



**2024 INFORME
ALTERNATIVO DE
VULNERACIONES
Y BARRERAS
DE ACCESO AL
SERVICIO NAVARRO
DE SALUD -
OSASUNBIDEA
EN POBLACIONES
VULNERABILIZADAS**



Subvenciona

Gobierno
de Navarra



Nafarroako
Gobernua



Un proyecto de



Subvencionado por



Autoría

Médicos del Mundo Navarra

Equipo investigador

María Flamarique Esparza

María Cazacu

Andrea Maeztu Redín

Colaboración en la investigación

Maite García Pérez

Amaia García Bosque

Farmata Ly Watt

Arnaud Soro

Diseño y maquetación

Cósmica® comunicación | arte | web

MÉDICOS DEL MUNDO NAVARRA

INFORME ALTERNATIVO DE VULNERACIONES
Y BARRERAS DE ACCESO AL SERVICIO
NAVARRO DE SALUD – OSASUNBIDEA EN
POBLACIONES VULNERABILIZADAS

Identificador:

Fecha de registro:

Licencia Creative Commons

Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0



safeCreative[®]
Do what's unique



Médicos del Mundo Navarra
Pamplona, noviembre 2024

**2024 INFORME
ALTERNATIVO DE
VULNERACIONES
Y BARRERAS
DE ACCESO AL
SERVICIO NAVARRO
DE SALUD -
OSASUNBIDEA
EN POBLACIONES
VULNERABILIZADAS**



00. ÍNDICE

01.	AGRADECIMIENTOS	05	09.	CONCLUSIONES	28
02.	PREÁMBULO	06	10.	RECOMENDACIONES	30
03.	OBJETIVOS Y ALCANCE	08	11.	APÉNDICE: PERSONAS MIGRANTES CON DISCAPACIDAD	33
04.	METODOLOGÍA	10	12.	BIBLIOGRAFÍA	35
05.	RAZONES QUE JUSTIFICAN LA REALIZACIÓN DE ESTE INFORME	12	13.	ANEXOS	37
06.	MARCO DE REFERENCIA Y PRINCIPIOS ORIENTADORES DEL ESTUDIO. EL DERECHO A LA SALUD EN EL MARCO DE LOS DERECHOS HUMANOS	13	01.	Glosario de términos, referencias terminológicas y siglas	37
07.	CONTEXTUALIZACIÓN: LA ACCESIBILIDAD AL SISTEMA SANITARIO Y SUS BARRERAS	16	02.	Guión grupo triangular	38
08.	LAS VULNERACIONES Y BARRERAS DE ACCESO AL SISTEMA SANITARIO EN NAVARRA	18	03.	Cuestionario entidades sociales	40
	8.1 Marco legal y trámites para el acceso al sistema sanitario en Navarra	18			
	8.2 Las vulneraciones y barreras de acceso al sistema sanitario que imposibilitan o limitan el disfrute del derecho a la salud de población vulnerabilizada en Navarra	20			
	8.3 Registro de vulneraciones y barreras detectadas por Médicos del Mundo (2022 - 2024)	26			

01. AGRADECIMIENTOS

Este informe ha sido posible gracias a la confianza depositada en Médicos del Mundo por la Dirección General de Memoria y Convivencia del Gobierno de Navarra, que ha financiado su realización para analizar las vulneraciones en el acceso al sistema sanitario con cargo a fondos públicos a las que se enfrentan las poblaciones vulnerabilizadas atendidas por Médicos del Mundo en Navarra.

Expresamos nuestro agradecimiento a las entidades sociales que compartieron sus observaciones, conocimientos y propuestas. Entre ellas, han participado Asociación de Atención a las Personas con Parálisis Cerebral (ASPACE Navarra), la Asociación Navarra de Autismo (ANA), la Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica Navarra (COCEMFE Navarra), Eunate (Asociación de Familias de Personas Sordas de Navarra), el Servicio de Mediación Intercultural de Gobierno de Navarra (gestionado por Fundación Secretariado Gitano) y SOS Racismo Navarra. Además, extendemos nuestro reconocimiento a aquellas entidades que, por decisión propia, prefieren permanecer en el anonimato, pero cuyo valioso aporte fue fundamental para identificar y analizar las barreras enfrentadas por los colectivos analizados.

Queremos resaltar de manera especial la participación de personas titulares de derechos¹, que con valentía y generosidad, formaron parte de los grupos triangulares y compartieron sus experiencias de vulneración de derechos: mujeres en situación de prostitución y trata con fines de explotación sexual; mujeres migrantes supervivientes de mutilación genital femenina; hombres africanos de países donde se practica la mutilación genital femenina; población gitana rumana y personas migrantes con discapacidad. Sus testimonios son el pilar de este informe, y confiamos en que contribuirán a una mejora real en el acceso y ejercicio efectivo de sus derechos.

Finalmente, reconocemos el esfuerzo y dedicación de todas las personas técnicas y voluntarias que han participado en las distintas etapas de elaboración de este informe. Su compromiso ha permitido la publicación de este documento con el propósito de contribuir a la eliminación de las vulneraciones y a la garantía de los derechos de los colectivos en situación de vulnerabilidad en Navarra.

1. De acuerdo con el enfoque de derechos humanos, Titulares de Derechos (TdD): son todos los seres humanos, concebidos como sujetos de derechos con capacidades para ejercerlos. VER GLOSARIO.

02. PREÁMBULO

Médicos del Mundo Navarra lleva más de dos décadas comprometida con la garantía del derecho a la salud sin exclusiones, abogando por una cobertura sanitaria universal que permita a todas las personas acceder a servicios de atención, prevención y promoción de la salud, asegurando a la vez el acceso a tratamientos y medicamentos.

Nuestra misión se basa en un enfoque de derechos humanos y de género, reconociendo que el pleno ejercicio del derecho a la salud está condicionado por la falta de reconocimiento de la diversidad de identidades, prácticas y conocimientos de los colectivos con los que trabajamos. En nuestro trabajo con las poblaciones más vulnerabilizadas, hemos constatado las barreras que enfrentan para acceder al sistema de salud, lo cual ha motivado el desarrollo de iniciativas orientadas a visibilizar y eliminar estas dificultades.

La construcción de una sociedad más justa, equitativa y solidaria debe ser una prioridad ineludible. La salud, entendida no solo como la ausencia de enfermedad, sino como un estado de completo bienestar físico, mental y social, está intrínsecamente ligada a los determinantes sociales. Estos determinantes, que incluyen las condiciones económicas, laborales, educativas y ambientales, determinan en gran medida quién tiene la oportunidad de vivir una vida plena y saludable. En realidad, los determinantes sociales no actúan de manera aislada, sino que forman parte de una red compleja y en constante evolución, en la que se interrelacionan múltiples factores que pueden perpetuar o reducir las desigualdades en salud.

Estas desigualdades no son fenómenos espontáneos, sino que responden a estructuras sociales profundamente arraigadas. La injusticia social y la desigualdad estructural generan condiciones que limitan el acceso a los recursos

esenciales para una vida saludable, desde la alimentación adecuada hasta el acceso a servicios de salud de calidad. No se trata únicamente de acceso físico a los servicios sanitarios, sino también de una serie de barreras invisibles, como el conocimiento sobre los propios derechos, el capital social y la capacidad económica para cubrir necesidades básicas.

Durante los últimos veinte años, Médicos del Mundo Navarra ha sido testigo de cómo la vulneración del derecho a la salud se manifiesta a través de múltiples barreras que afectan directamente a las personas más vulnerabilizadas. Entre ellas, destacamos la barrera que supone, en gran medida, la situación administrativa de las personas. A pesar de los esfuerzos normativos realizados en los últimos años, como la reforma del Real Decreto 7/2018, seguimos encontrando a personas que, a pesar de residir en Navarra durante meses, no logran hacer efectivo su derecho a la salud. Este contexto evidencia que la exclusión no es solo el resultado de normativas insuficientes, sino también de una falta de mecanismos efectivos que aseguren el acceso equitativo para todas las personas, sin importar su situación administrativa. La entrada en vigor del Real Decreto 16/2012 supuso una regresión importante, que dejó fuera del sistema sanitario a un gran número de personas, y aunque las reformas posteriores han intentado paliar esta situación, los hechos nos indican que aún estamos lejos de una verdadera equidad.

Las barreras económicas, físicas y culturales son igualmente determinantes y a menudo pasan desapercibidas. Las dificultades para cubrir el coste de ciertos tratamientos, la inaccesibilidad física a centros sanitarios debido a la falta de transporte adecuado, o la falta de información clara y comprensible en los idiomas pertinentes, son solo algunos de los obstáculos que hemos documentado en nuestra labor de acompañamiento. Estas barreras no solo

limitan el acceso a la atención médica, sino que también generan una sensación de exclusión y desamparo que socava el bienestar general de las personas afectadas.

Por todo ello defendemos que las políticas públicas deben orientarse a eliminar estas barreras y a garantizar que todas las personas, independientemente de su origen, género, situación administrativa o nivel socioeconómico, puedan ejercer su derecho a la salud en igualdad de condiciones. La promoción de un entorno social más equitativo y la adopción de medidas que reconozcan y aborden los determinantes sociales de la salud son pasos esenciales para avanzar hacia una verdadera equidad en salud.

03. OBJETIVOS Y ALCANCE

Con este informe se busca, en primer lugar, contribuir al ejercicio efectivo del derecho a la atención sanitaria de la población residente en Navarra, particularmente aquellos colectivos que enfrentan barreras y vulneraciones en el acceso a los servicios de salud con cargo a fondos públicos.

Este documento analiza las vulneraciones del derecho a la atención sanitaria, así como las barreras en el acceso al Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea, que afectan principalmente a las poblaciones en situación de vulnerabilidad. Basado en este análisis, se formulan una serie de propuestas de mejora dirigidas a las administraciones e instituciones navarras con el objetivo de eliminar los obstáculos detectados y garantizar el acceso efectivo a la atención sanitaria para todas las personas que residen en la Comunidad Foral de Navarra.

En cuanto al alcance, este informe se enfoca en los principales grupos vulnerabilizados atendidos por Médicos del Mundo en Navarra, los cuales son clasificados en función de áreas específicas de trabajo: prostitución y trata con fines de explotación sexual, mutilación genital femenina y otras formas de violencia de género, así como población migrante, incluyendo colectivos como la población gitana rumana de la etnia Spoitoris y personas migrantes con discapacidad.

En este contexto, se han identificado los principales colectivos en situación de vulnerabilidad:

- **Mujeres en situación de prostitución y trata con fines de explotación sexual**, en la actualidad o al menos en los últimos cinco años.
- **Mujeres migrantes supervivientes de mutilación genital femenina**: Se trata de mujeres con trayectorias migratorias complejas, expuestas a múltiples formas de violencia de género.
- **Hombres africanos** provenientes de países donde se practica la mutilación genital femenina.
- **Población gitana rumana**: Este colectivo, perteneciente a la etnia gitana (romá), y específicamente al grupo Spoitoris.
- **Personas migrantes con discapacidad**: Este grupo incluye tanto a personas adultas como menores con discapacidad en situación administrativa irregular.

El informe no pretende realizar un análisis exhaustivo de todos los objetivos relacionados con la atención sanitaria, sino centrarse en aquellas vulneraciones más críticas que han surgido del trabajo de campo. En ese sentido, se ofrecen medidas imprescindibles para eliminar los obstáculos que limitan el acceso a la atención sanitaria, buscando que las administraciones e instituciones navarras cumplan con sus obligaciones en materia de derechos humanos, respetando, garantizando y protegiendo los derechos de los colectivos más vulnerabilizados.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- El estigma asociado a los colectivos estudiados ha podido condicionar las respuestas de las personas participantes y, por lo tanto, en la información y las categorías resultantes que han emergido para abordar el fenómeno en cuestión.
- Ha sido frecuente que las personas protagonistas no se hayan considerado a sí mismas como titulares de derechos, lo que ha impedido que identificaran plenamente las vulneraciones de derechos que han experimentado.
- Han surgido dificultades en el manejo del castellano por parte de la población objeto de

estudio, lo que ha afectado la comunicación y comprensión en algunos casos.

