

Barreras y dificultades en el acceso a la atención y tratamiento de las personas migrantes y solicitantes de asilo con el VIH en España

División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis

Ministerio de Sanidad

Marzo de 2022

Elaboración del informe. Laura Granés, Rosa Polo, Luisa López y Julia del Amo.

División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis. Ministerio de Sanidad. Madrid.



Índice de Contenido

1. Introducción.....	3
2. El acceso a atención y tratamiento de las personas con el VIH como prioridad en salud pública....	4
3. Metodología	5
4. Resultados	6
4.1. Dificultades de acceso a la atención y tratamiento de las personas migrantes con el VIH en situación administrativa incierta	6
4.1.1. Personas extranjeras que llevan menos de 90 días en España	7
4.1.2. Personas extranjeras que llevan más de 90 días en España	7
4.2. Colectivos de especial vulnerabilidad.....	9
4.3. Dificultades de acceso a la atención y tratamiento de las personas con el VIH solicitantes de protección internacional.....	10
4.4. Otras situaciones	12
4.4.1. Personas extranjeras que llegan a España mediante un proceso de reagrupación familiar ...	12
4.4.2. Personas extranjeras que se encuentran en España de forma temporal.....	12
4.4.3. Dificultades añadidas como consecuencia de la COVID19	12
4.5. Resultados de la Encuesta a las CCAA.....	13
5. Puntos clave	18
6. Agradecimientos	19
7. Referencias bibliográficas.....	20

1. Introducción

La asamblea general de Naciones Unidas acordó en 2018 el Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular¹. Entre sus objetivos se encuentran reducir las vulnerabilidades a las que se enfrentan las personas migrantes, protegiendo sus derechos humanos y proporcionándoles atención y asistencia, y crear las condiciones propicias que permitan a las personas que migran contribuir al desarrollo sostenible a nivel local, regional, nacional y global. La consecución de estos objetivos conlleva garantizar el Acceso Universal a la Salud, definido como el acceso a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos y de calidad de acuerdo con las necesidades de las personas y comunidades sin discriminación alguna.

A finales de 2020, el número de personas originarias de otros países que residían en España era superior a los 5 millones, con un incremento de 137.120 respecto al año anterior², cifra a la que se deben añadir las 41.861 personas que llegaron a España durante ese año por vía marítima o terrestre, encontrándose en situación administrativa incierta³. Además, se recibieron 86.154 solicitudes de asilo presentadas en territorio nacional⁴.

En España, el derecho a la salud fue agudamente vulnerado en las personas migrantes y solicitantes de asilo en el contexto del 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 prestaciones⁵ (en adelante Real Decreto-ley 16/2012), cuya implementación ocasionó una amplia reacción de organizaciones de la sociedad civil y asociaciones profesionales⁶.

Seis años más tarde, la aprobación del Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud⁷ (en adelante Real Decreto-ley 7/2018) significó un gran avance en materia de derechos humanos de las personas migrantes, ya que en él se establece que *“Las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España tienen derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española”*. A pesar de ello, algunas imprecisiones en su redacción y la complejidad de los procedimientos administrativos sigue dificultado el acceso de las personas migrantes y solicitantes de asilo a los servicios sanitarios en España, hecho que afecta especialmente a colectivos vulnerables, como son las personas con el VIH.

En el año 2020, se notificaron en España 1.925 nuevos diagnósticos de VIH (una cifra notablemente inferior a los 3.965 casos de 2018, última cifra consolidada y previa a la pandemia por la COVID-19 que anticipamos explica este retraso en la notificación, unido al infradiagnóstico e infradeclaración), de los cuáles el 33,9% eran personas originarias de otros países, mayormente de Latinoamérica. El porcentaje de nuevos diagnósticos en personas extranjeras fue aún mayor en el caso de las mujeres, ya que el 51,8% habían

nacido fuera de España⁸. Por otro lado, el diagnóstico tardío (definido como un valor de CD4 inferior a 350 células/ μ l en la primera determinación tras el diagnóstico) es más frecuente en personas de origen extranjero, siendo las más afectadas aquellas que provienen de Europa Central y del Este, con un 66,7% de los casos frente al 44,2% de las personas con el VIH nacidas en España⁸. Este dato puede ser el reflejo de las diferencias en el acceso a la atención entre personas de origen español y personas migrantes.

Algunos estudios han explorado las barreras en el acceso a la atención y al tratamiento de las personas migrantes con el VIH en España, barreras que repercuten tanto en la salud del individuo como en la salud de la población, ya que el diagnóstico y tratamiento tardío pueden ocasionar un aumento de la transmisión en la comunidad⁹.

Los resultados de la cohorte española del estudio *advancing Migrant Access to health Services in Europe*¹⁰, en el que participaron 672 personas con diagnóstico de VIH nacidas en países extranjeros pero residentes en España entre 2013 y 2015, indicaron que una de cada cinco personas identifica barreras en el acceso a los servicios sanitarios. Las principales barreras percibidas fueron el tiempo de espera para una cita médica, no tener tarjeta sanitaria y el tiempo de espera en el centro de salud. No conocer los propios derechos sanitarios y el idioma fueron otras de las barreras experimentadas. El requerimiento de estar registrado en la comunidad autónoma para obtener la tarjeta sanitaria se ha descrito también como un obstáculo¹¹. Por otro lado, las experiencias positivas en cuanto al acceso de las personas migrantes con el VIH al Sistema Nacional de Salud se han relacionado con el soporte y acompañamiento de organizaciones no gubernamentales (ONG) y de otras personas extranjeras que ya conocían el proceso¹¹.

Diversas ONG han reportado casos de exclusión sanitaria de personas migrantes y solicitantes de asilo con el VIH en España. El grupo “Yo Sí Sanidad Universal” recoge varios ejemplos en su “Informe sobre la exclusión sanitaria a un año del RDL 7/2018”¹². Las barreras en el acceso al sistema de salud que se exponen en el informe afectan a diversos colectivos, incluyendo personas que llevan menos de 90 días en España, personas en situación administrativa incierta, colectivos vulnerables como mujeres embarazadas y menores y personas con permiso de residencia en España.

