## Call for contributions: Draft General Recommendation n°37 on Racial discrimination in the enjoyment of the right to health

1. **COMPARATIVA SOBRE EL ESTADO DE LA CUESTIÓN EN ESPAÑA EN RELACIÓN CON EL BORRADOR DEL CERD/C/GC/R.37**

* **La sanidad en España: Base jurídica y operativa en relación con la eliminación de todas las formas de discriminación**

La sanidad en España se basa en una sanidad pública, universal y gratuita financiada por impuestos. La universalidad de la sanidad, según la OMS, consiste en “que todas las personas tengan acceso al conjunto de servicios de salud de calidad que necesiten y cuando y donde los necesiten, sin sufrir dificultades económicas por ello”[[1]](#footnote-1). A su vez, en España existen modelos privados de sanidad, pero la gran mayoría de la población se beneficia únicamente del modelo público que es competencia de las Comunidades Autónomas. A nivel normativo, la sanidad en España encuentra su base jurídica en:

* El **artículo 43 de la Constitución española**, que reconoce el derecho a la protección de la salud en base a la competencia, organización y tutela de los poderes públicos.
* La **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad** tiene por objeto regular de forma general todas aquellas acciones destinadas a hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el mencionado artículo 43 CE. Se entienden como titulares del derecho a la protección de la salud: todos los españoles y extranjeros residentes en territorio nacional y extranjeros no residentes y españoles viviendo fuera del territorio nacional. En el artículo 10 se hacen referencias más concretas a la discriminación: «Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por su origen racial o étnico, […]».
* La **Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública**, reconoce el derecho a la asistencia sanitaria pública de todos los ciudadanos.
* La **Ley Orgánica 2/2009, de 11 de diciembre, de modificación a la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social**, contempla el derecho a la asistencia sanitaria. Esta LO reconoce a todos los extranjeros en España que se encuentren empadronados el acceso a la sanidad en las mismas condiciones que los españoles, sin embargo se contempla que los extranjeros en España tienen derecho a la asistencia sanitaria en centros públicos por motivos de urgencia, enfermedad grave o accidente, a la atención al embarazo, parto y posparto, y los extranjeros menores de 18 años a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.
* El **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**, que modifica, entre otras cosas, la condición de asegurado para acceder al Sistema Nacional de Salud. Este Real Decreto-Ley ha sido controversial ya que organizaciones como REDER denuncian que esta decisión, no discutida a nivel social y político, afectó a más de 800.000 personas en situación irregular. Solo permite la asistencia sanitaria en casos concretos: urgencias hospitalarias, menores de edad, embarazadas, ampliado a víctimas de trata y solicitantes de asilo. Se justificó en base a garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud sin ningún informe socioeconómico que lo respaldara.
* En 2018 se aprobó **el Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud**, que complementa a la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. El objeto de este Real Decreto-ley es asegurar el derecho al acceso al Sistema Nacional de Salud en condiciones de equidad y universalidad de toda persona. Este texto normativo ha sido calificado por REDER (alianza de organizaciones, colectivos, e individuales para la defensa del acceso universal a la salud en España) como carente, con lagunas y omisiones. Así, REDER denuncia que de 2018 a 2021 se han producido 7479 casos de exclusión.
* La **Ley 15/2022, de 12 de julio, integral para la igualdad de trato y la no discriminación**, incluye avances en la lucha contra la discriminación racial y en el derecho a la salud. El artículo 15.1 garantiza la ausencia de discriminación en el acceso a servicios y prestaciones sanitarias por parte de las administraciones sanitarias. El artículo 15.3 insta a promover acciones para atender las necesidades sanitarias específicas de grupos como las minorías étnicas y personas en riesgo de exclusión. El artículo 15.4 exige el desarrollo de acciones para la igualdad de trato y prevención de la discriminación por parte de las administraciones sanitarias.
* El **121/000110 Proyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud**. Su objeto es armonizar a nivel estatal ciertos aspectos del modelo sanitario español para asegurar la equidad y universalidad de este. Plataformas como REDER[[2]](#footnote-2) han hecho enmiendas sobre la universalidad prevista en el Proyecto de Ley relativos a la protección de personas en situación de vulnerabilidad para asegurar su acceso a la salud en las mismas condiciones que los españoles, la falta de homogeneidad en la documentación acreditativa del derecho, la falta de equidad en el acceso a la prestación farmacéutica, la posibilidad de expulsión de personas del sistema sanitario español, y la lista de espera de trasplantes.
  + **Situación actual de España relativa a la discriminación racial en el derecho a la salud – Medidas concretas para solventar el estado de la cuestión**

