



SIN SALUD, LA VIDA SE DETIENE

INFORME DE BARRERAS AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN POBLACIONES VULNERABILIZADAS EN NAVARRA



1. INTRODUCCIÓN

MÉDICOS DEL MUNDO TRABAJA DESDE HACE 35 AÑOS PARA GARANTIZAR EL DERECHO A LA SALUD DE TODAS LAS PERSONAS.

Defendemos una sanidad pública y universal que ofrezca a todo el mundo acceso a servicios de atención, prevención y promoción de la salud, garantizando a la vez el acceso a tratamientos y medicamentos independientemente de sus recursos económicos o situación administrativa.

Médicos del Mundo Navarra lleva desde 2004 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.

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 dificultades¹.

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.

En Médicos del Mundo Navarra acompañamos a personas que viven vulneraciones de derechos y que, por distintos motivos, encuentran más barreras para acceder a la salud. Estos son los principales colectivos con los que trabajamos:

- Mujeres en situación de prostitución y trata con fines de explotación sexual. Son mujeres que, en la actualidad o en los últimos años, han sufrido violencias extremas, explotación sexual y graves situaciones de desprotección. Muchas viven en un contexto de miedo, control y ausencia de recursos, lo que limita su acceso a la salud y a otros derechos básicos.
- Mujeres migrantes supervivientes de mutilación genital femenina. Son mujeres con trayectorias migratorias complejas, marcadas por diversas formas de violencia de género. A menudo cargan con las consecuencias físicas, emocionales y sociales de esta práctica, y llegan a Navarra sin información clara sobre sus derechos sanitarios ni acompañamiento especializado.
- Hombres africanos procedentes de países donde se practica la mutilación genital femenina. Muchos de estos hombres han vivido también situaciones de violencia, desplazamiento forzado o precariedad laboral. En ocasiones, desconocen cómo funciona el sistema sanitario o sienten miedo a ser señalados por su origen o cultura, lo que les dificulta pedir ayuda.
- Población gitana rumana del grupo Spoitoris. Este colectivo, perteneciente al pueblo gitano (romá), vive fuertes procesos de exclusión social, barreras lingüísticas y un bajo acceso a la información. La falta de recursos y la discriminación histórica que enfrentan se traducen en un acceso muy limitado a la atención sanitaria y a otros servicios esenciales.

1. En 2024, se publicó el "Informe Alternativo de Vulneraciones y Barreras de Acceso al Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea", elaborado por Médicos del Mundo subvencionado por el Dpto. de Memoria y Convivencia de Gobierno de Navarra. En el se analiza las dificultades que enfrentan colectivos en situación de vulnerabilidad para acceder al sistema sanitario público en Navarra. Este informe se presentó en un momento clave, coincidiendo con el proceso de elaboración de una nueva Ley Foral de Salud. Fue compartido a la Administración como herramienta de trabajo propuesta por MdM para fortalecer un sistema sanitario público, universal y equitativo.

Nuestro trabajo directo con estas poblaciones vulnerabilizadas nos permite constatar cómo son precisamente estas personas las que mayores dificultades tienen para acceder a una atención sanitaria en condiciones de igualdad con el resto de la población. Por ello, en 2022 Médicos del Mundo pone en marcha **Accesible, “Proyecto integral para la mejora del acceso universal al sistema sanitario”**. Este proyecto, financiado por el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 persigue documentar y sistematizar todas aquellas situaciones que dificultan o impiden el acceso efectivo al Sistema Nacional de Salud. Esta información a su vez nos permite realizar un diagnóstico de situación y elevar recomendaciones específicas en materia legislativa, de políticas y de recursos para avanzar hacia la plena garantía del derecho a la atención sanitaria de todas las personas.

El acceso a la atención sanitaria de las poblaciones vulnerabilizadas en España está ineludiblemente marcado por la exclusión impuesta en 2012 y sólo parcialmente revertida en 2018. Así, la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del SNS, tras su modificación mediante el Real Decreto-Ley 7/2018 distingue entre personas titulares del derecho (españolas residentes y extranjeras con permiso de residencia) y personas a las que se les reconoce el derecho (entre ellas, las extranjeras en situación irregular sin cobertura por otra vía). Para estas últimas, el derecho depende de que no tengan un seguro exportable desde su país ni un tercero obligado al pago, lo que en la práctica excluye a muchas personas.

Corregir el impacto que estas políticas injustas han tenido y siguen teniendo sobre la salud de miles de personas que viven en nuestro país constituye un deber impostergable. A pesar de ello, el *Proyecto de Ley de acceso universal al SNS* con el que se pretende poner fin a esta situación, lleva más de un año estancado en su tramitación parlamentaria sin que existan visos de que pueda terminar siendo aprobado.