2. El acceso a atención y tratamiento de las personas con el VIH como prioridad en salud pública

La asamblea general de Naciones Unidas, recoge en su declaración política sobre el VIH y el SIDA¹³ las conclusiones de la reunión plenaria celebrada en junio de 2021. En ella se establece que para acabar con la epidemia del SIDA en 2030 y acelerar el proceso hacia los objetivos de desarrollo sostenibles, es urgente llevar a cabo acciones que pongan fin a las desigualdades sociales, a las leyes discriminatorias

y restrictivas y a las violaciones de derechos humanos que perpetúan la epidemia del SIDA en el mundo, como es la exclusión sanitaria de personas migrantes y solicitantes de asilo.

ONUSIDA estableció el objetivo 95-95-95 como estrategia para acabar con la epidemia del SIDA en 2030. Este objetivo se traduce en lograr que el 95% de las personas con el VIH sean conocedoras del diagnóstico, que el 95% de las personas diagnosticadas estén bajo tratamiento antirretroviral (TAR) y que el 95% de las personas en tratamiento consigan la supresión viral¹⁴. Existe actualmente evidencia suficiente para afirmar que la supresión viral mantenida, con una adherencia completa al TAR y al seguimiento en la consulta, disminuye la transmisión del VIH a cifras despreciables¹⁵ y que por tanto, una de las mejores estrategias de prevención es tratar, siendo necesario asegurar el acceso a los fármacos antirretrovirales⁹.

El acceso temprano al TAR ha demostrado importantes beneficios tanto en relación a la aparición de complicaciones de la infección por el VIH¹⁶, como en términos de calidad de vida¹⁷. En el contexto español, el TAR ha evitado 323.651 muertes por el SIDA, 500.120 casos de SIDA y 161.417 casos de infección por el VIH en el transcurso de 32 años¹⁸. El análisis de coste-efectividad desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud demuestra que el coste económico que supondría no haber evitado esas cifras en muertes, casos del SIDA y nuevas infecciones por el VIH supera claramente el coste del TAR.

Por tanto, asegurar que todas las personas con el VIH, con independencia de su origen y estado administrativo, tengan acceso a atención y tratamiento, debe considerarse una prioridad para la salud pública en nuestro país.

El objetivo de este trabajo es identificar las barreras y dificultades en el acceso a la atención y tratamiento de las personas migrantes y solicitantes de asilo con el VIH en España en el año 2022, globalmente y en las diferentes CCAA.

3. Metodología

Para la elaboración de este informe se ha realizado una revisión bibliográfica que ha incluido la búsqueda de informes (literatura gris) y artículos científicos elaborados por grupos de investigación, universidades y ONG. Adicionalmente se ha llevado a cabo una revisión de la legislación actual en materia de derechos de acceso al sistema de salud para las personas extranjeras. Por otro lado, se contactó con todos los coordinadores de VIH de las CCAA, así como con diversas instituciones y ONG que atienden y asesoran a personas migrantes y solicitantes de asilo con el VIH, como el servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario Ramón y Cajal, la ONG Salud entre Culturas, Médicos del Mundo, Acción Triángulo, CESIDA y Cruz Roja. Se realizó un grupo focal con participación de las instituciones y ONG antes descritas, en el cual se plantearon preguntas en relación a las barreras previamente identificadas en la fase de

revisión bibliográfica. El grupo focal se llevó a cabo de forma virtual, fue videograbado y se extrajo la información más relevante a partir de su transcripción, todo ello previo consentimiento de todos los participantes. Por último, a través de estas organizaciones, se mandó una encuesta a miembros de SEISIDA, el grupo de entidades de CESIDA y a las diferentes sedes territoriales de Médicos del Mundo con el objetivo de recabar información en las diferentes CCAA. En la encuesta se recogía la asociación a la que pertenecía el participante, la comunidad autónoma, la puntuación global que el participante otorgaba a su comunidad autónoma en cuanto a las facilidades para acceder al sistema sanitario para las personas migrantes y, por último, se proponían una serie de barreras que debían seleccionar si las consideraban propias de su comunidad autónoma. En las barreras que se proponían, se diferenció entre la imposibilidad y la dificultad para acceder al sistema sanitario si no se cumplía una condición específica. Los resultados se recogieron en un formulario Google y se analizaron utilizando el programa de análisis estadístico STATA 14.

4. Resultados

Los resultados se han estructurado considerando las barreras en el acceso a atención y tratamiento en cuatro grupos distintos: Migrantes en situación administrativa incierta, colectivos vulnerables, solicitantes de asilo internacional y otras situaciones. Por último, se ha incluido una quinta sección en la que se presentan los resultados la encuesta a las diferentes entidades en las CCAA.

4.1. Dificultades de acceso a la atención y tratamiento de las personas migrantes con el VIH en situación administrativa incierta

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud¹⁹ (en adelante Ley 16/2003) concedía el derecho a la asistencia sanitaria a todos los extranjeros inscritos en el padrón municipal, independientemente de su situación administrativa.

La entrada en vigor del Real Decreto-ley 16/2012, que modificó varios artículos de la Ley 16/2003, supuso un enorme retroceso en los derechos de las personas migrantes, que quedaron privadas del derecho a la salud, preservándolo únicamente en el caso de mujeres embarazadas, menores y situaciones de urgencia por enfermedad grave o accidente. La utilidad de esta medida se justificó a partir del Informe de fiscalización de la Gestión de las Prestaciones de Asistencia Sanitaria derivadas de la aplicación de los Reglamentos Comunitarios y Convenios Internacionales de la Seguridad Social²⁰ en el que se hace mención a defectos en la facturación de gastos sanitarios y usos fraudulentos de la tarjeta sanitaria europea, concluyendo que el llamado “turismo sanitario” acarrea un gran gasto sanitario para España.

Sin embargo, esta medida fue calificada de desproporcionada e ineficaz por expertos en derecho administrativo²¹, economía de la salud²² y salud global²³.

Posteriormente, la redacción del Real Decreto-ley 7/2018 derogó el Real Decreto-ley de 2012, con el objetivo de devolver el derecho a la asistencia sanitaria a las personas extranjeras. A pesar de ello, algunas inconcreciones en su redacción y la previa ausencia de un Reglamento de desarrollo de la Ley 16/2003, ha dificultado la recuperación de la universalidad en algunas CCAA.