Ante lo expuesto anteriormente, a nivel jurídico España no cuenta con los mecanismos suficientes para asegurar la eliminación de la discriminación racial en los diferentes sistemas sanitarios que componen el conjunto del Sistema Nacional de Salud, ya que esto no se ve explícitamente contemplado en ninguna de las normas expuestas y, por el contrario, las referencias a ello son vagas o enfocadas a otros tipos de discriminación, como la discriminación por motivos de género, obviando así la interseccionalidad existente entre los distintos motivos por los que una persona puede ser discriminada.

## España cuenta con estrategias de lucha contra el racismo, xenofobia y discriminación racial, como la "Estrategia integral contra el racismo, la discriminación racial, la xenofobia y otras formas conexas de intolerancia"[[3]](#footnote-3) de 2011. En ella se mencionan encuestas realizadas junto al Instituto Nacional de Estadística para evaluar la discriminación en el Sistema Nacional de Salud. Se reconocen los obstáculos que algunas personas, como el colectivo gitano, enfrentan al acceder a la salud sin discriminación.

## La Estrategia establece objetivos, como facilitar el acceso a los servicios de salud para minorías étnicas. Para ello, se busca desarrollar planes y programas contra la discriminación, mejorar la formación de profesionales sanitarios, implementar medidas de mediación intercultural y sensibilización, promover la adaptación cultural y la traducción, e impulsar el diálogo para prevenir la discriminación racial. El objetivo 2 se enfoca en establecer mecanismos de vigilancia y eliminación de la discriminación racial en el ámbito sanitario, impulsando la vigilancia de incidentes racistas y xenófobos, así como desarrollar mecanismos de denuncia y protección para las posibles víctimas.

## En el año 2015 se publicó el primer informe de evaluación y seguimiento[[4]](#footnote-4) para medir el impacto de la estrategia sobre el Sistema Nacional de Salud. De los dos objetivos expuestos en los párrafos anteriores, las medidas que más destacan son, del objetivo 1:

## 1.1. Se propuso la Estrategia Nacional de Equidad en Salud (aún en fase de propuesta[[5]](#footnote-5)), con enfoque en el colectivo gitano y personas vulnerables. Algunas comunidades autónomas implementaron proyectos específicos para buscar y proteger a estas personas.

## 1.2. Se realizaron programas de formación para profesionales de la salud en la integración de determinantes sociales y equidad en salud. Se apoyó a la Red de Salud Equi Sastipén para la promoción de salud en la población gitana.

## 1.3. Se creó un grupo de trabajo con representantes de las Comunidades Autónomas para abordar temas de salud con la comunidad gitana. Ejemplo: Cantabria implementó prácticas de mediación social y mediación sanitaria con la población gitana.

## 1.4. Se aprobó una Proposición no de Ley (161/001304) para promover hábitos saludables en la población gitana.

## 1.5. Castilla y León, Aragón y Comunitat Valenciana implementaron servicios de traducción y documentación en varios idiomas para mejorar la comunicación con inmigrantes y personas de otras nacionalidades.

## 1.6. Se puso en marcha el programa MARES II para el control sanitario de trabajadores inmigrantes, centrándose en la salud del entorno laboral en la movilidad de flujos migratorios laborales entre Marruecos y Andalucía.

## Del objetivo 2:

## 2.1. No se reconoce ninguna medida tomada respecto al objetivo 2.1. “Impulsar, en los términos previstos en la normativa aplicable, la labor de vigilancia de las autoridades públicas sanitarias sobre incidentes y manifestaciones racistas y xenófobas en el ámbito sanitario”.

## 2.2. El Ministerio de Sanidad en el marco de la Estrategia Nacional para la Inclusión Social de la población gitana 2012-2020 contempla una línea de actuación específica para la no discriminación y la promoción de igualdad de trato en la salud. La Fundación Secretariado Gitano realizó informes sobre la discriminación de la comunidad gitana con apoyo del Ministerio de Sanidad.