Contar con una legislación garantista es de vital importancia, sin embargo, la noción de universalidad en el acceso a la atención sanitaria no puede quedar reducida a un mero reconocimiento legal. Así, como veremos en las próximas páginas, son múltiples las trabas – de carácter físico, económico, informativo o cultural – que las personas más vulnerables deben afrontar para acceder al SNS. De este modo, cualquier legislación resultará insuficiente si no es acompañada de medidas dirigidas a remover estos obstáculos y garantizar las condiciones necesarias para que cualquier persona pueda hacer efectivo su derecho a la atención sanitaria. Así lo reconoce la “Estrategia de desarrollo sostenible 2030” al establecer como meta el “consolidar la universalidad de la cobertura del Sistema Nacional de Salud (SNS), incluyendo el acceso efectivo y equitativo de las personas residentes en España con independencia de su situación penal, administrativa, o laboral”². Este es precisamente el objetivo que inspira el proyecto Accesible y al que pretende contribuir este informe.

2. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 “Estrategia de Desarrollo Sostenible 2030. Un proyecto de país para hacer realidad la Agenda 2030” <https://www.dsca.gob.es/sites/default/files/derechos-sociales/eds-cast-acce.pdf>

2. METODOLOGÍA

El presente informe analiza los casos de barreras de acceso al SNS documentados en Navarra por Médicos del Mundo entre el **1 de enero y el 31 de diciembre de 2025**.

La elaboración de este informe se basa en el trabajo directo y continuado de Médicos del Mundo Navarra con personas y colectivos que viven vulneraciones de derechos y enfrentan barreras estructurales para acceder al sistema sanitario. La metodología empleada se sustenta en el acompañamiento social y sanitario, la observación sistemática y el registro de situaciones detectadas durante la intervención profesional de los proyectos que atienden a mujeres en situación de prostitución y trata con fines de explotación sexual, mujeres migrantes supervivientes de mutilación genital femenina, hombres africanos procedentes de países donde se practica dicha mutilación y población gitana rumana del grupo Spoitoris. Este trabajo de proximidad permite identificar patrones recurrentes de exclusión, dificultades de acceso y obstáculos administrativos, informativos y relacionales, y constata que son precisamente las personas en situación de mayor vulnerabilidad quienes encuentran mayores dificultades para acceder a una atención sanitaria en condiciones de igualdad con el resto de la población.

Entendemos por barreras de acceso todas aquellas situaciones que dificultan o impiden que una persona pueda acceder de forma normalizada a

la atención sanitaria que precisa, y que son consecuencia de la acción u omisión de los poderes públicos en relación con su deber de garantizar el derecho a la salud de todas las personas. Las obligaciones que entrañan este deber están definidas en el artículo 12 del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas³, y desarrolladas en la Observación General N°14 del Comité DESC.⁴

El Comité define la accesibilidad en base a la concurrencia de cuatro dimensiones: no-discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica o asequibilidad y acceso a la información. En consonancia con lo dispuesto por el Comité, hemos clasificado las distintas casuísticas que nos hemos encontrado en cuatro grandes categorías de barreras en función de la dimensión de la accesibilidad que dificulten o impidan: barreras discriminatorias, barreras físicas, barreras económicas y barreras informativas. A ellas hemos sumado una quinta categoría, la de barreras culturales, que si bien no son barreras de acceso propiamente dichas – si no que se relacionan con otro de los elementos esenciales del derecho a la salud: la aceptabilidad – si pueden tener un impacto importante sobre el acceso de los colectivos más vulnerables al generar un efecto disuasorio.

3. Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, artículo 12

<https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>

4. Observación General N°14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000. <https://www.refworld.org/es/leg/coment/cescr/2000/es/36991>

3. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LAS PERSONAS CON BARRERAS

Identidad de género

	Atendidos/as	Total
Hombre cis	19,2%	19,2%
Hombre trans		
Mujer cis	75,3%	80,8%
Mujer trans	5,5%	
Total		100%

Nacionalidad y grupos de edad (en%)

	Total <18 años	Total 18-24 años	Total 25-34 años	Total 35-44 años	Total 45-54 años	Total 55-64 años	Total 65-74 años	Total >74 años	Sin Información	TOTAL
Europa del Este	20	3,3	1,7		5		1,7		6,7	38,4
Latinoamérica		6,7	18,2	20	3,3	1,7			3,3	53,2
África Subsahariana	1,7	1,7								3,4
Norte África			3,3		1,7					5
Total	21,7	11,7	23,2	20	10	1,7	1,7		10	100

Tarjeta sanitaria de las personas con barreras de acceso según género

	TOTAL %	MUJERES CIS + MUJERES TRANS (%)	HOMBRES CIS + HOMBRES TRANS (%)
SÍ	16,4%	15%	1,4%
NO	80,8%	64,4%	16,4%
En trámite	2,8%	1,4%	1,4%



4. ANÁLISIS DE LAS BARRERAS DOCUMENTADAS

En el periodo comprendido en este análisis, Médicos del Mundo ha documentado en **Navarra** un total de **205 casos de barreras de acceso** que han padecido **73 personas**. Esto quiere decir que cada persona ha confrontado de **media 2,8 barreras**, lo que refleja por un lado la interconexión entre las distintas tipologías (ej. algunas barreras económicas, como la imposibilidad de costearse las medicinas necesarias, pueden traer a su vez causa

de barreras discriminatorias, como ocurre en el caso de las personas ascendientes reagrupadas), y por otro lado la concurrencia de múltiples vulnerabilidades en una misma persona (ej. una mujer embarazada en situación administrativa irregular que no habla castellano se enfrentará a trabas de muy diversa índole).

