

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



AUTORÍA

Pablo Iglesias Rionda

COLABORACIONES

Paloma Fernández
Avemari Aburto
Eva Ibañez Grima

ILUSTRACIÓN DE PORTADA

Mar Oliver

REVISIÓN

Eva M. Aguilera González
Laura Magán Domínguez
Pedro Campuzano Cuadrado

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

Alberto Sernández

Las fotografías recogidas en este informe se han llevado a cabo en el marco del trabajo de intervención y apoyo psicosocial y de incidencia política que lleva a cabo Médicos del Mundo. En este documento cumplen una función meramente ilustrativa y las personas y contextos que aparecen en ellas no son las mismas que han compartido sus testimonios como afectadas por barreras de acceso.



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



INTRODUCCIÓN	6
Metodología	7
Perfil sociodemográfico de las personas con barreras de acceso al SNS	9
CAPÍTULO I: ACCEDER AL SISTEMA DE SALUD: UN CAMINO LLENO DE OBSTÁCULOS PARA LAS PERSONAS MÁS VULNERABILIZADAS	11
CAPÍTULO II: ACCESO A MEDICAMENTOS COMO COMPONENTE ESENCIAL DEL DERECHO A LA SALUD	22
Fijación de precios y acceso a medicamentos	23
ARTÍCULO 1: Los precios de los medicamentos: una cuestión de derechos. Autores: Irene Bernal y Jaime Manzano (No Es Sano)	29
Accesibilidad y pobreza farmacéutica	31
El factor de género en la pobreza farmacéutica	37
ARTÍCULO 2: Barreras económicas en el acceso a medicamentos: enfrentarse a una disyuntiva injusta. Autora: Marisol Rodríguez Universidad de Barcelona. Miembro del comité científico del Observatorio de la Pobreza Farmacéutica (Asociación Banco Farmacéutico)	38
ARTÍCULO 3: Pobreza farmacéutica y adherencia terapéutica en Canarias. Autora: Laura Pérez Roselló (Médicos del Mundo)	41
ARTÍCULO 4: El acceso a medicamentos de las personas reagrupadas. Autoras: Erika Caverro Torres y Elena Dolgova (Colectivo de afectadas por el INSS)	43
Acceso a medicamentos y salud pública	46
ARTÍCULO 5: Una lucha por el derecho a la salud y la vida. La lucha por el tratamiento contra la hepatitis C. Autor: Damián Caballero (Presidente de la Plataforma de afectadas por la Hepatitis C)	48

ARTÍCULO 6: Vacunas y exclusión: lecciones aprendidas de una pandemia Autora: Eva Aguilera (Médicos del Mundo)	50
CONCLUSIONES	53
RECOMENDACIONES	55
Sobre acceso a medicamentos	55
Sobre acceso universal al Sistema Nacional de Salud	57
BIBLIOGRAFÍA	60

INTRODUCCIÓN

Médicos del Mundo lleva más de tres décadas trabajando para garantizar el derecho a la salud sin exclusiones. Apostando por una cobertura sanitaria universal que ofrezca a todas las personas 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.

Nuestro trabajo con las poblaciones más vulnerabilizadas, a través de intervenciones directas orientadas a garantizar su acceso al derecho a la salud y que incluyen itinerarios individualizados y adaptados a cada territorio que incorporan el trabajo social, la mediación intercultural y la atención sanitaria, nos permite conocer de primera mano las dificultades que muchas de estas personas confrontan a la hora de acceder a la atención sanitaria. La constatación de que nuestro Sistema Nacional de Salud adolece de múltiples barreras que merman, cuando no impiden directamente, el acceso efectivo a la atención sanitaria de las personas en situación de mayor vulnerabilidad social motivó el lanzamiento en 2022 de **Accesible “Proyecto integral para la mejora del acceso universal al sistema sanitario”**.

Esta iniciativa, financiada por la Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 y mediante la que Médicos del Mundo quiere contribuir a la “Estrategia de desarrollo sostenible 2030”, persigue documentar y visibilizar las dificultades de acceso al sistema público de salud y generar propuestas de mejora a nivel legislativo, de políticas y de recursos con el fin de garantizar la protección del derecho a la salud de todas las personas.

Así, como parte de este proyecto se publicó en diciembre de 2022 el **Informe de barreras al Sistema Nacional de Salud en poblaciones vulnerabilizadas**, en el que se analizaban las principales barreras – discriminatorias, físicas, económicas, informativas y culturales – personas atendidas por Médicos del Mundo ese año, al tiempo que trasladaba la recomendación de adoptar una serie de medidas imprescindibles para eliminar tales obstáculos y garantizar un acceso efectivo a la atención sanitaria para todas las personas (Médicos del Mundo: 2022).

La publicación de este informe coincidía en el tiempo con la tramitación en el Congreso de los Diputados del Proyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud que pretendía abordar algunas de las principales cuestiones que aquel denunciaba (Proyecto de Ley 121/000110). Sin embargo, la imposibilidad de los principales partidos políticos para alcanzar un acuerdo respecto a algunos de los puntos críticos del texto, y la posterior disolución de las Cortes como consecuencia de la convocatoria adelantada de Elecciones Generales provocaron el decaimiento del citado Proyecto de Ley, frustrando así las esperanzas de avanzar hacia un SNS más inclusivo.

Esta nueva edición del informe persigue un doble objetivo: por un lado, incidir en el análisis iniciado con el informe de 2022, aportando datos actualizados e historias humanas que acreditan la persistencia de graves vulneraciones del derecho a la

salud. Por otro lado, pone un foco específico en la falta de acceso a medicamentos, analizando las diversas barreras – fundamentalmente económicas y discriminatorias – que privan a muchas personas vulnerabilizadas del acceso a fármacos y tratamientos imprescindibles para garantizar su derecho a la salud.

METODOLOGÍA

El presente informe identifica las barreras de acceso al sistema nacional de salud durante el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 15 de septiembre de 2023 en 16 comunidades autónomas: Andalucía, Aragón, Asturias, Islas Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Catalunya, Comunidad de Madrid, Comunidad Foral de Navarra, Comunitat Valenciana, La Rioja, Euskadi, Extremadura y Galiza, así como en la Ciudad Autónoma de Melilla.

Para su elaboración se han utilizado técnicas **cuantitativas** (cuestionario de barreras) y **cualitativas** (recogida de testimonios y organización de grupos focales).

El cuestionario de barreras, al igual que para el informe de 2022, ha sido cumplimentado por las personas que participan en alguno de los programas de Médicos del Mundo¹ durante las intervenciones realizadas a lo largo de los 9 meses que comprenden los datos recogidos. Este cuestionario documenta 19 tipos de barreras de acceso al Sistema Nacional de Salud clasificadas en cinco categorías: 1) discriminatorias, 2) físicas, 3) económicas, 4) informativas y 5) culturales. Además, también se recogieron datos sociodemográficos relativos a la edad, el país de nacimiento, situación administrativa y tenencia o no de tarjeta sanitaria en vigor de las personas que manifestaron tener alguna barrera de acceso.

Por otro lado, en relación con la parte cualitativa, además de la incorporación de historias de vida que ponen voz y nombre a las cifras, para este informe se han organizado cuatro grupos focales de discusión integrados por personas que compartían una misma situación de vulnerabilidad: personas mayores en Sevilla, familiares reagrupadas en Zaragoza y personas migrantes sin hogar en Madrid y Vigo. El objetivo de estos grupos, a través de una discusión guiada en la que las personas participantes intercambiaban opiniones y experiencias en un entorno de seguridad en el que no se sentían cuestionadas, era profundizar en el análisis del tipo de trabas que confrontan en el acceso a la atención sanitaria y el impacto que estas tienen sobre su salud física y mental.

Por último, pero no menos importante, el capítulo referido a la accesibilidad a medicamentos y tratamientos farmacológicos ha contado con la colaboración de diferentes autores y autoras externas que han aportado artículos analizando las distintas variables de esta problemática.

1. Estos proyectos se corresponden con los siguientes objetivos misionales de Médicos del Mundo: OM1. Fortalecimiento de sistemas de salud. OM2. Migraciones y movilidad humana. OM3. Convivencia y diversidad. OM4. Violencias de género. OM9. Vivienda y salud.



PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LAS PERSONAS CON BARRERAS DE ACCESO AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Se ha realizado el seguimiento del 1 de enero hasta el 15 de septiembre de 2023 a un total de 8.809 personas. Más de dos tercios de las personas a las que se les ha realizado el seguimiento han sido nuevas incorporaciones respecto al año 2022, mientras que al 28% restante ya se le había realizado el año pasado el acompañamiento y la asesoría necesarias para intentar superar las barreras de acceso al SNS.

ANTIGÜEDAD EN EL SISTEMA		
	TOTAL %	TOTAL N
NUEVOS/AS	71,7 %	6.318
SEGUIMIENTO	28,3 %	2.491
TOTAL	100 %	8.809

Según el género de las personas que se han acercado a Médicos del Mundo para solicitar su intervención el 34,27% son hombres y el 65,74% son mujeres.

IDENTIDAD DE GÉNERO			
	NUEVOS	SEGUIMIENTO	TOTAL
HOMBRE CIS	23,7 %	10,5 %	34,27 %
HOMBRE TRANS	0,05 %	0,02 %	
MUJER CIS	46,8 %	16,4 %	65,7 %
MUJER TRANS	1,1 %	1,4 %	
GÉNERO NO BINARIO	0,03 %	-	0,03 %
TOTAL	71,7 %	28,3 %	100 %

Más de la mitad de las personas atendidas en Médicos del Mundo tienen entre 25 y 44 años, mientras que casi un 20% tienen menos de 24 años, destacando que de estos aproximadamente un 8% son menores de edad. Destacan en el otro punto de la pirámide de población los mayores de 65 años que representan, tan sólo, el 4,3%.

En cuanto a la procedencia, más del 60% de las personas atendidas son de origen latinoamericano (principalmente de Colombia, Venezuela y Perú), seguidas de Norte de África (en su mayoría de Marruecos) y Europa del Este (en especial de Rumanía, con un porcentaje relevante de población romaní). Destaca también que entre el grupo de personas mayores de 65 años un 8% tienen nacionalidad española, siendo la población principal tras las personas de origen latinoamericano que representan el 65% de esta franja de edad y las originarias del Norte de África, con un 13%.

NACIONALIDAD Y GRUPOS DE EDAD

	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 >75 años	TOTAL
EUROPA OCCIDENTAL	0,1	0,08	0,13	0,17	0,17	0,19	0,06	0,05	0,95
EUROPA DEL ESTE	1,03	0,83	1,65	2,22	1,03	0,44	0,16	0,05	7,41
LATINOAMÉRICA	4,31	6,68	18,35	15,14	9,59	4,03	1,75	1,10	60,95
ÁFRICA SUBSAHARIANA	0,3	0,99	3,28	2,95	0,98	0,42	0,14	0,01	9,07
NORTE DE ÁFRICA	1,82	2,72	5,45	3,93	2,14	1,02	0,43	0,13	17,64
ASIA	0,05	0,05	0,09	0,15	0,07	0,05	0,06	0,03	0,55
NORTEAMÉRICA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00	0,00	0,01	0,03
ESPAÑA	0,32	0,20	0,49	0,66	0,73	0,65	0,23	0,12	3,40
TOTAL	7,93	11,55	29,44	25,22	14,73	6,8	2,83	1,5	100,00

Además, de esta muestra de personas atendidas por Médicos del Mundo, sólo un 38% cuenta con tarjeta sanitaria

TARJETA SANITARIA DE LAS PERSONAS CON BARRERAS DE ACCESO SEGÚN GÉNERO

	TOTAL %	MUJERES CIS + MUJERES TRANS (%)	HOMBRES CIS + HOMBRES TRANS (%)	GÉNERO NO BINARIO (%)
SÍ	38,03	25,21	12,80	0,02
NO	58,13	38,86	19,27	
EN TRÁMITE	3,84	2,14	1,7	

CAPÍTULO I: ACCEDER AL SISTEMA DE SALUD: UN CAMINO LLENO DE OBSTÁCULOS PARA LAS PERSONAS MÁS VULNERABILIZADAS

El año 2023 finaliza sin que haya visto la luz la reforma de la ley de sanidad que debía asegurar las condiciones para garantizar el principio de universalidad del Sistema Nacional de Salud. A esto se suma el hecho de que los gobiernos autonómicos tampoco hayan avanzado en poner fin a las trabas que obstaculizan el acceso al sistema sanitario público en la línea de las recomendaciones que Médicos del Mundo detallaba en su informe de 2022. Como consecuencia, seguimos encontrando que cuanto mayor es la vulnerabilidad de las personas, mayor es el número de obstáculos que deben superar para acceder a la atención sanitaria pública.

