la compra de comida, ropa, pagos, etc.

Por otra parte, algunos de los y las participantes perciben haber recibido un trato xenófobo o discriminatorio por parte de los y las profesionales sanitarios, llegando a no acudir por dichas conductas o porque sienten que les van a humillar por su nacionalidad. Esta práctica se ve penalizada gracias a la Ley 15/2022, que lucha para combatir el racismo y conductas discriminatorias. Sí es cierto que como dice Díez (2005, p. 140) hay que considerar que “el grado de xenofobia y racismo existente en la sociedad (...) es mayor del que se deduce de las preguntas directas planteadas a los entrevistados”.

En la pregunta sobre las situaciones o patologías que puede sufrir una persona migrante irregular y que creen que se atenderían en el Centro de Salud, la más votada, tanto por las personas migrantes como por las y los profesionales sanitarios, fue el embarazo, siendo cierta ya las personas migrantes irregulares tienen derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y postparto. Seguidamente salieron más votadas otras como ser un menor con migraña, tener rotura de brazo o cáncer. Tal y como se comentó en el marco teórico, solo pueden acceder al sistema sanitario aquellos que lleven más de 3 meses en territorio español y tengan la tarjeta sanitaria, los y las menores, embarazadas, personas con un diagnóstico de salud mental, diagnosticadas con una enfermedad infecto-contagiosa, enfermedad grave o accidente. Sin olvidar que los requisitos para los 4 primeros casos son disponer de un documento de identidad en vigor,

comprobante de la enfermedad, el empadronamiento y haber solicitado los documentos de las prestaciones sanitarias a personas extranjeras sin residencia legal en territorio español y la declaración responsable de la persona interesada. Esta situación puede verse perfectamente reflejada en el participante que explicó que su esposa tiene cáncer y al ser reagrupados ascendentes y, además, considerados turistas sanitarios, no pueden acceder a ningún tipo de tratamiento gratuito.

Estos cuestionarios han reflejado una pequeña parte de la realidad de la población de América Latina, en donde se ha podido resaltar la falta de formación e información tanto para la población en general y específicamente para los y las profesionales, quienes en teoría deberían estar más concienciados. Por otro lado, se ha podido observar que a pesar de que se ha respondido “Sí” en algunas preguntas como *¿crees que ejerces el derecho a la salud?*, en otras partes como, por ejemplo, que explicaran el porqué a su contestación, comentaban que tenían los servicios mínimos de urgencia, pudiendo ver que en realidad no están ejerciendo plenamente su derecho.

Para concluir, cabe mencionar que esta investigación se ha visto limitada ya que se ha contado con una muestra muy pequeña, por lo que no es representativa de la población migrante latinoamericana y de los y las profesionales sanitarios.

A modo de mejora, hubiera sido interesante y a la vez revelador poder ampliar la muestra con personas de edades más avanzadas que hubieran llegado al país en los últimos años o con más sanitarios y sanitarias de centros en donde se trabaja con mucha población migrante como podría ser en el Centro de Salud de Arona o Adeje.

## CONCLUSIÓN

---

En esta investigación, perteneciente al Trabajo Fin de Grado, se extraen las siguientes conclusiones:

Con respecto al objetivo general, *conocer la situación de la población migrante latinoamericana con respecto al derecho de la salud*, se ha podido observar que en la mayoría de las y los encuestados han tenido, en general, acceso al sistema de salud y han podido ejercer su derecho, aunque han tenido que sortear diferentes obstáculos para poder acceder a su derecho a la salud en España. Además, ha quedado reflejada en algunos testimonios las barreras, tratos xenófobos y discriminatorios y vulneración de derechos y leyes, sin olvidar el quebrantamiento de la salud universal y gratuita española.

El objetivo específico *conocer qué dificultades tiene la población migrante latinoamericana con respecto a la salud y el acceso a los servicios sanitarios*, se ha podido percibir gracias a la aplicación de la investigación realizada y los resultados conseguidos, descritos en apartados más arriba. En especial, destacan barreras administrativas, sociales y culturales.