- Respecto a los cuestionarios realizados por entidades sociales, se encuentra una posible sobrerrepresentación del ámbito de la discapacidad, ya que este colectivo es atendido por la mayoría de las entidades sociales participantes en el estudio. Las personas con discapacidad, en su mayoría de nacionalidad española, suelen tener un acceso más regularizado a la tarjeta individual sanitaria (TIS). Sin embargo, colectivos como migrantes y refugiados enfrentan mayores barreras debido a su situación administrativa.
- La ausencia de respuesta de organizaciones sociales clave que operan en Navarra representa una limitación adicional, restringido la posibilidad de obtener una visión más amplia y diversa; reduciendo la perspectiva sobre las barreras que enfrentan estos grupos vulnerabilizados. Como resultado, los hallazgos en los cuestionarios deben interpretarse con cautela, ya que podrían subestimar las dificultades de acceso que experimentan los colectivos más excluidos.

04. METODOLOGÍA

El informe ha empleado una metodología triangular, combinando el análisis cuantitativo y cualitativo para identificar las vulneraciones y barreras de acceso al sistema sanitario en Navarra entre enero de 2022 y junio de 2024. La investigación se ha desarrollado con un enfoque de género y un marco antropológico, aplicándose en todas las fases del estudio para asegurar una perspectiva inclusiva.

Las herramientas metodológicas utilizadas han sido las siguientes:

ANÁLISIS DE FUENTES SECUNDARIAS

Se ha revisado la normativa relacionada con el acceso a la salud, teniendo en cuenta tanto el marco normativo internacional, estatal y el foral. Este análisis ha incluido la legislación que regula las condiciones de acceso al sistema sanitario, junto con los principios de universalidad y equidad en la atención. Además, se han evaluado documentos complementarios derivados de esta normativa, con el propósito de establecer un marco claro y completo sobre el acceso a la salud y los derechos en materia sanitaria para los diferentes colectivos.

EXPLOTACIÓN ESTADÍSTICA DE DATOS INTERNOS

A través de la base de datos interna de Médicos del Mundo, en la cual se recopila información detallada sobre las personas atendidas por la entidad, sus características sociodemográficas y las vulneraciones de derechos que han experimentado, se han podido clasificar las barreras de acceso al sistema sanitario en cinco categorías: 1) discriminatorias, 2) físicas, 3) económicas, 4) informativas y 5) culturales. El análisis de los datos, registrados entre enero de

2022 y octubre de 2024, ha permitido identificar las vulneraciones más comunes en los distintos colectivos atendidos.

GRUPOS TRIANGULARES

El estudio ha empleado la técnica de grupos triangulares, una metodología adecuada para personas en situación de exclusión social, quienes a menudo muestran reticencias a compartir su situación en entornos formales. Los grupos triangulares permiten generar discursos más cercanos a las experiencias vivenciales de las personas participantes. Se crearon tres grupos con los siguientes colectivos:

- Mujeres en situación de prostitución.
- Mujeres africanas víctimas de mutilación genital femenina y otras formas de violencia y hombres africanos
- Mujeres y hombres de origen rumano y etnia gitana *Spoitoris*.

Las mediadoras y mediador interculturales han sido fundamentales en la organización y el desarrollo de estos grupos, facilitando la comunicación y el entendimiento intercultural entre las personas participantes y el equipo investigador.

CUESTIONARIOS

Se remitieron cuestionarios a entidades del Tercer Sector que trabajan en Navarra para complementar la información recogida sobre las barreras de acceso a la salud (Titulares de Responsabilidades).

Un total de 12 entidades sociales participaron en la encuesta. Los resultados muestran que el 91,7%

TABLA #1. PERFIL DE LAS PERSONAS TITULARES DE DERECHOS PARTICIPANTES

GRUPO 1 COMUNIDAD ROMA	EDAD	TIEMPO EN ESPAÑA	LUGAR DE RESIDENCIA	SITUACIÓN ADMINISTRATIVA
Mujer	28 años	20 años	Pamplona	Irregular
Mujer	19 años	6 años	Pamplona	Irregular
Mujer	21 años	15 años	Pamplona	Regular
Hombre	24 años	10 años	Pamplona	Irregular

GRUPO 2 COMUNIDAD AFRICANA	EDAD	TIEMPO EN ESPAÑA	LUGAR DE RESIDENCIA	SITUACIÓN ADMINISTRATIVA
Mujer	65 años	3 años	Pamplona	Solicitante Asilo
Mujer	69 años	7 años	Pamplona	Regular
Hombre	23 años	10 años	Pamplona	Regular
Hombre	34 años	1 año	Pamplona	Irregular

GRUPO 3 MUJERES EN SITUACIÓN DE PROSTITUCIÓN	EDAD	TIEMPO EN ESPAÑA	LUGAR DE RESIDENCIA	SITUACIÓN ADMINISTRATIVA
Mujer	37 años	1 año	Pamplona	Irregular
Mujer	47 años	11 meses	Pamplona	Irregular
Mujer	40 años	1 año	Orkoien	Irregular

de las organizaciones ofrecen atención a personas con discapacidad, siendo este el colectivo más atendido. Solo el 25% de las entidades trabajan con mujeres víctimas de violencia de género, mientras que el 33% atienden a población migrante y refugiada. El 17% de las organizaciones asisten a población gitana y gitano-rumana. Una entidad trabaja con personas LGTBIQ+ y con personas que padecen adicciones, y otra atiende a personas sin hogar y adolescentes en el Sistema de Protección.

En cuanto a la cobertura geográfica, 7 entidades operan en toda Navarra, mientras que 5 se concentran en Pamplona y su comarca. Una se enfoca en la ciudad de Pamplona y otra en la zona Noroeste. No hay entidades trabajando en áreas como el Pirineo, Tierra Estella, Navarra Media Oriental o la Ribera Alta, quedando una sola en Tudela.

Los cuestionarios incluían preguntas cerradas y abiertas.

TRIANGULACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se aplicó la metodología de triangulación, según la definición de Denzin (1970), combinando diferentes teorías, fuentes de datos y métodos de investigación social. Esta estrategia permite una mayor fiabilidad en los resultados, ofreciendo una visión más completa y enriquecida del fenómeno estudiado, en este caso, las barreras de acceso al sistema sanitario que enfrentan las personas vulnerabilizadas en Navarra.

05.

RAZONES QUE JUSTIFICAN LA REALIZACIÓN DE ESTE INFORME

El acceso al sistema sanitario en Navarra con cargo a fondos públicos sigue presentando importantes barreras y vulneraciones para ciertos colectivos vulnerabilizados, entre ellos, las personas migrantes, las mujeres en situación de prostitución, las mujeres y hombres provenientes de países donde se practica la mutilación genital femenina y la población gitana rumana de la etnia Spoitoris. Estas barreras no solo impiden el acceso equitativo al sistema sanitario, sino que generan una vulneración sistemática de sus derechos, al no garantizarles un acceso igualitario al sistema sanitario financiado con fondos públicos.

El informe responde a la necesidad detectada por Médicos del Mundo de verificar el grado de cumplimiento de las obligaciones asumidas por la Administración de la Comunidad Foral de Navarra en cuanto al acceso al sistema público de salud por parte de los colectivos atendidos en sus programas. Estas barreras no son solo obstáculos administrativos, económicos o culturales, sino que, resultan una vulneración directa del derecho al acceso a los servicios sanitarios con cargo a fondos públicos, especialmente para las personas más vulnerabilizadas.

Este informe se presenta en un momento clave, coincidiendo con el proceso de consulta y aprobación de una nueva Ley Foral de Salud, en el que se plantea la necesidad de fortalecer un sistema sanitario público, universal y equitativo. En este contexto, es fundamental que las voces de las poblaciones vulnerabilizadas sean tenidas en cuenta en el proceso de reforma, dado que las barreras que enfrentan están directamente relacionadas con las vulneraciones de sus derechos. Así, este informe no solo pretende diagnosticar las barreras existentes, sino también servir como una herramienta de consulta que garantice que las realidades de estos colectivos estén presentes en la elaboración de nuevas políticas públicas.

06. MARCO DE REFERENCIA Y PRINCIPIOS ORIENTADORES DEL ESTUDIO. EL DERECHO A LA SALUD EN EL MARCO DE LOS DERECHOS HUMANOS

NORMATIVA INTERNACIONAL Y NACIONAL EN EL DERECHO A LA SALUD

La Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH) consagra el derecho a la salud como uno de los derechos humanos que son inherentes a las personas. En su artículo 25, establece que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure la salud y el bienestar, mencionando de manera especial la asistencia sanitaria como medio para alcanzarlos. Sin embargo, y a pesar de su valor como instrumento de referencia en la defensa de los derechos humanos, la DUDH no posee un carácter vinculante para los Estados.

No sucede lo mismo con el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), que reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud y obliga a los estados a crear las condiciones que resulten necesarias para garantizar la atención sanitaria a todas las personas, como

condición esencial para asegurar la plena efectividad del derecho a la salud (artículo 12).

En este mismo sentido, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible plantea una serie de objetivos y metas en materia de salud que el Estado español, como miembro de Naciones Unidas, está comprometido a implementar. El Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (ODS 3) pretende garantizar una vida sana y promover el bienestar de todas las personas, a todas las edades, estableciendo como meta la cobertura sanitaria universal. La Agenda 2030 subraya la importancia de abordar las disparidades en el acceso a los servicios de salud, promoviendo la equidad en la atención sanitaria. Por ello, garantizar una atención sanitaria adecuada, asequible y accesible para todas las personas es uno de los compromisos internacionales que el Estado español debe cumplir para alcanzar una cobertura sanitaria universal.

En el ámbito nacional, se reconoce el derecho a la protección de la salud en el artículo 43 de la Constitución, que otorga a los poderes públicos la

responsabilidad de establecer un sistema sanitario que la promueva. Sistema que se ha establecido con la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que es el instrumento normativo estatal con el que se crea un sistema sanitario público y universal, y que se ha visto reforzado con la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que establece el marco legal necesario para garantizar la calidad y la equidad en el acceso al Sistema Nacional de Salud regulando la atención sanitaria como un derecho garantizado a todas las personas que residan en el Estado.

ENFOQUE BASADO EN LOS DERECHOS HUMANOS

El enfoque basado en los derechos humanos (EBDH) es una perspectiva que pone a las personas en el centro de las políticas públicas, asegurando que se respeten, se protejan y se promuevan los derechos humanos. En cuanto al derecho a la salud, la obligación de respetar exige que los Estados se abstengan de injerir de manera directa o indirecta en el disfrute del derecho a la salud; la obligación de proteger requiere que los Estados adopten las medidas que resulten necesarias para impedir que terceros interfieran en la garantía del más alto nivel posible de salud; y la obligación de garantizar requiere que los Estados adopten medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario o de cualquier otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud.

En definitiva, aplicar el enfoque de derechos humanos respecto al derecho a la salud supone reconocer que la salud no es solo la ausencia de enfermedad, sino un derecho fundamental que está vinculado a la dignidad y al desarrollo de las personas.

PRINCIPIO DE UNIVERSALIDAD Y NO DISCRIMINACIÓN

En virtud del principio de universalidad y no discriminación de los derechos humanos, el derecho a la salud debe ser respetado, protegido y garantizado para todas las personas, sin que pueda haber discriminación por razón de género, origen racial o étnico, nacionalidad, estatus migratorio, discapacidad o cualquier otra circunstancia. Implica que todas las personas

deben tener un acceso igualitario a los servicios de salud y que se debe eliminar cualquier barrera social, económica, administrativa, física, lingüística o cultural que impida el pleno ejercicio del derecho.

