



SIN SALUD, LA VIDA SE DETIENE

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



GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO Y AGENDA 2030



POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL



GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO Y AGENDA 2030

DIRECCIÓN GENERAL DE AGENDA 2030





1. INTRODUCCIÓN

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

Desde el año 1997 Munduko Medikiak - Médicos del Mundo Euskadi tiene abierto el CASSIN, la consulta socio-sanitaria para personas inmigrantes.

Nuestro trabajo directo con 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.

A lo largo de la última década, Euskadi ha intentado mitigar los efectos restrictivos del RDL 16/2012. Tras varios intentos normativos —como el Decreto 114/2012 y el posterior D252/2017— ambos anulados, el Gobierno Vasco fue adaptando su marco regulatorio para mantener el acceso sanitario de las personas en situación administrativa irregular. Esta trayectoria muestra un esfuerzo continuado por ampliar derechos, aunque siempre condicionado por el requisito del empadronamiento.

Normativa actualmente en vigor y medidas clave:

Instrucción de enero de 2018: flexibiliza los requisitos de acceso al sistema sanitario, aunque mantiene el empadronamiento como elemento central. Esto continúa dejando fuera a quienes no pueden acreditarlo.

DAST (2020): en el contexto de la COVID-19, se crea el Documento de Asistencia Sanitaria Temporal. Permite que personas en situación irregular o solicitantes de asilo sin empadronamiento accedan temporalmente al sistema mediante un certificado emitido por una ONG. Su duración es de seis meses, renovables, pero no supone un reconocimiento pleno del derecho en el SNS.

Instrucción 1/2023: avanza un paso más permitiendo acreditar la residencia efectiva mediante documentos públicos distintos al padrón, ampliando así las vías de acceso para personas en situación irregular.

Práctica administrativa de 2025:

Un “barrido” de la base de datos provoca la retirada de cobertura a personas —migrantes y también nacionales— que habían perdido el padrón. Posteriormente, el Departamento de Salud permite reactivar la cobertura de forma temporal, pero esta situación refuerza aún más el empadronamiento como barrera estructural tanto para obtener como para mantener el derecho a la asistencia.

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 universal-

dad 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”¹. Este es precisamente el objetivo que inspira el proyecto Accesible y al que pretende contribuir este informe.

2. METODOLOGÍA

El presente informe analiza los casos de barreras de acceso al SNS documentados en Euskadi por Médicos del Mundo entre el **1 de enero y el 31 de diciembre de 2025**. Estos casos han sido recogidos a través del trabajo que realiza Médicos del Mundo en su intervención como parte del Programa de Migraciones y Acceso a la SNS.

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 Unidas², y desarrolladas en la Observación General N°14 del Comité DESC.³

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.

1. 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. 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>

3. 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	67,6%	67,7%
Hombre trans	0,1%	
Mujer cis	31,8%	32,3%
Mujer trans	0,5%	
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 Occidental	0,1	0,1	0,2		0,1	0,1	0,1			0,7
Europa del Este	0,1	0,2	0,2	0,3	0,1	0,1	0,1		0,1	1,2
Latinoamérica	5,6	3,5	7,6	7	4,3	2,3	1,5	0,3	0,5	32,6
África Subsahariana	0,2	0,5	1,9	1,3	1	0,4	0,3			5,6
Norte África	3,1	11,3	24,8	11,7	4,3	1	0,2	0,2	0,2	56,8
Asia	0,2	0,1	0,2	0,3	0,1		0,1		0,1	1,1
Norteamérica	0,1			0,1						0,2
Asia	0,7	0,1	0,2	0,1		0,2	0,2			1,5
NS/NC	0,1		0,1		0,1					0,3
Total	10,2	15,8	35,2	20,8	10	4,1	2,5	0,5	0,9	100

Tarjeta sanitaria de las personas con barreras de acceso según género

	TOTAL %	MUJERES CIS + MUJERES TRANS (%)	HOMBRES CIS + HOMBRES TRANS (%)
SÍ	1,9%	1%	0,9%
NO	96,1%	29,9%	66,2%
En trámite	2%	1,5%	0,5%

4. ANÁLISIS DE LAS BARRERAS DOCUMENTADAS

En el periodo comprendido en este análisis, Médicos del Mundo ha documentado en **Euskadi** un total de **8.113 casos de barreras de acceso** que han padecido **1.819 personas**. Esto quiere decir que cada persona ha confrontado de **media 4,5 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 **3.567 casos de barreras discriminatorias**.