El 17 de marzo de 2017, el Ministerio de Sanidad publicó una nota de prensa en relación con la conmemoración del Día Internacional de la Eliminación de la Discriminación Racial[[6]](#footnote-6). En dicha nota de prensa, el Gobierno de aquella época se comprometió a luchar contra la discriminación racial y étnica en diferentes ámbitos, entre ellos la salud. Además, se señalan algunos avances relevantes durante los últimos años, tales como:

* La **reforma del Código Penal del 2015 por la que se refuerza la persecución penal de incitación al odio o a la violencia** contra grupos o individuos por motivos de racismo o pertenencia a una determinada raza o etnia, entre otros.
* La **Ley 5/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito** tiene especial valoración a las víctimas de delitos cometidos por motivos raciales.
* Existencia de un **servicio de atención y orientación a víctimas de discriminación racial o étnica** en todas las comunidades autónomas, subvencionado con dinero público y que tiene por objetivo generar programas de fomento de la igualdad de trato y refuerzo de la asistencia y orientación a víctimas de discriminación.
* Puesta en marcha **de programas de sensibilización y formación para impulsar el conocimiento sobre derechos en el ámbito de la lucha contra la discriminación racial o étnica**.

Recientemente se publicó una respuesta por parte del Gobierno de España sobre el racismo y el derecho a la salud a petición de contribuciones por parte de la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute el más alto nivel posible de salud física y mental, Tialeng Mofokeng[[7]](#footnote-7). En él se señalan los siguientes aspectos relevantes:

* Existe una Estrategia Nacional para la igualdad, inclusión y participación del pueblo gitano 2021-2030 que busca mejorar la salud de esta población con enfoque en la salud sexual y reproductiva y sin discriminación.
* El Gobierno reconoce la necesidad de mejorar la formación de profesionales sanitarios para atender a los colectivos migrantes en sus necesidades sanitarias y culturales específicas y evitar la discriminación racial.
* Un estudio de CEDRE muestra que el ámbito sanitario es uno de los menos afectados por la discriminación, pero la población gitana es la más afectada, seguida de los afrodescendientes.
* La comunidad gitana en España tiene más desigualdades en salud y usa más asistencia médica que el resto de la población, especialmente las mujeres.
* Las personas afrodescendientes, especialmente mujeres, enfrentan múltiples formas de discriminación, incluyendo acceso limitado a la atención sanitaria.
* En 2022 se impulsó una consulta pública para una futura Ley Orgánica contra el racismo y la discriminación con objeto, entre otros, de facilitar el acceso equitativo de toda persona a derechos básicos como educación, vivienda o salud.
* El Gobierno de España elaboró un Marco Estratégico contra el Racismo y la Xenofobia (2023-2027)[[8]](#footnote-8) que incluye la salud como área de actuación para eliminar la discriminación racial.
* Se ofrecen distintas vías para acceder a la justicia y reparación por discriminación racial o étnica en la salud, incluyendo servicios especializados, quejas ante diferentes entidades y recursos administrativos y judiciales.
  + **Situación actual de España relativa a la discriminación racial en el derecho a la salud – Evaluaciones alternativas del estado de la cuestión**

En la situación actual de España con respecto a la discriminación racial en el derecho a la salud, se evidencia una discrepancia entre las medidas adoptadas por organismos públicos y la realidad experimentada por la sociedad civil. Aunque las valoraciones oficiales parecen favorables, en la práctica persisten deficiencias en el Sistema Nacional de Salud en lo que concierne a la discriminación racial y étnica.

La autonomía de las Comunidades Autónomas también juega un papel importante en la prestación de servicios sanitarios, lo que puede generar desigualdades en la atención médica según la gestión presupuestaria de cada región. Algunas Comunidades Autónomas pueden disponer de recursos para implementar medidas antidiscriminatorias, mientras que otras se enfrentan a mayores situaciones de desigualdad.

La sociedad civil en el derecho a la salud, representada por organizaciones como REDER[[9]](#footnote-9) y Médicos del Mundo[[10]](#footnote-10), ha denunciado diversos incumplimientos y deficiencias en la normativa vigente. Un ejemplo es el Real Decreto-Ley 16/2012, que retiró la tarjeta sanitaria a más de 800,000 inmigrantes en situación irregular, siendo duramente criticado por discriminar y privar de acceso sanitario digno a cientos de miles de personas.