PORCENTAJES DETECCIÓN BARRERAS ACCESO SEGÚN GÉNERO		HOMBRE CIS+TRANS (%)	MUJER CIS+TRANS (%)	TOTAL (%)
BARRERAS ADMINISTRATIVAS	01. Reagrupación familiar sin acceso al SNS	0,17	0,3	0,47
	02. Falta de empadronamiento	5,7	10,5	16,2
	03. Falta de documentación identificativa	1,3	1,0	2,3
	04. Imposibilidad acreditar periodo estancia superior a 3 meses	2,32	4,25	6,57
	05. Menores a quienes se deniega la atención sanitaria	0,47	0,61	1,08
	06. Mujeres embarazadas a quienes se deniega la atención sanitaria	0,0	0,49	0,49
	07. Facturación en urgencias	0,45	0,74	1,19
	08. Solicitantes asilo que no pueden acceder a la atención sanitaria	0,91	1,18	2,09
	09. Retraso trámite administrativo de la tarjeta sanitaria	0,84	1,48	2,32
	10. Imposibilidad de cita con Trabajo Social	0,36	0,81	1,17
	11. Imposibilidad acreditar no exportación asistencia sanitaria	0,29	0,53	0,82
	12. Imposibilidad acreditar no terceros obligados al pago	0,05	0,11	0,16
	13. Otras barreras administrativas	1,45	4,09	5,54
BARRERAS FÍSICAS	14. Horarios inadecuados	0,63	4,03	4,66
	15. Dificultades en el transporte	6,50	2,56	9,06
BARRERAS ECONÓMICAS	16. Barreras económicas	9,37	8,59	17,96
BARRERAS INFORMATIVAS	17. Información errónea/incompleta desde el Sistema Sanitario Público	1,18	3,81	4,99
	18. Barreras lingüísticas	8,36	3,65	12,01
BARRERAS CULTURALES	19. Barreras culturales	6,33	4,59	10,92

Así, entre el 1 de enero y el 15 de septiembre de 2023, Médicos del Mundo ha documentado **17.080 barreras de acceso al Sistema Nacional de Salud**. De media, cada una de las personas que hemos atendido que identificaba barreras de acceso, confronta 1,93 barreras, si bien los hombres reportan sufrir más obstáculos (2,64 de media) que las mujeres (1,57 de media).

Las **barreras discriminatorias** – aquellas que tienen origen en requisitos legales o administrativos que dificultan el acceso al sistema sanitario y que afectan únicamente a determinadas personas o colectivos – continúan siendo mayoritarias en su conjunto alcanzando el 40,4% de los casos documentados. Dentro de esta categoría – que confrontan principalmente las personas migrantes en situación administrativa irregular – la imposibilidad de demostrar llevar al menos tres meses en España, unido a la exigencia del empadronamiento como único medio de prueba de dicha estancia constituyen los principales obstáculos para acceder a la atención sanitaria normalizada². Además, seguimos constatando un número relevante de casos de falta de protección a las situaciones de especial vulnerabilidad al denegar la atención a menores de edad (186 casos) y mujeres embarazadas (85 casos) o facturar la atención en urgencias (202 casos). También es relevante mencionar el caso de las personas ascendientes reagrupadas (81 casos), que a pesar de residir en España de forma autorizada se encuentran plenamente excluidas de la atención sanitaria con cargo a fondos públicos.³

Un 13,72% de los casos documentados se corresponden con **barreras físicas**. En nuestro anterior informe destacábamos entre estas dificultades la ausencia de centros de salud y hospitales a distancia razonable de los núcleos de población (formales e informales), así como la existencia de horarios limitados que al coincidir con el horario laboral impedían que las personas con trabajos más precarizados pudieran acudir a solicitar atención sanitaria. Sin embargo, junto con estas situaciones, que seguimos documentando, también es preciso resaltar aquellas barreras físicas que padecen las personas mayores que viven solas ([ver "Cuadro Temático 1. La accesibilidad a la atención sanitaria de las personas mayores", página 17](#)).

2. Cabe recordar, tal y como ya señalábamos en nuestro informe de 2022, que esta exigencia de tres meses carece de base legal, pues no está expresamente recogida en el texto del Real Decreto-Ley 7/2018, y se sustenta más en la práctica habitual de las comunidades autónomas. (Médicos del Mundo: 2022 p.14)

3. El caso de las personas ascendientes reagrupadas resulta particularmente dramático, pues desde su exclusión en 2012, carecen de toda vía de acceso a una atención normalizada a pesar de que, como consecuencia de su avanzada edad, la atención médica resulta de vital importancia. Para mayor frustración, su situación era abordada y corregida en el texto de Proyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud, pero su decaimiento tras la disolución de las Cortes ha frustrado la esperanza de todas estas personas.

HISTORIAS DE VIDA

Gabriela, tiene 31 años y vino de Venezuela hace tres meses con su hija de dos años, quien tuvo dificultades al nacer por lo que debe tener un chequeo constante a nivel de pediatría por las posibles secuelas. Su llegada a Madrid coincidió con una temporada de frío fuerte, lo que hizo que su hija se pusiera enferma y tuvieron que acudir a emergencias, donde reporta que le dieron una buena atención, pero no le dieron la información de que después le llegaría una factura. Su situación es muy precaria: se encuentra en un albergue, sin trabajo, con una hija a su cargo y sin familia ni apoyo en España; por lo que dice "¿cómo accedo yo a ese dinero?". Lo que le indicaron en el albergue fue: "si tu bebé se vuelve a enfermar, valora realmente si es una emergencia, porque te llegará una factura nuevamente". Si no, le dijeron, "lo que toca es aguantar la situación porque vosotros no tenéis acceso a la salud".

Se ve en una situación enrevesada en la que tampoco tiene los medios necesarios para comprar los medicamentos que requiere su hija, y al no tener ningún tipo de apoyo familiar ni social, no puede acceder a ellos a no ser que alguien se los regale (ya que el albergue tampoco los cubre). "Es frustrante" dice y explica que "te sientes atada de manos y quieres dar todo por tu hija, pero no puedes". Gabriela explica que los sentimientos que más ha experimentado desde que ha llegado han sido tristeza, frustración y hasta indignación por la situación sanitaria que se ha encontrado. Todo esto se ha visto agravado por los malos tratos que reporta haber recibido por parte del personal administrativo cuando ha intentado solicitar ayuda. "Yo vine acá pensando que me podían ayudar" recuerda, "pero ellos me trataron tan mal, tan feo y me dijeron, ¿estás empadronada? Si no, no te ayudamos".



DEMAND Y
ÉCLAME TON DROIT À LA SANTÉ
تطلب / تطالبي حقاك للصحة
C/ JUAN MONTALVO, 6 - 28040 MADRID
13 156 094 - 608 471 591
M_Madrid @medicosdelmundomadrid

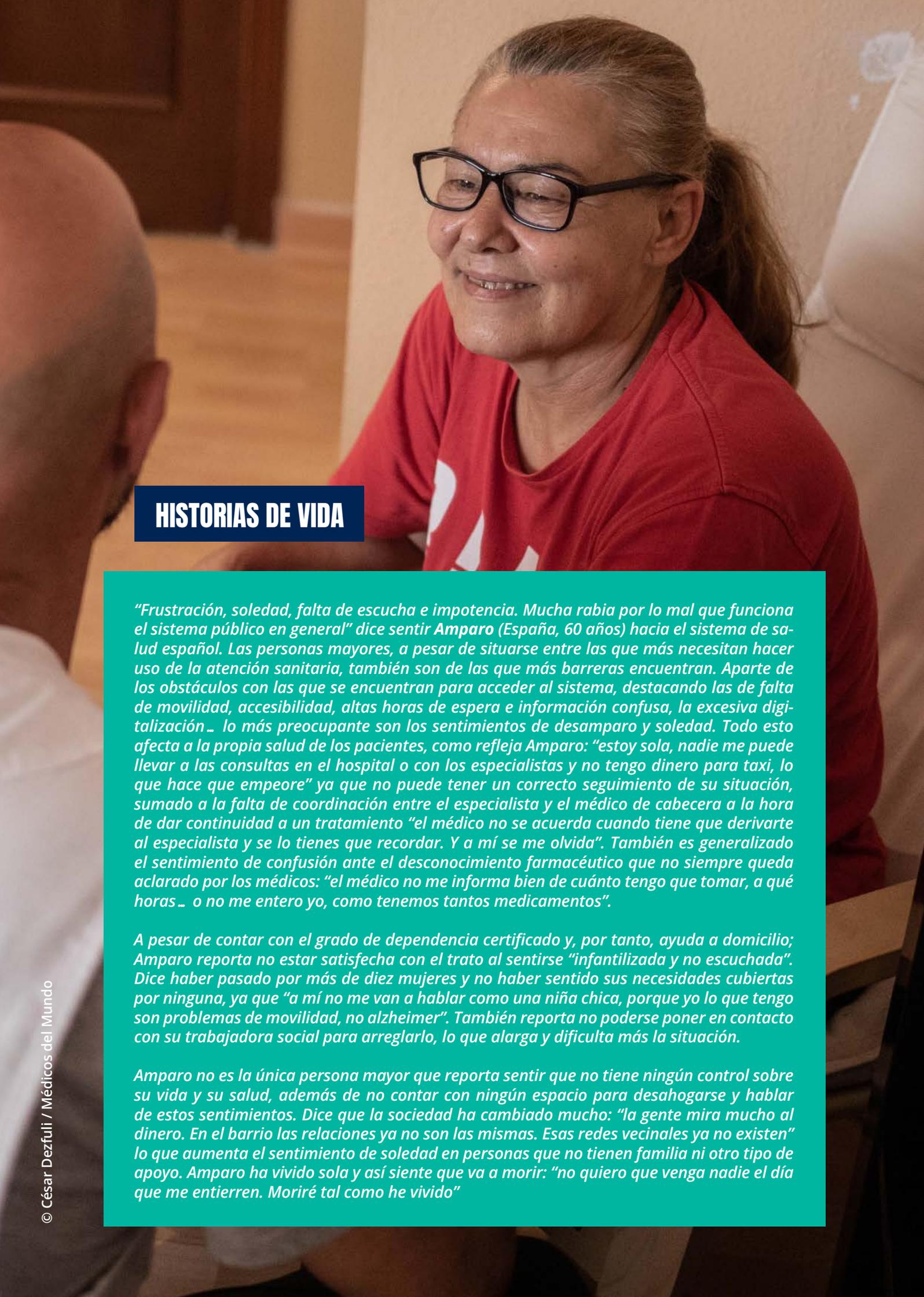


Las **barreras económicas** constituyen uno de los principales obstáculos para que muchas personas puedan acceder de forma efectiva al derecho a la protección de la salud (17,96% de los casos documentados). Si bien el acceso a medicamentos – que será analizado de forma exhaustiva en el capítulo siguiente – resulta el caso paradigmático, estas barreras también pueden materializarse de otras múltiples maneras, desde la facturación de la atención en urgencias para aquellas personas a quienes la legislación actual sigue sin reconocerles el derecho a la atención sanitaria más básica – a pesar de tratarse de personas en situaciones particularmente vulnerables –; hasta la imposibilidad de afrontar gastos derivados de las barreras físicas – como el transporte hacia hospitales y centros de salud cuando estos no se encuentran a una distancia accesible –, o la pérdida monetaria que puede suponer para las personas trabajadoras de la economía informal el tener que acudir en horario laboral a los centros sanitarios por falta de horarios alternativos que les permitan compatibilizar con su jornada (Médicos del Mundo: 2022. p. 25).

