

@Farmamundi @MedicosdelMundo
©del texto 2022: Farmamundi y Médicos del Mundo
e-mail: madrid@farmamundi.org
web: <https://activandosaludmadrid.saludlocal.org/>



Financia:

Ayuntamiento de Madrid

Autoría y coordinación:

Farmamundi Madrid - Médicos del Mundo Madrid

Consultoría:

Dra Eva Martich (@EvaMartich)

COPYLEFT

El contenido de la presente publicación no tiene fines comerciales y puede ser reproducido haciendo referencia a la fuente. Permitida la copia, distribución, exhibición y utilización de la publicación bajo las siguientes condiciones: se debe mencionar la fuente.

El contenido de esta publicación es responsabilidad exclusiva de Farmamundi y Médicos del Mundo

El Ayuntamiento de Madrid no asume responsabilidad alguna sobre dichos contenidos.

Edición:

Farmamundi y Médicos del Mundo 2022

Diseño y maquetación:

Atómica creativa | atomicacreativa.es

ÍNDICE

	RESUMEN EJECUTIVO	3
	GLOSARIO	7
	INTRODUCCIÓN	9
	MARCO NORMATIVO	13
	METODOLOGÍA	17
	RESULTADOS	21
	Perfil de las personas encuestadas	21
	Percepción sobre el acceso a servicios sanitarios	24
	Barreras de acceso a servicios sanitarios	24
	Mecanismos para mejorar el acceso	27
	Percepción sobre el acceso a los medicamentos y barreras	28
	La pandemia de COVID-19	30
	Sobre el conocimiento y la formación	32
	REFLEXIONES FINALES	35
	RECOMENDACIONES	39
	ANEXO	41
	REFERENCIAS	43

RESUMEN EJECUTIVO

Este documento corresponde al informe final del proyecto de investigación sobre las barreras de acceso a los servicios sanitarios y a medicamentos en la ciudad Madrid, realizado por la agrupación de dos entidades: Farmacéuticos Mundi (Farmamundi) y Médicos del Mundo (MdM) durante el periodo de noviembre de 2021 a julio de 2022, en el marco del proyecto de Educación para el Desarrollo "Activando salud: Articulando redes de salud comunitaria en Madrid".

El **objetivo principal** ha sido analizar las barreras de acceso a los servicios sanitarios y a los medicamentos en Madrid. Para eso se implementó una estrategia mixta (cuantitativa y cualitativa) de recolección de la información. Las **herramientas** utilizadas para la recogida de datos fueron: por un lado, **dos cuestionarios online**, uno dirigido a estudiantes de estudios universitarios del área de la salud (Medicina, Farmacia y Enfermería, entre otras) y otro para profesionales sanitarias.

Por el otro, una serie de **entrevistas** a profesionales de la salud que trabajan

tanto en el sector público como en el privado, en el primer nivel de atención (centros de atención primaria) como en el segundo nivel (hospital), de medicina, enfermería y farmacia. El objetivo de las entrevistas fue complementar la información recogida a través de los cuestionarios, comprender con mayor detalle los circuitos internos inherentes al acceso a los servicios sanitarios y a los medicamentos en la ciudad de Madrid, y conocer el impacto de la pandemia de la COVID-19 en el acceso sanitario.

Entre los **principales hallazgos** destaca que tanto estudiantes como profesionales coinciden en que garantizar el acceso a servicios sanitarios y medicamentos a la población configura un importante reto en Madrid. Ambos colectivos destacan que entre las principales **barreras para el acceso a servicios sanitarios** se encuentran la barrera administrativa legal y la barrera geográfica. También coinciden de forma amplia en que estrategias como incrementar la cantidad de profesionales de la salud y los recursos económicos destinados al sector contribuirían a mejorar el acceso a los servicios sanitarios y a los medicamentos por parte de la población.

cios de mercado y la falta de mecanismos de financiación. Entre otras cuestiones señalaron un fuerte impacto sobre los centros de atención primaria, la interrupción del seguimiento a pacientes con enfermedades crónicas y personas mayores con dificultades de desplazamiento y el incremento en las listas de espera.

Por último, tanto las estudiantes como las profesionales encuestadas y entrevistadas han manifestado la necesidad de **incrementar el conocimiento** sobre cuestiones relacionadas con el acceso, las barreras y los activos en salud, tanto durante la formación universitaria como en capacitaciones posteriores, ya que en su mayoría estos conocimientos los habían adquirido a partir de actividades voluntarias y fuera del horario laboral o lectivo.

Respecto **a los medicamentos** específicamente, ambos colectivos identifican dificultades en el acceso y señalan entre las principales barreras los pre-

A lo anterior, agregar además que durante las entrevistas han manifestado que la situación ya compleja a priori, se vio agravada como consecuencia de la pandemia de la COVID-19.

A partir de la información recogida a lo largo del proyecto se han podido elaborar una serie de recomendaciones enfocadas a promover y mejorar el acceso a los servicios sanitarios y a los medicamentos entre las que se encuentran:

- **Promover el incremento de recursos destinados al sector sanitario** para aumentar la cantidad de personal y la calidad de los servicios que garanticen el acceso al derecho a la salud de las personas.
- **Fortalecer la coordinación** entre centros de salud y oficinas de farmacia.
- **Consolidar y proveer la atención primaria** de recursos para garantizar “la puerta de entrada” al sistema sanitario.
- **Incrementar el conocimiento** sobre el acceso a servicios sanitarios y medicamentos durante la formación universitaria.
- **Fortalecer los programas de sensibilización** de la ciudadanía en materia de derecho a la salud y mejorar la comunicación sobre las formas de acceso.
- **Capacitar al personal de los servicios sanitarios**, incluyendo el personal administrativo, en aspectos relacionados con el derecho y el acceso a la salud.
- **Generar incentivos** para capacitaciones y formaciones en salud.

GLOSARIO

■ **Activos de salud:**

Se denomina así a aquellos factores o recursos que mejoran las capacidades de personas, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales y/o instituciones para mantener y sostener la salud y el bienestar, y ayudan a reducir las desigualdades en salud¹.

■ **Determinantes sociales:**

Son aquellas “*circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana*”. Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos². Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

■ **Interculturalidad:**

Se refiere a la presencia e interacción equitativa de diversas culturas y a la

posibilidad de generar expresiones culturales compartidas, a través del diálogo y del respeto mutuo³.

■ **Interseccionalidad:**

Se llama así al *fenómeno por el cual cada persona sufre opresión u ostenta privilegio en base a su pertenencia a múltiples categorías sociales*⁴.

■ **Perspectiva de género:**

Se denomina así a aquellos mecanismos que permiten identificar, cuestionar y valorar la desigualdad y exclusión que pretenden justificarse con base en las diferencias biológicas entre hombres y mujeres⁵.

■ **Uso racional del medicamento:**

Se refiere a “*aquel uso en el cual los pacientes reciben la prescripción adecuada para sus necesidades clínicas, a dosis que se ajustan a sus requerimientos individuales, durante un período de tiempo adecuado, a costos accesibles para ellos y su comunidad*”⁶.