Aunque algunas Comunidades Autónomas han intentado contrarrestar esta reforma, los requisitos para reintegrar a estas personas en el sistema sanitario eran a menudo difíciles de cumplir para los inmigrantes. Además, otras barreras como la imposibilidad de acceder a la atención sin demostrar una residencia mínima de tres meses (empadronamiento[[11]](#footnote-11)) o la falta de protección para situaciones de especial vulnerabilidad, generan una exclusión en el acceso a la salud.

La situación se agrava por barreras físicas, económicas, informativas y culturales. La distancia a los centros de salud, la falta de transporte adecuado, el copago en medicamentos, la falta de información clara por parte del Sistema Nacional de Salud, las barreras lingüísticas y la falta de comprensión de las necesidades culturales de los pacientes, todo esto dificulta el acceso equitativo a la atención médica para muchas personas.

La mediación intercultural es una herramienta clave para superar algunas de estas barreras culturales, pero lamentablemente no está presente en la mayoría de los centros de salud y hospitales. En este contexto, la sociedad civil destaca la necesidad de seguir luchando contra la discriminación racial en el sistema de salud y abogar por medidas más inclusivas y equitativas que garanticen el acceso a la salud para todas las personas, independientemente de su origen étnico o situación administrativa.

1. **RECOMENDACIONES PARA LA ELABORACIÓN DEL BORRADOR DEL CERD/C/GC/R.37**

**Recomendación 1 *(adición a la generalidad de recomendaciones del borrador)***

Se recomienda un mayor énfasis en la mención a los migrantes indocumentados, ya que únicamente aparecen mencionados de manera explícita en la recomendación del párrafo 40. En numerosas ocasiones estos migrantes en situación irregular pertenecen a minorías étnicas; su situación legal en el país de destino en suma a una potencial discriminación racial en el acceso a la salud los hace más vulnerables. Un ejemplo reportado numerosamente en España es la presunción de la no disponibilidad de documentación al solicitar asistencia en los centros sanitarios por el color de piel de una persona.

**Recomendación 2 *(adición a la generalidad de recomendaciones del borrador)***

Se recomienda de igual manera la mención concreta a lo largo de las recomendaciones de un modelo sanitario públicos que aboguen por la gratuidad y acceso universal de acuerdo con el artículo 5(e)(iv) de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial en base a la interpretación del derecho a la salud como un derecho inclusivo y mediante el reconocimiento de que las personas objeto de la Convención conviven con desigualdades estructurales arraigadas en el acceso a la atención sanitaria aceptable y asequible debido a otros ámbitos en los que también se ejerce la discriminación racial (acceso a la vivienda, trabajo, y otros derechos fundamentales).

**Recomendación 3 *(adición a las recomendaciones 38-43 de «Medidas legislativas y políticas»)***

Se recomienda la consideración e inclusión en el borrador de la salud mental como un eje principal en las medidas legislativas y políticas de lucha contra la discriminación racial en el derecho a la salud. La salud mental no solo actúa como un soporte vital para minorías étnicas y migrantes en situación vulnerable, las cuales padecen en muchas ocasiones de patologías mentales, sino también como una medida preventiva para evitar un deterioro mayor de la salud general a largo plazo de las personas pertenecientes a minorías étnicas.

**Recomendación 4 *(adición a las recomendaciones 41, 42 y 43 de «Medidas legislativas y políticas»)***

Además de la regulación del uso de la inteligencia artificial en la salud y su nexo a la prohibición de discriminación racial en el uso de dicha herramienta, se recomienda la inclusión de medidas estrictas de ciberseguridad para la protección de los datos personales de pacientes e historias clínicas, con especial énfasis en aquellos que pertenecen a minorías étnicas y se encuentran en situación irregular.