Por su parte, las **barreras informativas** – que derivan de la ausencia de información necesaria y comprensible para acceder a la atención sanitaria y los tratamientos prescritos – suponen aproximadamente una quinta parte de los casos documentados (17%). Estas trabas – tal y como hemos podido constatar a través de los grupos de discusión que hemos organizado – se manifiestan de distinta manera en función de la vulnerabilidad de la persona. Así, en el caso de las personas reagrupadas, la principal dificultad suele ser la falta de una explicación comprensible por parte del personal sanitario, que se agudiza cuando la persona – habitualmente de edad avanzada – no acude acompañada de un familiar que la ayude a realizar las preguntas pertinentes para resolver sus dudas. Esta dificultad también la experimentan las personas mayores de nacionalidad española con las que hemos hablado, si bien en su caso también señalan como problema adicional las dificultades tecnológicas a la hora de pedir cita, etc. Las barreras lingüísticas, que padecen las personas migrantes no hispanoparlantes, siguen siendo un obstáculo fundamental a la hora de acceder a la atención sanitaria y es de esperar que continúen así mientras los centros de salud y hospitales no cuenten con servicios de traducción adecuados y suficientes. Por último, pero no menos preocupante, los comportamientos xenófobos y el maltrato verbal que padecen algunas personas migrantes – particularmente aquellas en situación administrativa irregular y racializadas – por parte de algunas personas trabajadoras del sistema sanitario cuando acuden a solicitar atención sanitaria contribuyen a incrementar la desinformación y continúan siendo una lacra que el Sistema Nacional de Salud debe erradicar sin mayor dilación.

Por último, las **barreras culturales**, que a pesar de vincularse más con una cuestión de aceptabilidad, pueden tener un efecto disuasorio sobre las poblaciones más vulnerables que limita el acceso a la atención sanitaria – al no contemplar medidas culturalmente apropiadas y respetuosas con las necesidades de estos colectivos. Estas, suponen el 10,92% de los casos documentados.

Además del evidente impacto que estas trabas provocan en la salud de quienes no ven debidamente atendidas sus necesidades médicas, muchas de las personas que hemos entrevistado en los grupos focales reportan un importante impacto emocional. Así, las barreras de acceso profundizan la sensación de exclusión y vulnerabilidad y afectan negativamente a la salud mental provocando cuadros de ansiedad y depresión, entre otros.

A woman with glasses and a red shirt is smiling and talking to a man whose back is to the camera. The background is a simple indoor setting.

HISTORIAS DE VIDA

“Frustración, soledad, falta de escucha e impotencia. Mucha rabia por lo mal que funciona el sistema público en general” dice sentir Amparo (España, 60 años) hacia el sistema de salud español. Las personas mayores, a pesar de situarse entre las que más necesitan hacer uso de la atención sanitaria, también son de las que más barreras encuentran. Aparte de los obstáculos con las que se encuentran para acceder al sistema, destacando las de falta de movilidad, accesibilidad, altas horas de espera e información confusa, la excesiva digitalización... lo más preocupante son los sentimientos de desamparo y soledad. Todo esto afecta a la propia salud de los pacientes, como refleja Amparo: “estoy sola, nadie me puede llevar a las consultas en el hospital o con los especialistas y no tengo dinero para taxi, lo que hace que empeore” ya que no puede tener un correcto seguimiento de su situación, sumado a la falta de coordinación entre el especialista y el médico de cabecera a la hora de dar continuidad a un tratamiento “el médico no se acuerda cuando tiene que derivarte al especialista y se lo tienes que recordar. Y a mí se me olvida”. También es generalizado el sentimiento de confusión ante el desconocimiento farmacéutico que no siempre queda aclarado por los médicos: “el médico no me informa bien de cuánto tengo que tomar, a qué horas... o no me entero yo, como tenemos tantos medicamentos”.

A pesar de contar con el grado de dependencia certificado y, por tanto, ayuda a domicilio; Amparo reporta no estar satisfecha con el trato al sentirse “infantilizada y no escuchada”. Dice haber pasado por más de diez mujeres y no haber sentido sus necesidades cubiertas por ninguna, ya que “a mí no me van a hablar como una niña chica, porque yo lo que tengo son problemas de movilidad, no alzheimer”. También reporta no poderse poner en contacto con su trabajadora social para arreglarlo, lo que alarga y dificulta más la situación.

Amparo no es la única persona mayor que reporta sentir que no tiene ningún control sobre su vida y su salud, además de no contar con ningún espacio para desahogarse y hablar de estos sentimientos. Dice que la sociedad ha cambiado mucho: “la gente mira mucho al dinero. En el barrio las relaciones ya no son las mismas. Esas redes vecinales ya no existen” lo que aumenta el sentimiento de soledad en personas que no tienen familia ni otro tipo de apoyo. Amparo ha vivido sola y así siente que va a morir: “no quiero que venga nadie el día que me entierren. Moriré tal como he vivido”



CUADRO TEMÁTICO 1

LA ACCESIBILIDAD A LA ATENCIÓN SANITARIA DE LAS PERSONAS MAYORES

Las personas mayores constituyen uno de los grupos poblacionales que más atención sanitaria requiere, por la cronicidad de muchas enfermedades y el debilitamiento de la salud que conlleva el envejecimiento. El aumento de la esperanza de vida ha provocado que se incremente a su vez la tasa de envejecimiento poblacional. En el caso de España, la tasa de personas mayores de 80 años se ha duplicado en las últimas dos décadas, y en la actualidad, como consecuencia de la baja natalidad, la población mayor de 65 años ya supera a la de menos de 20 años. Esta tendencia constituye sin duda un importante reto para nuestro sistema sanitario, que debe contemplar en su estrategia la garantía de que este resulte accesible para las personas mayores.

Desde una perspectiva de accesibilidad, muchas personas mayores confrontan obstáculos específicos que pueden tener consecuencias particularmente limitantes. Es el caso de las barreras físicas que se encuentran aquellas personas que tienen problemas de movilidad – bien por enfermedades del aparato motor o por su avanzada edad. Cuando a estas dolencias se suman barreras arquitectónicas en su domicilio (como la falta de ascensor) o de transporte (que imposibilita realizar el trayecto de casa al médico por su cuenta) las personas se ven incapaces de desplazarse a los centros sanitarios si no

cuentan con acompañamiento (que no siempre es posible si sus familiares no viven cerca, no pueden faltar al trabajo, no disponen de vehículo propio o no se muestran disponibles a acompañar). Así le ocurre a María, de 73 años que vive en un segundo piso sin ascensor y que se encuentra en silla de ruedas por causa de un problema de movilidad en las piernas y una fibromialgia (entre otras enfermedades). *“Cuando tenía que ir al médico, me llevaba mi marido en taxi. Pero ahora él tiene sus problemas médicos y no puede, y qué hago, ¿le pido a un vecino que me lleve? Porque la ambulancia la llamas y no viene si no es un infarto. Ahora no hay nadie que me lleve, entonces ya no voy, si total, ya saben cómo estoy”.*

Ante estas situaciones, el Sistema Nacional de Salud debería garantizar un acompañamiento a todas las personas que lo necesiten para que el acceso al sistema de salud no se vea imposibilitado. En su defecto, se podría optar por un refuerzo de la asistencia que provee atención primaria, tal y como señala Carmen, que sufre de fibromialgia, lumbociatalgia e hipertensión y cuando tuvo que hacer uso del sistema de asistencia a domicilio “unos cuantos días que me dio muy fuerte, no se me quitaba con nada, no podía moverme de la cama, el médico del 112 del hospital me dijo que solamente va a las casas si es un infarto (o te has muerto)”.⁴

4. Desde la Atención Primaria se reconoce a las personas encamadas o con situación de movilidad reducida grave el derecho de atención médica/enfermería domiciliaria. Este derecho no incluye no obstante un servicio específico de atención médica urgente en el domicilio como tal, salvo en casos puntuales a través de la activación de un protocolo. Sin embargo, la falta de inversión pública suficiente (tal y como denuncia la Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en servicios sociales) provoca importantes retrasos en las listas de espera de modo que ante situaciones de urgencia incluso las personas que tienen reconocida la asistencia a domicilio tengan que desplazarse a su centro de salud. La dependencia retrocede.

Aumenta la lista de espera y se mantiene el ritmo de fallecidos esperando trámites. 2023
<https://directoressociales.com/la-dependencia-retrocede-aumenta-la-lista-de-espera-y-se-mantiene-el-ritmo-de-fallecidos-esperando-tramites/>



El acceso a información adecuada y comprensible es otra de las barreras que las personas mayores reportan sufrir con mayor asiduidad. Desde la información que reciben por parte del personal administrativo (sobre dónde deben acudir, cómo pedir cita...) hasta el personal médico (sobre cómo usar la medicación correctamente, cómo cuidarse...), o la información relativa a las prestaciones que se podrían solicitar desde servicios sociales (como cubrir el gasto de gafas, la dentadura, la ley de dependencia), hay que sumarle la gran barrera tecnológica que supone la digitalización de la atención sanitaria. Ante la falta de capacidad para manejarse por su cuenta con las nuevas tecnologías, muchas de estas personas necesitan nuevamente de una ayuda que no siempre tienen. Como consecuencia se produce una pérdida de autonomía al convertir a las personas mayores en dependientes para realizar la más mínima gestión.

Las barreras económicas también afectan a las personas mayores más vulnerables que reportan dificultades para acceder a medicamentos que no están cubiertos por la seguridad social pero que son igualmente esenciales para su salud, como jarabes para la tos, cremas dermatológicas, o tratamientos crónicos que no estén cubiertos. Ante esto, muchas personas tienen que optar por recurrir a otros fondos (como entidades no gubernamentales) para acceder a ellos. Es el caso de Aurora, de 68 años que sufre de hipertensión, colesterol y sospecha de Parkinson y declara que *“yo tengo que tomar un medicamento que es para toda la vida, que no lo puedo dejar, y me lo tenía que pasar Cáritas”*.





© Salud por Derecho

CUADRO TEMÁTICO 2 MALTRATO Y RACISMO EN EL ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA

Uno de los efectos más perversos que tuvo el Real Decreto-Ley 16/2012 que impuso la exclusión sanitaria de muchas personas migrantes fue servir de justificación para que algunas personas trabajadoras del sector sanitario pudieran dar rienda suelta a sus prejuicios xenófobos, no sólo denegando la atención sanitaria, sino añadiendo a ello comentarios despectivos y vejatorios que en ningún caso deberían ser tolerados.

Así le ocurrió a Gabriela, venezolana de 31 años cuando acudió a un centro de salud de la Comunidad de Madrid para que trataran a su bebé de una dolencia congénita que requiere seguimiento constante a nivel de pediatría.

“Yo vine acá pensando que me podían ayudar y ellos me trataron tan mal, tan feo y me dijeron, ¿estás empadronada? Si no, no te ayudamos. Yo le dije no, estoy con mi bebé en un albergue. Y me respondieron: si no tienes padrón aquí, no vengas a buscar ayuda, Porque de verdad se han equivocado toditos ustedes viniendo a buscar ayuda acá. Y seguían: sal, sal, vete de aquí, vete, por favor, vete. Ve a buscar ayuda en otro lado.”

Que seas la trabajadora no te da el derecho ni de tratarme así ni de violar mis derechos. Porque yo te estoy tratando con respeto y merezco respeto. Me puedes decir: no te puedo dar la atención, las leyes son estas. Pero no faltar al respeto”.

A pesar de la modificación legislativa que supuso el RDL 7/2108 que devolvió parcialmente el derecho a la atención sanitaria a las personas migrantes en situación administrativa irregular, estos comportamientos persisten, sustentados en más de una década de exclusión sanitaria y en una legislación que sigue diferenciando entre personas de primer nivel y de segundo a la hora de garantizar derechos.

Este fue el caso de Luisa, solicitante de asilo colombiana de 37 años que mientras tramitaba su cita de asilo tuvo que acudir a un centro de salud en Madrid para que atendieran a su hija por un brote agudo de dermatitis.