BARRERAS DISCRIMINATORIAS

Entendemos por barreras discriminatorias aquellos requisitos legales o administrativos que dificultan o impiden el acceso al sistema sanitario público y que afectan únicamente a determinadas personas o colectivos – por lo general socialmente vulnerabilizadas – provocando un trato discriminatorio en relación con el resto de la población. En el periodo que abarca el presente informe se han documentado **67 casos de barreras discriminatorias**.

La exigencia del empadronamiento como requisito habitual para solicitar cita con trabajo social genera un círculo vicioso: para obtener el informe de trabajo social que posibilita el acceso a la tarjeta sanitaria es necesaria una cita con la persona profesional de trabajo social, pero, de manera recurrente, desde la administración se solicita el empadronamiento para poder concertar dicha cita, aun cuando este requisito no está contemplado en la normativa vigente. Esta práctica dificulta el inicio del procedimiento y retrasa el acceso efectivo a la atención sanitaria.

Conviene subrayar que el empadronamiento no es el único medio válido para acreditar la residencia.

La normativa permite que esta se demuestre mediante otros documentos o informes administrativos y sociales; sin embargo, en la práctica, se continúa exigiendo el padrón como requisito casi exclusivo, generando barreras de acceso que no tienen un respaldo legal claro.

En nuestro trabajo con TdD encontramos demoras, requisitos cambiantes según quien da la información o el Centro de Salud, necesidad de pagos a terceros para empadronarse y exigencias de antigüedad del padrón, especialmente de 90 días. Se suma, además, la solicitud de documentos como el certificado de no exportación del derecho a la asistencia sanitaria, cuya obtención puede ser extremadamente lenta o prácticamente inviable ya que depende de los países de origen, 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.”

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.

Entre las personas atendidas se destaca un alto porcentaje que no cuenta 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.

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.

TESTIMONIO

Una mujer de 27 años, originaria de un país africano, embarazada y acompañada de su hija menor de edad, se desplazó para huir de la violencia ejercida por su pareja. Al llegar a su nuevo lugar de residencia en la Comunidad Foral, acudió al centro de salud para realizar la revisión correspondiente a su embarazo. Allí le solicitaron el certificado de empadronamiento; ella explicó que aún no estaba empadronada, aunque sí disponía de tarjeta sanitaria emitida en otra comunidad autónoma. A pesar de ello, se le denegó la consulta en el centro de salud por no cumplir con el requisito del empadronamiento.

Ante esta situación, la mujer acudió a nuestra organización en busca de apoyo y relató lo sucedido. Desde la entidad contactamos con el centro de salud para acompañarla y explicar su situación a la trabajadora social, con el fin de asegurar que pudiera recibir la atención que necesitaba.

“Les dije que tenía tarjeta sanitaria y que necesitaba la revisión, pero me respondieron que sin empadronamiento no podían atenderme. No sabía qué hacer ni a dónde ir”.

UN MARCO LEGAL POSITIVO PERO INSUFICIENTE

En Navarra, el procedimiento de atención a personas extranjeras que no están registradas ni cuentan con autorización de residencia se articula del siguiente modo. El servicio de admisión es el primer punto de contacto: recibe a la persona, abre el expediente administrativo, asigna el CIPNA y gestiona una cita con el área de trabajo social. Tras la entrevista inicial, se completan los datos necesarios y se asignan las y los profesionales de referencia.

Posteriormente, desde trabajo social se realiza una valoración social de la situación, se recoge la solicitud correspondiente y se revisa la documentación que acredite una permanencia en el territorio superior a 90 días. Para ello, no es imprescindible aportar exclusivamente el empadronamiento, ya que pueden admitirse otros documentos válidos.

En caso de que no se logre acreditar una residencia suficiente, el área de trabajo social emite un informe social. Este informe se solicita de manera sistemática, a pesar de que la normativa no exige que se valore la situación social o económica de la persona solicitante para el reconocimiento del derecho.

Finalmente, la Sección TIS es la encargada de resolver la solicitud y de reconocer, en su caso, el derecho a la atención sanitaria.

Navarra, a diferencia de lo previsto en el artículo 3 ter, no emite TIS a quienes acreditan residencia con documentos distintos del empadronamiento, lo que genera diferencias en el acceso efectivo.