Se tenía como siguiente objetivo específico *explorar la percepción de la población migrante latinoamericana y profesionales sanitarios sobre el derecho a la salud*, y se ha podido constatar que las personas migrantes perciben tener derecho a la salud, pero que en muchas ocasiones no pueden ejercerlo, satisfactoriamente, debido a la normativa vigente o a la escasa formación de los migrantes o del personal sanitario, en relación a este tema. En la misma línea, por parte de las y los profesionales sanitarios, se



puedo ver que afirmaban, en su mayoría, que las personas migrantes de América Latina no tenían, en ocasiones derecho a la salud debido a diversos obstáculos y a cierta exclusión sanitaria.

Por último, el objetivo específico *comprobar si requiere más formación sobre el derecho a la salud en la población migrante latinoamericana como para las y los profesionales sanitarios*, donde se evidencia, en las respuestas de los cuestionarios, la falta de formación tanto para personas migrantes, profesionales sanitarios como para la población general. Si se formara sobre el acceso al derecho a la salud, probablemente, se podría acabar con algunas de las barreras existentes, con las prácticas ilegales y se aplicarían más a menudo las buenas prácticas. Además, gracias a una buena sensibilización los tratos xenófobos o discriminatorios percibidos por parte de los y las migrantes latinoamericanos encuestados disminuirían.

Entre diversos aspectos que podemos destacar está el de que las personas son titulares de derechos, los cuales deben ser respetados. A pesar de ello, en la actualidad se vulneran muchos de esos derechos de las personas migrantes latinoamericanas, como es el acceso a la sanidad. Además de ello, se enfrentan a unas barreras muy difíciles de traspasar que repercuten en sus vidas, afectando en la salud hasta en temas sociales o políticos. Sumándole la difícil situación que conlleva emigrar a un país ajeno, con diferente cultura, pensamientos, estilos de vida, etc.

Tanto la prevención como el diagnóstico y el tratamiento se encuentran limitados para la población migrante irregular. Lo que hace que se siga perpetuando la exclusión social en el colectivo. Este no acceso a la salud ha conllevado un sinnúmero de consecuencias,

siendo algunas de ellas físicas o psicológicas y que han acabado con la vida de algunos de ellos.

Se puede observar con claridad la exclusión social que sufre la población migrante debido a los prejuicios, el xenofobia o la discriminación, dificultando de esta manera que el colectivo pueda integrarse adecuadamente en el nuevo país. En el mismo hilo, los discursos políticos de odio y las normativas vigentes excluyentes promueven la segregación y que, de esta manera, se sigan vulnerando sus derechos y no sean éstos reconocidos.

Se debe seguir luchando por la sanidad universal, por el cambio de la normativa vigente restrictiva, para que se dejen de violar los derechos humanos, hacerles conocedores de los mismos y empoderar a la población migrante, apoyándolos en el proceso. No se puede olvidar que todos son personas, titulares de derechos, en donde se cumplen todos éstos o no es una sociedad igualitaria.

## REFERENCIAS

---

ACCEM (2022). *Atención humanitaria a personas inmigrantes*. Accem

<https://www.accem.es/personas-inmigrantes/atencion-humanitaria-personas-inmigrantes/>

ACNUR (2022). *Tipos y origen de la inmigración en España*. ACNUR

[https://eacnur.org/blog/inmigraciones-en-espana-tipos-y-origentc\\_alt45664n\\_o\\_pstn\\_o\\_pst/](https://eacnur.org/blog/inmigraciones-en-espana-tipos-y-origentc_alt45664n_o_pstn_o_pst/)

Agencia Tributaria (2023). *La residencia de las personas físicas*. Sede Agencia Tributaria

<https://sede.agenciatributaria.gob.es/Sede/ayuda/manuales-videos-folletos/manuales-practicos/manual-tributacion-no-residentes/contribuyente-residencia/residencia-personas-fisicas.html>

Amnistía (s.f.). *Derecho a la salud en España*. Amnistía Internacional Sección Española.