“Me preguntaron que si tenía tarjeta sanitaria y cuánto tiempo llevaba en España. Le dije que llevaba un mes y medio. Me respondió: eres como turista, tienes que tener seguro de viaje. Le explique: Pero estoy en situación de refugio en un albergue no tengo cómo. Ni me interesa, me contestó”



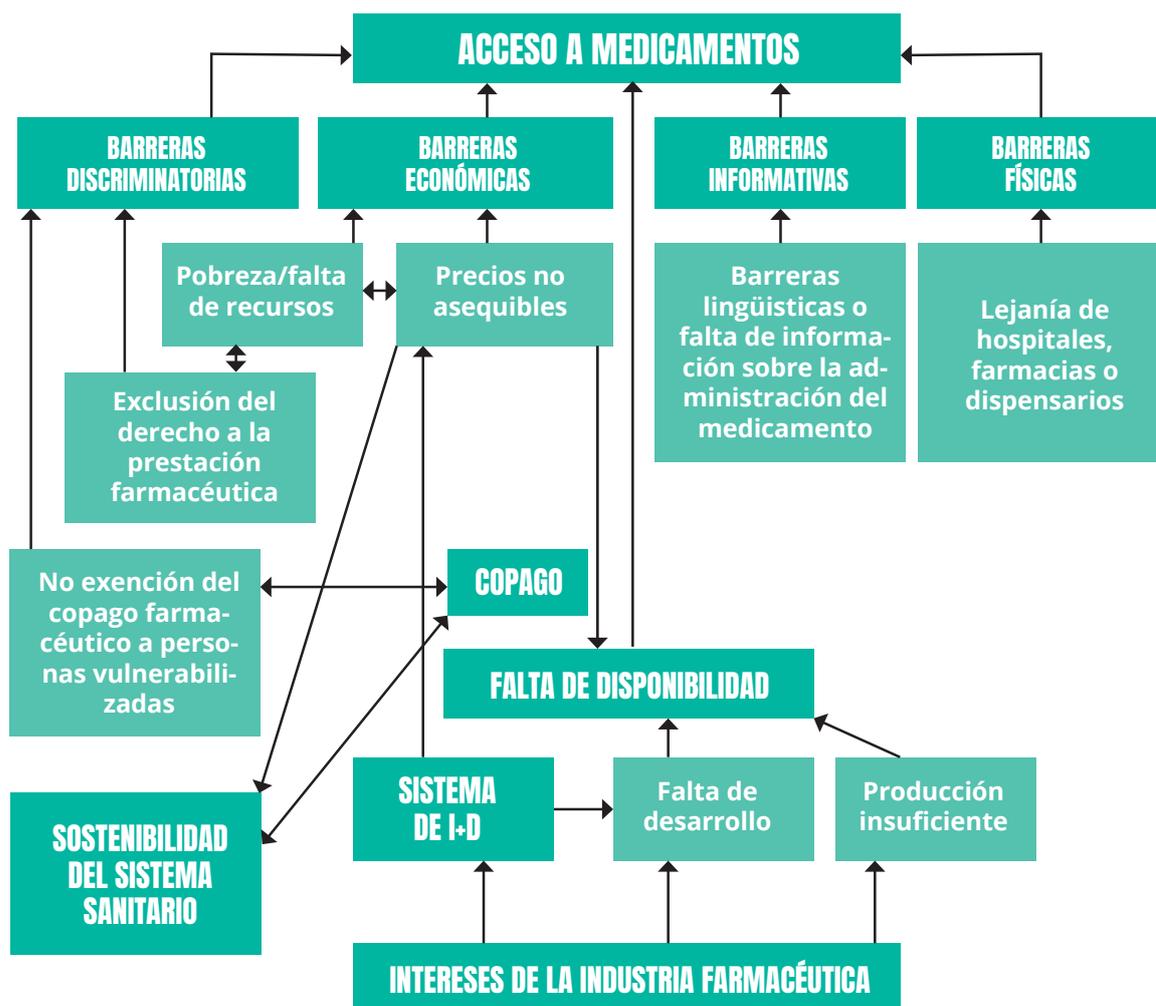
CAPÍTULO II: ACCESO A MEDICAMENTOS COMO COMPONENTE ESENCIAL DEL DERECHO A LA SALUD

Un tercio de la población mundial no puede acceder a medicamentos esenciales, lo que representa aproximadamente a 2500 millones de personas, generalmente las más vulnerables. En España, si bien las cifras no alcanzan estas proporciones, también se reproduce esta relación entre vulnerabilidad y falta de acceso a fármacos y tratamientos. Desde una perspectiva de barreras de acceso, la dificultad o imposibilidad de acceder a la medicación necesaria puede responder a varias causas. Así, podemos identificar **barreras físicas** de acceso cuando las personas no cuentan con hospitales, farmacias o dispensarios a una distancia razonable de su vivienda habitual o **barreras informativas** cuando bien por dificultades lingüísticas, o por falta de información adecuada y comprensible acerca del medicamento (cómo administrarlo, sus posibles efectos secundarios etc.) limitan la capacidad de las personas para obtener las medicinas necesarias y seguir adecuadamente los tratamientos, comprometiendo su adherencia y eficacia.

Sin embargo, como analizaremos a lo largo de este capítulo, los principales obstáculos en el acceso a medicamentos son de carácter **discriminatorio y económico**, superponiéndose en muchas ocasiones como consecuencia de la confluencia de distintas situaciones de vulnerabilidad sobre una misma persona (ej. las personas migrantes en situación administrativa irregular que padecen de forma mayoritaria las barreras discriminatorias suelen situarse a su vez entre los colectivos económicamente más vulnerables).

Por otro lado, no cabe hablar de accesibilidad a los medicamentos sin tener en cuenta como los **intereses de la industria farmacéutica** – en cuyo favor se articula el actual sistema de investigación y desarrollo – condicionan la disponibilidad y el precio de medicinas y tratamientos.

Teniendo en cuenta todas estas variables, y centrándonos en el caso español, el presente capítulo pretende realizar una aproximación a las principales causas y consecuencias de la falta de acceso a medicamentos desde una triple perspectiva: el proceso de **fijación de precios de los medicamentos** y el papel que en este desempeñan tanto las grandes corporaciones farmacéuticas como el Estado; la **pobreza farmacéutica** como una de las manifestaciones más dramáticas de la falta de acceso a medicamentos a nivel individual; y la dimensión colectiva que la falta de acceso tiene en desde una perspectiva de **salud pública**.



FIJACIÓN DE PRECIOS Y ACCESO A MEDICAMENTOS

Los medicamentos son bienes de interés público, esenciales para garantizar el derecho a la salud, que sin embargo son producidos mayoritariamente desde el sector privado. De esta aparente contradicción se deriva una tensión entre dicho interés público que persigue el desarrollo de medicamentos y tratamientos que respondan a las necesidades médicas y tengan precios asequibles, y el interés privado que aspira a maximizar los beneficios económicos.

La introducción del **sistema de patentes** en el ámbito farmacéutico pretende resolver esta tensión otorgando el derecho a la comercialización exclusiva durante un periodo de veinte años a la empresa que desarrolla un medicamento. De este modo se busca incentivar al sector privado a realizar importantes inversiones en investigación y desarrollo de nuevos fármacos al garantizar un sustancial retorno de estas a través de una explotación monopolística (Lamata, Fernando: 2017b).

Sin embargo, esta lógica se torna ineficaz, cuando no perversa, en la práctica. Por un lado, la concesión de patentes no viene acompañada de un **sistema de fijación de precios** que si bien asegure un beneficio razonable para las empresas garantice a su vez que dicho precio resulte asequible. Muy al contrario, la ausencia de competencia que garantiza la patente, el gran poder del lobby farmacéutico y la falta absoluta de transparencia en los procesos de negociación entre las empresas y los estados permite que estas puedan fijar precios muy por encima del coste de producción del medicamento en cuestión.⁵ Por otro lado, lejos de incentivar una inversión de I+D suficiente y adecuada que responda a las necesidades médicas y sociales, la búsqueda de la mayor rentabilidad posible por parte del conglomerado farmacéutico conlleva que esta inversión represente un porcentaje muy reducido de las ventas obtenidas⁶, y que además se focalice de forma desproporcionada en la investigación de aquellas enfermedades que afectan primordialmente al Norte Global⁷.

Los medicamentos son bienes sometidos a una fuerte intervención por los poderes públicos con el fin de garantizar su seguridad, eficacia y calidad. Así, solo pueden comercializarse tras superar una serie de pasos administrativos que van desde la autorización inicial de comercialización por parte del organismo competente hasta la decisión final de si dicho medicamento es incluido en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad: 2022a).⁸

5. La mayor parte de la investigación básica – que identifica sustancias potenciales para poder dar respuesta a problemas terapéuticos y sin la cual no se podría desarrollar un medicamento – se financia con fondos públicos y se lleva a cabo en universidades y centros de investigación estatales. Cuando esta investigación alcanza algún resultado positivo, si bien el sector público patenta el descubrimiento esta patente suele ser vendida al sector privado, transfiriendo así a este el conocimiento para su desarrollo y comercialización. De este modo, los Estados pierden voluntariamente el control sobre las inversiones realizadas con fondos públicos sin que estas sean luego tenidas en cuenta a la hora de negociar los precios de compra con las empresas farmacéuticas. (Ashley J. Stevens: 2011)

6. 15,4% en 2019 según datos de EFPIA (UE): [efpia_pharmafigures_2020_web.pdf](#) y 19,1% en 2022 según datos de PHRMA (USA): [U.S. pharmaceutical R&D spending as percent of total revenue 2022 | Statista](#).

7. El llamado 10/90 gap acredita que el 90% del gasto mundial en investigación y desarrollo de nuevas medicinas se destina a enfermedades que padece sólo el 10% de la población. Esta lógica de invertir prioritariamente en las dolencias rentables provoca el abandono de la investigación de enfermedades que afectan a los 1000 millones de personas más pobres del planeta como la lepra, la malaria o la enfermedad del sueño entre otras. (Luchetti, Marco: 2014)

8. Para un análisis detallado de estos procedimientos en el caso español ver (Puigventós Latorre, Francesc: 2023)

CUADRO TEMÁTICO 3

TIPOS DE MEDICAMENTOS CON RELACIÓN A LA FIJACIÓN DE PRECIOS:

■ Medicamentos originales (bajo patente):

Medicamentos amparados por los derechos exclusivos de comercialización. Sus precios son motivo de negociación, pero la patente permite una situación de monopolio y facilita que se autoricen a precios altos según la máxima disposición a pagar.

■ Medicamentos genéricos y biosimilares:

Pasado el periodo de patente y derechos de exclusividad, los precios son mucho más bajos, al disponerse de productos que entran en competencia. La primera vez que se fija precio para un medicamento genérico se hace aplicando un porcentaje de reducción sobre el precio que tiene autorizado en ese momento el innovador. El Real Decreto-Ley 8/2010 establece que en el caso de aportar un descuento sobre

el producto innovador de al menos el 40%, la financiación de los medicamentos genéricos es automática sin necesidad de aprobación en el seno de la Comisión Interministerial de Precios del Medicamento (CIPM) y se confía que posteriormente, la competencia y la aplicación del Sistema de Precios de Referencia (SPR) bajen progresivamente el precio hasta aproximarlos a los costes reales de fabricación.

■ Medicamentos publicitarios no financiados:

Tienen el precio libre, aunque limitado por la competencia del mercado. Los medicamentos no financiados en los que sea necesario prescripción médica se podrán comercializar en régimen de precios notificados (mediante comunicación del precio al Ministerio de Sanidad, que puede objetar el mismo por razones de interés público).



La financiación pública de los medicamentos persigue **garantizar la accesibilidad a fármacos y tratamientos efectivos**, evitando que el alto coste de los medicamentos ejerza de barrera a la hora de acceder a medicamentos necesarios, sobre todo en el caso de las personas más vulnerables.⁹

La **financiación pública de los medicamentos** puede ser total o parcial. En el caso de España, los medicamentos que se administran en los hospitales se financian con fondos públicos en su totalidad, de forma que las y los pacientes no tienen que contribuir mediante pagos de su bolsillo. Por el contrario, aquellos medicamentos de dispensación ambulatoria en oficinas de farmacia son parcialmente sufragados por las personas usuarias que deben aportar una cantidad variable o **copago**.¹⁰

Independientemente del debate que suscita la propia existencia del copago ([ver cuadro temático 4, "El debate en torno al copago", en página 28](#)), desde una perspectiva de accesibilidad, este no debe nunca configurarse de tal suerte que limite o impida el acceso a fármacos necesarios. En España, la **Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios** regula el sistema de copago y establece cuatro tramos, distinguiendo entre aquellas personas cuya renta supere los 100.000 euros (que deberán aportar el 60% del precio del medicamento); aquellas personas aseguradas en activo cuya renta se sitúe entre 18.000 y 100.000 euros (que aportarán el 50% del PVP); aquellas personas aseguradas en activo que no encajen en los supuestos anteriores, así como personas extranjeras no registradas ni autorizadas (40% de aportación) y las personas pensionistas de la Seguridad Social cuya renta no supere los 100.000 euros (10% de aportación). Fuera de estos supuestos, la ley contempla la exención del copago a personas que se encuentren en una serie de situaciones que se entienden de especial vulnerabilidad.¹¹

9. De acuerdo con el artículo 92 del Real Decreto Legislativo 1/2015 de 24 de julio por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, los motivos para decidir la financiación o no de un fármaco son los siguientes:

- a) Gravedad, duración y secuelas de las distintas patologías para las que resulten indicados
- b) Necesidades específicas de ciertos colectivos
- c) Valor terapéutico y social del medicamento y beneficio clínico incremental del mismo teniendo en cuenta su relación coste-efectividad
- d) Racionalización del gasto público destinado a prestación farmacéutica e impacto presupuestario en el SNS
- e) Existencia de medicamentos u otras alternativas terapéuticas para las mismas afecciones a menor precio o inferior coste de tratamiento.
- f) Grado de innovación del medicamento.