4.1.1. Personas extranjeras que llevan menos de 90 días en España

El Real Decreto-ley 7/2018 determina que las personas en situación de estancia temporal – definida como la permanencia en territorio español por un periodo de tiempo no superior a 90 días – necesitaran la emisión de un informe favorable de servicios sociales para poder acceder de forma gratuita a la atención sanitaria, condición orientada a evitar el “turismo sanitario”. Sin embargo, existen diferentes barreras en el proceso de obtención de este informe en algunas CCAA.

Diversos informantes afirman que en la Comunidad de Madrid no se está dando acceso a atención ni tratamiento con cargo a fondos públicos a ninguna persona que lleve menos de 90 días en España, independientemente de la obtención del informe de servicios sociales. En el resto de CCAA existen mecanismos para que las personas que aún no llevan 90 días en territorio español, puedan acreditar que no son turistas y acceder a la atención y tratamiento. Aun así, se debe considerar que existen otras barreras, como largos tiempos de espera para obtener una cita con servicios sociales. Desde algunas ONG afirman que es posible demostrar que una persona migrante no es un turista sanitario por otras vías distintas al informe de servicios sociales, por lo que reclaman que se acepten otros documentos que puedan demostrar intención de permanencia en España. Además, en el caso de personas migrantes con el VIH que lleguen a España sin tratamiento, es prioritario establecer circuitos específicos que faciliten la continuidad del TAR, ya que su ausencia acarrea graves consecuencias en la salud de la persona y en la de la comunidad.

4.1.2 Personas extranjeras que llevan más de 90 días en España

El Artículo 3 ter. del Real Decreto-ley 7/2018 establece que *“las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España tienen derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española”*.

Para considerar que una persona extranjera que entra en España sin necesidad de visado o con visado de turista está en situación administrativa incierta, debe trascurrir un periodo de tiempo que, por lo general, es de 90 días (salvo que el visado determine un tiempo distinto). Noventa días es el periodo en el que una persona que ha entrado con visado puede permanecer en España como turista y es también

el periodo en el que una persona que proviene de algún país de la Unión Europea puede permanecer en España sin necesidad de inscribirse en el Registro Central de Extranjeros. Cuando este período de 90 días ha transcurrido y la persona no ha obtenido un nuevo permiso ni se ha registrado, es cuando pasa a encontrarse en situación administrativa incierta. Considerando lo anterior, cualquier persona no autorizada ni registrada en España, que lleva más de 90 días en territorio español, y por tanto ya no es considerada turista, tiene derecho a la atención sanitaria. Esta atención será con cargo a los fondos públicos de la administración si se cumplen 3 requisitos: El primero es no tener 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. En segundo lugar, no poder exportar el derecho de cobertura sanitaria desde su país de origen y, en tercer lugar, no existir un tercero obligado al pago. El Real Decreto-ley 7/2018 añade que serán las CCAA que fijarán el procedimiento para la solicitud y expedición del documento certificativo que acredite a las personas extranjeras para poder recibir la prestación asistencial. En relación a este procedimiento, se han identificado distintas barreras que se exponen a continuación. Cabe mencionar que la elaboración de un Reglamento de Desarrollo de la Ley 16/2003 , en el que se establezcan los mecanismos de control, conducentes a garantizar el cumplimiento del derecho al acceso a la sanidad, se ha identificado como una posible solución a esta problemática.

Tiempo de espera para realizar el trámite

En la mayoría de CCAA este trámite se puede realizar en el centro de salud que corresponda por domicilio. En la Comunidad de Madrid, este proceso ya no se lleva a cabo en los centros de salud desde noviembre de 2021, momento en el que se pusieron en marcha las llamadas “Unidades de Tramitación” (UT). Actualmente hay 7 UT para toda la Comunidad de Madrid. A pesar de que la apertura de estas unidades pretendía brindar una atención ágil y personalizada, desde diversas instituciones y ONG aseguran que los tiempos de espera para conseguir cita están siendo superiores a 6 meses en algunas UT. Esta situación ocasiona que muchas personas que cumplen todos los requisitos estén meses sin poder acceder a atención ni tratamiento.

Dificultades en el empadronamiento

Para muchas personas migrantes, especialmente aquellas con pocos recursos económicos, el empadronamiento puede ser un trámite difícil, tanto para aquellas que no tienen posibilidad de tener un contrato de alquiler o de suministros a su nombre como para aquellas que se encuentran en situación de *sinhogarismo*. A pesar de que el Real Decreto-ley 7/2018 no menciona la inscripción al padrón municipal como requisito de acceso para las personas sin permiso de residencia en España, en la normativa específica de todas las CCAA se establece este requisito. Algunas CCAA como Baleares, Navarra o Canarias piden la inscripción al padrón sin establecer un tiempo mínimo desde el empadronamiento,

mientras que en la mayoría de CCAA se exigen un mínimo de 3 meses inscritos en el padrón. El requisito de los tres meses aparece en un documento elaborado por Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia²⁴ acerca de 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.” En las recomendaciones también se proponen como válidos otros documentos distintos a la inscripción en el padrón municipal, en caso de no ser esta posible, como por ejemplo documentos oficiales de cualquier Administración del Estado, inscripciones en centros educativos o visitas a servicios sociales. Sin embargo, en algunas CCAA no siempre es fácil que se acepten documentos distintos al padrón. Es el caso de la Comunidad de Madrid, en la que no se están aceptado documentos distintos al padrón. Según informan diversas instituciones y ONG esta barrera en Madrid resulta infranqueable en muchas ocasiones. En otras CCAA se aceptan informes de ONG o informes emitidos por los centros hospitalarios, especialmente si la persona necesita acceder a TAR y no puede empadronarse por algún motivo. En el caso de Madrid, explican, sólo se acepta el padrón sin excepciones, y se han producido casos de exclusión en personas que necesitan acceder al TAR a una semana de cumplir los 90 días desde el empadronamiento.

Dificultades para acreditar que no se puede exportar el derecho de cobertura sanitaria desde su país de origen

Existen diversas barreras para acreditar que no se puede exportar el derecho a la cobertura sanitaria desde el país de origen o procedencia. Por un lado, se trata de un procedimiento complejo, que se realiza mediante la embajada del país de origen, que puede tener o no sede en España. Por otro lado, resulta muy complicado conseguir que un país afirme que no da ningún tipo de soporte sanitario a un ciudadano nacional. En algunas CCAA, como es el caso de Canarias, se acepta una declaración jurada en caso de que existan muchas dificultades para obtener un certificado que acredite que no se tiene el derecho a la exportación de la cobertura.