DIMENSIONES CLAVES DEL DERECHO A LA SALUD

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC), como órgano que supervisa el cumplimiento del PIDESC por parte de los estados, desempeña un papel fundamental en el respeto, garantía y protección de los derechos económicos, sociales y culturales. Con el fin de ayudar a los estados a cumplir con sus obligaciones en materia de salud, en su Observación General N° 14 aclara el alcance del derecho y establece los siguientes elementos esenciales que deben establecerse en los servicios de salud:

- **DISPONIBILIDAD:** implica contar con un número suficiente de instalaciones, servicios públicos, programas y centros de salud.
- **ACCESIBILIDAD:** los servicios de salud deben ser accesibles a todas las personas, sin discriminación alguna, incluyendo la accesibilidad física, económica, y no discriminatoria, así como el acceso a la información.
- **ACEPTABILIDAD:** los servicios de salud deben ser culturalmente apropiados y respetuosos de la ética médica y de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades.
- **CALIDAD:** los servicios de salud deben cumplir con estándares adecuados de calidad, contar con personal médico capacitados, medicamentos esenciales y tecnología adecuada para garantizar una atención eficaz y segura.

Asimismo, los sistemas sanitarios deben ser transparentes, estar sujetos a mecanismos de rendición de cuentas y garantizar la participación de las personas en la toma de decisiones que afectan a su salud.

Estos elementos constituyen la base sobre la que se debe garantizar el derecho a la salud. Sin embargo, en este estudio únicamente se explorará en profundidad la accesibilidad del

derecho a la salud, con el fin de identificar y analizar las barreras que impiden su pleno ejercicio.

IMPACTO DE LAS BARRERAS DE ACCESO A LA SALUD

Las barreras de acceso a la salud impiden o dificultan el pleno ejercicio del derecho a la salud. Estas barreras afectan de manera desproporcionada a la población más vulnerabilizada; es decir, a aquellas personas que enfrentan desigualdades relacionadas con la discapacidad, el estatus migratorio, el origen étnico o racial, el género y el riesgo o la situación de exclusión social, entre otras.

En el Estado español, a pesar de los avances realizados en el proceso de recuperación de la universalización del derecho a la salud tras la reforma operada por el Real Decreto-ley 16/2012, que excluyó del sistema público de salud a las personas migrantes en situación administrativa irregular, persisten desigualdades en el acceso al sistema sanitario, especialmente para colectivos en situación de vulnerabilidad, como la población migrante y las personas en situación administrativa irregular.

Para garantizar el derecho a la salud, los Estados deben eliminar las barreras que impiden o dificultan el acceso a los sistemas públicos de salud y actuar de manera proactiva para garantizar que todas las personas puedan disfrutar de su derecho a la salud en condiciones de igualdad, dignidad y respeto.

Este marco de referencia establece las bases para el análisis de las barreras y vulneraciones que afectan el derecho a la salud de las poblaciones vulnerabilizadas residentes en Navarra, con el fin de generar propuestas concretas que promuevan una atención sanitaria igualitaria.

07. CONTEXTUALIZACIÓN: LA ACCESIBILIDAD AL SISTEMA SANITARIO Y SUS BARRERAS

El acceso real y efectivo al sistema público de salud es un componente esencial del derecho a la salud y debe estar garantizado. Esto implica no solo la disponibilidad de servicios, sino también la calidad y la adecuación de la atención a las necesidades de cada persona. Asegurar que todas las personas, especialmente las más vulnerables, puedan acceder a una atención sanitaria adecuada es esencial para hacer efectivo el derecho a la salud. Por ello, deben implementarse políticas públicas que eliminen las barreras de acceso y promuevan un sistema sanitario inclusivo y de calidad para todos y todas.

Asimismo, según el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas (2000), la accesibilidad al sistema sanitario no se reduce a un mero acceso físico o a un reconocimiento legal, sino que engloba cuatro dimensiones superpuestas:

- **NO DISCRIMINACIÓN:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles para toda la población, particularmente para los sectores más vulnerables y marginalizados. Para ello, los Estados deben garantizar, tanto en la legislación como en la práctica, que todas las personas pueden acceder en condiciones de igualdad a la atención sanitaria.
- **ACCESIBILIDAD FÍSICA:** los servicios médicos deben ser accesibles, tanto desde un punto de vista geográfico (es decir, que se encuentren a una distancia razonable de todas las personas, en especial de las pertenecientes a grupos

vulnerables, incluyendo zonas urbanas y rurales), como desde un punto de vista de adaptabilidad de estos servicios a las personas con discapacidades.

- **ACCESIBILIDAD ECONÓMICA (ASEQUIBILIDAD):** el acceso a los servicios de salud no puede estar condicionado a la capacidad económica de las personas y familias. Por el contrario, debe responder al principio de equidad, de tal suerte que los hogares más pobres no tengan que soportar un gasto en salud desproporcionado.
- **ACCESO A LA INFORMACIÓN:** comprende el derecho a solicitar, recibir y difundir información sobre cuestiones relacionadas con la salud, siempre respetando el derecho a que los datos sobre salud sean tratados de forma confidencial. Esta dimensión de la accesibilidad se relaciona a su vez de forma muy estrecha con el elemento de aceptabilidad del derecho a la salud, esta información debe recibirse de forma comprensible y adaptada al marco cultural de la persona en cuestión.

En definitiva, la accesibilidad al sistema público de salud va más allá de permitir un acceso físico o de otorgar un reconocimiento formal; abarca cuatro dimensiones que están interrelacionadas y que las personas más vulnerabilizadas deben sortear en su camino para acceder a la atención sanitaria con múltiples barreras. Su mera existencia rompe con el principio de equidad. Es decir, la existencia de obstáculos que impidan o dificulten la efectividad

de estas cuatro dimensiones constituyen barreras de acceso al sistema sanitario que imposibilitan o limitan el ejercicio del derecho a la salud. En el presente informe se analizan según las siguientes tipologías: administrativas, lingüísticas y culturales, informativas, económicas y físicas. En el apartado 4.2., se profundiza en estas barreras.

Por consiguiente, los Estados no solo tienen el deber de no generar barreras de acceso al sistema sanitario, sino que deben actuar proactivamente hacia la eliminación de las barreras existentes. La inacción a este respecto es contraria a las obligaciones adquiridas en el marco del derecho internacional y constituye por tanto una vulneración del derecho a la salud.

08. LAS VULNERACIONES Y BARRERAS DE ACCESO AL SISTEMA SANITARIO EN NAVARRA

8.1 Marco legal y trámites para el acceso al sistema sanitario en Navarra

El Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud, modificó la **Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud**. Esta ley había sido previamente modificada por 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 acabó con la universalidad del derecho a la salud en el Estado español excluyendo del sistema sanitario a las personas migrantes que residían en situación administrativa irregular denegándoles el acceso a la atención primaria y especializada.

Con el Real Decreto-ley 7/2018 se pretendió retomar la universalidad de la asistencia sanitaria y garantizar el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria a todas las personas residentes en el Estado. Sin embargo, los artículos 3 y 3 ter de la Ley 16/2003, que determinan qué personas tienen derecho a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos, establecen una diferencia entre las personas a las que considera titulares del derecho y las personas a las que se les reconoce el derecho.

De conformidad con el artículo 3, son **titulares del derecho a la protección a la salud y a la atención sanitaria** las personas de nacionalidad española que tengan su residencia habitual en

España y también las personas extranjeras que residan en el territorio español con permiso de residencia y no tengan la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía. El reconocimiento de este derecho corresponde al Ministerio de Sanidad y se realiza a través del INSS, que es órgano que tiene encomendadas las funciones de reconocimiento y control de la condición de persona asegurada y beneficiaria a efectos de cobertura sanitaria. Reconocido el derecho, la manera de hacerlo efectivo es facilitando el acceso a las prestaciones de asistencia sanitaria mediante la expedición de la tarjeta sanitaria.

Respecto a las **personas extranjeras en situación administrativa irregular**, a las que la Ley denomina no registradas ni autorizadas como residentes en España, según el artículo 3 ter, tienen derecho a la atención sanitaria, siempre que no estén obligadas a acreditar la cobertura de la prestación sanitaria por otra vía ni puedan exportar el derecho de cobertura sanitaria desde su país de origen o procedencia ni tampoco exista un tercero obligado al pago.

Respecto a estas, las Comunidades Autónomas fijan el procedimiento para la solicitud y expedición del documento certificativo que acredite que pueden recibir la atención sanitaria con cargo a fondos públicos.

En Navarra, el Departamento de Salud ha establecido un procedimiento denominado "Trámites para el acceso al Sistema Nacional de Salud de las personas extranjeras, residentes no autorizadas ni registradas" que detalla las acciones organizativas que deben llevar a cabo los servicios de admisión y trabajo social de los Centros de Salud para la expedición de la TIS, como documento que certifica el derecho a la atención sanitaria. Este procedimiento ha sido actualizado en varias ocasiones y, desde junio del presente año, establece lo siguiente:

- Al servicio de admisión le corresponde recibir a la persona migrante, cumplimentar la ficha administrativa para que se proceda al alta y se le asigne el CIPNA y concertar una cita con el personal de trabajo social. Después de la cita, el servicio de admisión completa los datos restantes, incluyendo la asignación del o de la profesional de medicina de familia, enfermería y trabajo social.
- El personal de trabajo social es responsable de la realización de la valoración social. Tras la entrevista con la persona interesada, recoge su solicitud firmada y la envía junto con su documento identificativo y la documentación que acredite una residencia superior a 90 días, sin que el empadronamiento sea el único documento acreditativo de este extremo. En el caso de que la persona interesada tenga una residencia inferior a 90 días o no le sea posible acreditar documentalmente esa residencia superior, el procedimiento establece que resulta necesario emitir un informe de trabajo social en el que se valoren las circunstancias de necesidad sanitaria, sociales y económicas de la persona interesada y su voluntad de permanencia en la Comunidad, a pesar de que el artículo 3 ter de la Ley 16/2003, no requiere que el informe se pronuncie sobre estos extremos sino únicamente la emisión del propio informe.
- La resolución de la solicitud y, por tanto, el reconocimiento del derecho corresponde a la Sección TIS.
- De conformidad con el propio artículo 3 ter, las Comunidades Autónomas deben expedir documentos certificativos del reconocimiento del derecho a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos. Sin embargo, en Navarra no se hace de esta manera, ya que no emiten TIS a las personas que han acreditado

su residencia con un documento distinto al empadronamiento

Por otro lado, y a pesar de que podría parecer que la reforma de la Ley 16/2003 operada por el Real Decreto-ley 7/2018 garantiza el acceso a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos a todas las personas migrantes que residen en nuestra Comunidad, la redacción de los artículos 3 y 3 ter y su interpretación por parte del Tribunal Supremo ha llevado a una **nueva exclusión sanitaria**. La STS 364/2019, de 13 de mayo estableció que las personas extranjeras con autorización de residencia por reagrupación familiar o como familiares de la UE que sean ascendientes no tienen derecho a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos, porque existe un tercero obligado al pago, que es el seguro médico que deben contratar para la entrada en territorio español de personas reagrupadas.

Por otro lado, al margen de la Ley 16/2003, en el conjunto del Estado español se reconoce el derecho a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos a las **personas solicitantes de asilo o protección internacional**, en virtud de la Ley 12/2009, de 30 de octubre, reguladora del derecho de asilo y de la protección subsidiaria.