INTRODUCCIÓN

Farmamundi y Médicos del Mundo somos dos ONGD que trabajamos para la promoción del acceso universal a la salud mediante procesos de transformación social sostenible y trabajo con colectivos en situación de vulnerabilidad, impulsando y acompañando iniciativas que promueven la salud desde una perspectiva de justicia global

basada en la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

En el marco del proyecto de Educación para el Desarrollo “Activando salud: Articulando redes de salud comunitaria en Madrid”, financiado por el Ayuntamiento de Madrid, se ha desarrollado la presente investigación entre noviembre de 2021 y julio de 2022.

El objetivo principal ha sido analizar las barreras de acceso a los servicios sanitarios y a los medicamentos en la ciudad de Madrid.

Para alcanzarlo, se desarrolló el trabajo desde dos ángulos complementarios: por un lado, se indagó en la perspectiva de estudiantes de estudios universitarios del área sanitaria (Medicina, Farmacia y Enfermería, entre otros) y, por el otro, en la de profesionales del sector sanitario. En ambos casos se buscó conocer y analizar su perspectiva sobre las barreras de acceso a servicios

sanitarios y medicamentos y las herramientas con las que cuentan para hacer frente a esta cuestión. Además, se hizo especial hincapié en el contexto de la pandemia de la COVID-19.

Este trabajo parte de una concepción amplia de la salud como un derecho fundamental de todas las personas, del cual deriva la responsabilidad indelegable de los Estados de brindar servicios sanitarios e insumos (medicamentos, vacunas y otras tecnologías) a la población⁷.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017)⁸, la mitad de la población global carece de acceso a los servicios sanitarios esenciales que necesita. Muchos hogares en el mundo destinan más del 10% de sus ingresos en atención médica y medicamentos, comprometiendo su economía familiar e incluso perpetuando los círculos de reproducción de la pobreza. Además, en el caso de los fármacos, se estima que más del 50% de estos insumos se dispensan, venden o son consumidos de forma incorrecta (OMS, 2012)⁹. Lo anterior arroja luz sobre la necesidad de analizar las posibles causas y alternativas para superarlo.

Las **barreras** en el **acceso a los servicios sanitarios** son un fenómeno injusto per se y además repercuten en resultados de salud desiguales por grupos de población (como puede observarse en los indicadores de morbilidad y mortalidad). Las barreras que pueden

existir son múltiples y acumulables, lo que significa que una misma persona puede verse afectada por diversas condiciones como su nivel de ingresos, estudios, el lugar donde vive, el tipo de trabajo que realiza, entre otros. Por todo ello, analizar las dificultades en el acceso es complejo ya que involucra a un número elevado de actores y sectores que trascienden lo estrictamente sanitario. En este sentido, resulta de suma importancia adoptar una mirada amplia que incluya otras condiciones sociales, económicas, políticas, institucionales y de género en la cual se encuentran las personas.

De forma similar sucede con las **barreras de acceso a los medicamentos** que también son atravesadas por numerosos factores y dimensiones¹⁰.

En el caso de los medicamentos, además, debe considerarse no sólo el acceso en términos de disponibilidad, sino también garantizar que sean utilizados de forma racional y que se puedan adquirir a valores asequibles¹¹.

Desde la declaración de la **pandemia de la COVID-19** en marzo del 2020, se ha evidenciado cómo la desigualdad afecta a la posibilidad de enfermarse, encontrando datos alarmantes de inequidad en el acceso a los servicios sanitarios aun dentro de una misma ciudad¹². Por otro lado, se ha instalado la idea de que solo una vacuna sería capaz de detener al virus. Tras algunos meses y una carrera científica desenfrenada y nunca antes vista, varias vacunas resultaron eficaces, seguras y presentaron condiciones de ser utilizadas¹³. Sin embargo, la propia distribución global de las dosis se realizó de forma completamente desigual haciendo que algunos países presentarán grandes dificultades para inocular a su población¹⁴.

En España apareció el primer caso de COVID-19 a finales de enero del 2020¹⁵ y el aumento de la transmisión comunitaria derivó en que el 14 de marzo el gobierno declarase el Estado de Alarma (Real Decreto 463/2020)¹⁶. Lo anterior

condujo a la implementación de estrictas medidas de contención como la limitación de la circulación, el confinamiento de la población y la reducción e incluso paralización de actividades económicas. El objetivo de la implementación de este tipo de medidas era contener la propagación del virus entre la población, reorganizar el sistema sanitario y evitar su colapso. Con el transcurso de las semanas se evidenció cómo evolucionó la incidencia y la mortalidad por COVID-19 en todo el país. Aquellas comunidades autónomas que inicialmente habían presentado mayor número de casos tenían también una mayor velocidad de transmisión entre su población. La Comunidad Autónoma de Madrid se encontraba así entre las más perjudicadas¹⁷.

A partir de todo lo anterior, esta investigación buscó **anar las vivencias e impulsar una reflexión participativa** involucrando a estudiantes, profesorado y profesionales del ámbito sanitario de la ciudad de Madrid, presentando un diagnóstico de la situación y además elaborar recomendaciones que pretenden **fortalecer el acceso a los servicios sanitarios, promover el uso racional de los medicamentos** e incidir en el bienestar comunitario.

MARCO NORMATIVO

Con el fin de dotar a este trabajo de un marco y contexto normativo, a continuación se enumeran y describen brevemente algunos de los textos legales fundamentales para el ejercicio del derecho a la salud en España y que, por tanto, se han considerado especialmente pertinentes en relación a la investigación.

■ La **Constitución Española** de 1978, reconoce en su **artículo 43** el “derecho a la protección de la salud” que fue reafirmado por la **Ley General de Sanidad** (Ley14/1986)¹⁸. Las normas establecen el marco, pero en la práctica garantizar a la población el acceso efectivo a los servicios sanitarios es complejo y requiere de la participación de múltiples esferas gubernamentales. Además de lo anterior, el entramado institucional y la propia implementación de los servicios sanitarios, a través de un modelo de fuertemente descentralizado en la gestión de los recursos, hace que en España se hable de tantos modelos di-

ferentes como cantidad de comunidades autónomas¹⁹. Éstas últimas incluso han aplicado de forma dispar los recortes presupuestarios derivados de la crisis del 2008, lo que ha derivado posteriormente en significativas diferencias en el acceso a los servicios sanitarios y a los medicamentos según las regiones del país.

Real Decreto-Ley 16/2012

■ En septiembre del 2012 entró en vigor en España el **Real Decreto-Ley 16/2012**²⁰ por el cual se excluyó de la cobertura sanitaria (acceso) a parte de la población, entre la que se encuentran mujeres embarazadas y niños/as migrantes²¹. Esta medida se intentó justificar como una forma de garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y de mejorar la calidad de sus prestaciones. En la práctica, se erigió en una importante barrera de acceso a los servicios sanitarios e insumos para ciertos colectivos, aumentando su vulnerabilidad²², deteriorando su estado de salud y obstaculizando la garantía de un derecho humano fundamental. Con el tiempo todo esto se tradujo en una profundización de las inequidades sociales, sanitarias, económicas y territoriales.

Real Decreto-Ley 7/2018

■ En 2018, el **Real Decreto-Ley 7/2018**²³ significó un intento por volver a la situación previa de la “exclusión sanitaria” de algunos colectivos como el de población migrante²⁴. En la práctica, cada comunidad autónoma aplica la ley de forma diferente y las inequidades en el acceso persisten²⁵.