10. Es importante señalar que en todos los países europeos existe el copago de medicamentos de dispensación ambulatoria, estando España entre los países con una financiación pública más amplia. Los criterios más utilizados a nivel europeo para establecer el nivel del copago son el valor terapéutico añadido del medicamento, la gravedad de la enfermedad y el tipo de población afectada, si bien la mayoría de los países utilizan varios criterios de forma conjunta (WHO: 2018).

Salta a la vista que la amplitud del segundo de los tramos propuestos suscita serias dudas en términos de equidad. Que una persona cuya renta se acerque a los 100.000 anuales (lo que la sitúa entre la minoría más pudiente) aporte el mismo porcentaje que una persona que gana 18.000 euros al año contraviene los principios más básicos de justicia redistributiva.¹² Del mismo modo, que la diferencia entre este tramo y el siguiente (donde se integran algunos de los colectivos más vulnerabilizados como son las personas con trabajos y salarios precarizados o las personas migrantes en situación administrativa irregular) sea de apenas un 10% (50%-40% del PVP) denota la **falta de progresividad del sistema**.

De este modo, como veremos a continuación, el copago puede erigirse en una auténtica barrera económica que contribuye a una de las consecuencias más dramáticas de la falta de accesibilidad a los medicamentos: la pobreza farmacéutica.

11. De acuerdo con el apartado 8 del artículo 102 de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios los supuestos de exención de aportación de la prestación farmacéutica son los siguientes:

- a) Afectados de síndrome tóxico y personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa específica.
- b) Personas perceptoras de rentas de integración social.
- c) Personas perceptoras de pensiones no contributivas.
- d) Parados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo en tanto subsista su situación.
- e) Personas con tratamientos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional.
- f) Personas beneficiarias del ingreso mínimo vital.
- g) Personas menores de edad con un grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33 %.
- h) Personas perceptoras de la prestación económica de la Seguridad Social por hijo o menor a cargo en régimen de acogimiento familiar permanente o guarda con fines de adopción.
- i) Los pensionistas de la Seguridad Social, cuya renta anual sea inferior a 5.635 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, y los que, en el caso de no estar obligados a presentar dicha declaración, perciban una renta anual inferior a 11.200 euros.

12. Según datos de 2020, las personas que ganan entre 60.000 y 150.000 euros en España apenas representan un 3,71% de la población, mientras que aquellas personas que ganan entre 12.000 y 21.000 euros representan el 19,99% de la población. <https://www.economiadigital.es/economia/cuantos-espanoles-ganan-mas-de-60-000-euros-y-mas-de-150-000-te-sorprendera.html>

CUADRO TEMÁTICO 4 EL DEBATE EN TORNO AL COPAGO

El copago ha sido objeto de debate al existir argumentaciones importantes a favor y en contra. Quienes arguyen en favor de la eliminación de los copagos sostienen que establecerlos genera una barrera económica que dificulta el acceso a la medicación a las personas más vulnerables. Señalan además que el copago implica un doble pago o repago pues los medicamentos ya han sido previamente pagados por las y los contribuyentes, particularmente en países como España donde la sanidad pública está financiada casi en su totalidad con impuestos (Lamata, Fernando: 2017a).

Por su parte los defensores del copago alegan que este juega una doble función: por un lado, limitar la sobreutilización y por otro, contribuir a la sostenibilidad de las cuentas públicas. La literatura económica es clara respecto a la función disuasoria de los copagos sobre la utilización excesiva. En ausencia de copagos se ha documentado una sobreutilización, con acumulación de medicación y una banalización del tratamiento. La experiencia en nuestro país previa a la implantación de copagos para población pensionista demostró dicha acumulación.

Desde una perspectiva de sostenibilidad de las arcas públicas, es evidente que el gasto sanitario conlleva un serio desafío. En este sentido, ante la insuficiente pro-

gresividad del sistema fiscal en España, la introducción de un copago que grave fundamentalmente a las rentas altas estaría justificada como una herramienta de corrección fiscal. En todo caso, el enfoque de la salud como un derecho y gran parte de la literatura económica abogan por la exención de copagos a la población vulnerable (WHO: 2021).

En España en los últimos años se ha avanzado notablemente en esta dirección al incluir a más colectivos vulnerables en la exención del copago a través de las leyes de Presupuestos – pasando de 2.245.596 personas exentas en 2021 a 7.503.192 en 2022 (Ministerio de Sanidad: 2022b). A pesar de este impresionante aumento, algunos de los colectivos más vulnerabilizados como las personas migrantes en situación administrativa irregular con bajos recursos no están contempladas entre las personas beneficiarias de la exención, debiendo afrontar un copago que muchas veces no se pueden costear.

Por tanto, mientras el sistema fiscal no sea plenamente progresivo, el debate más que copago sí o no, debería ser cómo diseñar el sistema de aportaciones por parte de personas usuarias que asegure la cobertura total de la población vulnerable, sin menoscabo de que las rentas más altas puedan contribuir al asostenibilidad de las cuentas públicas.

ARTÍCULO 1

LOS PRECIOS DE LOS MEDICAMENTOS: UNA CUESTIÓN DE DERECHOS

Autores: Irene Bernal y Jaime Manzano (No Es Sano)

La espiral de precios de los medicamentos tensiona cada año más los presupuestos sanitarios, tanto en Europa como en España. Escuchamos con frecuencia que el objetivo es asegurar el **acceso equitativo y asequible** a los medicamentos, sin embargo, los datos en España entre 2014 y 2022, muestran el incremento continuado y alcista del gasto farmacéutico total siendo este del 49,7%, pasando de 18.886 a 28.263 millones (Ministerio de Hacienda y Función Pública: 2023).

La pandemia de COVID-19 ha mostrado las costuras de un modelo cada vez más **financiarizado y extractivo**. La arquitectura del sistema farmacéutico actual ha priorizado el aumento de pagos a los accionistas, con incrementos de hasta el 400% en dividendos entre 2000 y 2018 (Fernández, Rodrigo: 2020). Las agendas sobre necesidades en salud de la población han respondido más a intereses comerciales que a la salud pública y la preparación ante pandemias, todo esto acompañado del incremento de los precios que han puesto en situaciones difíciles incluso a los países con más recursos (Kansteiner, Fraiser: 2023).

Los **altos precios** de los medicamentos se han convertido en un obstáculo para el acceso, pero sobre todo en el principal incentivo para atraer la inversión del capital privado en el desarrollo de nuevas tecnologías sanitarias (Moon S: 2022), especialmente en áreas terapéuticas como la oncología o las enfermedades raras, entre otras. Sin embargo, la industria farmacéutica ha venido desatendiendo otras donde el bajo volumen de ventas, o el precio que puede asumir un Estado, se ha traducido en el abandono (Pedrique B: 2013) de la I+D en enfermedades como, por ejemplo, las conocidas como enfermedades de la pobreza (Butler, Mark S.: 2022), o la investigación en antibióticos, entre otras. Decisores políticos y reguladores han buscado solucionar estos fallos del sistema poniendo en marcha incentivos centrados en proteger la exclusividad de mercado, más que el **interés público** (Boulet, Pascale: 2019).

Detrás de este modelo de innovación basado en la búsqueda del menor riesgo con el mayor beneficio (Marselis D, Hordijk L.: 2020), se erige como piedra angular la **arquitectura de los derechos de propiedad intelectual** (PI) que aseguran el monopolio de un medicamento. Esta sería otra traba más incorporada en las normas internacionales y nacionales, que dificultan la transferencia del conocimiento y retrasan la entrada de los medicamentos genéricos. A esto se añade la **falta de transparencia** de los precios reales de los medicamentos y los costes de I+D asociados a estos, lo que repercute tanto en la negociación de contratos como en la rendición de cuentas a la ciudadanía (Arguedas-Ramírez G.: 2022).

La legislación actual asienta los elementos arriba descritos entre los procedimientos de fijación de precio. Hoy, el precio basado en el valor del medicamento se ha convertido en la premisa de partida, lo que permitirá fijarlo en el máximo que el sistema pueda soportar y no en su coste real incluyendo un beneficio justo. La fijación del precio basado en el valor lleva a una espiral alcista, sin cuestionar si el valor social puede ser determinado con ese modelo cuando hablamos de productos indispensables, o si este valor está siendo unilateralmente extraído por la entidad que acaba controlando el producto al final de una cadena de innovación compleja y colaborativa.

Con este modelo de precio basado en valor se genera un bucle que sobreestima el precio final, ya que el precio fijado para el medicamento de partida sentará las bases para la comparación y con ello el incremento y la sobrevaloración. Esta dinámica aleja la fijación del precio de los costes reales y en numerosos casos del valor terapéutico aportado, ignorando entre otros elementos la contribución del sistema público ya realizada durante diferentes fases de la cadena de innovación. Por ello, el escenario actual debe tener en cuenta la propia financiación pública de la innovación. Las aportaciones de capital público al desarrollo de los medicamentos no se contabilizan, ni se pone en valor en los procesos finales de negociación del precio o de distribución global.

En España la CIPM se encarga de fijar el precio industrial máximo a propuesta de las compañías, así como de decidir si el medicamento es o no financiado por el sistema sanitario. Sin embargo, aunque la política farmacéutica es nacional, son las Comunidades Autónomas (CCAA) las que en última instancia afrontan la factura farmacéutica. No así las compras, ya que estas pueden estar asumidas bien por las Consejerías de Sanidad a través de compras centralizadas o bien gestionadas por los propios hospitales, afectando a los precios que se pueden llegar a pagar.

En términos generales, el gasto en medicamentos representa una parte muy importante de los presupuestos autonómicos sanitarios. Teniendo en cuenta que estos son finitos, el incremento en gasto farmacéutico de precios injustificados representa también un coste de oportunidad en tanto que se limita la posibilidad de inversión en otras áreas, como intervenciones no farmacológicas de promoción de la salud, prevención, etc. Por ejemplo, entre 2021 y 2022, el gasto en medicamentos era mayor que todo el gasto combinado en Atención Primaria (Ministerio de Sanidad: 2023).

Los medicamentos y las tecnologías sanitarias son bienes indispensables para garantizar el derecho a la salud. Asegurar que llegan a los pacientes medicamentos eficaces, efectivos y a tiempo debe ser una prioridad para los decisores políticos y los reguladores. Por ello, un marco normativo europeo y nacional que ponga en el centro el derecho a la salud de las personas debería equilibrar las relaciones con la industria; incorporar la transparencia en todos los procesos de información y decisión; fijar precios justos y acordes a las inversiones de la industria con un margen de beneficio razonable; y redoblar los esfuerzos económicos público a la ciencia y la innovación estableciendo mejores mecanismos de retorno social. En estos momentos en los que Europa discute la política farmacéutica, España debería poner la mirada en este proceso bajo este enfoque de derechos en salud y el interés general en el centro del tablero. Solo así aseguraremos la equidad y la justicia social que nuestro sistema necesita.

ACCESIBILIDAD Y POBREZA FARMACÉUTICA

Cuando una persona no puede acceder a un fármaco o tratamiento necesario por no poder cubrir su coste o no poder hacerlo sin incurrir en un **gasto catastrófico** – aquel que implica renunciar a sufragar otro tipo de necesidades básicas imprescindibles para una vida digna – hablamos de **pobreza farmacéutica**.