En definitiva, el marco legal actual ha permitido la atención sanitaria a personas migrantes en situación administrativa irregular que residen en nuestra Comunidad que, con anterioridad al Real Decreto-ley 7/2018, estaban excluidas del Sistema Navarro de Salud-Osasunbidea. Sin embargo, lejos de haber alcanzado esa pretendida universalidad, sigue habiendo personas a las que se les deniega su derecho a la salud. Este hecho, junto a las sucesivas reformas en materia de acceso a la atención sanitaria que ha habido tanto a nivel estatal como autonómico, han generado barreras y vulneraciones de derechos en nuestro sistema de salud que limitan e incluso impiden directamente el acceso efectivo a la atención sanitaria.

8.2 Las vulneraciones y barreras de acceso al sistema sanitario que imposibilitan o limitan el disfrute del derecho a la salud de población vulnerabilizada en Navarra

A continuación, se presenta un análisis detallado de las barreras de acceso al sistema sanitario que generan vulneraciones al derecho a la salud, basado en el trabajo de campo realizado mediante grupos triangulares de discusión. Estos grupos incluyeron la participación de mujeres y hombres de origen africano provenientes de países donde se practica la mutilación genital femenina, mujeres en situación de prostitución, así como mujeres y hombres de origen rumano y pertenecientes a la etnia gitana, específicamente del grupo Spoitoris. El análisis se enfoca en clasificar las barreras identificadas según su naturaleza, distinguiendo entre barreras de tipo administrativo-legal, barreras físicas, económicas y aquellas relacionadas con el acceso a la información. Esta clasificación permitirá una comprensión más precisa de los obstáculos enfrentados por estos colectivos vulnerabilizados en su acceso al Servicio Navarro de Salud Osasunbidea, con cargo a fondos públicos.

BARRERAS ADMINISTRATIVAS

Las dificultades para obtener el empadronamiento y la tarjeta sanitaria emergen como un obstáculo importante. En la práctica, las personas migrantes en situación administrativa irregular deben acreditar su residencia en Navarra por un mínimo de 90 días mediante su inscripción en el padrón para obtener la tarjeta sanitaria que les permita acceder a la atención sanitaria financiada con fondos públicos. Esta exigencia no cuenta con un respaldo legal claro y parece basarse más en una costumbre adquirida que en una normativa formalmente establecida.

Un testimonio refleja la frustración de una participante al enfrentarse a este proceso:

“ Fui a empadronarme, pero me pidieron un documento que no tenía. Cuando al final lo conseguí, me dijeron que no era suficiente. Estuve meses sin poder empadronarme, y sin eso, no podía tener tarjeta sanitaria. [TdD Grupo 3]

Otro testimonio resalta cómo la falta de información sobre los procedimientos afecta su acceso a derechos básicos:

“ Sin estar empadronada, no puedes hacer casi nada. Me negaron la tarjeta sanitaria porque no tenía el padrón, aunque llevaba meses viviendo aquí. [TdD Grupo 3]

Además, algunas mujeres mencionan que han tenido que pagar a personas para conseguir ser empadronadas:

“ Me pidieron 200 euros por cada persona para empadronarnos. Al final, conseguí que me empadronaran a mí y a mis hijos por 400 euros. [TdD Grupo 3]

En algunos de los casos se comenta que para la tramitación de la tarjeta sanitaria se pidió como requisito imprescindible tener el padrón y tener una cierta antigüedad de este mismo.

“ En el hospital siempre cuando iba a solicitar la tarjeta sanitaria, siempre me pedían empadronamiento o si te cambias de médico te piden el empadronamiento para que vean dónde vives. [TdD Grupo 1]

“ Me han pedido el empadronamiento, me dijeron que tengo que empadronarme para la tarjeta sanitaria. Y yo no tenía cuando pedí la tarjeta. Me dijeron que espere, que primero haga el empadronamiento, que sin empadronamiento no puede ser. [TdD Grupo 1]

En Navarra, es muy frecuente que se exija el "certificado de no exportación del derecho a la

asistencia sanitaria" incluso a personas residentes en la comunidad que han pasado breves estancias en países de la Unión Europea. Aunque el Real Decreto-Ley 7/2018 condiciona el acceso a la atención sanitaria pública a la imposibilidad de exportar el derecho desde el país de origen, este requisito se aplica de manera desproporcionada, afectando a personas que apenas han residido en otros países comunitarios. Esta situación genera dificultades adicionales, ya que muchas veces obtener este documento es complejo o costoso, y las administraciones competentes de los países de origen o procedencia no siempre facilitan el trámite, dejando a muchas personas atrapadas en un proceso burocrático sin salida clara.

“ He mandado el papel que debe de mandar a Rumanía y he esperado mucho tiempo, casi dos años, pero no me ha llegado hasta ahora. [TdD Grupo 1]

Médicos del Mundo ha detectado casos en los que personas con tarjetas sanitarias emitidas en otra Comunidad Autónoma, al trasladarse a Navarra, no ven reconocida su condición de desplazadas, lo cual les impide acceder a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones y con las mismas garantías que las personas que residen en Navarra, tal como establece el artículo 4 de la Ley 16/2003. Asimismo, las personas cuyo derecho a la asistencia sanitaria es reconocido en Navarra pero que no reciben la TIS por no presentar como documento acreditativo de residencia el certificado de empadronamiento, tampoco ven reconocida su condición de desplazadas en otra Comunidad Autónoma, lo que representa una barrera de acceso a la salud.

En las respuestas de las entidades sociales encuestadas, destaca un alto porcentaje de las personas atendidas que no cuentan con tarjeta sanitaria. Este problema es particularmente grave para personas migrantes, sobre todo aquellas en situación administrativa irregular, que encuentran múltiples trabas burocráticas para poder empadronarse o regularizar su situación. Según los cuestionarios completados, el 25 % de las organizaciones señalaron que las personas que atienden no disponen de tarjeta sanitaria. Esta cifra pone en evidencia que un número considerable de personas migrantes quedan excluidas de los servicios básicos de salud debido a barreras administrativas. La complejidad de los procedimientos administrativos y la falta de

información sobre cómo obtener los documentos necesarios para acceder al sistema de salud generan frustración y desesperanza entre las personas afectadas. Así pues, esta situación vulnera el derecho a la salud.

BARRERAS LINGÜÍSTICAS Y CULTURALES

El idioma es un factor clave en el proceso de integración e inclusión social de las personas de origen migrante. Una de las particularidades o características que comparte la población gitana de origen rumano es la doble condición de ser originarios de otro país y ser de etnia gitana. Esto quiere decir que en el uso diario utilizan dos idiomas, el romanés y el rumano, y, con el paso del tiempo han ido aprendiendo español. Sin embargo, no todas las personas cuentan con nivel de castellano que les permita llevar a cabo los procesos burocráticos que se requieren para poder acceder al sistema sanitario navarro, por ejemplo, tramitar la tarjeta sanitaria o acudir a las citas y entender bien las recomendaciones u observaciones que reciben por parte del personal sanitario. Normalmente requieren de una ayuda externa para hacer frente a estos trámites.

Por otro lado, los recursos existentes dedicados a la traducción e interpretación de los que dispone la administración -además de un bajo uso del mismo- no contemplan el idioma romanés. Sin embargo, muchas personas pertenecientes al colectivo Spoitoris, sobre todo las personas mayores de edad, no hablan ni rumano ni castellano y no pueden entender especialmente los tecnicismos o nociones del lenguaje especializado.

“ Yo no sabía español, siempre tenía que coger alguna traductora para hablarme. Conocí a (mediadora intercultural), ella me ha ayudado con la tarjeta sanitaria, ella me ha dicho cómo debería hacer, me acompañó, con los papeles. Y ahora hablo español, no muy bien, pero me apañó un poco. Creo que es importante tener a alguien porque, aún muchas palabras no entiendo. [TdD Grupo 1]

Otro testimonio muestra cómo la presencia de organizaciones como Médicos del Mundo cambió su experiencia:

“ *Cuando fui sola al centro de salud, no me atendieron bien. Me decían que me faltaban papeles y me ignoraban. Pero cuando volví con Médicos del Mundo, todo fue diferente: me escucharon y me ayudaron con todo lo que necesitaba.*

[TdD Grupo 3]

Las mujeres en situación de prostitución participantes en el grupo, también afirmaron que en ciertas ocasiones presentaban problemas con el idioma. A pesar de ser de habla hispana al pertenecer a países latinoamericanos como Venezuela o Colombia, la utilización de diferentes expresiones y términos para referirse a algo en concreto, en muchas ocasiones les producía malentendidos y, por consiguiente, imposibilidad de acceso a información veraz en cuanto a los trámites para el padrón y la Tarjeta Sanitaria.

En este sentido, una de ellas narraba que en ocasiones los diferentes usos del lenguaje, expresiones y palabras le habían llevado a malentendidos:

“ *Porque a veces tú escribes un texto, y hay palabras que no entienden, o sea, como que la malinterpretan.*

[TdD Grupo 3]

El 50 % de las entidades destaca la falta de mecanismos de traducción y mediación cultural como una de las barreras más significativas para las personas migrantes.

La figura de las mediadoras interculturales desempeña un papel fundamental en la superación de muchas de las barreras que enfrentan las personas migrantes en su acceso al sistema sanitario. Sin embargo, esta figura está ausente en la mayoría de los centros de salud y hospitales. En su lugar, son las organizaciones sociales, a través de sus mediadoras interculturales, las que habitualmente acompañan a las personas migrantes durante su acceso a los servicios de salud, cubriendo esta necesidad esencial.

La discriminación basada en el origen étnico, el estatus migratorio y la condición socioeconómica también constituye una barrera significativa.

“ *Por el hecho de ser africano, sientes que te tratan diferente... porque eres africana... Pensé que, por el color de la piel... cuando nos ven, a nosotros los negros, creen que venimos a aprovechar su sistema de salud.*

[TdD Grupo 2]

El 42% de las entidades que han participado reportaron casos de discriminación racial y xenofobia dentro del sistema sanitario. Este tipo de discriminación afecta negativamente a la confianza de las personas en el sistema de salud y las disuade de buscar atención médica, incluso cuando la necesitan. Este tipo de experiencias de discriminación institucionalizada genera una desconfianza persistente hacia el sistema, y refuerza la exclusión sanitaria de las personas más vulnerables, quienes ya enfrentan múltiples barreras para el acceso a servicios esenciales.

BARRERAS INFORMATIVAS

El acceso a la información es crucial para garantizar que las personas puedan tomar decisiones informadas sobre su salud y acceder a los servicios que necesitan. Sin embargo, las barreras lingüísticas y la falta de información accesible y comprensible son desafíos importantes para las personas migrantes en Navarra. El mostrador de administración en los centros de salud y hospitales constituye el principal punto informativo para acceder al sistema sanitario. Sin embargo, para muchas personas, estos mostradores se convierten en el primer obstáculo. Es frecuente que no se permita solicitar cita con trabajo social sin estar empadronadas, lo que crea un círculo vicioso para las personas migrantes. Estas necesitan un informe social para demostrar su voluntad de permanencia en España y acceder a la atención sanitaria, pero no pueden obtener dicho informe sin estar previamente empadronadas. Esta situación se ve agravada por la falta de información adecuada desde los centros de salud, lo que genera confusión y limita aún más la capacidad de estas personas para acceder a los servicios que requieren.

Una mujer participante compartió:

“ *Cuando llegué a Navarra, nadie me explicó cómo funcionaba el sistema de salud. No sabía que necesitaba un padrón para obtener*

la tarjeta sanitaria, y cuando finalmente me lo dijeron, ya había perdido varias citas importantes. Me sentí completamente desinformada y perdida.