**Recomendación 5 *(adición a la recomendación 40 de «Medidas legislativas y políticas»)***

Muchas personas pertenecientes a minorías étnicas se ven forzadas a vivir apartadas de los núcleos centrales de población, donde se suelen encontrar los principales centros sanitarios que ofrecen un servicio completo y suficiente para tratar cualquier patología. Para garantizar una accesibilidad de calidad a los servicios sanitarios, se recomienda que se haga un énfasis mayor al establecimiento de clínicas sanitarias permanentes en zonas marginadas o transporte eficaz y subvencionado a los principales centros hospitalarios más cercanos en lugar al uso de clínicas móviles, como es mencionado como “medida especial de mitigación” en la recomendación del párrafo 40 del borrador del CERD/C/GC/R.37.

**Recomendación 6 *(adición a la generalidad de recomendaciones del borrador)***

A lo largo de las recomendaciones se hacen referencia, en su mayoría, a impactos directos de discriminación racial en el derecho a la salud. Se recomienda la mención de impactos indirectos ligados a otro tipo de barreras que, como resultado, suponen un obstáculo para el disfrute del derecho a la salud en el contexto de la discriminación racial. En el caso de España, un ejemplo claro es el obstáculo que supone para la regularización del acceso a la salud el requisito del *empadronamiento (registro administrativo de residentes en el municipio)*, el cual tiene un plazo de 90 días para poder llevarse a cabo desde la llega al país y es necesario para el acceso al sistema público de salud.

Especialmente para personas en situación irregular, en gran medida pertenecientes a minorías étnicas, el empadronamiento es un proceso burocrático complicado debido a ausencia, pérdidas o caducidad de documentación necesaria para realizarlo, falta de información, barreras lingüísticas, alquileres informales, viviendas precarias o para las personas sin hogar.

Además, diversas prácticas administrativas por parte de las entidades locales para el acceso al empadronamiento han sido gravemente detectadas, imponiendo requisitos adicionales a los solicitados para las personas nacionales del país de acogida.

**Recomendación 7** ***(adición a recomendaciones 38, 39 y 40 de “Medidas legislativas y políticas”)***

El derecho a la salud para evitar situaciones de discriminación racial se debe hacer bajo un modelo sanitario de carácter público, gratuito y universal, protegido y regulado por el Estado. Se recomienda la inclusión explícita de ello a lo largo del apartado de recomendaciones «Medidas legislativas y políticas» y la mención del obstáculo que pueden suponer los requisitos restrictivos previstos por normativas vigentes en el derecho a la salud y la no discriminación racial. En el caso de España, los requisitos para que una persona acceda al servicio público, gratuito y «universal» de salud son desde 2012 bastante restrictivos en cuanto al principio de universalidad del modelo sanitario español, lo cual genera barreras de acceso a personas migrantes y refugiadas.

**Recomendación 8 *(adición a recomendación 39 de «Medidas legislativas y políticas» y 64 de «Cooperación internacional»)***

Se recomienda la mención del obstáculo de acceso a medicamentos y copagos en los sistemas sanitarios para las personas pertenecientes a minorías étnicas que se encuentran en situación vulnerable (desempleo, vivienda precaria, sinhogarismo…). Asimismo, se recomienda incluir medidas especiales de acceso a medicamentos para enfermedades que puedan tener un mayor índice de afección en personas pertenecientes a minorías étnicas por sus particularidades genéticas, sociales y culturales. En el caso de España, aunque los medicamentos prescritos en la sanidad pública tienen una subvención estatal, algunos medicamentos poco frecuentes siguen siendo muy costosos. A su vez, pequeñas cantidades de dinero para adquirir un medicamento pueden suponer, a nivel económico, un grave impedimento para ciertos grupos de personas.

**Recomendación 9 *(adición a «Medidas legislativas y políticas»)***

A lo largo de las recomendaciones no se hace mención explícita de la necesidad de acceso a servicios de traducción eficientes y variados, programas de mediación y enfoque intercultural en el derecho a la salud y a una atención sanitaria. Se recomienda su inclusión en el documento, ya que el aspecto cultural y lingüístico supone una de las barreras más grandes para obtener una atención médica adecuada a las necesidades del paciente.