<https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/espana/derecho-salud/>

Asamblea General de la ONU (1948). *Universal Declaration of Human Rights* (Art. 13) París.

<https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

Atkinson, R. y Flint, J. (2001). *Accessing hidden and hard-to-reach populations: Snowball research strategies*. *Social research update* (Vol. 33, pp.1)

<http://citizenresearchnetwork.pbworks.com/f/accessing+hard+to+reach+populations+for+research.doc>

Auren y OEI (2013). *Turismo de salud en España*. Gobierno de España (pp.10). Madrid.

[https://turismo.gob.es/es-ES/Servicios/Documents/turismo\\_salud\\_espana.pdf](https://turismo.gob.es/es-ES/Servicios/Documents/turismo_salud_espana.pdf)

Ayuso y Pinyol (2010) *Inmigración Latinoamericana en España, el estado de la investigación*.

(Vol. 29, pp.1) Fundación CIDOB.

CEAR. (2021). *Situación Refugiados*. CEAR <https://www.cear.es/situacion-refugiados/>

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000). *General Comment No.14: The*

*Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the Covenant)* (pp. 2).

<https://www.refworld.org/es/docid/47ebcc492.html>

Constitución española (VOE núm.311, de 29 de diciembre de 1978).

del Pozo, J. (2014). *Sanidad o Salud*. Salud Pública y otras dudas.

<https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/2014/06/14/sanidad-o-salud/>

Díez, J. (2005) *Las dos caras de la inmigración* (pp. 140) Madrid: Ministerio de Trabajo y

Asuntos Sociales.

Escobar, M., y Gascón, N. (1996). *Metodología del trabajo social con inmigrantes y refugiados*

(IV ed., pp. 135-145). Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social.

Fernández, A., Borja, C., García, P., e Hidalgo, R. (2010). *Guía para la incorporación del*

*enfoque basado en derechos humanos en las intervenciones de cooperación para el*

*desarrollo*. <https://www.aecid.es/Centro-Documentacion/Documentos/Informes%20y%20gu%C3%ADas/GUIA%20ENFOQUE%20DDHH,20,20>.

Flores, L. (2006). *Mesa de trabajo: "Europa y sanidad pública: el fenómeno del turismo sanitario"* (pp.77). DS: Derecho y salud.

González, S. (2018). *El impacto del RDL 16/2012 en la población migrante irregular. Exclusión sanitaria y producción masiva de vulnerabilidad en España* (Vol. 26, pp.179-187). Dilemata.

i Humet, J. S., Carmona, R., y Torruella, J. (2005). *Análisis de los factores de exclusión social* (pp.84). Fundación BBVA.

INE- Instituto Nacional de Estadística (2022). *Población residentes por fecha, sexo, grupo de edad y nacionalidad (agrupación de países)*. <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=9689>

INE- Instituto Nacional de Estadística (2022). *Estadísticas de Migraciones (EM). Primer semestre 2022*. [https://www.ine.es/prensa/cp\\_j2022\\_p.pdf](https://www.ine.es/prensa/cp_j2022_p.pdf)

Instituto Canario de Estadística (2020). *Población extranjera según sexos y países de nacimiento. Municipios por islas de Canarias y años*. ISTAC. Recuperado a partir de <http://www.gobiernodecanarias.org/istac/jaxi-istac/tabla.do>

Lema, M. (2014). *La reforma sanitaria en España: Especial referencia a la población inmigrante en situación administrativa irregular* (pp. 97). EUNOMÍA. Revista En Cultura De La Legalidad. Recuperado a partir de <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/EUNOM/article/view/2149>

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado. BOE-A-1986-10499. <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14>

Ley 15/2022, de 12 de julio, integral para la igualdad a de trato y la no discriminación. Boletín Oficial del Estado, de 13 de julio de 2022. BOE-A-2022-11589. <https://www.boe.es/eli/es/l/2022/07/12/15>

Ley Orgánica 8/2000 de 22 diciembre, De reforma de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. Boletín Oficial del Estado, 23 de diciembre de 2000. BOE-A-2000-23660. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2000/12/22/8>

Martínez, J., y Fernández, M. (2006). *Inmigración y exclusión social* (pp. 435-470). Razón y fe.