[TtD Grupo 2]

Este testimonio pone de manifiesto la falta de información adecuada, que no solo impide que las personas ejerzan su derecho a la salud, sino que también las coloca en situaciones de riesgo. La información sanitaria debe ser culturalmente apropiada y presentada en un idioma que la persona entienda, pero en muchos casos, esta información no está disponible en otros idiomas como el francés, inglés, árabe, rumano entre algunas de las más habladas en la Comunidad Foral, limitando el acceso a la salud de las personas migrantes.

Además, en algunos casos, las personas migrantes desconfían del sistema sanitario debido a experiencias pasadas de discriminación o maltrato, lo que puede llevarlas a evitar la búsqueda de información o de atención médica, incluso cuando la necesitan. Esto agrava la situación de vulnerabilidad y perpetúa el ciclo de exclusión y desigualdad.

Por su parte, la población gitana rumana del grupo Spoitoris se caracteriza por tener niveles bajos de alfabetización, siendo esta característica el factor clave en cuanto al entendimiento del funcionamiento del sistema sanitario y en todo lo que tiene que ver con las tramitaciones requeridas. Debido a la condición de ciudadanía de un país miembro de la Unión Europea, a la mayor parte de las personas de etnia gitana y de origen rumano se les exige la tramitación de la Tarjeta Sanitaria Europea (TSE) y/o la acreditación de no exportación del derecho a la asistencia sanitaria. Estos procesos requieren tanto de un entendimiento de los procesos burocráticos como del manejo de herramientas informáticas, por ejemplo, el correo electrónico. Sin embargo, la mayor parte de las personas pertenecientes a este colectivo tienen un nivel bajo de alfabetización digital y lingüística, lo que supone unas importantes barreras a la hora de realizar los trámites y mediar entre la administración rumana y española.

“ Por qué dice, por qué no tiene médico, pero en Rumanía tampoco tiene médico, porque no tiene, no ha ido nunca a Rumanía a un médico, ni conoce el hospital de Rumanía, porque no ha ido nunca.

[TtD Grupo 1]

Por otro lado, destacan la importancia de la presencia de las figuras mediadoras y la implicación de las trabajadoras sociales de los centros de salud para superar las barreras relacionadas al acceso al sistema sanitario navarro.

Todas las participantes del grupo de mujeres prostituidas concuerdan en que en algún momento se les ha dado información confusa respecto a los trámites que debían realizar y pasos a seguir para la obtención tanto del padrón como de la tarjeta sanitaria. Sin embargo, alegan que esto no es específico de un centro de salud concreto, sino que más bien depende de las personas, individualmente hablando, que les atendieron en algún momento.

La falta de acceso a información clara y comprensible sobre los derechos sanitarios y los procedimientos necesarios para obtener atención médica es otra de las principales barreras señaladas por las entidades. Aunque existe un servicio de teletraducción, este no se utiliza con frecuencia. La ausencia de recursos informativos en varios idiomas y la falta de traductores o mediadores culturales en los centros de salud impide que muchas personas migrantes o que no dominan el español puedan entender cómo acceder a los servicios sanitarios disponibles.

BARRERAS ECONÓMICAS

El principio de accesibilidad económica establece que el acceso a los servicios de salud no debe estar condicionado a la capacidad económica de las personas. Sin embargo, en Navarra, las personas migrantes a menudo enfrentan costos que les impiden acceder a la atención médica que necesitan.

Un testimonio revela:

“ Me pidieron 300 euros al mes por los medicamentos que necesitaba mi hija, y no podíamos permitirnoslo. Fue devastador saber que la salud de mi hija dependía de un dinero que no teníamos. Sentí una impotencia tremenda porque, aunque estaba en un país donde supuestamente tenía derecho a la salud, este derecho estaba fuera de mi alcance por razones económicas.

[TtD Grupo 2]

Este ejemplo ilustra cómo los costos elevados de la atención médica y de los medicamentos pueden excluir a las personas migrantes del acceso a los servicios de salud, creando una barrera insuperable para quienes ya enfrentan precariedad económica. La situación se agrava cuando estas personas no tienen acceso a la tarjeta sanitaria, que les permitiría recibir atención gratuita o a bajo costo.

La exigencia de pago por adelantado para ciertos servicios o la falta de cobertura para personas sin una tarjeta sanitaria activa constituye una grave vulneración del derecho a la salud, ya que impide que las personas más necesitadas puedan acceder a tratamientos esenciales. En algunos casos, las personas migrantes se ven obligadas a elegir entre su salud y otras necesidades básicas, lo que puede llevar a situaciones de extrema vulnerabilidad.

Los costos elevados de la atención médica sin tener la tarjeta sanitaria se mencionan de forma recurrente. Una participante relató su experiencia:

“ **Me cobraron 200 euros por una consulta para mi hija. No tenía dinero en ese momento, y aún tengo la deuda. No sé cómo voy a pagarla.** [TdD Grupo 3]

Otro testimonio refleja la angustia de no tener acceso gratuito a la atención médica:

“ **Me dijeron que sin empadronamiento tendría que pagar todas las consultas, y los precios eran muy altos. No sabía cómo iba a pagar esas facturas, y cada vez que me enfermaba, tenía miedo de ir al médico.** [TdD Grupo 3]

En este aspecto, todas las participantes coincidían en que, a pesar de que finalmente se les atendía en las consultas de Atención Primaria (tras muchos esfuerzos y malentendidos), luego se les remitían facturas por los servicios recibidos que se van acumulando. En ocasiones teniendo que elegir incluso si merecía la pena acudir a consulta médica o invertir el dinero en otras cuestiones (casa, comida u otros gastos familiares).

Una de ellas narraba la situación de impotencia que le producía el no tener el dinero que le pedían para cubrir los gastos de una consulta tras haber recibido

un parte de asistencia indicando el coste que debe asumir por la misma, teniendo que acudir a Médicos del Mundo para aclarar la situación y orientarle en los pasos que debía seguir y los trámites tanto económicos como administrativos al respecto. Este testimonio refleja la carga económica que enfrentan algunas personas vulnerabilizadas al recibir atención sin cobertura, lo que les genera deudas adicionales y la necesidad de orientación en los trámites para regularizar su acceso a la salud:

“ **Pues bueno, entonces ahí imagínense, me tuvieron un rato. Me cobraron un dinero, o sea que no, claro, obviamente no lo tenía en el momento. Entonces, de hecho, todavía tengo la cuestión de la deuda ahí. Después de eso ya me contacté con Médicos del Mundo y conocí a la trabajadora social. Entonces ella me dijo que esperara un poco hasta que me saliera la tarjeta, que ahí se salía y de allí ya todo listo.** [TdD Grupo 3]

El 25 % de las entidades sociales consultadas señalaron que un porcentaje relevante de las personas titulares de derecho se han visto obligadas a pagar por la atención sanitaria. Esta situación genera un impacto financiero considerable en estos grupos, muchos de los cuales ya enfrentan dificultades para cubrir sus necesidades básicas como alimentación, vivienda y transporte.

Los medicamentos, aunque en muchos casos están cubiertos parcialmente por el sistema público, siguen siendo un costo significativo para quienes no cuentan con recursos. La falta de tarjeta sanitaria y consecuente alternativa de acudir a consultas privadas incrementan esta carga económica, lo que lleva a muchas personas a retrasar la atención médica o evitarla por completo hasta que sus condiciones de salud se agravan. Si bien la pobreza farmacéutica no es el enfoque principal de nuestra investigación, recomendamos consultar el **II Informe de barreras** al Sistema Nacional de Salud en poblaciones vulnerabilizadas para obtener información más detallada al respecto².

2. Médicos del Mundo. (2023). II informe de barreras al Sistema Nacional de Salud en poblaciones vulnerabilizadas. <https://www.medicosdelmundo.org/actualidad/publicaciones/informes/ii-informe-de-barreras-al-sistema-nacional-de-salud-en-poblaciones-vulnerabilizadas/> consultado el 24/10/2024 13:00

BARRERAS FÍSICAS

La accesibilidad física implica que los servicios médicos deben estar geográficamente accesibles y adaptados para todas las personas, incluidas aquellas con discapacidades. Sin embargo, las personas migrantes en Navarra enfrentan barreras significativas, tanto geográficas como de movilidad, que dificultan su acceso a los servicios de salud.

Una persona participante mencionó:

“ *Vivo en un área rural y el hospital más cercano está a más de una hora de distancia en transporte público. A veces, el transporte ni siquiera llega a tiempo y, cuando finalmente llego al hospital, ya no me atienden porque he llegado tarde.*

[TdD Grupo 2]

Este tipo de barrera es especialmente relevante en zonas rurales, donde la infraestructura de transporte es limitada y los centros de salud pueden estar lejos de las comunidades vulnerables. La falta de accesibilidad geográfica puede significar que las personas migrantes deban viajar largas distancias o depender de medios de transporte costosos o ineficientes, lo que a menudo resulta en demoras en la atención o en la imposibilidad de recibir tratamiento.

Además, la accesibilidad física también se refiere a la adaptabilidad de los servicios para personas con discapacidad. Sin embargo, muchas instalaciones no están adecuadamente equipadas para atender a personas con movilidad reducida u otras necesidades especiales. Esto puede desincentivar a las personas con discapacidad a buscar atención médica, lo que agrava su vulnerabilidad y perpetúa la exclusión de los servicios de salud.

En el caso de las personas de etnia gitana y origen rumano la barrera física más común es la distribución física de las instalaciones hospitalarias. Al desconocer la organización territorial de Pamplona y Comarca, en la mayoría de los casos las personas se ven obligadas a recurrir a los servicios de taxi para llegar en el destino requerido:

“ *Me cogía un taxi para poder llegar ahí, que no sabía llegar. Y directamente el taxi, como le enseñaba donde, me mandó y él veía y listo.*

[TdD Grupo 1]

Los testimonios recabados por las entidades sociales muestran que muchas personas vulnerables recurren a los servicios de urgencias como su principal vía de acceso a la atención sanitaria, ya que no pueden asistir regularmente a las consultas de atención primaria. Este uso de los servicios de urgencias también implica que las personas afectadas no reciban un seguimiento adecuado para sus condiciones crónicas o menos graves.

Al respecto, uno de los testimonios indicaba:

“ *La única vez que he podido ver a un médico fue porque fui a urgencias, no tengo cómo ir hasta el centro de salud, y sin tarjeta, no sé si me atenderían.*

Esta declaración refleja cómo las barreras físicas y la falta de recursos económicos y administrativos se entrelazan, dificultando el acceso regular a la atención sanitaria.

8.3 Registro de vulneraciones y barreras detectadas por Médicos del Mundo (2022 - 2024)

La tabla muestra el número total de personas atendidas por Médicos del Mundo en Navarra desde 2022 hasta octubre de 2024, clasificadas por los diferentes colectivos a los que pertenecen dentro de los proyectos de la organización. Entre los grupos atendidos se incluyen la comunidad

gitana rumana, personas provenientes de países en los que se practica mutilación genital femenina, mujeres en situación de prostitución, migrantes (la mayoría lo son) y otros colectivos. Es importante destacar que una misma persona (TdD) puede ser clasificada en varios de estos colectivos.

	2022	2023	2024
COMUNIDAD GITANA RUMANA	19	36	17
COMUNIDAD QUE PRACTICA MGF	68	83	122
PROSTITUCIÓN	269	438	356
MIGRACIONES	487	565	377
OTRAS CATEGORÍAS	78	101	83
TOTAL	504	720	537

* Un/a TdD puede ser clasificado en varios colectivos

** Hasta 01/10/2024

La siguiente tabla muestra el total de vulneraciones de derechos registradas en personas pertenecientes a diferentes colectivos atendidos por Médicos del Mundo en Navarra, desde 2022 hasta octubre de 2024. El número de vulneraciones es de 140 en 2022; 135 en 2023, y 69 en 2024.

1. **Comunidad que practica MGF:** Este colectivo registró 10 vulneraciones en 2022, un aumento a 20 en 2023, y 8 en 2024.