Además, la jurisprudencia ha creado nuevas exclusiones: la STS 364/2019 establece que personas extranjeras reagrupadas (ascendientes) no tienen derecho a sanidad pública, pues deben contar con un seguro médico obligatorio proporcionado por su reagrupante.

Aparte de este marco, las personas solicitantes de asilo tienen garantizada la atención sanitaria por la Ley 12/2009.

En conjunto, aunque el marco legal actual ha ampliado el acceso de personas migrantes en situación irregular en Navarra, persisten exclusiones y barreras administrativas que impiden alcanzar la universalidad real y generan vulneraciones del derecho a la salud.



BARRERAS FÍSICAS

Entendemos por barreras físicas aquellas situaciones en las que las personas no pueden acceder a la atención sanitaria bien por no contar con un centro sanitario de referencia a una distancia asumible de su lugar de residencia, por la existencia de horarios de atención restringidos o por la existencia de obstáculos arquitectónicos que impiden el acceso a personas con movilidad reducida. En el periodo que abarca el presente informe se han documentado **22 casos de barreras físicas**.

Las personas migrantes en Navarra enfrentan barreras significativas, tanto geográficas como de movilidad, que dificultan su acceso a los servicios de salud.

Un testimonio de una persona atendida por MDM declaraba lo siguiente:

“Vivo en un pueblo pequeño y, para ir al centro de salud, tengo que desplazarme a otro municipio. El problema es el autobús: hay pocos horarios y no se adaptan a las citas médicas. Muchas veces no puedo llegar a tiempo, ni para mí ni para mis hijos e hijas. Salimos muy temprano de casa y, aun así, cuando llegamos ya es tarde o hemos perdido la consulta. Esta situación nos genera mucha angustia, porque no depende de nosotras, pero afecta directamente a nuestra salud y a la de nuestras criaturas, ya que no hay pediatra en mi pueblo”.

Este tipo de barrera adquiere una especial importancia en los entornos rurales, donde la red de transporte público es escasa y los centros de salud se encuentran a mayor distancia de las comunidades más vulnerabilizadas. La falta de transporte público obliga, en muchos casos, a las personas migrantes a realizar desplazamientos largos o a depender de medios de transporte poco eficientes o con un coste elevado, a través de su red de contacto. Esta situación provoca retrasos en la atención sanitaria o, directamente, impide que puedan acceder a los tratamientos que necesitan.

En el caso de las personas de origen extranjero que no dominan el castellano y las de etnia gitana y origen rumano, una de las principales barreras físicas identificadas está relacionada con la propia distribución de los centros hospitalarios. Esto hace que, en la mayoría de las ocasiones, estas personas se vean obligadas a utilizar servicios de taxi para poder llegar al centro sanitario correspondiente.

Al mismo tiempo, 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.

BARRERAS ECONÓMICAS

Entendemos por barreras económicas aquellas situaciones en las que las personas no pueden acceder a la atención sanitaria o al tratamiento correspondiente por conllevar un gasto monetario que no pueden asumir. En el periodo que abarca el presente informe se han documentado **5 casos de barreras económicas**.

De forma recurrente, varias personas atendidas por Médicos del Mundo describen que, tras recibir asistencia, se les entrega un parte donde se indica el coste estimado de la atención. Aunque no se cobre en el momento, esta información suele resultar muy disuasoria. Una mujer compartía:

“Fui a urgencias porque me encontraba muy mal y tenía miedo de que fuera algo grave. Me atendieron, pero al salir me entregaron un parte donde aparecía el coste de la atención. Me dijeron que tendría que pagarla. En ese momento sentí mucha angustia y preocupación, porque no tengo recursos para asumir ese gasto. Desde entonces, cada vez que me encuentro mal, me lo pienso dos veces antes de ir al hospital, por miedo a que me vuelvan a cobrar”.

Las personas titulares de derechos coinciden en que, aunque finalmente suelen ser atendidas en Atención Primaria a veces tras varios intentos o aclaraciones, la información sobre los costes reflejada en los partes asistenciales genera incertidumbre y contribuye a posponer consultas. En ocasiones, las personas sienten que deben valorar si acudir al centro sanitario o priorizar otros gastos básicos del hogar.

El coste de los medicamentos constituye una barrera especialmente significativa para las familias migrantes que no disponen de tarjeta sanitaria. En varios casos, madres y padres relataron que, tras acudir a la farmacia para recoger tratamientos prescritos para sus hijas e hijos, se encontraron con precios elevados que no podían asumir. Esta situación genera una gran preocupación y obliga a las familias a tomar decisiones difíciles, como retrasar o interrumpir tratamientos necesarios para la salud.

La imposibilidad de afrontar estos gastos provoca sentimientos de angustia e impotencia, al comprobar que el bienestar y la salud de las niñas y niños dependen de un desembolso económico fuera de su alcance. En consecuencia, algunas familias optan por no acudir al sistema sanitario o por no retirar la medicación prescrita, lo que puede agravar los problemas de salud y profundizar aún más su situación de vulnerabilidad.