Pandemia de la COVID-19

■ En **marzo de 2020**, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la **pandemia de la COVID-19**²⁶. Los sistemas de salud del mundo entero se enfrentaron a una demanda sin precedentes y se vieron obligados a reorganizarse, tanto en infraestructura, recursos, insumos, como también en disponibilidad de personal sanitario.

Real Decreto 463/2020

■ En **España** el gobierno declaró el **Estado de Alarma** (Real Decreto 463/2020²⁷) para la gestión de la crisis sanitaria provocada por el SARS-CoV-2. Esto derivó en una reorganización general de los servicios esenciales, obligándolos a adaptarse con el fin de mantener su funcionamiento en el marco de una situación extraordinaria, estableciendo nuevas formas y mecanismos para garantizar la respuesta eficaz del Estado en diferentes ámbitos además del específicamente sanitario. La respuesta a la crisis sanitaria provocada por la COVID-19 no fue ajena a la naturaleza descentralizada del sistema de salud español, a pesar de los esfuerzos por centralizar y coordinar la toma de decisiones²⁸.

METODOLOGÍA

Este proyecto de investigación se ha desarrollado a través de una **metodología mixta**: cuantitativa y cualitativa, utilizando fundamentalmente fuentes de datos primarias (cuestionarios y entrevistas). El trabajo se ha complementado posteriormente con la revisión de fuentes secundarias, como son normativas y otros trabajos anteriores en la materia. A lo largo del proyecto se incorporó la **perspectiva de género**, de **interseccionalidad e interculturalidad**, que han permitido una mirada amplia y crítica sobre el objeto de análisis.

Incorporar estas perspectivas de género e interculturalidad a lo largo de la investigación nos permitió contemplar aquellas particularidades específicas de hombres y mujeres a la hora de acceder a los servicios de salud y a los medicamentos y considerar los contextos culturales que atraviesan las personas como su origen, edad, identidad, orientación sexual, origen étnico, prefe-

rencias lingüísticas y otras circunstancias individuales y experiencias vitales. La perspectiva de interseccionalidad a lo largo del proyecto nos permitió ampliar el análisis considerando también cuestiones como raza, clase, sexo, estatus migratorio, entre otros que actúan como condicionantes en este caso del acceso a los servicios de salud y a los medicamentos.

La combinación de las técnicas de investigación utilizadas ha permitido obtener información a través de diferentes herramientas y aproximarnos a las personas involucradas para analizar su percepción sobre el acceso a los servicios sanitarios y a los medicamentos en Madrid.

Desde un **enfoque cuantitativo** se trabajó con dos **cuestionarios** que fueron divulgados de forma online entre los meses de enero y marzo del 2022:

■ Un cuestionario orientado a profesionales de la salud

(sector medicina, enfermería y farmacia). Este cuestionario buscó alcanzar el mayor número posible de profesionales, conocer sus opiniones sobre las barreras de acceso a los servicios sanitarios y a los medicamentos, indagar sobre las herramientas que han adquirido durante su formación y otras capacitaciones que han realizado y/o que estarían interesadas en realizar.

■ Un cuestionario enfocado a alumnado universitario

del sector sanitario, de los estudios de Medicina, Farmacia y Enfermería, entre otras, y que se encuentren actualmente realizando sus estudios. El objetivo fue conocer su percepción sobre el acceso a servicios sanitarios y medicamentos, formación, conocimiento y necesidades de capacitación.

La recolección de datos a través de los cuestionarios y las entrevistas realizadas permitió obtener una abundante cantidad de datos primarios que fueron sistematizados y analizados para alcanzar el objetivo principal del proyecto.

Desde un **enfoque cualitativo** y con la intención de profundizar la información obtenida a través de los cuestionarios a las y los profesionales sanitarios, se procedió a realizar **entrevistas semi-estructuradas**, organizadas en tres bloques y una reflexión final:

- 1.** La primera parte enfocada en el acceso a los servicios sanitarios y a los medicamentos.
- 2.** La segunda orientada a la formación profesional y a las herramientas institucionales con las que cuentan en el día a día de trabajo.
- 3.** Una tercera parte enfocada específicamente en la crisis sanitaria de la COVID-19.

■ El objetivo de las entrevistas

fue complementar la información recogida a través de los cuestionarios, comprender con mayor detalle los circuitos internos inherentes al acceso a los servicios sanitarios y a los medicamentos en la ciudad de Madrid, y hacer especial hincapié en la situación sanitaria durante y derivada de pandemia de la COVID-19. La investigadora a cargo del proyecto contactó con las participantes y realizó las entrevistas con un guión previamente definido.

■ La selección de los perfiles de las participantes

fue intencional con el fin de abarcar el máximo de áreas de actuación posibles resultando en 6 profesionales sanitarias de la ciudad de Madrid que trabajan tanto en el sector público como en el privado, en primer nivel de atención (centros de atención primaria) como en segundo nivel (hospital), de medicina, enfermería y farmacia.

■ Las entrevistas se realizaron vía zoom

entre los meses de abril y mayo de 2022.