2. **Comunidad Roma:** En 2022, solo se registraron 2 vulneraciones, pero en 2023 aumentó considerablemente a 12. No se registran datos en 2024.

3. **Migraciones:** 139 vulneraciones en 2022, 119 en 2023 y a 43 en 2024.

4. **Prostitución:** Las vulneraciones en este colectivo 102 en 2022, 58 en 2023, y 56 en 2024.

	2022	2023	2024
COMUNIDAD GITANA RUMANA	2	12	
COMUNIDAD QUE PRACTICA MGF	10	20	8
PROSTITUCIÓN	102	58	56
MIGRACIONES	139	119	43
OTRAS CATEGORÍAS	19	9	10
TOTAL	140	135	69

La tercera tabla presenta las barreras de acceso (vulneraciones) detectadas en diferentes colectivos atendidos por Médicos del Mundo en Navarra entre 2022 y octubre de 2024, clasificadas según su tipología. A continuación, se analiza la evolución y el impacto de cada tipo de barrera en estos tres años:

- Barreras administrativas:** Estas son las más prevalentes a lo largo de los tres años. En 2022, se detectaron 138 barreras administrativas, que disminuyeron significativamente a 102 en 2023 y a 35 en 2024. Esta tipología incluye obstáculos burocráticos como la falta de empadronamiento o la dificultad para obtener documentación necesaria para acceder a los servicios sanitarios.
- Barreras culturales:** En 2022, se registraron 11 barreras culturales, pero en 2023 aumentaron drásticamente a 55, antes de caer a 6 en 2024. Las barreras culturales incluyen la falta de adecuación de los servicios sanitarios a las costumbres y creencias de los colectivos vulnerabilizados, lo que puede dificultar su acceso.
- Barreras informativas:** En 2022, se identificaron pocas barreras informativas (3), pero en 2023 aumentaron a 18 y en 2024 se dispararon a 38. Estas barreras incluyen la falta de acceso a información clara y comprensible sobre el sistema sanitario, lo que genera dificultades para entender los derechos y procedimientos.
- Barreras digitales:** Estas barreras se registran informáticamente por primera vez en 2024, con 5 casos. Las barreras digitales hacen referencia a la dificultad de acceso a servicios sanitarios a través de medios tecnológicos, lo que afecta especialmente a personas sin acceso o conocimientos tecnológicos suficientes. Su aparición reciente podría estar relacionada con una mayor digitalización del sistema, que no ha sido acompañada por el apoyo necesario a los colectivos más vulnerables.
- Barreras económicas:** Las barreras económicas, que incluyen la incapacidad de cubrir gastos relacionados con la salud (medicamentos, consultas, etc.), se mantuvieron relativamente estables, con 9 casos en 2022, 12 en 2023, y 6 en 2024. Aunque no son las barreras más numerosas, siguen representando un problema constante para las personas vulnerabilizadas.
- Barreras físicas:** Las barreras físicas, relacionadas con la accesibilidad a los centros sanitarios o la distancia geográfica, aumentaron de 7 en 2022 a 26 en 2023, y 6 en 2024.
- Barreras lingüísticas:** Estas barreras también tuvieron un fuerte aumento en 2023, pasando de 12 casos en 2022 a 55 en 2023, y luego disminuyendo a 8 en 2024. Las barreras lingüísticas afectan principalmente a personas migrantes que no dominan el idioma local, limitando su acceso a información y servicios sanitarios.

TABLA #4. BARRERAS DETECTADAS

	2022	2023	2024
ADMINISTRATIVAS	138	102	35
CULTURALES	11	55	6
DE INFORMACIÓN	3	18	38
DIGITALES			5
ECONÓMICAS	9	12	6
FÍSICAS	7	26	6
LINGÜÍSTICAS	12	55	8
TOTAL	140	135	69

09. CONCLUSIONES

El análisis desarrollado a lo largo de este informe ha puesto de manifiesto la existencia de múltiples barreras que impiden el acceso equitativo al sistema sanitario público en Navarra, especialmente para los colectivos más vulnerabilizados. Estas barreras constituyen una vulneración directa del derecho al acceso a la salud con cargo a fondos públicos. A continuación, se detallan las principales conclusiones extraídas del estudio, subrayando la relación entre dichas barreras y la vulneración de los derechos de estas personas.

El derecho a la salud, entendido como un derecho fundamental, se encuentra vulnerado cuando las barreras estructurales impiden que determinados colectivos puedan acceder de manera efectiva a los servicios sanitarios públicos financiados con fondos del Estado. Las barreras identificadas en este informe— administrativas, físicas, económicas, informativas y culturales— representan vulneraciones claras de las obligaciones de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra de garantizar un acceso universal al sistema sanitario. En este sentido, se debe destacar que la falta de medidas adecuadas para eliminar estas barreras perpetúa la exclusión social y sanitaria de los colectivos más vulnerables.

Las barreras físicas, como la lejanía de los centros de salud o la falta de transporte adecuado en zonas rurales, representan otro obstáculo importante para el acceso a la atención sanitaria. Estas barreras geográficas afectan desproporcionadamente a quienes viven en áreas rurales o a personas con movilidad reducida. Para muchas de estas personas, la distancia a los centros médicos supone un impedimento para recibir atención sanitaria oportuna, lo que incrementa su vulnerabilidad.

La falta de recursos adecuados para superar las barreras lingüísticas y culturales es otra forma de exclusión sanitaria. En particular, los colectivos migrantes que no dominan el castellano o las personas pertenecientes a minorías étnicas, como la población gitana rumana del grupo Spoitoris (con una lengua no incluida en el sistema de teletraducción), enfrentan graves dificultades para entender cómo acceder a los servicios sanitarios o qué procedimientos deben seguir. La ausencia de traductores y mediadores culturales en los centros de salud y el poco uso del sistema de teletraducción agrava esta situación, lo que genera malentendidos y desinformación para hacer efectivo el acceso al sistema sanitario público.

Muchas personas no conocen los procedimientos necesarios para acceder a los servicios sanitarios públicos o los derechos que tienen en cuanto a la atención médica financiada con fondos públicos. La falta de información, así como de campañas informativas accesibles y adaptadas a las necesidades lingüísticas y culturales de estos colectivos, perpetúa su situación de exclusión. La falta de conocimiento sobre los derechos de acceso a la sanidad pública es, en sí misma, una barrera que vulnera el derecho a la salud. Si las personas no están adecuadamente informadas sobre cómo acceder a los servicios financiados por el Estado, se está fallando en la obligación de garantizar un acceso universal y equitativo a la atención sanitaria.

La burocracia y la exigencia de determinados requisitos administrativos, como la de contar con un empadronamiento o la tarjeta sanitaria, han demostrado ser barreras significativas para acceder al sistema sanitario. Para muchas personas en situación irregular o sin residencia fija, estos trámites resultan inalcanzables, lo que las deja fuera del sistema sanitario público.

Las personas gitanas spoitoris de origen rumano, y por tanto ciudadanas europeas, que carecen de NIE, encuentran dos barreras de acceso al sistema sanitario: la exigencia de la tramitación de la tarjeta sanitaria europea y el requerimiento de un documento expedido desde Rumanía en la que se acredite la “no exportación del derecho a la asistencia sanitaria”. Esto se traduce en que la persona titular de derechos aparece en el Sistema Navarro de Salud como “paciente privado”. Las personas migrantes de otros países también se enfrentan con frecuencia a la necesidad de acreditar la “no exportación del derecho a la asistencia sanitaria”, incluso cuando han realizado estancias muy breves en otros países de la Unión Europea.

Todas las personas que residen en el Estado español tienen derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos, incluyendo, por tanto, a las personas extranjeras que residan en el territorio y que no estén registradas como residentes. Pero, a pesar de la existencia de mecanismos de acceso a la sanidad para personas extranjeras que no pueden aportar la documentación exigida, en la práctica, la falta de conocimiento del personal de admisión de los Centro de Salud y trabajo social, unida a las barreras culturales, idiomáticas o formativas hacen que la obtención de la TIS resulte un trámite poco alcanzable para esta población. Así pues, el acompañamiento de las entidades sociales es clave para hacer efectivo el derecho a la asistencia sanitaria. Como consecuencia de la situación anterior, en muchos casos se emiten facturas por la atención sanitaria prestada en los servicios de Urgencias y Centros de Salud.

La población de origen extranjero que reside en nuestra Comunidad, aunque no disponga de un NIE, debe acceder al Sistema Navarro de Salud sin

que suponga para ella un coste adicional. Es decir, deben recibir la atención sanitaria que requieran sin que les sea facturada esa atención.

Se precisa además que el Sistema Navarro de Salud trabaje en su aceptabilidad, como herramienta de mejora para garantizar el derecho a la salud de esta población y que habilite los recursos adecuados y necesarios para ello.

10. RECOMENDACIONES

01. Reforzar los recursos que intervienen en el acceso a la atención sanitaria en Navarra

Se deben reducir las desigualdades en el acceso a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos para que el derecho a la salud pueda ser ejercido en condiciones de equidad. Para lograrlo, se recomienda lo siguiente:

01. Facilitar la continuidad en la Atención Primaria: Reducir al mínimo la alta rotación del personal sanitario para que las personas atendidas puedan establecer vínculos de confianza con los y las profesionales, permitiendo un seguimiento adecuado de su estado de salud a lo largo de su vida.

03. Capacitar al personal sanitario en normativa de acceso: Formar a los y las profesionales que trabajan en el Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea en la normativa vigente para garantizar el acceso al sistema sanitario público en Navarra, erradicando la vulneración de derechos que actualmente afecta a las personas vulnerables.

02. Reforzar los servicios sociales y el personal de trabajo social: Incrementar los recursos destinados a los servicios sociales en los centros sanitarios, descongestionando el sistema. Además, es fundamental desvincular el requisito de empadronamiento para que las personas puedan acceder a los servicios de trabajo social sin restricciones burocráticas.

02. Acabar con la exclusión sanitaria de la población vulnerable en Navarra

Se debe implementar de forma urgente un mecanismo que permita el acceso universal a la atención sanitaria pública, eliminando las barreras administrativas que aún impiden el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria para algunas personas residentes en Navarra. Para ello, se proponen las siguientes medidas:

01. Garantizar el derecho a la atención sanitaria y al seguimiento del estado de salud de las mujeres víctimas de violencias como la mutilación genital femenina, la prostitución, la trata con fines de explotación sexual y la explotación sexual, de conformidad con lo dispuesto en la Ley Foral 14/2015, de 10 de abril, para actuar contra la violencia hacia las mujeres.

02. Asegurar el acceso a medicamentos para personas con bajos recursos: Facilitar el acceso a los medicamentos mediante exenciones de pago para quienes no pueden cubrir estos costos, asegurando la equidad en el acceso a tratamientos.

03. Suspender la emisión de partes de asistencia que posteriormente suponen una facturación de la atención. Garantizar que ninguna persona vulnerable sea obligada a asumir costos por atenciones urgentes en centros sanitarios.

04. Garantizar la atención para menores y mujeres embarazadas: Asegurar que, independientemente de su situación administrativa o tiempo de residencia en Navarra, todas las menores y mujeres embarazadas reciban atención sanitaria sin restricciones.

05. Eliminar procedimientos que vulneren el derecho a la intimidad: Evitar procedimientos administrativos que expongan innecesariamente la información personal o el estado migratorio de las personas al solicitar acceso a la atención sanitaria pública.

06. Dotar a la Atención Primaria de personal y recursos suficientes: Aumentar el personal sanitario para garantizar que las personas vulnerabilizadas reciban atención en tiempo y forma adecuados.