BARRERAS INFORMATIVAS

Entendemos por barreras informativas aquellas situaciones en las que desde el sistema sanitario no se proporciona a las personas información necesaria y comprensible que les permita acceder a la atención sanitaria, así como a los tratamientos prescritos. En el periodo que abarca el presente informe se han documentado **84 casos de barreras informativas**.

La población migrante se enfrenta a barreras lingüísticas, falta de materiales accesibles y dificultades en la orientación inicial en centros de salud. La falta de explicaciones adecuadas aumenta la confusión y reduce las posibilidades de acceso. Testimonios recogidos muestran la sensación de desinformación y pérdida que provoca esta situación.

A ello se suman experiencias de discriminación que generan desconfianza hacia el sistema sanitario. También existe escasez de información en idiomas habituales entre la población migrante y un uso muy limitado del servicio de teletraducción. Entre el colectivo gitano rumano Spoitoris, el bajo nivel de alfabetización y el desconocimiento del funcionamiento administrativo dificultan los trámites para obtener la Tarjeta Sanitaria Europea o acreditar la no exportación del derecho sanitario, lo que agrava su vulnerabilidad.

El acompañamiento y la mediación intercultural son fundamentales, aunque estos recursos son insuficientes. Para los y las Titulares de derechos que atendemos en nuestros programas refieren haber percibido información contradictoria sobre trámites de empadronamiento y acceso sanitario.

El idioma es otro elemento clave: muchas personas migrantes no dominan el español y necesitan apoyo para gestionar trámites, comprender indicaciones médicas o asistir a citas. Concretamente, el idioma romaní, utilizado por parte del colectivo Spoitoris, no está contemplado en los recursos de traducción disponibles. Las personas atendidas reflejan cómo la falta de comprensión genera obstáculos constantes. Por el contrario, las personas atendidas manifiestan el impacto positivo del acompañamiento de mediadoras interculturales.

Las Titulares de derechos experimentan dificultades lingüísticas, incluso cuando hablan español, debido a diferencias en el uso de expresiones y términos. En conjunto, la ausencia de mecanismos suficientes de traducción y mediación cultural se consolida como una de las principales barreras de acceso para la población migrante.

TESTIMONIO

“Al llegar, no sabía qué documentos tenía que presentar ni cómo se tramitaba la tarjeta sanitaria. La información que recibí fue confusa y cambiante. En un primer momento me dijeron que era necesario estar empadronada para poder avanzar en el proceso, sin explicarme que existían otras formas de acreditar la residencia. Esta situación de desinformación y de exigencias que se aplican en la práctica retrasó durante mucho tiempo mi acceso a la tarjeta sanitaria y a la atención médica”.

“La cita me llegó con siglas y términos que no entendía. No sabía si era una consulta presencial o telefónica. Fui al centro y me dijeron que no hacía falta venir. Perdí toda la mañana por no haber recibido una explicación sencilla”.

BARRERAS CULTURALES

Hablamos de barreras culturales cuando el sistema sanitario no es sensible a las necesidades y percepciones que sobre la salud pueden tener las distintas personas por su origen sociocultural. En el periodo que abarca el presente informe se han documentado **27 casos de barreras culturales**.

El sistema sanitario todavía no siempre dispone de recursos suficientes para garantizar una comunicación y una atención que responda a las necesidades reales de las personas residentes en Navarra originarias de otros países. Esto incluye la falta de materiales informativos en varios idiomas, falta de mediación intercultural y dificultades para intervenir y atender con claves culturales propias de distintas comunidades culturales.

Estas barreras afectan especialmente a personas recién llegadas, quienes a veces desconocen los procedimientos, los mecanismos de acceso, la forma de pedir cita, entre otras cuestiones. La falta de adaptación cultural puede generar confusión, desconfianza y sensación de no ser comprendidas.

La labor de las mediadoras interculturales resulta esencial para superar muchas de las dificultades que enfrentan las personas migrantes al acceder al sistema sanitario. Sin embargo, su presencia es escasa. Son, en cambio, las organizaciones sociales quienes, a través de sus mediadoras, suelen acompañar a las personas migrantes durante su interacción con los servicios sanitarios, supliendo una necesidad fundamental.

La discriminación relacionada con el origen étnico, el estatus migratorio y la situación socioeconómica constituye otra barrera importante.

Cada año, Médicos del Mundo Navarra recibe relatos sobre situaciones de racismo y xenofobia en el entorno sanitario. Estas prácticas deterioran la confianza de las personas en el sistema y pueden llevarlas a evitar la atención médica incluso cuando la requieren. Tales experiencias, expresión de discriminaciones arraigadas a nivel institucional, incrementan la desconfianza y agravan la exclusión de quienes ya se encuentran en condiciones de particular vulnerabilidad.