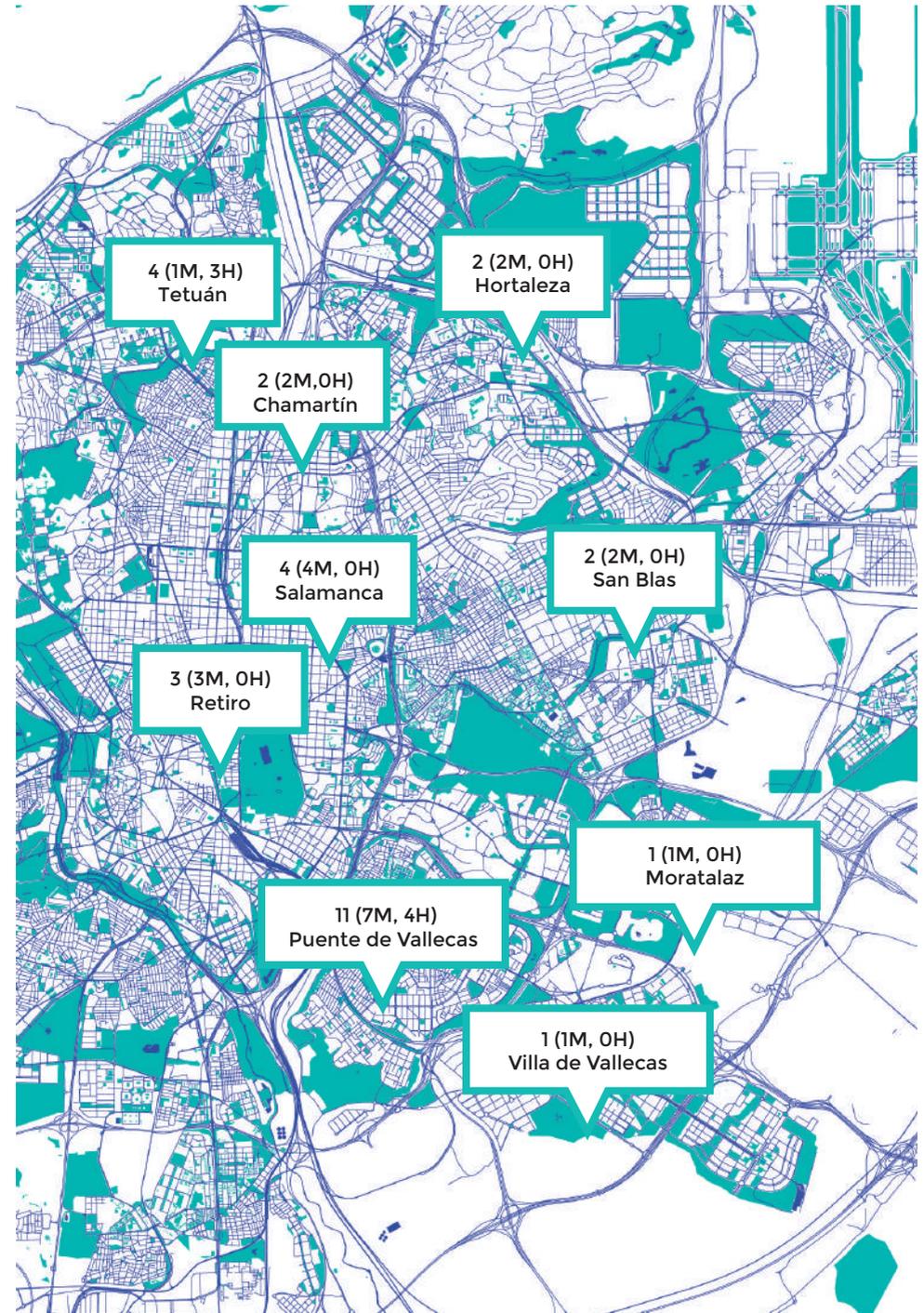
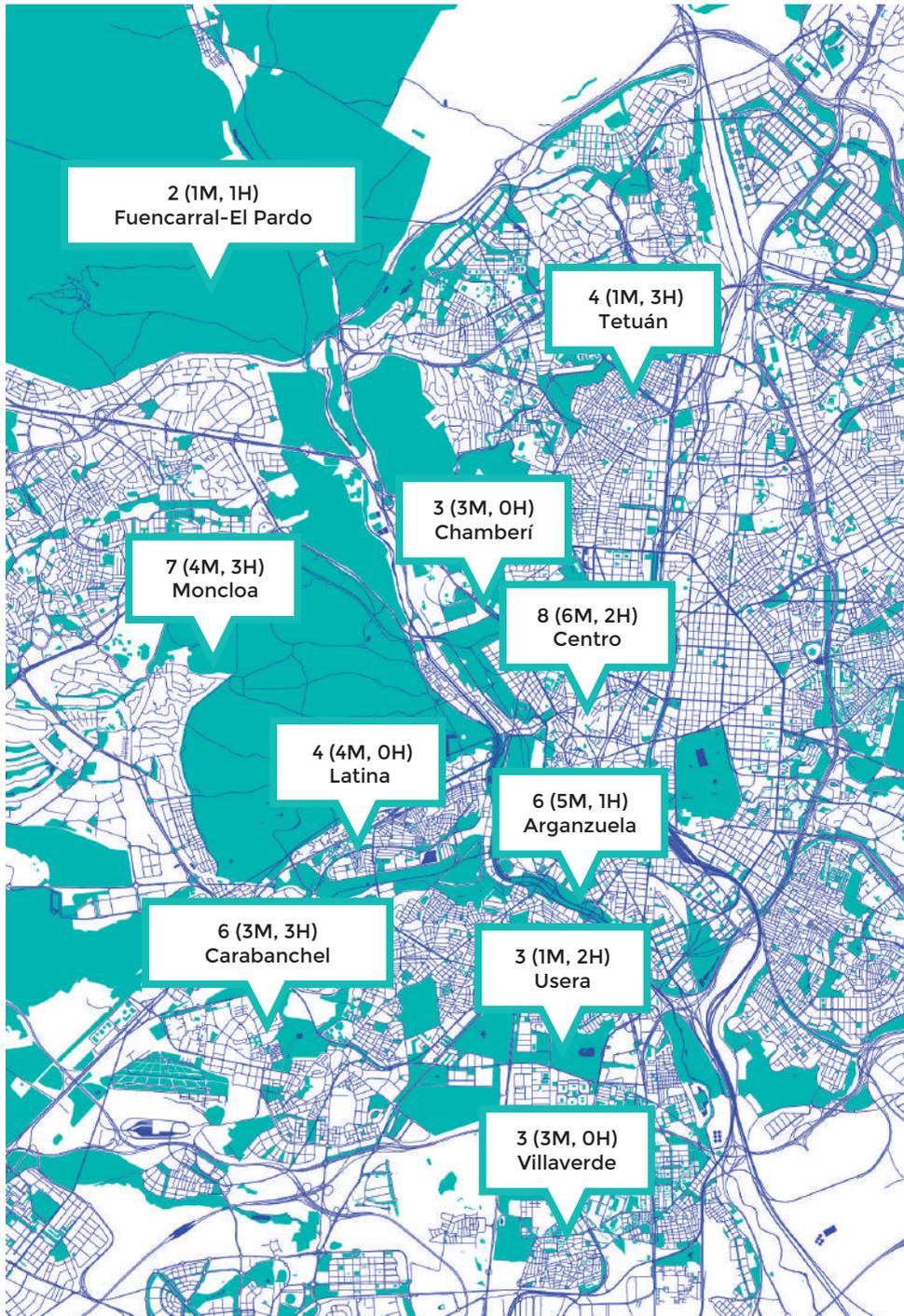
RESULTADOS

En este apartado se muestra el análisis de la información obtenida a partir de las diferentes herramientas de recolección de datos [cuestionarios y entrevistas].

Perfil de las personas encuestadas

Se registraron un total de **165** respuestas de **estudiantes** (84% de género femenino y 16% de género masculino) que pertenecen a los siguientes estudios universitarios: **Medicina (42%)**; **Farmacología (29%)**; **Enfermería (13%)**; **Terapia Ocupacional (7%)**; **estudios de posgrado (3%)** y de otras **carreras afines (6%)**.

Por otro lado, se registraron un total de **72** respuestas de **profesionales del sector sanitario** (74% de género femenino, y 26% de género masculino). El **64%** de las profesionales encuestadas trabajan en el **sector público**, mientras el **33%** lo hace en el **sector privado**. Solo un **3%** trabaja en **ambos sectores**.



Percepción sobre el acceso a servicios sanitarios

Entre el **alumnado**, más del **60%** de las personas encuestadas considera que el acceso es un problema “relevante” o “muy relevante”. Además, el **70%** de las **estudiantes** identifican barreras de acceso a los servicios sanitarios en la ciudad de Madrid.

Entre las **profesionales**, el **79%** de las encuestadas considera el problema del

acceso a los servicios sanitarios como “relevante” y “muy relevante”, un **18%** indicó que se trata de un asunto “algo relevante” y solo un **3%** indicó que se trataría de un asunto “poco relevante”.

El **90%** de las **profesionales** manifestó identificar barreras de acceso a los servicios de salud en Madrid.

Barreras de acceso a servicios sanitarios

A partir de una serie de barreras de acceso propuestas en el cuestionario, se pidió a las personas encuestadas que le asignaran niveles de prioridad según su opinión, sin necesidad de que fueran excluyentes (es decir, no tenían que ordenarlas de mayor a menor y todas podían ser prioritarias, si así lo consideraban).