1. Los requisitos para obtener el aseguramiento sanitario en Euskadi se han ido flexibilizando notablemente desde el año 2020, especialmente en cuanto a los requisitos para acreditar la residencia efectiva, sin embargo, muchas de las prácticas y criterios excluyentes se han mantenido en el tiempo, incluso contra la legislación establecida, es decir, la práctica cotidiana del personal administrativo no está actualizada respecto a la normativa vigente y por tanto, las mejoras que la normativa plantea no se están aplicando de manera uniforme en el sistema sanitario vasco.
 2. Las vulneraciones del derecho a la salud más frecuentes son las relacionadas con las siguientes situaciones:
 - Barreras administrativas debido a la carencia de empadronamiento, sin posibilitar el resto de vías contempladas en la normativa. 1.530 personas.
 - Negativa a prestar atención a pacientes que no han cursado la solicitud de asistencia sanitaria, imponiendo la realización de un trámite administrativo, frecuentemente imposible de realizar, a personas que solicitan atención médica
 - Negativa a la atención especializada a pacientes con solicitud de aseguramiento en curso, con especial importancia en situaciones de enfermedades graves, registrándose a lo largo de 2025 7 casos con enfermedad oncológica en las que no se presta la atención necesaria desde esta especialidad.
- Información inadecuada o deficiente en torno a la solicitud de asistencia sanitaria y el derecho a la atención, debido al desconocimiento de la normativa. Tres años después de su implantación, la instrucción 1/2023 de 9 de enero de País Vasco, sigue siendo una figura desconocida para un número importante de centros de salud, lo cuál hace que por un lado no se informe ni facilite ninguna alternativa al padrón de cara a tramitar la cobertura sanitaria y que tampoco se acepte la tramitación de las solicitudes preparadas con la documentación que la instrucción reconoce.
 - Facturación y/o amenaza de facturación.
 - Retirada del derecho a la asistencia sanitaria por haber perdido el padrón sin respetar el procedimiento administrativo. El Departamento de Salud incumple la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas de manera sistemática, tanto en los procedimientos de retirada de la cobertura sanitaria como en los requerimientos de subsanación que realiza de manera oral y sin tener en cuenta las barreras idiomáticas de las y los pacientes, lo que frecuentemente resulta en el desconocimiento total acerca de su situación de aseguramiento y/o tramitación del derecho por parte de las personas afectadas.
 - Barreras idiomáticas que no son paliadas por sistemas de interpretación y que afectan a la calidad de la atención prestada, tanto en el ámbito administrativo como dentro de la consulta. Se exige a las ONG que acompañen a las y los Titulares de Derechos que tienen barrera idiomática, lo que evidencia el escaso uso de los sistemas de interpretación.

TESTIMONIO

Rosana, 66 años, los últimos 15 en Euskadi. *“He vivido en dos ocasiones las consecuencias de la exclusión sanitaria. me tocó en 2012, me quitaron la tarjeta sanitaria cuando más falta me hacía, acababan de diagnosticarme Lupus. En medio de todas las citas, pruebas, cambios en el tratamiento, me quitaron físicamente la tarjeta sanitaria. Me llevó casi dos años poder recuperarla.*

En 2025, debido a un despiste, no solicité a tiempo la renovación de mi tarjeta sanitaria y de nuevo, mi historia clínica desapareció del sistema. Una vez más, me tocó en un momento difícil de mi vida, debido a los diferentes problemas crónicos de salud con los que vivo y a las numerosas intervenciones quirúrgicas a las que me he tenido que someter en apenas 2 años. Gracias a la rápida intervención de Médicos del Mundo Euskadi, pude recuperar la tarjeta en un tiempo muy breve, pero la indicación que me dieron al principio consistía en realizar todo el trámite de nuevo y esperar al menos 4 meses, que es lo que tardan actualmente en responder a las solicitudes nuevas.”

RETIRADA COLECTIVA DE COBERTURA SANITARIA: UNA PRÁCTICA IRREGULAR Y PELIGROSA

En los últimos 5 años vienen produciéndose retiradas colectivas de cobertura sanitaria, “depuraciones”, como han denominado desde el Dpto. de Salud. Estos procedimientos no cumplen lo establecido por la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas. 39/2005, ya que la retirada del derecho a la asistencia sanitaria se ejecuta sin ninguna notificación previa, posibilidad de subsanación, ni de alegaciones. Se producen numerosas equivocaciones que interrumpen tratamientos, hacen inaccesible el acceso a medicamentos y dejan en situación de indefensión a las personas afectadas, ya que tampoco suelen recibir información adecuada por parte del sistema sanitario para reactivar su cobertura sanitaria. Son dirigidos al INSS habitualmente, a pesar de encontrarse en situación irregular.