4.2. Colectivos de especial vulnerabilidad

Históricamente, la universalidad del Sistema Nacional de Salud ha protegido especialmente a algunos colectivos de personas extranjeras como las mujeres embarazadas, los menores de edad y las personas que han sufrido un accidente y requieran atención urgente. En estos casos, la Ley 16/2003 otorgaba el derecho a la atención sanitaria con independencia de su situación administrativa y sin mencionar tampoco la necesidad de empadronamiento, facilitando plenamente el acceso en situaciones de vulnerabilidad. El Real Decreto-ley 7/2018 no hace una mención específica a estos colectivos, hecho que está ocasionando casos especialmente graves de exclusión. Desde las ONG aseguran tener conocimiento

de casos en la Comunidad de Madrid de mujeres embarazadas que temen tener que pagar la atención al parto en un hospital y están dando a luz en sus casas. Por otro lado, explican que la situación actual podría dar lugar a casos de transmisión vertical del VIH en Madrid, ya que desde algunas ONG están consiguiendo TAR de forma alegal para mujeres embarazadas en situación administrativa incierta, pero podrían no estar llegando a todas las que lo necesitan.

4.3. Dificultades de acceso a la atención y tratamiento de las personas con el VIH solicitantes de protección internacional

El derecho a asilo internacional está sujeto al reconocimiento de la condición de refugiado. Esta condición es reconocida a toda persona que, debido a fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, opiniones políticas, pertenencia a determinado grupo social, de género u orientación sexual, se encuentra fuera del país de su nacionalidad y no puede o no quiere acogerse a la protección de tal país.

El artículo 36 de la Ley 12/2009, de 30 de octubre, reguladora del derecho de asilo y de la protección subsidiaria²⁵ (en adelante Ley de asilo) determina que la concesión del derecho de asilo o de la protección subsidiaria implica el reconocimiento del derecho al acceso a la educación, a la asistencia sanitaria, a la vivienda, a la asistencia social y servicios sociales entre otros, en las mismas condiciones que los españoles.

La falta de desarrollo reglamentario de la Ley de asilo 13 años después de su elaboración genera lagunas legales tal y como señalan algunos expertos de la *Clínica Jurídica per la Justicia Social* de la *Universitat de València*²⁶. Esta falta de reglamento tiene consecuencias en diversos ámbitos.

Por un lado, no existe reglamento para hacer efectivo el derecho a solicitar asilo en España mediante las embajadas españolas en países extranjeros, manteniéndose como única vía su realización de forma presencial en territorio español. Esta falta de reglamento tiene especial repercusión en personas con el VIH que, debido a la discriminación o negación de derechos humanos que les ocasiona su estado serológico en sus países, quieran solicitar asilo en España y no tengan los recursos para entrar en nuestro país con sus propios medios.

Por otro lado, la falta de reglamento implica que los requisitos para el ejercicio de los derechos en materia de salud durante el proceso de solicitud de asilo no están claramente establecidos. Esto ocasiona especialmente dificultades de acceso a atención y tratamiento antes de que el derecho a asilo sea concedido, es decir, cuando aún no se ha autorizado la permanencia del solicitante en España. Si bien es cierto que el documento de solicitud de asilo previamente a su resolución se debería considerar válido para acceder al sistema de salud, no es suficiente en algunas CCAA. Es el caso de la Comunidad de

Madrid, en la que, una vez realizada la solicitud de asilo se debe tramitar el documento de asistencia sanitaria para ciudadanos solicitantes de protección internacional o DASPI. El tiempo de espera desde que se solicita la DASPI hasta que se concede puede ser de hasta 6 meses. Una vez solicitado, las personas solicitantes pueden acceder al sistema de salud de forma gratuita, pero, en caso de denegarse la DASPI se pasaría a cobrar la asistencia prestada. Por otro lado, no es infrecuente que la tarjeta sanitaria provisional de los solicitantes de asilo caduque antes de que se obtenga una resolución de la solicitud de asilo, momento en que la persona solicitante debe reiniciar el proceso para obtener de nuevo el acceso al sistema de salud.

Desde los centros hospitalarios que atienden a este perfil de pacientes insisten en que los solicitantes de asilo internacional que necesitan tratamiento médico, y específicamente tratamiento para el VIH, son una pequeña minoría que no suponen un coste significativo para el sistema nacional de salud y en que la continuidad del TAR debe ser una prioridad. La ONG Apoyo+ reporta haber prescrito TAR en Madrid a 69 personas solicitantes de asilo que no podían acceder al tratamiento por otra vía durante los años 2020 y 2021.

Algunos responsables de la coordinación del VIH en las CCAA han facilitado información en relación al estado de esta cuestión en su comunidad autónoma tras realizarse una consulta desde la División de Control del VIH, ITS, Hepatitis víricas y TB (DCVIHT).

El coordinador del VIH en la Comunidad de Aragón asegura que el acceso a tratamiento para las personas con el VIH está garantizado. Hacen referencia a una Instrucción de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Aragón, del 23 de mayo de 2017 en la que se especifican las condiciones de acceso al tratamiento gratuito por motivos de salud pública²⁷. En esta instrucción se determina que las personas que padezcan una enfermedad de declaración obligatoria, entre las cuales se incluye la infección por el VIH, tendrán acceso al tratamiento de forma gratuita.

Desde Asturias afirman que todas las personas con el VIH tienen acceso a atención y tratamiento, pero especifican que deben estar empadronadas. Añaden que son las ONG las que se encargan de minimizar las dificultades para probar el domicilio habitual y poder realizar la inscripción al padrón.

La comunidad autónoma de Baleares reporta que no ha habido problemas para asegurar la atención de las personas solicitantes de asilo, a las que no se le pide la inscripción al padrón.

Por su parte, Canarias, Cataluña, Extremadura, la Rioja, País Vasco, la Comunidad Valenciana y Melilla informan que no se ha detectado ninguna incidencia en relación a la atención sanitaria de las personas demandantes de asilo que precisan TAR y que existen circuitos que facilitan este acceso en colaboración con los centros de salud, servicios sociales, entidades comunitarias o las propias oficinas de coordinación.