Tanto **estudiantes** como **profesionales coinciden** en cuáles son las barreras que consideran más importantes apenas diferenciando en el porcentaje que otorgan a sus respuestas, resultando en:

- El **62%** de las **estudiantes** identifica la **barrera administrativa-legal** como “relevante” o “muy relevante”, mientras que las **profesionales** lo identifican en un **78%**. En ambos grupos, la **barrera geográfica** aparece como segunda en relevancia, siendo para **estudiantes** en un **55%** y para las **profesionales**, el **63%**.

- A mitad de la escala propuesta se destacan las **barreras sociales (clase, nivel de ingreso)** con un **30%** para las **estudiantes** y un **28%** para las **profesionales**, este último grupo hizo además referencia a las barreras culturales entre las consideradas “indistintas”.

- El **género** es la barrera que más porcentaje obtiene en el extremo de “poca” o “menos relevancia” con **55%** entre las **estudiantes** y **45.8%** entre las **profesionales**.

Las barreras propuestas en los cuestionarios fueron:

- Administrativa Legal
- Económica
- Género
- Culturales [etnia, religión, otro]
- Sociales [clase, nivel de ingreso, otro]
- Geográfica [lugar de residencia]

Además de las opciones anteriores, entre las **estudiantes** han indicado otras barreras: el efecto de la pandemia, la brecha digital (fundamentalmente para grupos etarios de personas mayores), la edad, la falta de educación, sensibilización y la concienciación de la población sobre la atención primaria. Las **profesionales**, señalaron también: la propia capacidad²⁹ y la falta de recursos de los centros sanitarios; la in-

compatibilidad de los horarios de atención de los centros y de los trabajos de las personas.

Durante las entrevistas con las **profesionales**, al igual que en los cuestionarios, se hizo referencia a las **barreras administrativas**, fundamentalmente hacia personas migrantes que no tienen tarjeta sanitaria y/o se encuentran en situación irregular.

“Existe una situación de exclusión sanitaria que se ha reforzado en los últimos meses...”

“Para mí hay dos colectivos principales que tienen dificultad en el acceso: uno es la población migrante que no reconoce su derecho a la asistencia sanitaria; otro, evidentemente, las personas mayores...”

En relación con la población migrante se reconoció también el **desconocimiento del idioma** y las **diferencias culturales** como una barrera de acceso tanto a los servicios de salud como en la dificultad para comprender la importancia de continuarse un tratamiento indicado por el personal médico (adherencia al tratamiento).

Además, en relación a las cuestiones administrativas, aunque no exclusivamente en población migrante, durante las entrevistas se señalaron **barreras de acceso burocráticas** (por ejemplo, personas que cambian de domicilio y necesitan actualizar sus datos y se

enfrentan a dificultades administrativas derivadas de la centralización de la gestión en unidades de tramitación).

También, y en línea con lo manifestado anteriormente por las estudiantes, se señaló como barrera la **brecha digital**, indicando que haber digitalizado la solicitud de citas puede haber simplificado la gestión para la población más joven, pero no resulta así con las personas mayores. También sobre este último colectivo, se mencionó como potencial barrera de acceso las **dificultades de desplazamiento** hacia los centros sanitarios.

“En nuestro barrio hay mucha gente mayor con dificultad para manejarse, para pedir cita telefónica, por Internet o no sé qué. Además, es un barrio en el que hay muchas viviendas de tres o cuatro pisos que no tienen ascensor, con lo cual quien tiene un problema de movilidad se queda ahí atrapada, no tiene esa facilidad de ir al Centro de Salud a pedir esa cita.”

Se mencionaron también **barreras económicas**, aludiendo a que algunas personas prefieren no ir a la consulta “por temor a que le prescriban un medicamento y no poder pagarlo.... Incluso lo que está financiado acorde a su tarjeta sanitaria...”

Otra situación señalada fue la de aquellas personas que “están en un limbo,

no tienen ni seguro privado ni tampoco acceso al sistema público”. Este grupo de población debe afrontar costes sobrenumerarios de la atención médica y del valor total de los medicamentos y no necesariamente cuentan con recursos económicos suficientes para poder hacerlo.

“Personas que se encuentran en la situación de que enferman, pero no tienen médico de cabecera, tampoco seguro privado, ni póliza que los cubra y con la que poder hacer un reembolso, entonces deben pagar de su bolsillo, de su presupuesto para el mes, de su propio salario... Esa es la mayor limitación que pude haber encontrado.”

Durante las entrevistas, se mencionaron como potenciales barreras de acceso a servicios de salud el hecho de que una persona se encuentre **sin hogar**, en situación de calle y exclusión social. También se hizo alusión a la **precariedad laboral**. En referencia a esto último, se comunicó la casuística habitual principalmente en el segundo nivel de

atención (atención hospitalaria) donde personas con trabajos temporales, inestables y/o precarios llegan a pedir el alta voluntaria cuando les informan que serán ingresadas durante algunos días, por temor a perder sus empleos o por la propia necesidad económica que no les permite ausentarse de sus actividades laborales.

Mecanismos de mejora para el acceso a servicios sanitarios

Prácticamente la totalidad de personas encuestadas - **estudiantes (95%)** y **profesionales (99%)**, consideran que deberían **implementarse mecanismos que mejoren el acceso** a los servicios sanitarios.

A partir de una serie de estrategias propuestas en el cuestionario para mejorar el acceso a los servicios sanitarios, se pidió a las encuestadas que asignaran niveles de prioridad según su opinión, sin necesidad de que fueran excluyentes (es decir, no tenían que ordenarlas de mayor a menor y todas podían ser prioritarias, si así lo consideraban).

Entre el alumnado, sumado a las estrategias anteriores se hizo mención a la necesidad de:

- facilitar el transporte hacia los centros de salud
- mejorar la sensibilización y concienciación sobre la atención primaria como “puerta de entrada” a los servicios sanitarios
- promover la educación sanitaria para que toda la población conozca sus derechos en cuanto a la sanidad

Las estrategias planteadas en los cuestionarios fueron:

- Aumentar la cantidad de profesionales en los servicios de salud
- Cambios en los programas de formación
- Implementar capacitaciones sobre interculturalidad, perspectiva de género e interseccionalidad
- Cambios en la normativa vigente (Real decreto 7/2018)
- Aumentar los recursos económicos destinados al sector sanitario

Tanto estudiantes como profesionales coinciden en que entre los mecanismos “prioritario” o “muy prioritario” que deberían implementarse se encuentran: **aumentar la cantidad de profesionales en los servicios sanitarios (84% de las estudiantes y 90% de las profesionales)** e **incrementar los recursos económicos destinados al sector sanitario (85% de las estudiantes y 88% de las profesionales)**.

Otros de los mecanismos que también consideraron como “muy prioritario”, aunque en un porcentaje menor (**59% de las estudiantes y 74% de las profesionales**) fue **implementar capacitaciones sobre interculturalidad, perspectiva de género e interseccionalidad**. Entre las profesionales, además se mencionó, con un **25% introducir cambios en los programas de formación (25%)**.

Además de las estrategias anteriores, las **profesionales** mencionaron otras entre las que se destacan:

- Cambios en las prioridades de atención.
- Formación a la población en prevención.
- Problemas de accesibilidad geográfica.