Esta práctica lesiva y desde nuestro punto de vista, irregular, encuentra justificación por parte del Departamento. de Salud en la situ-

ración de un sistema sanitario que no encuentra suficientes médicas y médicos para atender una demanda creciente. Se fundamenta, además en la apreciación de que las personas migrantes tienen una mayor movilidad y, por tanto, una vez obtenida la cobertura sanitaria en Euskadi, pueden trasladarse a otras comunidades sin la correspondiente notificación o cambio de médica/o. De esta manera, una característica que se atribuye a las personas migrantes, y que, habitualmente es valorada por el mercado laboral, incrementa las posibilidades de ver vulnerado el derecho a la salud de estas personas.

En agosto de 2025, se realiza un nuevo “barrido” para retirar la cobertura sanitaria, en esta ocasión afectando a aquellas personas que por un motivo u otro han causado baja en el empadronamiento. En esta ocasión, este procedimiento afecta también a personas con nacionalidad española, en su mayoría, en situación o riesgo de exclusión social.

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.

No se documenta un número significativo de barreras físicas en Euskadi. Sin embargo, las y los pacientes que precisan de transporte sanitario -el caso más habitual son aquellas personas que requieren hemodiálisis- no acceden a este recurso hasta contar con cobertura sanitaria, debiendo desplazarse con sus propios medios, obstaculizando la adherencia al tratamiento que precisan, lo cuál repercute tanto en la salud de las personas como en el normal funcionamiento de los servicios sanitarios, por tanto, es un problema que debe ser abordado y corregido por la Administración.

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 **689 casos de barreras económicas**.

En la práctica totalidad se relaciona con la dificultad económica para acceder a los tratamientos prescritos. Hasta junio de 2025 se contaba con el "Programa de Medicamentos de Cruz Roja" para aminorar esta dificultad en el colectivo de mayor afectación, es decir, aquellas personas con un copago del 100%. En el caso de las personas con cobertura sanitaria, el copago es del 40%, pero puede configurarse como una barrera insalvable al no poder acceder al programa de medicamentos. Actualmente, independientemente de la situación de aseguramiento, buena parte de las personas sin recursos no pueden sufragar la medicación, ya sea con el 100% o el 40% de copago.

Con la desaparición del Programa de Medicamentos de Cruz Roja en Euskadi, aflora completamente la situación real de inaccesibilidad a los tratamientos prescritos.

Por otra parte, el Gobierno Vasco desde hace ya muchos años, publica anualmente el Decreto de Ayudas para la adherencia al tratamiento, destinadas a personas con cobertura sanitaria, con rentas inferiores a los 18.000 € y que supone la devolución del 40% de gasto realizado por cada persona. Es una medida positiva que se queda a medias, ya que los importes tienen que ser adelantados previamente por las personas destinatarias de la prestación.

Por último, aunque parezca anecdótico, la situación de pobreza de buena parte de las personas que acuden a Munduko Medikiak dificulta la realización trámites. Pagar por las fotocopias que son necesarias para entregar la documentación que exige la administración es imposible o difícil en el caso de muchas de las personas que acuden a Munduko Medikiak, ya que carecen de cualquier tipo de ingreso económico. Los centros de salud han ido negando paulatinamente la posibilidad de realizar las copias en los propios centros y la tramitación telemática no ha conseguido evitar la presencia del papel en este tipo de trámites.

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 **3.847 casos de barreras informativas**.

De esta manera, se naturaliza la vulneración sistemática del Decreto 147/2015, de 21 de julio, por el que se aprueba la Declaración sobre Derechos y Deberes de las personas en el sistema sanitario de Euskadi, que en su Artículo 5. – “Derechos relacionados con la participación responsable en la gestión de la propia salud.” epígrafe E), establece el derecho “A recibir información de manera comprensible sobre los recursos sanitarios y socio-sanitarios disponibles, actuaciones y prestaciones del sistema sanitario de Euskadi, su calidad y requisitos de acceso a los mismos, con el fin de que pueda organizar y gestionar su propia salud con el mayor nivel de autonomía posible.”

Esta es una de las barreras que se repite con mayor frecuencia. Observamos dos fuentes de desinformación diferentes que afectan a las personas que llegan a Euskadi:

En numerosos centros de salud y otros servicios sanitarios desinforman a las personas migrantes en torno a los requisitos exigibles para la obtención de cobertura sanitaria, citando normativa desfasada y/o derogada. El material formativo que desde Osakidetza se proporciona a los equipos administrativos es obsoleto.