Médicos del Mundo (2023). *Médicos del Mundo*. <https://www.medicosdelmundo.org/>

Médicos del Mundo (2022). *Informe de barreras al Sistema Nacional de Salud en poblaciones vulnerabilizadas*. (pp. 2-17). [https://www.medicosdelmundo.org/sites/default/files/informe\\_barreras\\_web.pdf](https://www.medicosdelmundo.org/sites/default/files/informe_barreras_web.pdf)

Morales, D. (2019) *Buenas prácticas en la intervención en Mutilación Genital Femenina. Sistematización de la experiencia de Médicos del Mundo* (pp. 53-65).

<https://www.medicosdelmundo.org/file/44340/download?token=15GjZbfW>

Moscardó, I. (2019) *Me voy de vacaciones a operarme a España*. Cinco Días.  
[https://cincodias.elpais.com/cincodias/2019/01/23/companias/1548258158\\_824700.html](https://cincodias.elpais.com/cincodias/2019/01/23/companias/1548258158_824700.html)

OEA (2019). *Tercer Informe sobre Venezuela* (OSG/ 285-17) (pp. 2-50) . Washington, DC.  
<https://www.oas.org/documents/spa/press/TERCER-INFORME-VENEZUELA-SPANISH-Final-signed.pdf>

OIM (2020). *ONU Migration. Environmental Migration Portal*. OIM ONU Migration  
<https://environmentalmigration.iom.int/es/migraci%C3%B3n-por-motivos-ambientales>

Organización Mundial de la Salud (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Nueva York.

Organización Mundial de la Salud (2017). *La salud es un derecho humano fundamental*. Naciones Unidas

Parlamento Europeo (2020). *Explorar las causas de la migración: ¿por qué migran las personas?*  
<https://www.europarl.europa.eu/news/es/headlines/world/20200624STO81906/explorar-las-causas-de-la-migracion-por-que-migran-las-personas>

Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1948) Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York.

Quevedo, C. y Rubio, D. (2010). *Salud y acceso a los servicios sanitarios en España: la realidad de la inmigración* (pp.6-7). Fundación Alternativas.  
[https://www.researchgate.net/profile/Dolores-Jimenez-Rubio/publication/238781137\\_Salud\\_y\\_acceso\\_a\\_los\\_servicios\\_sanitarios\\_en\\_Espana\\_la\\_realidad\\_de\\_la\\_inmigracion/links/00b49529e3fb3ba004000000/Salud-y-acceso-a-los-servicios-sanitarios-en-Espana-la-realidad-de-la-inmigracion.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Dolores-Jimenez-Rubio/publication/238781137_Salud_y_acceso_a_los_servicios_sanitarios_en_Espana_la_realidad_de_la_inmigracion/links/00b49529e3fb3ba004000000/Salud-y-acceso-a-los-servicios-sanitarios-en-Espana-la-realidad-de-la-inmigracion.pdf)

RAE. (2022). En RAE. <https://dle.rae.es>

Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril. De medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. 24 de abril de 2012. BOE-A-2012-5403. <https://www.boe.es/eli/es/rdl/2012/04/20/16/con>

Real Decreto-ley 20/2012 de 13 de julio. De medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad. 14 de julio de 2012. BOE-A-2012-9364. <https://www.boe.es/eli/es/rdl/2012/07/13/20>

Real Decreto-ley 7/2018 de 27 de julio. Sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado. 30 de julio de 2018. BOE-A-2018-17992. <https://www.boe.es/eli/es/rdl/2018/12/28/28>



Gobierno de España (2022) *Reforma Sanitaria*. Ministerio de Sanidad.