A pesar de que España no figura entre los países con un mayor índice de pobreza farmacéutica, los datos disponibles evidencian un agravamiento del problema durante los últimos años.¹³ La pandemia de COVID-19 y la subsiguiente crisis económica – con un incremento notable de los precios de productos básicos como consecuencia de la inflación – aumentan la vulnerabilidad económica de las personas con menos recursos y dificultan con ello la posibilidad de costearse la medicación necesaria. También cabe tener en cuenta, tal y como señalan algunas organizaciones el efecto que ha tenido la pandemia en el **aumento de trastornos mentales** y el alto precio que tienen los medicamentos para tratarlos.¹⁴

Si bien en última instancia la pobreza farmacéutica puede explicarse en términos de **barrera económica** – la incapacidad de acceder a un tratamiento necesario por implicar un gasto monetario que la persona no puede asumir – no cabe desligar esta de aquellas **barreras discriminatorias** que excluyen o limitan el acceso de población vulnerable a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos, y en consecuencia también a la prestación farmacéutica. Así, podemos distinguir varias casuísticas.

En primer lugar, nos encontramos con las **personas directamente excluidas del Sistema Nacional de Salud** que al no tener tarjeta sanitaria deben afrontar el 100% del pago de las medicinas que necesiten. Tal y como analizamos en el informe del año pasado, el Real Decreto-Ley 7/2018 no restauró la universalidad en el acceso al sistema sanitario con el mismo grado de cobertura que existía antes de la reforma de 2012. De este modo, las personas migrantes que no cuentan con residencia autorizada en España deben cumplir una serie de requisitos para acceder al SNS con cargo a fondos públicos – demostrar llevar al menos tres meses en España, no poder exportar el derecho a la atención sanitaria desde su país de origen y no existir un tercero obligado al pago. Aquellas personas que no cumplen dichos requisitos (ej. personas en situación administrativa irregular que llevan menos de tres meses viviendo en España) o que no los pueden demostrar (ej. el empadronamiento sigue siendo el

13. En 2019 el barómetro del CIS situaba en un 2,6% el porcentaje de población española que había dejado de tomar algún medicamento recetado por la sanidad pública al no poder permitírselo por motivos económicos. En la actualidad, según el mismo barómetro de 2023, esta cifra se ha incrementado hasta el 3,4%, lo que equivale a aproximadamente 1,5 millones de personas. (CIS: 2023)

14. *La pobreza farmacéutica se agrava en Cataluña* EL PAÍS 10/10/2022
<https://elpais.com/espana/catalunya/2022-10-10/comer-o-medicarse-la-pobreza-farmaceutica-se-agrava-en-cataluna.html>

único medio admitido en muchas CCAA para probar que la persona lleva 90 días en territorio español) no pueden obtener la tarjeta sanitaria. A ello es preciso añadir la situación de aquellas personas mayores que llegan a España reagrupadas por sus hijas e hijos y que permanecen totalmente excluidas del SNS y sin posibilidad alguna de acceder a la prestación farmacéutica.

Sin embargo, **la mayoría de los casos de pobreza farmacéutica los padecen personas que sí tienen tarjeta sanitaria** pero que no pueden costearse el copago como consecuencia de su vulnerabilidad económica. Así, como ha puesto de manifiesto el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2021, en España, los gastos sanitarios catastróficos o empobrecedores son soportados principalmente por personas trabajadoras en activo con hijas e hijos (WHO: 2021). A este grupo es preciso añadir también el caso de aquellas **personas migrantes en situación administrativa irregular** que cumplen los requisitos establecidos por el RDL 7/2018. Como ya hemos explicado, la falta de una verdadera progresividad del sistema de copago provoca que estos colectivos, a pesar de sus bajos recursos – que en algunos casos las sitúan por debajo del umbral de riesgo de pobreza – queden sujetos a una aportación del 40% del precio de los fármacos (INE: 2022).

Jesús (España, 64 años)

“El jarabe que me mandan para la tos, porque sufro de EPOC, no me lo cubre. Y tampoco el antiinflamatorio para la piel. Lo que cuesta no lo saco. No puedo permitírmelo.

Los paliativos secundarios son los que no están financiados, y claro: si no hay dinero pues no los utilizo.”

Es preciso tener en cuenta que incluso para aquellas personas que tienen tarjeta sanitaria, sigue habiendo dificultades de acceso a los medicamentos y productos sanitarios que no están financiados públicamente por estar indicados en el tratamiento de síndromes o síntomas de menor gravedad y que no requieren prescripción médica. De este modo, aunque se trate de productos necesarios para la salud y el bienestar, cualquier persona debe sufragar el importe completo independientemente de cuál sea su capacidad adquisitiva, lo que equivale a un copago del 100%. Aquí se incluyen productos tales como colirios, antiácidos, productos de parafarmacia, etc., sin olvidar otros productos sanitarios que no tienen financiación como gafas, auriculares, etc. y otras prestaciones como la atención bucodental o el transporte sanitario.

La decisión de financiación corresponde, como se ha señalado previamente, al Ministerio de Sanidad. En estos casos, no se ha arbitrado ninguna medida a nivel estatal para facilitar el acceso de colectivos necesitados, quedando al albur de ayudas sociales de las CCAA o de ONG.

CUADRO TEMÁTICO 5

EL CONVENIO ESPECIAL: UNA “SOLUCIÓN” QUE AGRAVA LA VULNERABILIDAD ECONÓMICA Y PROFUNDIZA EN LA POBREZA FARMACÉUTICA

Frente a la exclusión generalizada que impuso el RDL 16/2012, el Real Decreto 576/2013 introdujo la figura del “Convenio especial de prestación de asistencia sanitaria” como una suerte de “seguro público” que las personas sin derecho de acceso a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos podían suscribir con el Estado siempre que cumplieran una serie de requisitos: capacidad de demostrar la residencia efectiva en España durante un periodo continuado mínimo de un año; estar empadronadas en el momento de presentar la solicitud; y abonar una cuota mensual (60 euros en caso de ser menor de 65 años y de 157 euros si se es mayor).

Teniendo en cuenta que un amplio porcentaje de las personas sin acceso a la atención sanitaria son a su vez personas en situación de vulnerabilidad económica, el coste de suscribir estos convenios supone

un sobresfuerzo difícil, cuando no imposible de asumir. Pero por si esto no fuera suficiente, el convenio especial únicamente otorga el derecho a recibir atención sanitaria en el sistema público, pero no reconoce el derecho a la prestación farmacéutica, de modo que las personas que suscriben estos convenios deben a su vez sufragar el coste íntegro de la medicación o tratamientos que precisen.

Para muchas familias como la de Rosa (Perú, 49 años) que tiene a sus padres reagrupados esta situación les sitúa ante un dilema imposible: *“mis padres necesitan atención sanitaria sí o sí, son 150 euros por dos personas, es mucho dinero. Hicimos mucho esfuerzo y conseguimos pagarlo, pero los medicamentos no entran... y teníamos que dejar de comer o comprar ciertas cosas para poder comprar medicamentos, cortarle a mis hijos también de extraescolares...”*





HISTORIAS DE VIDA

Amina (Marruecos, 45 años) vino a España hace 18 años y en 2008 consiguió reagrupar a su madre enferma que, al principio, sí tenía acceso al sistema de salud al estar empadronada con ella. Sin embargo, perdió este derecho con el cambio de ley en 2012 que aumentó los requisitos para acceder a la atención sanitaria, entre los que se incluyen 'acreditar que se cuenta con medios económicos suficientes para atender las necesidades de la familia'. Amina recuerda que "de repente anularon todo, mi madre no tenía derecho ni a médico ni a medicamento ni nada. De un día para otro".

La única opción que les queda a personas en la situación de Amina es la de pagar el convenio especial de prestación de asistencia sanitaria, que son 157 euros mensuales, lo que empeora aún más su condición de pobreza. "Es que en una nómina todo esto no cabe: si estas pagando hipoteca, un seguro de coche, seguro de hogar, pagando los costes de agua y gas, basura, las comunidades..." y menos si hay una única nómina en la unidad familiar, como es el caso de Amina, que dice que "en mi caso que cobro 1000 euros, de ahí no queda nada". En estas circunstancias el acceso a la atención sanitaria, lejos de ser un derecho se convierte en una carga económica difícil de asumir "en ese caso: quito todo pero el seguro de mi madre lo dejo. No puedo arriesgarme a que le pase como a mi padre, que estaba sin seguro y sin médico y no pudieron hacer nada por él".

No pasa inadvertido, en los casos de personas reagrupadas, que los cuidados de estos siempre recaen en las mujeres. "Todo cae en las mujeres" evidencia Amina, que tiene tres hermanos más, pero cada uno ha hecho su vida aparte, desentendiéndose de los cuidados de su madre. "Siempre soy yo la que viene a pedir, la que está pidiendo en todos sitios, la que averigua todo... y con dos niños pequeños". La situación que revela Amina no es una excepción, sino una precaria realidad que comparten muchas familias "uno deja de comer alguna cosa, o muchas cosas, para poder cubrir la atención médica y la medicación", que tampoco viene incluida en el precio del convenio.

CUADRO TEMÁTICO 6 SINHOGARISMO Y ACCESO A MEDICAMENTOS

Las personas sin hogar constituyen un grupo particularmente vulnerabilizado, circunstancia que tiene un serio impacto sobre su salud. La situación de sinhogarismo constituye en sí misma un **riesgo para la salud** que incide en una alta prevalencia de enfermedades graves y una menor esperanza de vida.¹⁵

Así ocurre por ejemplo en el caso del VIH de acuerdo con un estudio realizado por la Universidad de la Columbia Británica en Canadá. Según este estudio, las personas con VIH que enfrentan episodios de falta de vivienda tienen un 44% menos de posibilidades de avanzar de modo adecuado en su atención médica para el VIH. Este hallazgo se traduce en una menor probabilidad de seguir el tratamiento de manera constante y una mayor probabilidad de no lograr una supresión viral (Reddon H: 2023). El impacto sobre la salud mental es particularmente relevante como revelan diversos estudios.¹⁶ Asimismo, según datos del Instituto Nacional de Estadística casi un 60% de las personas en situación de sinhogarismo presenta algún síntoma depresivo (INE: 2022b).

A pesar de esta vulnerabilidad, desde Médicos del Mundo, a través de nuestro trabajo en siete comunidades autónomas¹⁷ con personas sin hogar podemos constatar las enormes dificultades que muchas de ellas padecen para acceder a la medicación y tratamientos necesarios. En primer lugar, la propia situación

de pobreza y privación severa provoca que muchas de estas personas no puedan costearse el precio de la medicación (Llano, Juan Carlos: 2019). A ello hay que añadir las dificultades de acceso al SNS, si bien aquí existe una clara diferencia entre las personas con nacionalidad española y las extranjeras, pues mientras que el 92,9% de las primeras reporta tener tarjeta sanitaria, un tercio de las personas migrantes carece de ella (consecuencia fundamentalmente del gran obstáculo que para estas personas supone el empadronamiento). No contar con tarjeta sanitaria es habitualmente una barrera insalvable para el acceso a la medicación, bien porque directamente no se expide en farmacia sin receta médica o porque no se tengan los medios para sufragar el 100% del coste de la medicación.

Para personas con muy pocos recursos económicos esta situación puede conllevar un importante **riesgo vital**. Es el caso de Emiliano, colombiano que lleva dos meses en España y sufre de leucemia, pero no puede costearse la medicación porque: *“es muy costoso, es como 1.400 € por una cajita para un mes”*. Por esta razón, lleva más de treinta días sin tomarse la medicación, sabiendo que es algo imprescindible para su salud: *“lo que es cierto es que tengo que empezar a tomarla ya, eso es lo único que es cierto, porque de una leucemia crónica me puede pasar a una aguda y ahí ya sí que no puedo detenerla”*.

15. *La salud de las personas sin hogar, una emergencia olvidada y obviada por la sociedad*. Consalud 8 de julio de 2022.

https://www.consalud.es/pacientes/salud-personas-sin-hogar_117669_102.html

16. *La salud mental de las personas sin hogar*. My First Home. 25 de abril de 2023

<https://myfirsthome.es/la-salud-mental-de-las-personas-sin-hogar/#:-:text=En%20Espa%C3%B1a%2C%20diversos%20estudios%20han,2%25%20y%20un%2020%25>

17. Andalucía, Castilla-La Mancha, Comunidad de Madrid, Comunitat Valenciana, Extremadura, Illes Balears y Galiza

En ocasiones tener que **asumir los costes de la medicación puede ser una de las causas de que estas personas terminen en situación de sinhogarismo**. Mateo, que sufre de trombosis, explica que “antes me podía permitir pagar 400 euros de una habitación, pero ahora tengo que gastarlo en seguir viviendo, en la medicación, por lo que estoy viviendo en una camioneta”.