No se obtuvo respuesta desde las oficinas de coordinación del VIH en las CCAA de Andalucía, Cantabria, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Galicia, Madrid, Murcia, Navarra y la Ciudad Autónoma de Ceuta.

4.4. Diferentes situaciones que requieren atención

4.4.1. Personas extranjeras que llegan a España mediante un proceso de reagrupación familiar

Los familiares de personas extranjeras que tienen permiso de residencia en España pueden solicitar un permiso de residencia temporal, en virtud del derecho a la reagrupación familiar, tal y como se estipula en la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social²⁸. El derecho de reagrupación familiar es aplicable al cónyuge o pareja, hijo/a y su cónyuge o pareja y ascendiente de primer grado y su cónyuge o pareja. A pesar de que los familiares reagrupados tienen permiso de residencia en España y por tanto se encuentran en situación regular, no gozan de la condición de asegurados del Instituto Nacional de la Seguridad Social y, de la misma manera que las personas migrantes en situación irregular, deben acreditar que no tienen derecho a la exportación de la cobertura sanitaria desde su país de origen o contratar un seguro privado que cubra la asistencia y el tratamiento en España. Se debe considerar que acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria mediante un seguro privado puede ser muy complicado para las personas mayores con el VIH, ya que, por un lado, son muchas las empresas aseguradoras las que no cubren el TAR y, por otro, tener una patología crónica previa supone costes muy elevados en la contratación de las pólizas.

4.4.2. Personas extranjeras que se encuentran en España de forma temporal

Informantes de ONG han identificado algunas barreras en el aprovisionamiento de TAR en personas que se encuentran en España de forma temporal con un visado de estudios. Los estudiantes que entran en España con visa de estudios necesitan un seguro médico que cubra la prestación sanitaria durante su estancia. En muchas ocasiones, no es posible conseguir un seguro que cubra el TAR, por lo que estas personas optan por traer la medicación desde su país de origen. Sin embargo, sólo es posible entrar a España con medicación para 3 meses. Además, tampoco se puede recibir TAR que haya sido enviado desde el país de origen, ya que al llegar a aduanas no se autoriza la entrada de la medicación a pesar de tener un informe que certifique el uso particular de esta medicación.

4.4.3. Dificultades añadidas como consecuencia de la COVID19

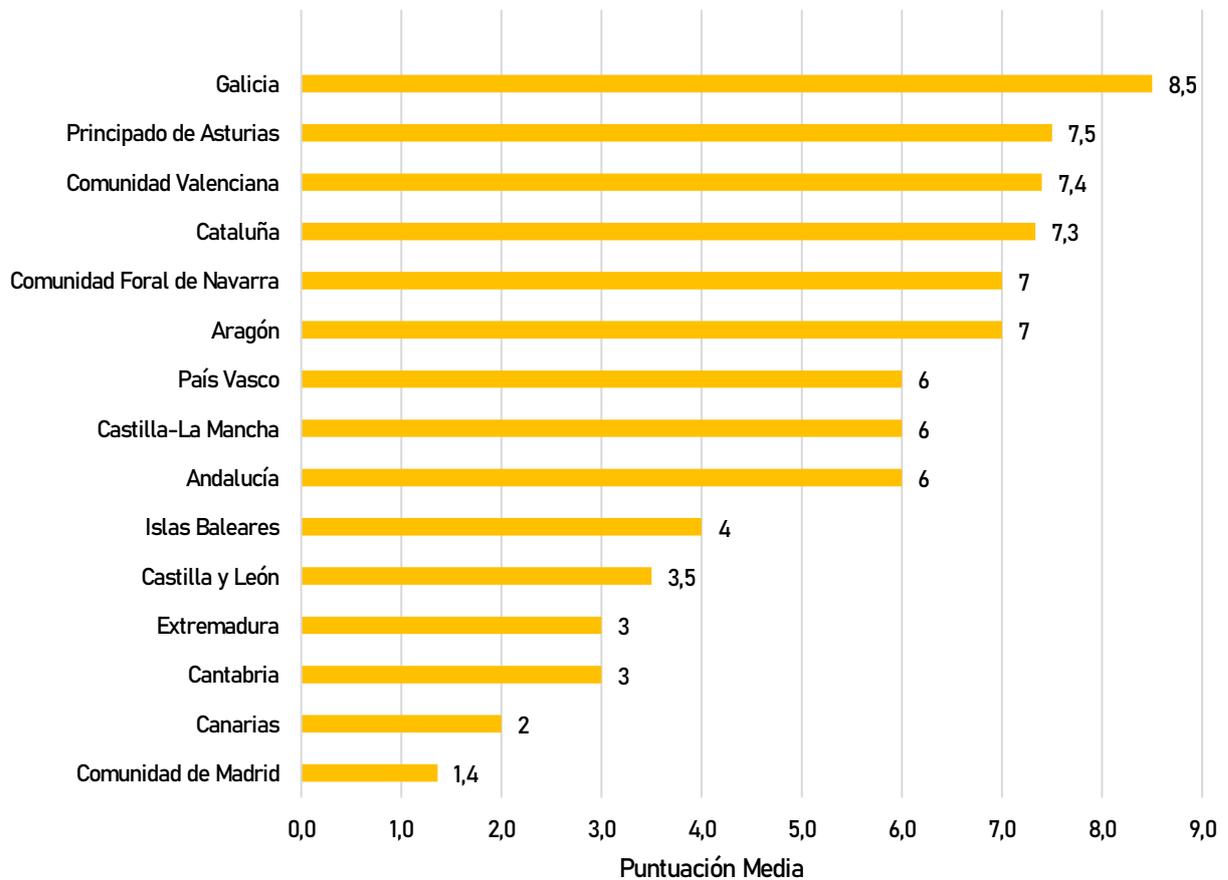
La pandemia de la COVID-19 se ha relacionado con un empeoramiento del acceso a la atención sanitaria de las personas migrantes. Los motivos parecen estar relacionados con la falta de información y la falta de comunicación efectiva que posibilite a las personas migrantes comprender cómo acceder a los sistemas de salud. Las barreras lingüísticas y comunicativas ya eran un factor que dificultaba el acceso previamente a la pandemia, pero la transición de la presencialidad a la atención telemática ha empeorado

la situación²⁹. Por otro lado, la situación de alta demanda en los centros de salud ha significado un empeoramiento en el acceso para toda la población, pero aún más para aquellas personas que están menos familiarizadas con el funcionamiento del sistema. Por último, la interrupción o enlentecimiento de muchos de los procesos requeridos para la realización de trámites administrativos también ha tenido consecuencias para estas personas³⁰. Como resultado, y tal como denuncia Médicos del Mundo, se han duplicado los casos de exclusión sanitaria en la Comunidad de Madrid durante la pandemia³¹.