07. Garantizar servicios de mediación, traducción e interpretación en los centros sanitarios: Asegurar la disponibilidad de servicios de traducción, interpretación y mediación intercultural en los centros de salud, de modo que las personas migrantes puedan acceder a información clara y adaptada a su contexto cultural.

08. Asegurar la conexión mediante transporte público a los centros sanitarios: Mejorar la accesibilidad a los centros de salud, garantizando que todos los centros sanitarios cuenten con transporte público que facilite el acceso a las personas que viven en áreas remotas o con dificultades de movilidad.

09. Desvincular el empadronamiento del acceso a la asistencia sanitaria para demostrar la residencia durante tres meses, asegurando que todas las personas, independientemente de su situación administrativa, puedan acceder a los servicios públicos de salud.

10. Facilitar alternativas a la acreditación de la "no exportación del derecho a la asistencia sanitaria" mediante el uso de una declaración jurada u otros mecanismos administrativos, evitando así que esta exigencia retrase el acceso de personas migrantes al sistema y garantizando su atención.

11. Emitir TIS a todas las personas que tengan reconocido el derecho a la asistencia sanitaria en Navarra. Aunque el protocolo actual contempla la emisión de la TIS únicamente para quienes presenten un certificado de empadronamiento en la Comunidad, el artículo 3 ter de la Ley 16/2003 establece la obligatoriedad de entregar un documento acreditativo de este derecho. Facilitar la TIS permitirá un acceso más equitativo a los servicios sanitarios y garantizará el cumplimiento del derecho a la atención sanitaria de todas las personas que residen en la Comunidad Foral.

12. Implementar medidas que aseguren la aplicación efectiva del procedimiento especial para facilitar el acceso a la TIS a todas las personas que residan en la Comunidad Foral por un periodo inferior a 90 días o que no puedan acreditar una residencia superior.

13. Retirar la exigencia de valoración de circunstancias de necesidad sanitaria, sociales y económicas de la persona interesada para el acceso a la TIS a través del procedimiento especial, ya que el artículo 3 ter de la Ley 16/2003 no establece la necesidad de emitir un informe de trabajo social para valorar estas circunstancias.

11. APÉNDICE

PERSONAS MIGRANTES CON DISCAPACIDAD

La población migrante con discapacidad enfrenta una doble dificultad al intentar acceder al Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea, con cargo a fondos públicos: ser personas inmigrantes y, además, tener una discapacidad.

Las entidades sociales encuestadas que atienden a personas con discapacidad en Navarra mencionan una serie de barreras significativas en el acceso al sistema de salud para esta población. Las barreras administrativas surgen principalmente de la dificultad para obtener una cita con trabajo social, ya que la falta de empadronamiento en la práctica limita este acceso y crea un círculo vicioso, sin acceso al sistema. La obtención de la tarjeta sanitaria, en la práctica, requiere una comprensión detallada de procedimientos y documentos que pueden resultar confusos y poco accesibles. La falta de adaptaciones en estos procesos aumenta la dependencia de estas personas de terceros, lo que retrasa su acceso a los servicios de salud.

Desde el punto de vista de la información y la comunicación, estas entidades subrayan la carencia de mecanismos de traducción e interpretación en los centros de salud, lo cual dificulta la atención adecuada a quienes no dominan el castellano. Esto es especialmente grave para personas con discapacidad sensorial o cognitiva, quienes dependen de una comunicación clara y adaptada.

Las barreras culturales y lingüísticas también están presentes, según las entidades, en forma de discriminación y trato desigual. En algunos casos, se ha documentado la exclusión de

ciertas personas en situación de vulnerabilidad del acceso a la UCI, así como diferencias en el trato que reciben.

Finalmente, las entidades destacan una serie de barreras físicas. La falta de medios de transporte público accesibles complica el traslado a los centros de salud, especialmente para quienes viven en zonas alejadas o tienen movilidad reducida. Los horarios de atención actuales representan otra barrera, ya que son incompatibles con las necesidades de quienes requieren acompañamiento. Además, las barreras arquitectónicas en la infraestructura de algunos centros de salud dificultan el acceso de personas con movilidad limitada, impidiendo su atención en igualdad de condiciones.

SUGERENCIAS DE MEJORA EN LA ATENCIÓN SANITARIA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Las entidades recomiendan que el personal sanitario reciba una formación específica en discapacidad, enfocada en mejorar el trato directo hacia las personas con discapacidad y respetar sus tiempos de respuesta. Esto incluye el uso de sistemas de comunicación alternativa cuando sea necesario, para que la persona pueda responder de manera autónoma siempre que sea posible. Además, en casos donde las personas no pueden comunicarse verbalmente, se sugiere otorgar mayor confianza en el criterio de sus familiares, quienes mejor conocen su situación y necesidades.

Asimismo, se recomienda mejorar la gestión de prescripciones ortoprotésicas, dado que los largos tiempos de espera actuales dificultan el acceso a dispositivos esenciales, como sillas de ruedas. Esta cuestión es determinante para hacer efectivo el acceso a la atención sanitaria.

En cuanto a los procedimientos administrativos, las entidades valoran positivamente el acceso al sistema Atenea, que facilita la gestión de citas y una mejor coordinación entre el personal de las entidades y los centros de salud. También se considera esencial contar con protocolos específicos y una cobertura legal adecuada para la atención a personas con discapacidad, asegurando un marco de actuación claro y de protección.

Las entidades subrayan la importancia de mejorar el transporte público para garantizar la accesibilidad de las personas con discapacidad a los centros de salud, especialmente en áreas con poca cobertura de transporte accesible.

Es recomendable que se adopte y aplique el Principio de Accesibilidad Universal, el cual resalta la conexión fundamental entre accesibilidad y no discriminación, especialmente relevante para colectivos vulnerables, como las personas con discapacidad. Este principio define la discapacidad como un resultado de las barreras actitudinales y ambientales que dificultan la participación en igualdad de condiciones. Por tanto, se enfatiza la necesidad de eliminar estos obstáculos para garantizar una inclusión efectiva y el acceso pleno a los derechos y servicios esenciales para personas migrantes con discapacidad en Navarra.

Por último, si bien esta cuestión no constituye el objeto de estudio en el presente informe, es importante señalar la necesidad de abordar una última cuestión fundamental: garantizar el acceso pleno a los derechos y servicios esenciales para todas las personas migrantes con discapacidad. Debido a la normativa vigente en el ámbito estatal, y sin que la normativa foral contrarreste esta situación, no es posible el reconocimiento formal de la discapacidad para personas migrantes que no cuentan con autorización de residencia o número de identificación de extranjería (NIE). Desde Médicos del Mundo se ha observado que las personas migrantes en situación irregular quedan habitualmente fuera de los sistemas de evaluación y reconocimiento de la discapacidad, lo que les impide acceder a prestaciones y servicios diseñados para apoyar a las personas con discapacidad, profundizando así su situación de exclusión y vulnerabilidad.

12. BIBLIOGRAFÍA

Hirmas Adauy, M., Poffald Angulo, L., Jasmen Sepúlveda, A. M., Aguilera Sanhueza, X., Delgado Becerra, I., & Vega Morales, J. (2013). *Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa*. Revista Panamericana de Salud Pública, 33(3), 223-229.

Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2009). *Informe de la Secretaría*. A62/9. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_9-sp.pdf

Médicos del Mundo. (2023). *II informe de barreras al Servicio Canario de Salud en poblaciones vulnerabilizadas*. Médicos del Mundo.

Médicos del Mundo. (2022). *Informe de barreras de acceso al sistema sanitario de Canarias*. Médicos del Mundo. <https://www.medicosdelmundo.org/app/uploads/2024/06/2023-Navarra-informe-poblacio-gitana-spoitoris-de-origen-rumano-de-Navarra.pdf>

Médicos del Mundo. (2023). *II Informe de barreras al Sistema Nacional de Salud en poblaciones vulnerabilizadas*. Médicos del Mundo. <https://www.medicosdelmundo.org/actualidad/publicaciones/informes/ii-informe-de-barreras-al-sistema-nacional-de-salud-en-poblaciones-vulnerabilizadas>

Médicos del Mundo. (2022). *Prostitución, violencia y derechos humanos: informe Navarra*. Médicos del Mundo. https://www.medicosdelmundo.org/app/uploads/2024/02/prostitucion_violencia_y_derechos_humanos._informe_navarra_om-4-cs.pdf

Gobierno de Navarra. (2016). *Protocolo de coordinación y actuación con mujeres y niñas víctimas de trata con fines de explotación sexual*. <https://www.igualdadnavarra.es/imagenes/documentos/protocolo-de-coordinacion-y-actuacion-con-mujeres-y-ninas-victimas-de-trata-con-fines-de-explotacion-sexual-22-es.pdf?ts=20241031100841>

Gobierno de Navarra. (2013). *Protocolo para la atención de mujeres afectadas por la mutilación genital femenina*. <https://www.igualdadnavarra.es/imagenes/documentos/-51-f-es.pdf?ts=20241031100841>

Médicos del Mundo. (2023). *Informe sobre la población gitana Spoitoris de origen rumano en Navarra*. <https://www.medicosdelmundo.org/app/uploads/2024/06/2023-Navarra-informe-poblacio-gitana-spoitoris-de-origen-rumano-de-Navarra.pdf>

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas. (2000). Observación General No. 14: *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*.

Organización Mundial de la Salud. (2008). *Marco de referencia para la equidad en salud*. OMS.

NORMATIVAS

Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Artículo 25. Recuperado de <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>.

Naciones Unidas. (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Artículo 12. Recuperado de <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>

Constitución Española. (1978). Constitución Española. *Boletín Oficial del Estado*, 311, de 29 de diciembre de 1978.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, 102, de 29 de abril de 1986.

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*, 128, de 29 de mayo de 2003.

Ley 12/2009, de 30 de octubre, reguladora del derecho de asilo y de la protección subsidiaria. *Boletín Oficial del Estado*, 263, de 31 de octubre de 2009.

Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud de Navarra. *Boletín Oficial de Navarra*, 143, de 30 de noviembre de 1990.

Ley Foral 14/2015, de 10 de abril, para actuar contra la violencia hacia las mujeres. *Boletín Oficial de Navarra*, n.º 50, de 14 de abril de 2015.

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. *Boletín Oficial del Estado*, 98, de 24 de abril de 2012.

Real Decreto-Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*, 183, de 30 de julio de 2018.

Departamento de Salud, Gobierno de Navarra. (2023). *Trámites para el acceso al Sistema Nacional de Salud de las personas extranjeras, residentes no autorizadas ni registradas*. Real Decreto-Ley 7/2018, de 27 de julio.

Departamento de Salud, Gobierno de Navarra. (2024). *Trámites para el acceso al Sistema Nacional de Salud de las personas extranjeras, residentes no autorizadas ni registradas*. Real Decreto-Ley 7/2018, de 27 de julio.

Naciones Unidas. (2015). *Transformar nuestro mundo: La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Resolución A/RES/70/1.

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000). *Observación general No. 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. Documento de las Naciones Unidas E/C.12/2000/4

13. ANEXOS

01. Glosario de términos, referencias terminológicas y siglas

1. IDENTIFICACIÓN DE ACTORES DEL ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS

I. Titulares de Obligaciones (TdO).

Son los Estados y sus instituciones, responsables de garantizar y proteger los derechos de las personas (Titulares de Derechos).

II. Titulares de Responsabilidades (TdR).

Actores de la sociedad civil con responsabilidades en relación con los derechos, como ONG y asociaciones.

III. Titulares de Derechos (TdD).

Todas las personas, consideradas como sujetos de derechos con capacidad para ejercerlos.

2. TARJETA INDIVIDUAL SANITARIA (TIS)

Documento que acredita el derecho a la asistencia y prestaciones sanitarias en el Sistema Sanitario. Se gestiona y emite por las Direcciones Territoriales del Departamento de Sanidad.

3. CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL DEL SISTEMA NAVARRO DE SALUD (CIPNA)

Es el número único asignado a cada persona usuaria de los servicios sanitarios en Navarra. Este código, compuesto por ocho dígitos que comienzan con '00', se encuentra en la Tarjeta Individual Sanitaria (TIS) y es esencial para acceder

a diversos servicios de salud, como la Carpeta Personal de Salud y la solicitud de citas médicas.

4. SECCIÓN TIS DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DEL GOBIERNO DE NAVARRA

Unidad administrativa responsable que gestiona la Tarjeta Individual Sanitaria (TIS). Se encarga de emitir, renovar y resolver incidencias.

REFERENCIAS TERMINOLÓGICAS

En el trabajo con titulares de derechos, se utilizan términos respetuosos que no contribuyan a la estigmatización. Se emplean expresiones como: "**Personas en situación de prostitución**" y "**Mujeres prostituidas**" para reflejar la situación de explotación y las condiciones externas que, en muchos casos, fuerzan a las mujeres a entrar en la prostitución.

Identidad étnica. Identificación de una colectividad humana basada en antecedentes históricos y un pasado común. Incluye la lengua, símbolos y leyendas compartidas. (Torres et al., 2007).

Mutilación Genital Femenina (MGF), comprende todos los métodos que involucran la mutilación total o parcial de los órganos genitales femeninos externos, u otro tipo de lesiones a los órganos genitales por razones no médicas. La MGF es una violación de los derechos humanos de las niñas y las mujeres.

02. Guión grupo triangular

1. DETECCIÓN BARRERAS INFORMATIVAS

Podemos empezar contando la primera vez que acudisteis a un centro médico en Navarra. ¿Qué pasos disteis? Proceso...

Cuando llegasteis a España ¿lograste entender la forma de funcionar de la administración de España y entender la lógica y el funcionamiento del sistema sanitario?

– ¿Encontraste información sobre ello? ¿Podéis ponernos algunos ejemplos?

– ¿Cómo conseguiste tener la cita para acudir al centro de salud? ¿Habéis tenido que pedir ayuda alguien?

En el caso en que no hayáis podido recibir la ayuda que necesitabais, ¿cómo habéis podido resolver o mejorar la situación?

TARJETA SANITARIA

– ¿Tenéis tarjeta sanitaria? ¿Hace cuánto tiempo tenéis la tarjeta sanitaria? ¿Cómo fue el proceso de obtenerla?

– ¿Se os exigió estar empadronadas? –tener en cuenta exportación del derecho–.

– ¿Hubo un periodo de tiempo en el que no teníais tarjeta sanitaria? ¿Qué hacíais cuando teníais que acudir al médico? ¿La atención fue buena?

2. BARRERAS ECONÓMICAS

– ¿Alguna vez habéis tenido que pagar para tener buena salud en Navarra? (recetas médicas, facturación de atenciones).

3. BARRERAS FÍSICAS

– ¿Podéis ponernos algunos ejemplos de cuánto tiempo y cómo lograste acceder al centro en el que necesitabais acudir?

4. BARRERAS LINGÜÍSTICAS

Preguntar de manera genérica por cómo perciben, se sienten antes las dificultades en idioma (si existen esas barreras) Introducimos otras variables socioculturales.

NO HISPANOHABLANTES

Cuando llegasteis a España quizás algunas no hablabais bien el idioma, ¿cómo os sentisteis ante las dificultades del idioma en los servicios sociales?

– ¿Necesitasteis alguna vez que alguien os tradujera lo que os decían el personal sanitario? ¿Cómo fue la situación y cómo os hizo sentir? ¿Se utilizó el servicio de teletraducción?

5. BARRERAS CULTURALES

MUJERES EN SITUACIÓN DE PROSTITUCIÓN

- ¿Habéis tenido que dar explicaciones en cuanto a vuestra "actividad"? ¿Os habéis sentido juzgadas por ello?
- ¿Os habéis sentido acompañadas en vuestro proceso?

TRABAJADORAS SOCIALES DE SALUD

- ¿Os han atendido correctamente en base a la información disponible?

RACISMO

- ¿Habéis percibido alguna vez discriminación racista hacia las personas migrantes? ¿Cómo lo identificáis? ¿Podéis ponernos algún ejemplo?

En función de si se percibe disponibilidad en el grupo se puede ahondar en esta cuestión:

- ¿Por qué creéis que pasa?
- ¿Cómo os hace sentir?
- ¿Qué tipo de acciones, reacciones o pensamientos os hacen sentir bien cuando vivís situaciones de este tipo?
- ¿Os habéis sentido discriminados en aspectos que no se comentaron anteriormente?
- ¿En estos casos de discriminación o racismo, habéis acudido a algún recurso para denunciar este acto?

CIERRE

- ¿Qué creéis que se necesita para garantizar que todas las personas tengan igual acceso a los servicios de salud?

AGRADECIMIENTO

03. Cuestionario entidades sociales

1. **Datos de la entidad**
2. **¿Qué colectivos son atendidos desde la entidad? (Varias opciones)**
 - a. Víctimas de Violencia de Género DE CONFORMIDAD LF 14/2015
 - b. Personas migrantes y refugio
 - c. Población gitana
 - d. Población gitana rumana
 - e. Adolescentes en el Sistema de Protección
 - f. Personas con Discapacidad
 - g. Personas Mayores
 - h. Personas Trans y LGBTIQ+
 - i. Personas con algún tipo de adicción
 - j. Personas Sin Hogar
 - k. personas exreclusas
 - l. Otros
3. **¿Las personas a las que asisten suelen tener tarjeta sanitaria?**
 - a. Sí
 - b. No
4. **¿Necesitan frecuentemente ayuda para obtenerla?**
 - a. Sí
 - b. No
5. **¿Cuál es el porcentaje (aproximado) de personas sin tarjeta sanitaria?**
 - a. 0-10%
 - b. 11-30%
 - c. 31-50%
 - d. 51-75%
 - e. Más del 75%
7. **¿Cuál es el tiempo promedio sin tarjeta sanitaria?**
 - a. Menos de 3 meses
 - b. Más de 3 meses
 - c. De 3 meses a 1 año
 - d. Más de 1 año
7. **¿Cuánto tiempo suele llevar obtener la tarjeta sanitaria?**
 - a. Menos de 1 mes
 - b. Menos de 3 meses
 - c. 3- 6 meses
 - d. Más de 6 meses
8. **¿Cómo suelen conseguir las personas a las que atienden una cita para acudir al centro de salud?**
 - a. Por sí mismas
 - b. Red de apoyo familiar
 - c. Red de apoyo en la comunidad migrante de su país de origen
 - d. Con ayuda de la ONG
 - e. Otro (indicar):
9. **¿Se les exige estar empadronadas para obtener la tarjeta sanitaria?**
 - a. Sí
 - b. No
10. **¿La entidad tiene conocimiento de casos en los que se haya dado negación de servicios?**
 - a. Sí
 - b. No
 - c. Aportar más información:
11. **¿Qué dificultades encuentran en el proceso de acceso al sistema público de salud? (Seleccione todas las que apliquen)**
 - a. Negación de atención sanitaria a embarazadas
 - b. Falta de documentación identificativa (pasaporte NIE DNI)
 - c. Falta de empadronamiento
 - d. Imposibilidad de acreditar no tener terceros obligados al pago
 - e. Imposibilidad de acreditar no exportación de asistencia sanitaria
 - f. Imposibilidad de acreditar periodo de estancia superior a 3 meses
 - g. Imposibilidad de obtener cita con trabajo social
 - h. Negación de atención sanitaria a menores
 - i. Reagrupación familiar sin derecho a atención sanitaria pública
 - j. Retraso en el trámite administrativo de la tarjeta sanitaria
 - k. Solicitantes de asilo con barreras administrativas
 - l. Otras barreras administrativas:
 - m. Ausencia de mediación intercultural
 - n. Desconfianza hacia el SNS
 - o. Desconsideración del marco cultural en la atención

- p. Desconocimiento de cómo acceder al SNS
 q. Desconocimiento de cómo se organiza físicamente el SNS (público/privado, urgencias, atención especializada y atención primaria)
 r. Información errónea/incompleta facilitada desde el SNS
 s. Acceso a medicamentos
 t. Facturación en urgencias
 u. Imposibilidad de mantener una dieta relacionada con alguna enfermedad
 v. Dificultad en el transporte
 w. Horarios inadecuados
 x. Obstáculos arquitectónicos
 y. Ausencia de mecanismos de traducción
12. **Para aquellas personas que obtienen tarjeta sanitaria ¿cómo es generalmente el proceso para obtenerla?**
 a. Muy difícil
 b. Difícil
 c. Ni difícil ni fácil
 d. Fácil
 e. Muy fácil
13. **¿Qué alternativas buscan cuando necesitan atención médica?**
 a. Servicios de urgencias
 b. Clínicas privadas
 c. Medicamentos sin receta
 d. Otros (indicar):
14. **Según el relato de las personas que atiende la entidad ¿cómo se aprecia la atención recibida?**
 a. Muy inadecuada
 b. Inadecuada
 c. Ni adecuada ni inadecuada
 d. Adecuada
 e. Muy adecuada
15. **¿Tienen conocimiento de casos en los que las personas asistidas hayan tenido que pagar para recibir atención sanitaria en Navarra (por ejemplo recetas médicas, facturación de atenciones)?**
 a. Sí
 b. No
 c. Indicar cuáles (recetas, facturación de atenciones):
16. **¿Consideran que las personas a las que derivan reciben una buena atención por parte de los servicios públicos?**
 a. Muy mala
 b. Mala
 c. Ni buena ni mala
 d. Buena
 e. Muy buena
 f. ¿Por qué?:
17. **¿Cómo contribuye la entidad a este acompañamiento? (Seleccione todas las que apliquen)**
 a. Asesoramiento
 b. Acompañamiento a citas
 c. Traducción/interpretación
 d. Información sobre el sistema sanitario
 e. Mediación
 f. Otros:
18. **¿Qué creen que se necesita para garantizar que todas las personas tengan igual acceso a los servicios de salud?**
19. **Las personas que atiende la entidad... ¿Han percibido alguna vez discriminación racista?**
 a. Sí
 b. No
20. **¿Cómo lo identifican? (Seleccione todas las que apliquen)**
 a. Comentarios despectivos
 b. Diferencias en el trato
 c. Negación de servicios
 d. Negación de explicar o repetir la explicación
 e. Preguntas irrelevantes sobre su situación personal
 f. Otros:
21. **¿Conocen casos en los que las personas asistidas se hayan sentido discriminadas por ser migrantes en la atención que reciben en los centros de salud? ¿Podrían proporcionar algún ejemplo?**
 a. Sí
 b. No
 c. Ejemplo:

22. **Para personas no hispanohablantes
¿cómo se enfrentaron a las dificultades del
idioma?**

- a. Con ayuda de traductores (teletraducción oficial)
- b. Personal sanitario con conocimientos del idioma
- c. Con ayuda de familiares/amigos
- d. Con ayuda de la ONG
- e. Otros:

23. **En el caso de que no hayan podido recibir
la ayuda necesaria en la traducción ¿cómo
logran resolver o mejorar la situación?**

- a. Con apoyo de la comunidad
- b. Con ayuda de la ONG
- c. Buscando información por su cuenta

**REGLAMENTO (UE) 2016/679 protección datos
y confidencialidad en la participación.**

Un proyecto de



Subvencionado por





Médicos del Mundo Navarra
medicosdelmundo.org

**COMBATIMOS TODAS
LAS ENFERMEDADES,
INCLUIDA LA INJUSTICIA**

**GAIXOTASUN GUZTIEI
EGITEN DIEGU AURRE,
BAITA INJUSTIZIARI ERE**