Como consecuencia, son las propias personas extranjeras quienes reproducen información incorrecta, en muchos casos recibida en los centros de salud, en otras, basada en situaciones que han vivido en su propio itinerario de acceso a los sistemas de salud y que explican a otras personas recién llegadas, como si lo que han vivido fuera parte del corpus jurídico y no todo lo contrario, es decir, una vulneración de su derecho a la salud.

A día de hoy, el propio Departamento de Salud reconoce en las reuniones mantenidas, que cuentan con la capacidad de mantener a todo el personal administrativo al corriente de la normativa vigente. Se aducen motivos de carga laboral, eventualidad del personal administrativo, complejidad de la materia, etc.

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. Reagrupación familiar		0,1	0,1
02. Falta de empadronamiento	13,3	5,4	18,7
03. Falta de documentación identificativa	3,5	0,5	4
04. Imposibilidad acreditar periodo estancia superior a 3 meses	12,5	3,9	16,4
05. Menores a quienes se deniega la atención sanitaria	0,7	0,7	1,4
06. Embarazadas a quienes se deniega la atención sanitaria		0,3	0,3
07. Solicitantes asilo con barreras de acceso administrativas	1	0,4	1,4
08. Retraso en el trámite administrativo de la tarjeta sanitaria	0,1	0,1	0,2
09. Imposibilidad de cita con Trabajo Social		0,1	0,1
10. Imposibilidad acreditar no exportación asistencia sanitaria	0,1	0,1	0,2
11. Imposibilidad acreditar no terceros obligados al pago	0,3	0,1	0,4
12. Actitudes racistas en los centros sanitarios		0,1	0,1
13. Otras barreras administrativas	0,1	0,1	0,2

BARRERAS ECONÓMICAS	Hombre cis +Hombre Trans	Mujer cis +Mujer Trans	TOTAL
14. Acceso a medicamentos	6,1	2,1	8,2
15. Acceso a productos sanitarios o de apoyo	0,1	0,1	0,2
16. Facturación en urgencias		0,1	0,1
17. Facturaciones de otros servicios de atención médica		0,1	0,1
18. Otras barreras económicas	0,1	0,1	0,2
BARRERAS INFORMATIVAS	Hombre cis +Hombre Trans	Mujer cis +Mujer Trans	TOTAL
19. Información errónea/incompleta desde el Sistema Sanitario Público	15	6,7	21,7
20. Información errónea/incompleta desde otros organismos públicos (INSS, servicios sociales, etc.)	7,8	3,8	11,6
21. Barreras digitales	0,1	0,1	0,2
22. Barreras lingüísticas	11,7	2,2	13,9
BARRERAS CULTURALES	Hombre cis +Hombre Trans	Mujer cis +Mujer Trans	TOTAL
23. Ausencia de mediación intercultural	0,1	0,1	0,2
24. Desconsideración del marco cultural en la atención		0,1	0,1
Detección de barreras de acceso			100

5. CONCLUSIONES

Las mejoras en cuanto a la normativa han tardado años en producirse a pesar de contar con información de las ONG y recomendaciones del Ararteko (Defensor del Pueblo en Euskadi) en este sentido.

No constatamos ningún esfuerzo en formar al personal administrativo para que adquiriera las competencias adecuadas para atender al conjunto de la población y este asunto ha sido tildado como “demasiado complejo” y dejado de lado.

Los procesos colectivos de retirada de cobertura sanitaria están siendo especialmente lesivos para personas en tratamiento activo, siendo relativamente sencillo evitar el riesgo de retirar la cobertura sanitaria a esta tipología de paciente, de ser verdad que solamente se pretende retirar la cobertura a aquellas personas que ya no viven en Euskadi desde hace un tiempo.

El incumplimiento del procedimiento administrativo en estos procedimientos es sistemático y se añade a otro tipo de irregularidades administrativas habituales, como la comunicación oral de petición de subsanación, el incumplimiento habitual del plazo de resolución de las solicitudes, el extravío de expedientes, etc.

A nivel social, en términos generales, no hay una percepción de problema en torno al derecho a la asistencia sanitaria, ni una comprensión de las barreras administrativas -el acceso al padrón principalmente- que genere preocupación, a pesar de que el porcentaje de personas migradas en Euskadi está llegando a una proporción significativa.



6. RECOMENDACIONES

1. A la Consejería de Salud

Es urgente abordar un proceso de humanización en nuestro sistema sanitario y pasar de un enfoque restrictivo del derecho a la salud a uno garantista e inclusivo.