Incluso en aquellos casos en los que las personas pueden acceder a los fármacos, la ausencia de un espacio adecuado don-

de seguir el tratamiento y recuperarse o la imposibilidad de almacenar las medicinas en las condiciones ambientales adecuadas puede comprometer la adherencia y eficacia del tratamiento. Del mismo modo, las personas sin hogar, y muy particularmente aquellas en situación de calle, padecen de forma más severa las barreras informativas. Un claro ejemplo lo constituye la campaña de vacunación contra la COVID-19 donde una de cada cuatro personas en situación de calle no accedió a la vacuna (INE: 2022b).



EL FACTOR DE GÉNERO EN LA POBREZA FARMACÉUTICA

Una de las manifestaciones de la pobreza farmacéutica es la **pobreza menstrual**, entendida como la dificultad para poder costearse los productos de higiene menstrual. Un estudio reciente ha estimado que en España **una de cada cinco mujeres** padece este problema (García-Egea A: 2023). Estos productos pueden suponer un gasto de unos 50 euros anuales, un desembolso difícil de asumir para las mujeres con menos recursos.¹⁸ Además, esta situación, unida al estigma que aún persiste en torno a la menstruación, tiene otras consecuencias como es el caso del absentismo escolar durante los periodos de menstruación de un porcentaje relevante de niñas.¹⁹

El factor de género de la pobreza farmacéutica también tiene un importante **componente estructural**. La mayor precarización del trabajo femenino – las mujeres son mayoría en los deciles salariales más bajos, hasta el punto de que un 27,5% de las mujeres cobraba menos del Salario Mínimo Interprofesional (SMI) en 2020 (INE: 2022a). – las sitúa en una posición de mayor vulnerabilidad ante la pobreza farmacéutica. A ello hay que añadir que son ellas quienes asumen de forma mayoritaria el papel de cuidados – tanto de hijas e hijos como de sus padres y madres – con la carga económica, física y emocional que conlleva. Así nos lo explicaba Luisa (Perú, 40 años) *“pasé por unas situaciones muy críticas en cuanto al cuidado de mis familiares por falta de recursos, falta de medicamentos, los hospitales no sirven, no funcionan... todo esto hizo que pasara por una situación muy mala emocional y físicamente”*.

Ángeles, dominicana de 51 años, tiene a sus padres reagrupados y afirma que: “Cremas para masajes, pañales para mis padres, pastillas para cuando cogen un resfriado... al final te das cuenta de que si todo lo acumulas es un gasto que no puedes asumir y tienes que dejar de comprarlo”

18. *La pobreza invisible que se esconde detrás del tabú de la regla.*

eldiario.es 14 de mayo de 2022

https://www.eldiario.es/sociedad/pobreza-invisible-esconde-detras-tabu-regla_1_8990728.html

19. *El rostro de la pobreza farmacéutica.* El diario médico, 24 de junio de 2021.

<https://www.diariomedico.com/farmacia/profesion/el-rostro-de-la-pobreza-farmaceutica.html>

ARTÍCULO 2

BARRERAS ECONÓMICAS EN EL ACCESO A MEDICAMENTOS: ENFRENTARSE A UNA DISYUNTIVA INJUSTA

Autora: Marisol Rodríguez, Universidad de Barcelona.

Miembro del comité científico del Observatorio de la Pobreza Farmacéutica (Asociación Banco Farmacéutico)

Se entiende por pobreza farmacéutica aquella situación en la que un paciente no puede pagar el coste de una medicina que le ha sido prescrita, o de un producto médico necesario. O cuando para pagarla tiene que incurrir en un gasto llamado catastrófico. Para los hogares en esta situación comprar un medicamento prescrito puede significar no encender la calefacción en invierno, renunciar a cargar el teléfono, dejar de comprar frutas frescas, no renovar la ropa, no mandar al niño a una excursión del colegio, etc. Según un estudio reciente (WHO: 2021), España es uno de los países europeos con menor incidencia de gasto catastrófico en salud, si bien es verdad que el gasto en medicinas contribuye grandemente a incurrir en este tipo de gasto, sobre todo para los grupos con menor renta. Así, según el CIS de febrero de 2023 en España un 3,4% de la población dejó de tomar algún medicamento recetado por un médico de la sanidad pública porque no se lo pudo permitir por motivos económicos (CIS: 2023). Las consecuencias de tener que elegir entre estas alternativas pueden llegar a ser graves. Dejar de tomar una medicina o la no adherencia continuada a un tratamiento pautado puede degenerar en un peor estado de salud y, en última instancia, en un mayor gasto sanitario para el sistema. En el caso de los medicamentos no financiados, como un colirio o un antiácido estomacal suave, las consecuencias no son tan graves, pero el sufrimiento y el malestar pueden ser importantes.

El Banco Farmacéutico (BF) se fundó en Barcelona en 2007 para tratar de aliviar estas situaciones. Allí puso en marcha el Fondo Social de Medicamentos en 2015, para ayudar a hacer frente al copago farmacéutico a personas con enfermedades crónicas en situación de vulnerabilidad, que muchas veces se veían obligados a renunciar a su medicación para poder comer. Más tarde se extendió a otros municipios catalanes, a Aragón (Teruel y Zaragoza) y algunas zonas de Madrid. Trabaja en colaboración con los centros de atención primaria, los trabajadores sociales -que son los encargados de comprobar la situación de necesidad e idoneidad del paciente para convertirse en beneficiario del BF- y las farmacias que voluntariamente participan.

Según un estudio publicado (Rubio-Valera M: 2021) basado en datos del BF entre noviembre de 2017 y diciembre de 2018 para Cataluña, el número de personas que recibieron al menos un medicamento o producto sanitario durante ese período fue de más de 1.200. La edad media era de 49 años (aunque casi un 9% de los beneficiarios eran menores de 14 años), el 52% eran mujeres, la mayoría

(el 62%) eran españoles y un tercio presentaban discapacidad funcional. Casi el 70% de los beneficiarios tenía sólo estudios primarios (o no habían seguido ninguna educación reglada), un 57% -en aquel entonces- eran desempleados que habían agotado la prestación de desempleo y el 70% tenía un hijo o más.

Por grupos terapéuticos, los medicamentos más frecuentes fueron los relacionados con el sistema nervioso (79%), seguidos del sistema musculoesquelético, los dirigidos al tracto digestivo y el metabolismo y los recetados para el sistema cardiovascular (56%). Un 38,4% de los pacientes estaban polimedcados: precisaban 5 o más medicamentos de diferentes grupos terapéuticos. Por otro lado, los patrones de consumo no diferían mucho entre hombres y mujeres.

La utilización de medicamentos psicotrópicos era más elevada entre los beneficiarios del BF que entre la población española atendida en atención primaria, señal de una mayor prevalencia de trastornos mentales. De hecho, más de la mitad de los beneficiarios tomaban medicinas para el dolor y más de un tercio usaban opiáceos -algunos de los cuales son caros-. Además, hay que tener en cuenta que el dolor crónico está asociado a pérdidas de productividad y al desempleo, lo que aumenta la vulnerabilidad de estas personas. Por ello, no es de extrañar que un 22% tuviera que renovar su permanencia en el BF (que inicialmente es de seis meses) y un 15,36% la renovó dos o más veces.

Por lo que respecta a los niños, la prevalencia de casos crónicos complejos era mayor que en la población pediátrica en general, siendo los medicamentos más utilizados los del sistema nervioso (61%) y el sistema respiratorio (36%).

Desde 2015, contando todas las zonas geográficas donde opera, el BF ha destinado 1.350.000 euros a cubrir 11.000 planes de medicación de personas que, debido a su condición socioeconómica no podían hacer frente al copago farmacéutico de sus tratamientos, con la colaboración de 225 Centros de Salud y 650 farmacias. Los medicamentos para el sistema nervioso han seguido ocupando el primer lugar y el perfil sociodemográfico de los beneficiarios también se ha mantenido estable, aunque ha disminuido un poco el porcentaje de los que son de origen español y los que están desempleados.

Pero desde el punto de vista de las barreras económicas en el acceso a medicamentos, el dato más relevante es que el 95% de los beneficiarios del BF son personas con tarjeta sanitaria del grupo TSI003, es decir, mayoritariamente trabajadores en activo o desempleados cobrando el subsidio de paro, con una renta inferior a 18.000 euros anuales, obligados a pagar el 40% del precio de los medicamentos prescritos.²⁰ O personas extranjeras sin autorización de residencia que han visto reconocido su derecho a la atención sanitaria y también deben aportar un 40% del coste de los medicamentos, independientemente de su vulnerabilidad económica.

Por lo tanto, el problema de pobreza farmacéutica se concentra en los llamados “trabajadores pobres”: personas con empleo, pero con salarios muy bajos. El estudio de Calonge y Manresa (Calonge S.: 2019) ha venido a corroborar lo que ya se sabía, que el 20% más pobre de la población ya no está compuesto, como antaño, fundamentalmente por pensionistas, sino por trabajadores en activo con trabajos precarios o cobrando el sueldo mínimo.²¹

Hasta 2021, el número de personas exentas del copago farmacéutico se había mantenido bastante estable, en alrededor de 2,2 millones de personas. A partir de 2022 se ampliaron las categorías de exención para incluir a menores de edad con un grado de discapacidad igual o superior al 33% (unos 138.000 menores); perceptores de la prestación por hijo menor a cargo (1,7 millones de personas) y pensionistas con rentas inferiores a 5.635 euros anuales, o a 11.200 euros anuales en caso de no estar obligados a presentar declaración por el IRPF (3,5 millones de pensionistas). Con lo que el número total de asegurados que actualmente están exentos del copago asciende a 7,5 millones de personas, según datos oficiales del Ministerio de Sanidad. Esto es, el 16% de la población.

Aun reconociendo el esfuerzo, la medida de ampliación de los colectivos exentos deja intacta la raíz del problema, que es el propio diseño del copago. En mi opinión, la distinción entre población activa y pensionistas debe eliminarse, porque es anacrónica. El porcentaje de copago podría ser único (por ejemplo, del 30%, como en el caso de los funcionarios²²), pero debería de establecerse un tope que, en lugar de ser una cuantía fija, fuera proporcional a la renta, de manera que la aportación anual total no superase, por ejemplo, el 1,2 por ciento de la renta del individuo o del hogar -para una renta de 18.000 euros el máximo anual a pagar serían 216 euros. La aportación reducida para fármacos esenciales y pacientes crónicos podría mantenerse en los términos actuales, aunque con ligeras modificaciones para no poner en riesgo la adherencia al tratamiento.

20. Recordemos brevemente que por el Real Decreto-ley 16/2012, se revisó la aportación de los beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria. La división fundamental entre población activa y pensionistas se mantuvo, pero se modificaron los porcentajes de contribución de acuerdo con tres grandes tramos de renta: renta < 18.000€ anuales; renta entre 18.000 y 100.000 euros; y renta > 100.000€ anuales. Por renta se entiende la que consta en la casilla de base liquidable general y del ahorro en la declaración del IRPF. Los pensionistas, que hasta entonces no habían pagado nada (0%), pasaron a pagar un 10% en el caso de los dos primeros tramos, y un 60% en el caso de rentas superiores a 100.000 euros, con un límite mensual de 8,23€, 18,52€ y 61.75€, respectivamente. El copago de la población activa se estableció en un 40% para las rentas del primer tramo, un 50% para los situados en el segundo tramo y un 60% para el tercer tramo, sin limitación de gasto en ninguno de los casos. Sin embargo, los pacientes con enfermedades graves o pacientes crónicos tienen una aportación reducida del 10% con un límite de 4,23€ por envase, para algunos fármacos considerados esenciales. Finalmente, la ley contemplaba que ciertos colectivos específicos estarían exentos de aportación – por ejemplo, personas con discapacidad, personas perceptoras de rentas de integración social, personas perceptoras de pensiones no contributivas, parados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo en tanto subsista la situación, y otros.

21. En junio de 2023 el salario mínimo interprofesional estaba en 1.080 euros mensuales, mientras que la pensión media era de 1.200 euros, según el Instituto Nacional de la SS.

22. Los mutualistas de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), del Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) y de la Mutualidad General Judicial (MUGEJU) aportan el 30% del precio del medicamento, ya estén en activo o se hayan jubilado.

ARTÍCULO 3

POBREZA FARMACÉUTICA Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN CANARIAS

Autora: Laura Pérez Roselló (Médicos del Mundo)

En Médicos del Mundo en Canarias llevamos varios años poniendo la mirada en el acceso a la medicación de la población que reside en las islas en las que estamos presentes, sobre todo en Tenerife y en Gran Canaria.