4.5. Resultados de la Encuesta a las CCAA

Cuarenta ONG e instituciones participaron en la encuesta en un total de 15 CCAA. No se consiguió la participación de Murcia y la Rioja y de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. La Comunidad Autónoma con más organizaciones participantes fue la Comunidad de Madrid, con un total de 11 entidades e instituciones, seguido del País Vasco, con 6, y en tercer lugar la Comunidad Valenciana con 5 organizaciones. En algunas CCAA sólo participó una entidad: Aragón, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Comunidad Foral de Navarra, Extremadura e Islas Baleares.

Figura 1. Puntuación media adjudicada a las Comunidades Autónomas considerando que 0 equivalía a “Las barreras en el acceso a atención y tratamiento son infranqueables” y 10 equivalía a “Existen muchas facilidades para acceder a atención tratamiento”. Se debe tener en cuenta que en las CCAA en las que sólo participó una entidad se muestra la puntuación dada por esa entidad.



La comunidad autónoma con una peor puntuación global, fue la Comunidad de Madrid, con una media de 1.4. Con puntuaciones inferiores a 5 se sitúan otras CCAA como Cantabria, Extremadura, Castilla y León e Islas Baleares. Las CCAA que recibieron mejores puntuaciones fueron Galicia, Principado de Asturias, Comunidad Valenciana y Cataluña.

En relación a las barreras identificadas, en cuatro CCAA, Andalucía, Cataluña, Comunidad Valenciana y País Vasco, alguna de las entidades participantes consideró que no existía ninguna de las barreras propuestas en relación a las dificultades de acceso a atención y tratamiento tanto en el grupo de personas migrantes en situación administrativa incierta como en el grupo de solicitantes de asilo.

En relación a las barreras más estrictas, la imposibilidad de acceder al sistema de salud antes de los 90 días desde la llegada a España sólo fue identificada en la Comunidad de Madrid, por 7 de las 11 organizaciones participantes. La imposibilidad de acceder sin inscripción al padrón fue identificada en Andalucía, en Galicia, en el Principado de Asturias y en la Comunidad de Madrid. Las barreras identificadas en un número mayor de CCAA fueron las dificultades para acceder al sistema de salud antes de los 90 días desde la llegada a España y las dificultades si no se está empadronado. Los largos tiempos de espera se identificaron en varias CCAA: Andalucía, Canarias, Cantabria, Cataluña, Comunidad

Valenciana, Madrid y País Vasco. La falta de protocolo fue también identificada en numerosas CCAA, incluyendo Aragón – siendo única barrera identificada en esta comunidad – Andalucía, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Cataluña, Comunidad de Madrid y Baleares. Tan solo cuatro entidades consideraron que las dificultades se relacionaban con el acceso al tratamiento y no con el acceso a la atención en cuatro CCAA: Cantabria, Castilla y León, Castilla la Mancha y Cataluña.

Un 15% de las entidades participantes indicaron que los colectivos vulnerables como las mujeres embarazadas y los menores tenían las mismas dificultades que el resto de migrantes para acceder a atención y tratamiento, en Castilla y León, Comunidad Valenciana, Comunidad de Madrid y País Vasco.

La imposibilidad de los solicitantes de asilo para acceder al sistema de salud antes de los 90 días desde la llegada a España fue identificada en la Comunidad de Madrid, por 5 de las 11 organizaciones, y por una organización en Castilla y León y otra en Extremadura. La mayoría de CCAA reportaron imposibilidad de acceder al sistema de salud en los solicitantes de asilo que no están empadronados o bien muchas dificultades, a excepción de Aragón y Castilla-La Mancha. En cinco CCAA se identificaron dificultades para que se reconozca la condición de refugiado si la persona tiene el VIH, alegando que existe finalidad sanitaria en la búsqueda de asilo: Andalucía, Aragón, Cataluña, Comunidad Valenciana y Comunidad de Madrid. La falta de un protocolo fue la barrera identificada en un número mayor de CCAA.

Figura 2. Barreras identificadas en el acceso a atención y tratamiento de las personas migrantes en situación administrativa incierta en las diferentes Comunidades Autónomas

	Andalucía	Aragón	Canarias	Cantabria	Castilla y León	Castilla-La Mancha	Cataluña	Comunidad de Navarra	Comunidad Valenciana	Comunidad de Madrid	Extremadura	Galicia	Islas Baleares	País Vasco	Principado de Asturias
No se concede el derecho a la atención a ninguna persona que lleve menos de 90 días en España															
Se concede el derecho a la atención a personas que llevan menos de 90 días en España, pero con muchas dificultades															
No se concede el derecho a la atención a ninguna persona que no esté empadronada															
Se concede el derecho a la atención sin padrón, pero con muchas dificultades															
No se concede el derecho a la atención a ninguna persona que no lleve empadronada un mínimo de 90 días															
Se concede el derecho a la atención a personas que no llevan empadronada un mínimo de 90 días, pero con muchas dificultades															
El tiempo de espera para realizar el trámite que da derecho a atención a las personas en situación administrativa incierta es demasiado largo															
Los colectivos vulnerables como mujeres embarazadas y menores tienen las mismas dificultades que el resto de migrantes															
No existe un protocolo común y, en consecuencia, obtener o no el acceso es arbitrario															
Existen problemas para mantener el acceso una vez conseguido															
Leyenda															
Ninguna entidad identifica la barrera															
Menos del 50% de las entidades identifican la barrera															
En una CA con una única entidad participante se identifica la barrera															
El 50% o más entidades identifican la barrera															