- Mejora de la comunicación entre el sistema sanitario y el paciente.
- Concienciar a la población sobre el derecho a la salud y estudios de investigación sobre las necesidades de la población.

Percepción sobre el acceso a los medicamentos

El **74%** de las y los **estudiantes** y el **83%** de las **profesionales** encuestadas identifican barreras de acceso a los medicamentos.

A partir de una serie de barreras de acceso propuestas en el cuestionario, las personas encuestadas les asignaron niveles de prioridad (sin ordenarlas de mayor a menor, es decir, que todas podían ser prioritarias, si así lo consideraban).

En esta cuestión vuelven a coincidir las respuestas en cuanto a la relevancia que le otorgaron a las barreras de **precio (65%** de las **estudiantes** y **68%** de las **profesionales**) y la **falta de mecanismos de financiamiento (63%** de las **estudiantes** y **68%** de las **profesionales**).

Entre las **profesionales**, además, la estrategia más escogida a mitad de la escala propuesta fue las **deficiencias en el modelo de I+D (25%)** y, por otro lado, la **inexistencia de equivalentes genéricos (22%)** fue indicada entre las barreras “poco” o “menos relevantes”.

Además de las barreras que presentaba el cuestionario, las **estudiantes** mencionaron a la gestión sanitaria actual como una barrera de acceso a los medicamentos en Madrid. En línea con esto último, en una de las entrevistas a profesionales de la salud se indicó:

Las barreras de acceso a medicamentos propuestas fueron:

- Precios
- Patentes
- Falta de mecanismo de financiamiento
- Deficiencias del modelo de I+D
- Inexistencia de equivalentes genéricos

“Para mí lo más complicado de la situación actual es que en concreto en Madrid, pero también en muchos otros lugares, no hay una apuesta por eliminar barreras al acceso del tema de la salud y al acceso a los medicamentos, sino más bien todo lo contrario.”

Durante las entrevistas, las **profesionales** indicaron también otras cuestiones como: el desabastecimiento en medicamentos, rasgos culturales de las pacientes que puedan dificultar su adherencia a los tratamientos y circuitos

burocráticos para el acceso a medicamentos de pacientes con enfermedades crónicas.

También, se hizo referencia a la **precariedad laboral** como una barrera de acceso a los medicamentos:

“...hay personas en una situación precaria, con menos recursos que no tienen reconocida la financiación total de medicamentos. Por ejemplo, si cobran la renta de ingreso mínimo vital o una pensión de forma contributiva. Como está habiendo tanto jaleo con el ingreso mínimo vital... que si lo ponen, que si lo quitan y tal... hay gente que se está encontrando con que de repente ese acceso a medicamentos que tenía ya no lo tiene... Le quitan la prestación del ingreso mínimo vital y le quitan la financiación de los medicamentos al mismo tiempo... Esa posibilidad de acceso a la financiación de medicamentos para gente que no tiene recursos está cada vez más en el aire...”

“... Lo malo es que esas personas que no tienen acceso a los medicamentos son un poco invisibles. O no lo queremos ver o no lo vemos realmente.”

En línea con la precariedad laboral se mencionó también que “la propia percepción de salud de la población está cambiando. La gente espera que la salud sea un completo estado de bienestar

y de disposición al trabajo... y les genera consultar muchísimo para intentar dar respuesta y salida a cada síntoma. Estamos hiper alerta, no sé si por la pandemia o no...”

El impacto de la pandemia de la COVID-19 en el acceso sanitario

A lo anterior en torno a las dificultades y barreras de acceso a servicios sanitarios y medicamentos, las profesionales han manifestado de forma unánime durante las entrevistas que la situación ha empeorado a partir de la pandemia de la COVID-19. Eso se ha visto reflejado desde diferentes dimensiones según trabajan en el sector público, sector

privado, en el primer o segundo nivel de atención.

Entre las principales cuestiones que han señalado hicieron referencia a una especie de **paralización del sistema sanitario** como consecuencia de la pandemia:

"Todo se enfocó en la COVID-19. Sobre todo, en la primera ola, porque la gente tenía miedo y los teléfonos estaban colapsados y eso se convertía en una barrera para el acceso."

30 Se nombró además la **interrupción del seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas**:

"La gente dejó de acudir a los centros y de consultar, se añadió que caducaban las recetas, no se actualizaba medicación, tenían miedo de ir al centro de salud para avisar que ya no tenían acceso a su receta".

"...la gente está con ese sentimiento de la soledad... tenemos que recuperar a nuestros pacientes, sobre todo los crónicos, que son los que han sido los olvidados. Obviamente hemos tenido una pandemia, una situación muy desbordante, pero poco a poco las cosas están volviendo a la normalidad..."

Situación similar a la anterior se indicó con los llamados **"inmovilizados"** (aquellas personas que carecen de movilidad para trasladarse a los centros de salud y han estado supeditados a

seguimientos muy básicos durante la pandemia.

En relación a la **atención primaria**, las profesionales reportaron un **colapso de los centros sanitarios**:

"La atención primaria ha sido la que más ha sufrido y ha estado colapsada. Con lo cual, todos esos pacientes, los hemos tenido un poco descuidados."

De igual manera, una de las entrevistadas mencionó que durante el período del confinamiento más estricto fue la época en la que más domicilios han hecho y una vez que se liberaron las restricciones (junio 2020) retomaron las consultas abiertas. De hecho, hubo personas que "no estaban en el radar" y a partir de la pandemia se acercaron a los centros sanitarios.

Sin embargo, todas ellas coinciden en que la situación de los Centros de Atención Primaria es deficiente y se encuentra en una crisis seria que es previa a la que se desencadenó como consecuencia de la COVID-19. Lo que la pandemia hizo fue evidenciar más explícitamente esa situación:

"...Viene de mucho más atrás. Y cada una de las crisis que han ido ocurriendo ha profundizado más la crisis de la atención primaria. Es decir, la crisis económica del 2008 pues fue terrible, porque hubo un recorte importante de presupuestos, del cual prácticamente estábamos recuperándonos al inicio de la pandemia. O sea, muchos años después... los presupuestos de [atención] primaria son siempre cortos, son siempre más cortos de lo que se necesitan. De hecho, los ratios que tenemos de atención son enormes, con los que son imposibles de hacer una atención y un trabajo con una calidad exigible..."

Durante las entrevistas se hizo referencia también al **incremento de las listas de espera** como consecuencia de la pandemia, lo que a su vez derivó en que algunas personas no solo perdieron controles periódicos, sino que además fueron diagnosticadas de forma tardía con patologías más graves y complejas.

Además de las complicaciones derivadas de la crisis sanitaria desatada por la COVID-19, también durante las entrevistas se hizo alusión a **iniciativas voluntarias** que surgieron y/o se reforzaron durante este período:

“En concreto estamos intentando organizarnos con las **redes vecinales**. Pero al final también incluso dentro de las propias redes vecinales hay gente que se queda fuera del foco. Al final en la asociación de vecinos hay muy poca población migrante que esté participando. El acceso a la población migrante es más desde servicios sociales o algunos dispositivos específicos... pero hay mucha gente que se ha quedado muy fuera. Que no llega a esa información o ni siquiera llegan a saber cuál es su situación ni la información de cómo funciona el sistema sanitario aquí, frente a sus países. Mujeres que directamente no vienen porque provienen de un país donde no hay un sistema público de atención.... Nos comentaban unas mediadoras culturales de varias mujeres que no se atrevían a ir al hospital a dar a luz. Eso es tremendo.”