TESTIMONIO

“En el centro de salud me explicaron el proceso para la tarjeta, pero usaban palabras que no conocía. Les dije que no entendía bien y solo respondieron: ‘es lo que hacemos siempre’. Salí sin saber qué pasos seguir”.

“A veces siento que me tratan de forma distinta por mi origen. Pensé que, por cómo me veo, algunas personas asumen que quienes venimos de fuera queremos aprovechar el sistema de salud, y eso duele porque solo busco la misma atención que cualquier otra persona”.

CUADRO RESUMEN DE TODAS LAS BARRERAS DOCUMENTADAS**PORCENTAJES DETECCIÓN BARRERAS ACCESO SEGÚN GÉNERO**

BARRERAS DISCRIMINATORIAS	Hombre cis +Hombre Trans	Mujer cis +Mujer Trans	TOTAL
01. Falta de empadronamiento	3,4	6,8	10,2
02. Imposibilidad acreditar periodo estancia superior a 3 meses	1,9	4,9	6,8
03. Imposibilidad de cita con Trabajo Social	1,5	0,5	2
04. Imposibilidad acreditar no exportación asistencia sanitaria	2,9	7,3	10,2
05. Otras barreras discriminatorias	1,5	1,9	3,4
BARRERAS FÍSICAS	Hombre cis +Hombre Trans	Mujer cis +Mujer Trans	TOTAL
06. Horarios inadecuados		2,9	2,9
07. Dificultades en el transporte		7,8	7,8
BARRERAS ECONÓMICAS	Hombre cis +Hombre Trans	Mujer cis +Mujer Trans	TOTAL
08. Acceso a medicamentos	1,5	0,5	2,0
09. Facturación en urgencias	0,5		0,5

BARRERAS INFORMATIVAS	Hombre cis +Hombre Trans	Mujer cis +Mujer Trans	TOTAL
10. Información errónea/incompleta desde el Sistema Sanitario Público	4,4	11,7	16,1
11. Información errónea/incompleta desde otros organismos públicos (INSS, servicios sociales, etc.)	3,4	11,7	15,1
12. Barreras digitales	1,5	1	2,5
13. Barreras lingüísticas	1,5	5,8	7,3
BARRERAS CULTURALES	Hombre cis +Hombre Trans	Mujer cis +Mujer Trans	TOTAL
14. Ausencia de mediación intercultural	1,5	2,9	3,4
15. Desconsideración del marco cultural en la atención	1	7,8	8,8
Detección de barreras de acceso			100

5. CONCLUSIONES

El acceso al sistema sanitario público continúa viéndose limitado por múltiples barreras que afectan de forma desproporcionada a las personas en situación de mayor vulnerabilidad. Estas barreras, lejos de presentarse de manera aislada, se interrelacionan y generan procesos de exclusión sanitaria que vulneran el derecho de acceso a la salud.

Desde la publicación en 2024 del *“Informe Alternativo de Vulneraciones y Barreras de Acceso al Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea”*, en el que se analizaron las dificultades que enfrentaban diversos colectivos en situación de vulnerabilidad para acceder al sistema sanitario público en Navarra, apenas se han producido avances significativos. La mayoría de las barreras identificadas entonces persisten en la actualidad, lo que evidencia una brecha continua entre el marco normativo y su aplicación efectiva, así como la necesidad de reforzar las medidas adoptadas para garantizar un acceso equitativo y no discriminatorio a la atención sanitaria.

Las **barreras discriminatorias**, principalmente de carácter administrativo, siguen siendo una de las principales causas de exclusión. La exigencia práctica de requisitos no contemplados de forma expresa en la normativa, como el empadronamiento para iniciar trámites o acceder la cita con trabajo social, así como la solicitud reiterada de documentación difícil de obtener, retrasa o impide el acceso efectivo a la atención sanitaria. Estas prácticas afectan especialmente a personas migrantes, mujeres en situación de violencia y familias con menores.

Las **barreras físicas** dificultan el acceso regular a los servicios de salud, especialmente en entornos rurales y para personas con movilidad reducida.

La escasez de transporte público, los horarios incompatibles con las citas médicas y la falta de adaptaciones en los centros sanitarios obligan, en muchos casos, a recurrir a los servicios de urgencias como única vía de atención, sin garantizar un seguimiento adecuado.

Las **barreras económicas** continúan teniendo un efecto disuasorio significativo. La entrega de partes de asistencia con información sobre costes y el elevado precio de los medicamentos para personas sin tarjeta sanitaria generan miedo, incertidumbre y decisiones forzadas entre atender la salud o cubrir necesidades básicas.

Las **barreras informativas** se manifiestan en la falta de información clara, accesible y comprensible sobre los derechos sanitarios y los procedimientos administrativos. La información fragmentada o contradictoria, unida a las barreras lingüísticas y digitales, dificulta la orientación inicial y prolonga los procesos de acceso al sistema sanitario.