En el marco de la comisión sanitaria del Foro Vasco de Inmigración de Gobierno Vasco, las representantes del Gobierno de Nafarroa (Salud y Derechos Sociales) presentaron un Plan de Humanización que ya lleva varios años en ejecución y que consiste en poner en relación ambos departamentos con el objetivo de lograr la inclusión sanitaria de toda la ciudadanía residente en Nafarroa. En este plan, cobra especial importancia la figura del trabajo social dentro del sistema de salud, con una línea de intervención enfocada a minorizar las barreras administrativas e informar a las y los Titulades de Derechos. En el caso de Euskadi se pone de relevancia la escasez de este perfil profesional en Osakidetza, aspecto que se ha visibilizado en el marco de la Mesa por el Pacto Vasco de Salud, donde ha sido una de las demandas planteadas de manera recurrente.

El personal administrativo tiene la obligación de dar información veraz y comprensible a sus pacientes, por lo que deberá estar adecuadamente formado y utilizar los medios necesarios para superar las barreras idiomáticas. La implementación de los medios de interpretación debe mejorarse, ya que su uso no está homogeneizado ni interiorizado, sobre todo en el ámbito administrativo.

La figura de trabajo social debe cobrar protagonismo y reforzarse de manera importante. La ratio de trabajadoras sociales es claramente insuficiente.

La figura de la mediación socio-sanitaria empieza a emerger en Euskadi, además de la interpretación ante situaciones de barrera idiomática, tiene un conocimiento técnico-administrativo suficiente para acompañar en los trámites sencillos de acceso al sistema sanitario. Se está trabajando desde el tercer sector, así como desde el Hospital de Cruces en crear un espacio para esta figura dentro del sistema sanitario.

Es imprescindible que el personal administrativo reciba formación técnica para garantizar la atención adecuada a toda la población. Es una demanda que trasladamos constantemente al Departamento de Salud.

2. Al Parlamento autonómico

El ámbito en el que conseguimos dar visibilidad a esta cuestión actualmente se limita a nuestra participación en la Comisión Sanitaria del Foro de Inmigración, donde participa el Departamento de Salud. Durante la próxima sesión plenaria en la que participarán todas las consejerías adscritas a este Foro, se trasladarán las necesidades e iniciativas en este ámbito.

Igualmente, desde la Comisión Sanitaria hemos participado en la elaboración del [El VI Plan Intercultural de Ciudadanía, Inmigración y Asilo 2022-2025](#), con medidas programáticas en el ámbito de la Salud de las personas migradas y refugiadas. Las medidas relacionadas con la salud tienen los siguientes objetivos:

1. *“Velar por que la población de ascendencia, origen y/o nacionalidad extranjera acceda a la atención sanitaria, desde una perspectiva intercultural, en igualdad de condiciones que el resto de la población vasca”.*
2. *“Sensibilizar y formar a los distintos colectivos que trabajan e interactúan en este ámbito en todo lo relacionado con una gestión intercultural de la diversidad”.*

Uno de los trabajos de la Comisión Sanitaria durante el primer semestre de 2026 consistirá en participar en la elaboración del VII Plan Intercultural de Ciudadanía, Inmigración y Asilo, en el que se volverá a incidir en los mismos objetivos, ya que no se han alcanzado en su mayoría, añadiendo además, la urgente necesidad de abordar el problema de la pobreza farmacéutica, que tiene un impacto muy elevado entre nuestro colectivo de atención.

En relación con este mismo asunto, otro de los trabajos de la Comisión Sanitaria en 2026, consiste en impulsar la formación de una mesa de trabajo interinstitucional que dé respuesta a esta necesidad.

También en el plano institucional, el Ararteko (Defensor del Pueblo en Euskadi) mantiene contacto habitual desde el año 2014 para recabar las incidencias que se detectan, recibir asesoramiento en materia de acceso al sistema sanitario, y así dar respuesta a las reclamaciones en materia de acceso al sistema sanitario que registra. Igualmente, hemos solicitado su amparo y asesoramiento en casos graves de desatención.

Actualmente, la oficina del Ararteko se encuentra en interlocución con el Departamento de Salud y el Servicio Vasco de Salud, con el objetivo de aminorar las incidencias y vulneraciones que se producen en relación a la retirada de la cobertura sanitaria por pérdida de padrón u otros motivos, que no se realizan conforme a lo estipulado en la Ley 39-2015 que regula el Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, tal y como hemos trasladado a esta institución a lo largo del último año.

Por último, desde Médicos del Mundo Euskadi, se ha solicitado una reunión con el Consejero de Salud, Alberto Martínez para hacerle llegar nuestras preocupaciones y propuestas en este ámbito.

3. 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**