Capacidades, conocimiento y formación en materia de acceso a la salud

Tanto entre el **alumnado (81%)** como entre las **profesionales (86%)** han manifestado de forma mayoritaria no haber recibido conocimiento específico sobre las barreras de acceso a los servicios sanitarios y medicamentos durante su formación. Y de igual forma, en ambos colectivos, se ha adquirido a través de **actividades de participación**

voluntaria en temas como: atención al paciente, conocimiento sobre patentes, registros y el comportamiento de la industria farmacéutica, hábitos saludables, funcionamiento del Servicio Social de Salud y también sobre legislación y acceso a servicios de salud y medicamentos.

Las **estudiantes** manifestaron que durante la formación universitaria debería **incrementarse el conocimiento** sobre: modelo de I+D, salud global, hábitos saludables, salud comunitaria, barreras de acceso a servicios sanitarios y medicamentos, cuidados paliativos, atención humana al paciente, ética en salud, primeros auxilios, salidas profesionales, salud mental, salud tecnológica.

además indicaron algunos activos: redes de apoyo familiar, social y comunitario como asociaciones culturales, vecinales, de mayores y actividades de ocio barriales; centros de salud y la teleasistencia; parques, plazas, polideportivos; hábitos saludables, entre otros.

En cuanto al término **activos en salud**, entre las **estudiantes** solo un **19%** manifestó conocer el concepto, mientras que entre las **profesionales** el **32%** respondió de forma positiva quienes

Durante las entrevistas se preguntó sobre posibles **herramientas** identificadas por las profesionales en sus sitios de trabajo para hacer frente a dificultades en el acceso a los servicios sanitarios y medicamentos. En respuesta a ello, por un lado, relacionaron esto con la **falta de conocimiento específico**:

“Muchas veces las barreras están en que nosotros mismos desconocemos que existen estos problemas. Por ejemplo, si no sabes las cuestiones administrativas con respecto a las personas extranjeras, tampoco sabes que es una barrera y tampoco sabes lo que eso te va a implicar en el trabajo. Entonces sí, creo que estaría bien, formar al personal!”

“A veces es la institución la que crea las barreras, por ejemplo, el tema de los papeles, de la burocracia. Con respecto a las personas mayores también, es la institución la que no facilita el acceso.”

Por otro lado, se hizo referencia a la necesidad de **mejorar la comunicación**

bidireccional entre los centros de salud sanitarios y las oficinas de farmacia.

REFLEXIONES FINALES

Las dificultades en el acceso a los servicios sanitarios y medicamentos en la ciudad de Madrid se han evidenciado de manera explícita y contundente con la pandemia de la COVID-19 y según la información recogida en este trabajo han incluso empeorado.

Toda la población, de una forma u otra se enfrenta a barreras de acceso a servicios médicos de calidad en tiempo y forma, sin embargo, algunos colectivos presentan más vulnerabilidad (migrantes sin documentación, personas mayores, personas en situaciones de precariedad laboral, etc.).

La magnitud de esta cuestión y la gravedad que deriva de las fuertes barreras al ejercicio pleno del derecho a la salud nos condujo a reflexionar sobre cómo podría revertirse esta situación,

qué actores y partes fundamentales deberían involucrarse y qué estrategias deberían promoverse en pos de alcanzar cambios estructurales e integrales.

Por eso, y a modo de cierre de este informe, queremos compartir lo que, después del análisis de la información recolectada dentro de la metodología de la investigación y fundamentalmente a partir de las reflexiones de las personas participantes, consideramos son los 4 mensajes claves:

Fortalecer la atención sanitaria

Resulta fundamental consolidar el rol central de la atención primaria para mejorar el acceso a los servicios sanitarios de calidad. Retomar el seguimiento de la población (personas con enfermedades crónicas y mayores) que se ha visto afectada a lo largo de los últimos años por recortes presupuestarios y como consecuencia de la pandemia de la COVID-19.

afectan negativamente al acceso sino para promover el conocimiento sobre lo que sí produce más y mejor salud en la población (activos en salud).

- Incorporar perspectiva de género, interculturalidad e intersectorialidad para promover un abordaje amplio e integral de la salud.

Coordinar el trabajo en red

Fortalecer la coordinación entre diferentes recursos e instancias de la atención sanitaria promoviendo una comunicación fluida y bidireccional.

Lo anterior podría agilizar algunos procesos y además producir un mejor “aprovechamiento” de los diferentes actores que componen el sistema sanitario.

Divulgar información

La información sobre las vías de acceso y el derecho a la salud necesita llegar a toda la población. Es fundamental que la comunicación sobre el derecho a la salud y a los servicios disponibles sea efectiva, sencilla y adecuada para que la población pueda ejercer ese derecho en tiempo y forma.

Capacitar al personal

- Capacitar a profesionales de todas las instancias de la atención sanitaria, incluido el personal administrativo y otros que se desempeñan en los puntos de entrada al sistema sanitario. Esto podría contribuir a agilizar los circuitos burocráticos que acaban generando barreras de acceso a la población.

- Crear incentivos para mantener el personal actualizado sobre cambios en la normativa y otras exigencias sin que esto signifique una sobrecarga extra para ellos/as.

- Revisar el enfoque de los programas de estudios y otras capacitaciones para que no se atiende solo a aquellos que

La realización de estudios de investigación como el presente pretenden aportar datos y reactivar el debate en torno a la necesidad de fortalecer y mejorar el acceso a los servicios sanitarios y a los medicamentos para toda la población.

Así mismo, se pretende promover que otras iniciativas complementarias a esta enriquezcan la discusión con información adecuada y consistente que contribuya al diseño de estrategias y medidas de políticas públicas basadas en la evidencia para mejorar el acceso a la salud y a los medicamentos de todas las personas.

RECOMENDACIONES

A partir de la información recogida y sistematizada es posible elaborar una serie de recomendaciones que podrían contribuir a mejorar el acceso a los servicios sanitarios y a los medicamentos, desde una perspectiva que no solo atienda

aquellas cuestiones que lo dificultan, sino y fundamentalmente centrándose en aquellos activos que contribuyen para que la población alcance mejor niveles de salud en un sentido integral.

ACCIONES DESTINADAS A LA COMUNICACIÓN, FORMACIÓN, CAPACITACIÓN Y MEJORA DE LA GESTIÓN SANITARIA

GESTIÓN Y POLÍTICAS PÚBLICAS

- Incrementar los recursos económicos destinados al sector sanitario para aumentar la cantidad de personal y la **calidad de los servicios**.
- Consolidar la **atención primaria** como “puerta de entrada” al sistema sanitario.
- Fortalecer la **coordinación** entre los centros sanitarios y las farmacias (comunicación bidireccional estandarizada).

COMUNICACIÓN

- Promover la **sensibilización** de toda la población sobre el derecho a la salud y mejorar la comunicación para que se conozcan las formas de acceso y el derecho a exigirlo.