<https://www.sanidad.gob.es/gabinetePrensa/reformaSanidad/claves.htm>

Rodríguez, Fonseca, Carmona y Rivero (2023). *Viaje a la “tierra prometida”: ¿Por qué emigran los cubanos? (I)*. CUBADEBATE

Rodríguez, J., y Ausín, T. (2018). *Vulnerabilidad, justicia y salud global* (pp. 1-4). Dilemata.

Rodríguez, R. F. (2010). *La opinión pública de las Islas Canarias ante la inmigración. Una década de encuestas en la frontera Sur de la UE* (pp. 176) Universidad de La Laguna.  
[https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/11723/A\\_02\\_%282010%29\\_08.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/11723/A_02_%282010%29_08.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Roldán, E. (2008). *Políticas de Servicios Sociales*. Madrid: Síntesis.

Rubio, M. (2021). *El arduo camino hacia la universalidad de la asistencia sanitaria de los inmigrantes irregulares en España* ( VI ed., Vol. 1, pp. 343-369). e-Revista Internacional de la Protección Social. <https://doi.org/10.12795/e-RIPS.2021.i01.16>

Ruiz, A., Escudero, M., López, L., Gil, E., March, J. y López, D. (2020). *La perspectiva de personas migrantes sobre el acceso a la atención sanitaria en el contexto de políticas de austeridad en Andalucía* (261-267). Gaceta Sanitaria.

Salman, R. (2018). *Mejoras en la salud y en la inserción social con el programa “con los migrantes para los migrantes” (mimi) para el desarrollo de capacidades interculturales*

y la alfabetización sanitaria. *La mediación intercultural en la atención sanitaria a inmigrantes y minorías étnicas: Modelos, estudios, programas y práctica profesional* (pp. 257).

Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión, s.f.. *Financiación* (pp. 27).

Ministerio de Sanidad y Consumo. D.G de Cohesión del Sistema de Salud y Alta Inspección.

Subirats, J., Riba, C., Giménez, L., Obradors, A., Giménez, M., Queralt, D., y Rapoport, A. (2004). *Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea* (pp. 7-33). Barcelona: Fundación La Caixa.

Tezanos, J. F. (2007). *Nuevas tendencias migratorias y sus efectos sociales y culturales en los países de recepción. Doce tesis sobre migración y exclusión social* (pp. 11-34). Revista Española de Investigación Sociológicas.

Tezanos, J. F. (2008). *Causas y tendencias de los procesos migratorios de nuestra época*. En A. Guerra y J. F. Tezanos (ed.). *La inmigración y sus causas*. Madrid: Sistema

ISTAC (2020). *Población extranjera según sexos y países de nacimiento. Municipios por islas de Canarias y años*. Gobierno de Canarias.

Vega, G., Ávila, J., Vega, A., Camacho, N., Becerril, A., y Leo, G. (2014). *Paradigmas en la investigación. Enfoque cuantitativo y cualitativo* (pp. 525-526). European Scientific Journal.

Viera, C.L. (2006). *Demografía de los extranjeros: incidencia en el crecimiento de la población* (pp.11). Fundación BBVA

Yo Sí Sanidad Universal (2018) *Guía de facturación.*

[https://yosisanidaduniversal.net/media/pages/materiales/exclusion-sermas/guia-sobre-facturacion-en-el-sermas/1986997228-1576313745/guia\\_sobre\\_facturacion.pdf](https://yosisanidaduniversal.net/media/pages/materiales/exclusion-sermas/guia-sobre-facturacion-en-el-sermas/1986997228-1576313745/guia_sobre_facturacion.pdf)