Figura 3. Barreras identificadas en el acceso a atención y tratamiento de las personas solicitantes de asilo en las diferentes Comunidades Autónomas

	Andalucía	Aragón	Canarias	Cantabria	Castilla y León	Castilla-La Mancha	Cataluña	Comunidad de Navarra	Comunidad Valenciana	Comunidad de Madrid	Extremadura	Galicia	Islas Baleares	País Vasco	Principado de Asturias	
No se concede el derecho a la atención a solicitantes de asilo que lleven menos de 90 días en España																
Se concede el derecho a la atención a solicitantes de asilo que llevan menos de 90 días en España, pero con muchas dificultades																
No se concede el derecho a la atención a solicitantes de asilo que no estén empadronados																
Se concede el derecho a la atención sin padrón de los solicitantes de asilo, pero con muchas dificultades																
No se concede el derecho a la atención a solicitantes de asilo que no llevan empadronada un mínimo de 90 días																
Se concede el derecho a la atención a solicitantes de asilo que no llevan empadronada un mínimo de 90 días, pero con muchas dificultades																
Existen dificultades para que se acepte la solicitud de asilo (previamente a su aprobación) para acceder al sistema de salud																
Existen dificultades para que se reconozca la condición de refugiado si la persona tiene el VIH (alegando que existe finalidad sanitaria en la búsqueda de asilo)																
No existe un protocolo común y, en consecuencia, obtener o no el acceso es arbitrario																
Existen problemas para mantener el acceso una vez conseguido																
Leyenda																
Ninguna entidad identifica la barrera																
Menos del 50% de las entidades identifican la barrera																
En una CA con una única entidad participante se identifica la barrera																
El 50% o más entidades identifican la barrera																

5. Conclusiones y puntos clave

- Asegurar el acceso a la atención y tratamiento de las personas con el VIH es una prioridad en salud pública por las consecuencias en la salud individual y colectiva que puede ocasionar su inaccesibilidad.
- La Comunidad de Madrid no está concediendo el derecho a atención ni tratamiento con cargo a fondos públicos a ninguna persona que lleve menos de 90 días en España, a pesar de que el Real Decreto-ley 7/2018 recoge que estas personas pueden acceder al sistema de salud con un informe favorable de servicios sociales.
- Los tiempos de espera para conseguir la tarjeta sanitaria estando en situación administrativa incierta pueden superar los 6 meses en algunas CCAA.
- Los requisitos en cuanto al empadronamiento son distintos en las diferentes CCAA, así como la rigidez ante la imposibilidad de inscribirse en el padrón, por ejemplo, en la Comunidad de Madrid no se acepta ningún otro documento.
- La atención sanitaria y el tratamiento de las personas solicitantes de asilo con el VIH no está siendo asegurado durante el proceso de reconocimiento de la condición de refugiado en algunas CCAA, en las que el documento oficial de solicitud de asilo no es suficiente para acceder al sistema de salud.
- Las personas extranjeras con permiso de residencia que han llegado a España mediante un proceso de reagrupación familiar (ascendientes de extranjeros con residencia legal en España) pueden presentar también dificultades en el acceso al TAR.
- La comunidad en la que se han identificado un número mayor de barreras es la Comunidad de Madrid, que recibe también la puntuación media más baja. En el otro extremo, se encuentran las comunidades de Galicia, Principado de Asturias, Comunidad Valenciana y Cataluña, con puntuaciones medias superiores a 7.

6. Agradecimientos

Queremos agradecer la participación en este trabajo a los y las profesionales y activistas que formaron parte del grupo focal y que posibilitaron la difusión de la encuesta desde el Hospital Ramón y Cajal y las organizaciones de Salud entre Culturas, Médicos del Mundo, Acción Triángulo, CESIDA (Coordinadora Estatal de VIH y SIDA) y Cruz Roja, a las y los responsables de la coordinación del VIH en las CCAA y las 40 instituciones y organizaciones que contestaron a la encuesta.

Este informe se ha elaborado durante la rotación por la DCVIHT de Laura Granés, especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública.

7. Referencias bibliográficas

1. Asamblea General de Naciones Unidas. Conferencia Intergubernamental Encargada de Aprobar El Pacto Mundial Para La Migración Segura, Ordenada y Regular; 2018. Disponible en: <https://undocs.org/es/A/CONF.231/3>
2. Observatorio Permanente de la Inmigración de la Secretaría General de Inclusión, Ministerio de Inclusión Seguridad Social y Migraciones. Estadística de Residentes Extranjeros En España.; 2020. Disponible en: https://extranjeros.inclusion.gob.es/ficheros/estadisticas/operaciones/con-certificado/202012/Principales_resultados_residentes.pdf
3. Ministerio del Interior. Informe Quincenal Sobre Inmigración Irregular - Datos Acumulados Desde El 1 de Enero Al 31 de Diciembre de 2020. Disponible en: <http://www.interior.gob.es/prensa/balances-e-informes/2020>
4. Subsecretaría del Interior. Dirección General de Política Interior. Subdirección General de Protección Internacional. Oficina de Asilo y Refugio. Asilo En Cifras 2020; 2020. Disponible en: <http://www.interior.gob.es/web/servicios-al-ciudadano/oficina-de-asilo-y-refugio/datos-e-informacion-estadistica>
5. España. 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; 2012. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2012-5403&tn=1&p=20120424>
6. Suess A, Ruiz Pérez I, Ruiz Azarola A, March Cerdà JC. Right of access to healthcare in the context of the Royal Decree-Law 16/2012: the perspective of civil society organizations and professional associations. *Gac Sanit.* 2014;28(6):461-469. doi:10.1016/j.gaceta.2014.06.008
7. España. Real Decreto-Ley 7/2018, de 27 de Julio, Sobre El Acceso Universal Al Sistema de Salud.; 2018. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rdl/2018/07/27/7>
8. Unidad de vigilancia de VIH y hepatitis. Vigilancia Epidemiológica del VIH y Sida En España 2020: Sistema Información Sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional Sobre Sida - División de Control de VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis-DG de Salud Pública / Centro Nacionalde Epidemiología - ISCIII. Madrid.; 2021. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/home.ht>