FORMACIÓN

- Incrementar el **conocimiento** de los profesionales de la salud sobre aspectos relacionados con el derecho a la salud, el acceso a los servicios sanitarios y los medicamentos durante la etapa de formación universitaria.
- **Capacitar** al personal de los servicios sanitarios, incluido el personal administrativo, que trabaja en los puntos de acceso al sistema sanitario.
- **Generar incentivos** para la formación y capacitación profesional sobre acceso, barreras, etc.
- **Incluir y promover** las formaciones y capacitaciones en horario laboral para asegurar su efectividad y mayor asistencia.

ANEXO

DISTRITO	CANTIDAD DE RESPUESTAS	
	MUJER	HOMBRE
Arganzuela	5	1
Barajas	-	-
Carabanchel	3	3
Centro	6	2
Chamartín	2	-
Chamberí	3	-
Ciudad Lineal	-	-
Fuencarral- El Pardo	1	1
Hortaleza	2	-
Latina	4	-
Moncloa	4	3
Moratalaz	1	-
Puente de Vallecas	7	4
Retiro	3	-
Salamanca	4	-
San Blas	2	-
Tetuán	1	3
Usera	1	2
Vicálvaro	-	-
Villa de Vallecas	1	-
Villaverde	3	-

REFERENCIAS

1. Laura Sánchez-Casado; Joan J. Paredes-Carbonell; Pilar López-Sánchez; Antony Morgan (2017). Mapa de activos para la salud y la convivencia. Propuestas de acción desde la intersectorialidad. Index Enferm vol.26 no.3 Granada jul./sep. 2017
2. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Determinantes sociales de la salud. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
3. UNESCO. Disponible en: <https://es.unesco.org/creativity/interculturalidad>
4. Definición de Kimberlé William Crenshaw (1989)
5. Con base en: Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2007/BOE-A-2007-6115-consolidado.pdf>
6. World Health Organization- WHO- (1987). The Rational Use of Drugs. Report of a Conference of Experts. Nairobi, 25-29 Noviembre 1985. Ginebra: WHO. 78p.
7. Martich, E. (2018) Acesso a contraceptivos: estratégias políticas e configuração institucional dos sistemas de saúde da Argentina e do Brasil (Tesis de Doctorado) Universidad Federal Fluminense. Escuela de Servicio Social. Programa de Estudios de Postgrado en Política Social. Brasil. Disponible en: https://www.academia.edu/40289007/ACESSO_A_CONTRACEPTIVOS_estrat%C3%A9gias_pol%C3%ADticas_e_configura%C3%A7%C3%A3o_institucional_dos_sistemas_de_sa%C3%BAde_da_Argentina_e_do_Brasil
8. Organización Mundial de la Salud -OMS- (2017). Banco Mundial y OMS: la mitad del mundo carece de acceso a servicios de salud esenciales y los gastos en salud abocan aún hoy a la pobreza extrema a 100 millones de personas. Comunicado de prensa. 13 de diciembre de 2017. Tokyo. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/13-12-2017-world-bank-and-who-half-the-world-lacks-access-to-essential-health-services-100-million-still-pushed-into-extreme-poverty-because-of-health-expenses>
9. World Health Organization -WHO- (2012). The Pursuit of Responsible Use of Medicines: Sharing and Learning from Country Experiences. WHO/EMP/MAR/2012.3 Disponible en: <https://www.who.int/activities/promoting-rational-use-of-medicines#:~:text=Rational%20use%20of%20medicines%20requires,to%20them%20and%20their%20community>
10. Farmamundi (2011). Dossier Medicamentos Esenciales: recetas que salvan vidas. Disponible en: <https://farmaceuticosmundi.org/wp-content/uploads/2015/12/dossier-esenciales.pdf>
11. Tobar F, Drake I, Martich E. Alternativas para la adopción de políticas centradas en el acceso a medicamentos. Rev. Panam. Salud Pública 2012, 32 (6), 457-63.
12. Manuel Ansede, Borja Andrino, B, Daniele Grasso, Kiko Llaneras. El mapa de la mortalidad barrio a barrio en España revela enormes desigualdades incluso en la misma calle. El país, febrero 2021. Disponible en: <https://elpais.com/ciencia/2021-02-19/el-mapa-de-la-mortalidad-barrio-a-barrio-en-espana-revela-enormes-desigualdades-incluso-en-la-misma-calle.html>

13. Martich, E. La carrera por la vacuna del coronavirus en América Latina. Oct, 2020. Agenda Pública, España. Disponible en: <http://agendapublica.elpais.com/la-carrera-por-la-vacuna-en-america-latina/>

14. World Health Organization (WHO) 10 Key global health moments from 2021. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/spotlight/10-key-global-health-moments-from-2021>

15. RTVE. Dos años del primer caso de COVID-19 en España: un turista alemán de vacaciones en La Gomera. Disponible en: <https://www.rtve.es/noticias/20220131/dos-anos-primer-caso-covid-19-espana/2275660.shtml>

16. Real Decreto 463/2020. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2020-3692>

17. Alexandre Medeiros Figueiredo, Antonio Daponte-Codina, Daniela Cristina Moreira Marculino Figueiredo e Rodrigo Pinheiro Toledo Vianna, Kenio Costa de Lima, y Eugenia Gil-García. Factores asociados a la incidencia y la mortalidad por COVID-19 en las comunidades autónomas. Gac Sanit. 2021;35(5):445-452. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-9112021000500445

18. Ley General de Sanidad (Ley14/1986). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>

19. G. López-Casasnovasa ; A. Rico (2003). La descentralización, ¿parte del problema sanitario o de su solución?. Gac Sanit 2003;17(4):319-26. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-9112003000400012

20. Real-Decreto 16/2012. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2012-5403>

21. Rocío Carmona; Raimundo AlcázarAlcázar; Antonio SarríaSantamera y Enrique Regidor (2014). Frecuenciación de las consultas de medicina general y especializada por población inmigrante y autóctona: una revisión sistemática. Rev Esp Salud Pública 2014; 88:135-155. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272014000100009

22. OCDE (2013. Panorama de la Sanidad 2013. Disponible en: <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/>

23. Real-Decreto 7/2018. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2018-10752>

24. Médicos del Mundo- Comunidad de Madrid, 2020. Derribando el muro de la exclusión sanitaria.

25. Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en el Estado Español (2019). La desigualdad en la Salud. Disponible en: <https://www.eapn.es/noticias/1030/eapn-espana-presenta-su-informe-la-desigualdad-en-la-salud>

26. WHO. COVID19 Cronología de actuación de la OMS. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>

27. Idem 8

28. Sandra León (2020) De gestión centralizada a gestión autonómica de la pandemia: desafíos y oportunidades. EcPol Insight. Disponible en: <https://www.esade.edu/ecpol/es/publicaciones/gestion-autonomica-pandemia/>

29. Las profesionales hacen referencia a una importante carga de trabajo burocrático como prescripciones que no fueron aceptadas en la farmacia, o informes que los pacientes necesitan para presentar en el trabajo y que acaba haciendo su trabajo menos ágil.



Organiza:



**FARMA
MUNDI**
FARMACÉUTICOS
MUNDI



Colabora:



**FARMA
MUNDI**
FARMACÉUTICOS
MUNDI

cátedra farmamundi
derecho a la salud y acceso a medicamentos

Financia:



MADRID