Por último, las **barreras culturales** evidencian la insuficiente adaptación del sistema sanitario a la realidad social de Navarra. La ausencia de mediación intercultural y la falta de sensibilidad ante distintos marcos culturales generan desconfianza y refuerzan la exclusión de los colectivos más vulnerabilidades.

En conjunto, estas barreras ponen de relieve que la universalidad del sistema sanitario no puede limitarse a un reconocimiento formal, sino que requiere medidas efectivas que garanticen un acceso real, equitativo y digno a la atención sanitaria para todas las personas que viven en Navarra.

6. RECOMENDACIONES

Departamento de Salud y Departamento de Derechos sociales, economía social y empleo:

Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho del acceso al sistema sanitario con cargo a fondos públicos en Navarra, resulta imprescindible adoptar medidas que eliminen las barreras identificadas y aseguren un acceso real, equitativo y digno al sistema sanitario público para todas las personas.

En primer lugar, es necesario eliminar las barreras discriminatorias que persisten en la práctica. Se

recomienda desvincular el empadronamiento del acceso a la atención sanitaria y a los servicios de trabajo social, garantizando la aceptación de otros medios válidos de acreditación de residencia, tal y como contempla la normativa vigente. Es imprescindible subrayar de manera expresa que el empadronamiento no constituye el único mecanismo válido para acreditar la residencia, aunque en la mayoría de centros sanitarios se siga exigiendo de forma sistemática, en contradicción con los criterios claramente establecidos en los procedimientos e instrucciones elaborados por el

propio Gobierno para el personal sanitario. Asimismo, se deben simplificar y agilizar los trámites para la obtención de la tarjeta sanitaria, evitando la exigencia reiterada de documentación de difícil acceso, como por ejemplo el Certificado de no exportación del derecho a la asistencia sanitaria pública.

Se recomienda evitar la entrega de partes de asistencia con información económica disuasoria y asegurar que la atención prestada no derive en facturación para personas en situación de vulnerabilidad. En este sentido, es fundamental facilitar el acceso a medicamentos y productos sanitarios para todas las personas vulnerabilizadas, de modo que el coste de los tratamientos no se convierta en una barrera para la salud.

Para mejorar la accesibilidad física, se deben reforzar las conexiones de transporte público con los centros sanitarios, especialmente en zonas rurales, adaptar los horarios de atención y garantizar que las instalaciones sanitarias sean plenamente accesibles para personas con discapacidad.

En relación con las barreras informativas, resulta imprescindible garantizar que todas las personas puedan comprender de forma clara cuáles son sus derechos sanitarios y cómo acceder al sistema público de salud. Para ello, se recomienda ofrecer información sencilla, accesible y actualizada sobre los procedimientos administrativos y sanitarios, evitando el uso de un lenguaje excesivamente técnico y asegurando su disponibilidad en distintos idiomas y formatos adaptados a las necesidades de la población.

Es necesario reforzar la orientación inicial en los centros de salud, especialmente en los servicios de admisión, que constituyen el primer punto de contacto con el sistema sanitario. Esta orientación debe permitir que las personas comprendan qué trámites pueden realizar, qué documentación pueden aportar y qué alternativas existen cuando no disponen de determinados documentos, evitando así situaciones de desinformación y bloqueo administrativo.

Asimismo, se recomienda reducir la brecha digital que afecta a parte de la población vulnerabilizada, especialmente a personas con bajo nivel de alfabetización digital o dificultades lingüísticas. Para ello, resulta fundamental mejorar y promover el uso efectivo del servicio de teletraducción y reforzar los recursos de traducción e interpretación presenciales cuando sea necesario.

Incorporar servicios de mediación intercultural. Estas figuras resultan esenciales para garantizar una comunicación eficaz entre el personal sanitario y titulares de derechos. La mediación intercultural no es solo como un recurso de traducción lingüística, sino como una herramienta clave para la interpretación de contextos culturales, favoreciendo una atención adecuada, respetuosa y basada en derechos. Asimismo, se recomienda que los servicios de traducción contemplen los idiomas más hablados por la población residente en Navarra y se ofrezcan en formatos accesibles para personas con dificultades de comprensión lectora o necesidades específicas.

Por último, se considera prioritario adaptar y traducir la Carpeta Personal de Salud y la aplicación digital asociada a varios idiomas, de modo que las personas puedan acceder de forma autónoma a sus citas, resultados e información sanitaria. Esta adaptación debe contemplar no solo la traducción literal, sino también la adecuación del contenido para garantizar su comprensión real. Se recomienda fortalecer la información y la orientación a la ciudadanía, mediante materiales claros y comprensibles en distintos idiomas.