m

9. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, et al. Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy. *N Engl J Med*. 2011;365(6):493-505. doi:10.1056/nejmoa1105243
10. Ndumbi P, Del Romero J, Pulido F, et al. Barriers to health care services for migrants living with HIV in Spain. *Eur J Public Health*. 2018;28(3):451-457. doi:10.1093/eurpub/ckx225
11. Gogishvili M, Flórez KR, Costa SA, Huang TTK. A qualitative study on mixed experiences of discrimination and healthcare access among HIV-positive immigrants in Spain. *BMC Public Health*. 2021;21(1):1-15. doi:10.1186/S12889-021-10388-6
12. Yo sí Sanidad Universal. Informe Sobre La Exclusión Sanitaria a Un Año Del RDL 7/2018 Sobre "El Acceso Universal Al Sistema Nacional de Salud"; 2019. Disponible en: <https://yosisanidaduniversal.net/media/pages/materiales/informes/informe-sobre-la-exclusion-sanitaria-un-ano-despues-del-rdl-7-2018/1275290117-1576313745/informe-sobre-exclusion-a-1-ano.pdf>
13. United Nations. Political Declaration on HIV and AIDS: Ending inequalities and getting on track to end AIDS by 2030. United Nations General Assembly. Published online 2021. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021_political-declaration-on-hiv-and-aids_en.pdf
14. UNAIDS. Fast-Track strategy to end the AIDS epidemic by 2030. Published online 2014. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2686_WAD2014report_en.pdf
15. Eisinger RW, Dieffenbach CW, Fauci AS. HIV Viral Load and Transmissibility of HIV Infection: Undetectable Equals Untransmittable. *JAMA*. 2019;321(5):451-452. doi:10.1001/JAMA.2018.21167
16. Insight Star Study Group, Lundgren J, Babiker A, et al. Initiation of Antiretroviral Therapy in Early Asymptomatic HIV Infection. *N Engl J Med*. 2015;373(9):795-807. doi:10.1056/NEJMoa1506816
17. Lifson AR, Grund B, Gardner EM, et al. Improved quality of life with immediate versus deferred initiation of antiretroviral therapy in early asymptomatic HIV infection. *AIDS*. 2017;31(7):953-963. doi:10.1097/QAD.0000000000001417
18. Pérez-Elías MJ, Podzamczak Palter D, Ventayol Bosch P, et al. Clinical and economic benefit of 32 years of antiretroviral treatment for people living with HIV in Spain: Has it been an efficient intervention? *Enferm Infecc Microbiol Clin*. doi:10.1016/j.eimc.2021.05.006

19. España. Ley 16/2003, de 28 de Mayo, de Cohesión y Calidad Del Sistema Nacional de Salud.; 2003. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715&tn=1&p=20030529>
20. Pleno del Tribunal de Cuentas. Informe de Fiscalización de La Gestión de Las Prestaciones de Asistencia Sanitaria Derivadas de La Aplicación de Los Reglamentos Comunitarios y Convenios Internacionales de La Seguridad Social; 2012. Disponible en: <https://www.senado.es/web/expedientappendixblobervlet?legis=10&id1=5599&id2=1>
21. Cantero Martínez J. A vueltas con el Real Decreto-ley 16/2012 y sus medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. Gac Sanit. 2014;28(5):351-353. doi:10.1016/j.gaceta.2014.03.013
22. Asociación de Economía de la Salud. Posición de La Asociación de Economía de La Salud Sobre La Reforma Del Derecho Subjetivo a La Asistencia Sanitaria Universal Introducido Por El Real Decreto Ley 16/2012.; 2012. Disponible en: https://www.aes.es/Publicaciones/Documento_de_posicion_aseguramiento.pdf
23. Amnistía Internacional, Médicos del Mundo, Red Acoge, SEMFYC. Comunicado de prensa. Con la reforma sanitaria entra en vigor una nueva violación de derechos humanos en España. 2012. Disponible en: <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/noticias/noticia/articulo/con-la-reforma-sanitaria-entra-en-vigor-una-nueva-violacion-de-derechos-humanos/>
24. Secretaría General de Sanidad y Consumo. Resolución de 20 de junio de 2019, de la Dirección General de Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, por la que se hacen públicas 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. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/en/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/docs/Recomen_proc_personas_extranjeras.pdf
25. España. Ley 12/2009 Reguladora Del Derecho de Asilo y de La Protección Subsidiaria; 2009:1-28. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2009-17242>
26. Martínez AN, Gimeno V, Ortega C, Ortiz M, Gascón A. La Falta de Desarrollo Reglamentario de La Ley 12/2009 de 30 de Octubre, Reguladora Del Derecho de Asilo y de La Protección Subsidiaria y Su Impacto En La Protección de Derechos Humanos y Fundamentales; 2021.
27. Gobierno de Aragón. Instrucción de 23 de mayo de 2017, del Consejero de Sanidad, por la que se

determinan las condiciones de acceso al tratamiento gratuito por motivo de Salud Pública.

Disponible en:

https://www.saludinforma.es/portalsi/documents/10179/262581/Instruccion_Atencion_Sanitaria_Supuestos_Especiales_201404.pdf/afc6f4aa-faef-4a5d-9b8e-4e2bef4fbfa0

28. España. Ley Orgánica 4/2000, de 11 de Enero, Sobre Derechos y Libertades de Los Extranjeros En España y Su Integración Social; 2000. Disponible en:
<https://www.boe.es/eli/es/lo/2000/01/11/4/con>
29. Germain S, Yong A. COVID-19 Highlighting Inequalities in Access to Healthcare in England: A Case Study of Ethnic Minority and Migrant Women. *Fem Leg Stud.* 2020;28(3):301-310.
doi:10.1007/s10691-020-09437-z
30. Perna R, Moreno Fuentes FJ. Inmigración y atención sanitaria en un contexto de pandemia: vulnerabilidades y (escasas) respuestas en Europa y en España. *Anu CIDOB la Inmigr.* 2021;(2020):116-128. doi:10.24241/AnuarioCIDOBInmi.2020.116
31. La exclusión sanitaria de migrantes aumenta en Madrid durante la pandemia: Médicos del Mundo detecta 167 casos desde marzo. Disponible en:
https://www.eldiario.es/desalambre/exclusion-sanitaria-migrantes-aumenta-madrid-durante-pandemia-medicos-mundo-detecta-167-casos-marzo_1_6268895.html