**Recomendación 9 *(adición a «Medidas legislativas y políticas»)***

Se recomienda la mención de la eliminación de requisitos discriminatorios para la obtención de residencia por razones humanitarias por enfermedad sobrevenida en el derecho a la salud. En el caso de España se pueden otorgar autorizaciones temporales excepcionales por razones humanitarias, cuyos requisitos incluyen, entre otros, la acreditación de que la enfermedad sobrevenida de carácter grave que requiera asistencia sanitaria especializada no es accesible en su país de origen y que el hecho de no recibirla suponga un grave riesgo para la vida de la persona. Para demostrarlo se requiere un “certificado donde quede acreditado la no existencia de un tratamiento médico-quirúrgico en su país de origen, así como del grave riesgo para su vida en caso de volver a su país de origen. En la práctica, existen recurrentes barreras para la obtención de dicho certificado debido al desconocimiento por parte de los facultativos en España de los tratamientos médicos-quirúrgicos en los países de procedencia y, consecuentemente, cumplir con los requisitos que se requieren en el certificado.

Además, aún en la tenencia de dicho permiso de residencia por razones humanitarias no se está garantizando el acceso al derecho al trabajo, situando a las personas poseedoras del mismo en una situación agravada de exclusión social.

**Recomendación 10 *(adición a «Medidas legislativas y políticas»)***

Las recomendaciones del borrador hacen referencia a modelos sanitarios centralizados. Se recomienda incluir la armonización de distintas normativas sanitarias para aquellos países, como España, que cuenten con modelos semi-descentralizados de salud. La descentralización de la salud da lugar a la concurrencia de distintos modelos sanitarios basados en una normativa estatal, lo cual aporta distintos resultados para los usuarios y puede derivar en situaciones de discriminación étnicas diversas y variables dependiendo de la Comunidad Autónoma. En el caso de España, se han propuesto iniciativas (en forma de Proyecto de Ley) para la consolidación de la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud.

**Recomendación 11 *(adición a «Medidas legislativas y políticas»)***

Se recomienda la inclusión explícita sobre el rechazo a medidas de control migratorio por parte de los Estados a través de los datos personales de pacientes registrados en los sistemas públicos de salud. Esto supone una discriminación y vulneración a su privacidad, protección de datos y un acceso seguro al sistema sanitario que puede afectar de manera más directa a personas en situación irregular pertenecientes a minorías étnicas. En Andalucía, España, una medida similar fue propuesta por el grupo político de extrema-derecha Vox y supone una vulneración a derechos fundamentales y constitucionales previstos por las normas jurídicas españolas.

|  |
| --- |
| **Fundación Cepaim – Acción Integral con Migrantes**  [**www.cepaim.org**](http://www.cepaim.org)  **email:** [**incidencia@cepaim.org**](mailto:incidencia@cepaim.org) |

1. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)> [↑](#footnote-ref-1)
2. <https://www.reder162012.org/wp-content/uploads/2022/07/Listado-de-Enmiendas-al-Proyecto-de-Ley-de-equidad.-universalidad-y-cohesion-del-SNS.pdf> [↑](#footnote-ref-2)
3. <https://inclusion.seg-social.es/oberaxe/ficheros/documentos/EstrategiaIntegralContraRacismo.pdf> [↑](#footnote-ref-3)
4. <https://inclusion.seg-social.es/oberaxe/ficheros/documentos/InformeEvaluacionEstrategiaIntegral.pdf> [↑](#footnote-ref-4)
5. <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/estrategia/home.htm> [↑](#footnote-ref-5)
6. <https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=4123> [↑](#footnote-ref-6)
7. <https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/issues/health/racismrightohealth/submissions/states/2022-10-11/submission-health-GA-77-state-spain-es.pdf> [↑](#footnote-ref-7)
8. <https://inclusion.seg-social.es/oberaxe/ficheros/documentos/MARCO_ESTRATEGICO_VERSION_04_07_2023.pdf> [↑](#footnote-ref-8)
9. <https://issuu.com/felipe.giner/docs/la_salud_en_los_margenes_del_sistem?utm_medium=referral&utm_source=www.medicosdelmundo.org> [↑](#footnote-ref-9)
10. <https://www.medicosdelmundo.org/actualidad-y-publicaciones/publicaciones/informe-de-barreras-al-sistema-nacional-de-salud-en> [↑](#footnote-ref-10)
11. <https://www.medicosdelmundo.org/actualidad-y-publicaciones/noticias/empadronamiento-un-tramite-que-puede-perjudicar-la-salud> [↑](#footnote-ref-11)