Al Parlamento:

Se recomienda que la nueva Ley Foral de Salud incorpore los aspectos que se desarrollan a continuación, adoptando medidas inmediatas y eficaces que garanticen un acceso real, equitativo y no discriminatorio al sistema sanitario público en la Comunidad Foral de Navarra:

Resulta prioritario eliminar las barreras discriminatorias, especialmente aquella de carácter administrativo que persisten en la práctica, especialmente la exigencia habitual del empadronamiento para iniciar trámites sanitarios o acceder a trabajo social, asegurando la aceptación de otros medios válidos de acreditación de residencia conforme a la normativa vigente.

Es necesario simplificar y agilizar los procedimientos de obtención de la tarjeta sanitaria, garantizando una aplicación homogénea de los protocolos en todos los centros de salud. Asimismo, se debe asegurar que ninguna persona en situación de vulnerabilidad vea condicionada su atención sanitaria en relación a la emisión de partes de asistencia con información disuasoria.

Se recomienda articular un sistema integral de acceso a medicamentos y productos sanitarios esenciales que garantice que ninguna persona vea limitado su derecho a la salud por motivos

económicos o administrativos. Este sistema debe asegurar que todas las personas con derecho reconocido a la atención sanitaria puedan acceder a la medicación prescrita en igualdad de condiciones, con independencia de que el trámite de la tarjeta sanitaria se encuentre en curso o no haya finalizado, y debe contemplar mecanismos ágiles de exención o cobertura farmacéutica para personas y familias en situación de vulnerabilidad económica, en especial menores, mujeres embarazadas y personas con enfermedades crónicas, de modo que la dispensación de los tratamientos se realice desde el momento de la prescripción y se eviten retrasos, interrupciones o abandonos del tratamiento por falta de recursos.

Se recomienda también mejorar la coordinación entre los servicios sanitarios, trabajo social y farmacias, de modo que las personas reciban información clara sobre cómo acceder a la medicación, qué ayudas existen y qué pasos deben seguir. La figura del trabajo social sanitario resulta clave para valorar situaciones de necesidad y activar los recursos disponibles.

Se debe reforzar la accesibilidad física al sistema sanitario, mejorando el transporte público hacia los centros de salud, especialmente en zonas rurales, adaptando horarios y garantizando instalaciones accesibles para personas con discapacidad.

Se recomienda incorporar de manera estable servicios de mediación intercultural y traducción en los centros sanitarios, especialmente en los servicios de admisión, atención primaria y urgencias. La presencia continuada de estas figuras es clave para garantizar una comunicación eficaz entre el personal sanitario y las personas usuarias, evitando malentendidos, errores en los trámites y situaciones de desinformación que pueden derivar en la exclusión del sistema sanitario. La mediación intercultural no solo facilita la traducción lingüística, sino que permite interpretar los contextos culturales, las formas de comunicación y las experiencias vitales de las personas, favoreciendo una atención más adecuada, respetuosa y centrada en derechos. Asimismo, los servicios de traducción deben contemplar los idiomas más hablados por la población residente en Navarra, así como formatos accesibles para personas con dificultades de comprensión lectora o necesidades específicas.

Se recomienda que la Nueva Ley Foral de Salud asegure que ninguna persona vea limitado su acceso al sistema sanitario por su situación administrativa, económica o social. El Parlamento debe

promover iniciativas legislativas y de seguimiento que eviten interpretaciones restrictivas de la normativa sanitaria y aseguren su correcta aplicación en todo el territorio.

Asimismo, se considera fundamental dotar al sistema sanitario de los recursos necesarios para eliminar las barreras físicas, económicas, informativas y culturales identificadas, reforzando especialmente la Atención Primaria y los servicios de apoyo social. El Parlamento puede desempeñar un papel clave en la supervisión de las políticas públicas sanitarias y en la promoción de una sanidad verdaderamente universal.

Por último, se recomienda fomentar espacios de diálogo y participación con entidades sociales y organizaciones que trabajan con poblaciones vulnerabilizadas, incorporando sus aportaciones en el diseño, implementación y evaluación de las políticas sanitarias, con el objetivo de avanzar hacia un sistema de salud más justo, accesible y equitativo.

Al Gobierno de España y al Congreso de los Diputados:

Aprobar el Proyecto de Ley de sanidad universal, actualmente en trámite, que recupere la redacción del artículo 3 de la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud previa a 2012 y reconozca la titularidad del derecho a la atención sanitaria a todas las personas que viven de forma efectiva en España, independientemente de su situación administrativa. Asegurar en todo caso la atención con cargo a fondos públicos a menores de edad, mujeres embarazadas y atención en urgencias.

Modificar la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios para asegurar el acceso a la prestación farmacéutica de personas en situación de vulnerabilidad social. Particularmente en el caso de las personas migrantes en situación administrativa irregular y personas reagrupadas debe tenerse en cuenta su situación socioeconómica a la hora de poder equipararles a los supuestos de exención de aportación de la prestación farmacéutica.

Reforzar la Oficina de Asilo y Refugio con medios suficientes para poner fin a los retrasos en el sistema de citas.



**SIN SALUD,
LA VIDA SE DETIENE**

medicosdelmundo.org