En este tiempo nos hemos dado cuenta de que existe, por un lado, una barrera de acceso a la medicación por no contar con la prescripción adecuada que impide una correcta adherencia terapéutica cuyo eslabón inicial es conseguir el tratamiento. Sin embargo, hemos podido comprobar que la adherencia terapéutica también está sujeta a otra gran problemática como es la pobreza farmacéutica y que se manifiesta de varias formas que vamos a tratar de explicar.

Desde la entrada en vigor del Real Decreto-Ley 16/2012 que impuso la exclusión sanitaria comenzamos a recibir personas que no podían acceder a la medicación porque habían sido expulsadas del sistema y que precisaban de una receta médica para poder seguir comprando sus medicinas, aunque ello supusiera aportar el 100% de las mismas. Aún hoy en día, recibimos a personas en esta situación: están residiendo en Canarias, tienen patologías que precisan tratamiento y, sin embargo, no cuentan con una receta médica que les permita acceder a este porque no tienen acceso al sistema sanitario.

En ocasiones, esto supone el abandono del tratamiento por no poder acceder a él. Las personas que no se enfrentan a dificultades económicas pueden pagar un seguro o una consulta privada para actualizar sus recetas del país de origen y adaptar los tratamientos a los disponibles en Canarias, pero, esto no es posible para todas las personas. Muchas otras, recurren a nosotras para poder tener acceso a su tratamiento mientras pasan los meses hasta que consiguen tramitar una tarjeta sanitaria.

Por otro lado, están las personas que aun teniendo acceso al sistema sanitario deben asumir el 100% del coste de la medicación como les ocurre a personas que se acogen al convenio especial puesto que este seguro público no incluye en ningún caso el derecho a la prestación farmacéutica. Y esto ocurre en muchos de los casos que atendemos en Canarias puesto que las personas reagrupadas ascendientes que se benefician de este tipo de seguro suelen ser personas con más de 65 años, por lo tanto, sin posibilidad de incorporarse al mercado laboral, con problemas de salud crónicos, con pluripatologías y con dificultades económicas en el núcleo familiar. Si la medicación pautada supone un esfuerzo económico para estas familias, la adherencia terapéutica también se ve en peligro en estas situaciones, poniendo en riesgo el buen control de pacientes con dolencias crónicas complejas.

Otro grupo de personas que atendemos corresponde a aquellas que, a pesar de tener tarjeta sanitaria y contar con la aportación del 40% de la medicación, se encuentran en situaciones de tan alta vulnerabilidad que la aportación mensual en sus tratamientos es un extra que a veces se plantean si afrontar o no. Esto ocurre principalmente, con las personas que acceden al servicio canario de salud con la tarjeta sanitaria de promoción de la salud que se habilitó para readmitir a las personas migrantes en situación administrativa irregular que habían quedado fuera pero que, claramente, no contempla posibles necesidades adicionales, como la aportación 0 en medicación, de personas que están situaciones muy vulnerables.²³

Jorge es colombiano y tiene 28 años. Lleva dos años viviendo en Canarias en situación administrativa irregular. Fue diagnosticado de VIH y accedió al servicio canario de salud y al tratamiento pertinente. Sin embargo, a comienzos de 2022 le caducaba la tarjeta de promoción de la salud que le daba acceso al sistema sanitario pero él lo desconocía ya que nadie le había informado. Cuando acude como habitualmente a recoger la medicación antirretroviral para los próximos tres meses en la farmacia del hospital le indican que tendrá que pagar por la misma. Días después recibe una factura por importe de 1200 euros.

Durante el 2022 en Canarias atendimos a 59 personas con temas relacionados con adherencia terapéutica y se realizaron 112 entregas de medicación en coordinación con farmacéuticos solidarios de Canarias y/o con apoyo económico en las farmacias. La mayoría de las personas atendidas fueron mujeres y esto es importante porque son ellas las tienen más patologías crónicas y también son las mujeres las que sufren más la pobreza por lo que, no es de extrañar que sean ellas las que más dificultades tienen para acceder a la medicación y, por lo tanto, para conseguir una correcta adherencia terapéutica. A esto se le añade que, en ocasiones, se prescriben medicamentos relacionados con la salud de las mujeres que están incluso fuera de la cartera básica por lo que no hay ningún tipo de descuento para ellos y crea aún más sentimientos de ansiedad ante la disyuntiva de si tomarlos o no.

También hay que tener en cuenta como la feminización de la pobreza provoca que, ante situaciones de escasez, las mujeres del núcleo familiar prioricen en muchos casos el acceso a medicinas para las personas de su familia antes que para ellas mismas.

Por estas situaciones, desde Médicos del Mundo en Canarias, ponemos el foco en el acceso a la medicación, porque los problemas de adherencia terapéutica ponen en riesgo la salud de las personas y tienen un impacto mayor en las más vulnerables. Poner énfasis en medidas de equidad en salud es prioritario para garantizar el derecho a la salud de todas las personas.

23. Además, es una tarjeta de renovación anual que hace que las personas tengan que estar pendientes de la renovación a principios de año. Los olvidos debidos a las situaciones de vida complejas y atravesadas por múltiples vulnerabilidades han hecho que personas tengan que afrontar el gasto íntegro de medicación por haber quedado de nuevo excluidas del sistema o que hayan optado por no tomar el tratamiento durante ese período de tiempo

ARTÍCULO 4

EL ACCESO A MEDICAMENTOS DE LAS PERSONAS REAGRUPADAS

**Autoras: Erika Cavero Torres y Elena Dolgova
(Colectivo de Afectadas por el INSS)**

La normativa española de extranjería recoge el derecho de las personas extranjeras residentes legalmente en España a reagrupar a nuestros familiares. Los familiares susceptibles de reagruparse son:

- El cónyuge o la persona con la que el reagrupante mantenga una relación de afectividad análoga a la conyugal.
- Los hijos del extranjero residente y del cónyuge o pareja, incluidos los adoptados (siempre que la adopción produzca efectos en España).
- Otros menores o incapaces extranjeros.
- Los ascendientes del extranjero residente, de su cónyuge o pareja de hecho.
- Los extranjeros ascendientes de residentes con nacionalidad española o de otros países de la Unión Europea.

Lo más significativo es que los ascendientes son los únicos cuyo derecho de acceso a la asistencia sanitaria está restringido, obligándonos a contar con un seguro médico privado o público, lo que implica un gasto extra para nuestras familias que en muchos casos supera nuestro nivel de ingresos, si contamos la mensualidad exigida por los seguros privados como la mensualidad por el Convenio Especial que creó el Ministerio de Sanidad como "seguro público", y los medicamentos que en ningún caso están cubiertos por los seguros.

Lo más irónico de la normativa es que ésta nos exige demostrar nuestros ingresos para que nuestros padres y madres obtengan el permiso de residencia, pero, a diferencia de nuestras hijas, hijos o cónyuge, no les reconoce como personas beneficiarias a pesar de estar

Elena tiene unos ingresos mensuales de 1500€, con una hipoteca de 600€ y subiendo. Su madre sufre de Alzheimer, y debe pagar 157€ al mes del convenio de la seguridad social, más gastos en medicación por importe de 160€ mensuales, a los que sumar otros 150€ mensuales de gastos del centro de día. Apenas le restan 400€ para poder cubrir comida, transporte, servicios, etc.

a nuestro cargo. En consecuencia, no pueden gozar del derecho de acceso a un sistema sanitario que pagamos mes a mes a través de nuestras nóminas.

Lily, debe pagar el seguro de sus padres de Adeslas de 340€, más otros 250€ en medicación. Su madre sufre de cáncer de pecho, y su padre es diabético insulino dependiente. A su padre le diagnosticaron un linfoma, y debe acudir a un dispensario benéfico todos los meses en busca de ayuda.

Los ascendientes a los que hace referencia la norma son nuestros padres, madres, abuelas y abuelos, en la mayoría de los casos personas ancianas que quedan totalmente desprotegidas. Las aseguradoras privadas no los aceptan como clientes por su edad avanzada y enfermedades preexistentes, y el Convenio, que exige igualmente una mensualidad elevada, de 157€, no cubre la medicación. Nuestros mayores están en una situación de desamparo, son invisibles para la ley y el gobierno. Muchos de nosotros llevamos años residiendo legalmente en España, aportando a la seguridad social desde el

momento que nos brindaron el permiso de trabajo, muchos ya nacionalizados y con raíces en este país, y no podemos entender el desamparo de la ley hacia nuestros mayores. No podíamos dejarlos en nuestros países, nuestro deber moral es cuidarles, sentimos que se están lucrando en base a nuestra necesidad y no se está respetando el derecho a una vida digna de nuestros mayores. ¿Por qué?, esa es la pregunta que nos hacemos todas las familias.

Los partidos gobernantes prometieron dar una solución a nuestra situación, y el propio presidente del gobierno se comprometió en su discurso de investidura. Seguimos esperando, seguimos sufriendo esta injusticia.

HISTORIAS DE VIDA

Tras varios años viviendo en España, Gloria (Colombia, 47 años) se decidió a reagrupar a su padre de 80 años, pero una vez en casa se encontró con la negativa a reconocerle el derecho a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos. Ante la imposibilidad de asumir el coste del convenio especial, cuando su padre tuvo un fuerte resfriado en invierno Gloria tuvo que recurrir a la automedicación "Yo le he estado comprando flumucil y paracetamol pero claro, yo creo que si él hubiera tenido de repente una atención personalizada del médico, hubiera sido más más correcta la medicación. Yo se la daba al azar, le decía tomate esto que igual te puede hacer bien."

A pesar de superar el resfriado, la angustia de saberse desprotegido ante la enfermedad y el miedo a que su hija tuviera que incurrir en un gasto que difícilmente se podía permitir llevó a su padre a modificar sus hábitos de vida "Mi padre ya no salía ni a caminar, le dio mucho bajón. Al no tener asistencia médica tenía miedo de salir y resfriarse y volver a caer en lo mismo y que yo tuviera que gastar más dinero en medicinas. Pues es una pena de su parte, tener que preocuparse tanto para que yo no me preocupe por él hasta el punto de no salir ni a caminar, vamos, ni al balcón."



ACCESO A MEDICAMENTOS Y SALUD PÚBLICA

Si la pobreza farmacéutica representa la dimensión individual de la falta de acceso a medicamentos, en su dimensión colectiva la dificultad para acceder a determinados fármacos puede suponer un auténtico problema de **salud pública**.

Tal y como hemos visto al inicio del presente capítulo el modelo actual de innovación favorece el desmedido interés empresarial de las grandes compañías farmacéuticas por encima de consideraciones relativas al bien común y a la salud comunitaria. En aplicación de esta lógica, las empresas carecen de incentivos para invertir en la investigación y desarrollo de aquellas enfermedades “poco rentables” por ser prevalentes principalmente entre las personas más pobres del planeta. Asimismo, la obtención del máximo beneficio puede dar lugar a especulaciones en el stock de algunos fármacos **mermando su disponibilidad** como ha ocurrido en el caso de determinados medicamentos contra el cáncer y otros (Bernal, Irene: 2020). A ello habría que añadir la existencia de un problema global de desabastecimiento – que trae por causa la existencia de fábricas obsoletas o rupturas en la cadena de suministro entre otras – y que afecta por igual al conjunto de la población.

El sistema de explotación monopolístico, al que ya hemos hecho referencia, favorece estas estrategias agresivas de negociación por parte de las empresas farmacéuticas que persiguen obtener el mayor precio posible. Estos sobrepuestos a su vez tensionan a **los propios Estados que no pueden hacer frente al coste de tratamientos innovadores** sin detraer recursos esenciales para el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud. El caso de la Hepatitis C en España resulta paradigmático en este sentido. A pesar de los importantes logros obtenidos por la Plataforma de Personas Afectadas por la Hepatitis C para garantizar el acceso a una medicación que resulta vital, como se explica en el artículo que acompaña a este epígrafe, el coste de los tratamientos sigue resultando exorbitante. La reciente decisión de Oficina Europea de Patentes de mantener la patente del compuesto base del sofosbuvir – impidiendo con ello la posibilidad de desarrollar un medicamento genérico a un precio asequible – evidencia nuevamente el desequilibrio en la balanza de intereses y perjudica el control y eventual erradicación de esta enfermedad.²⁴

24. *El sistema de patentes obstaculiza el acceso a los medicamentos*

<https://www.medicosdelmundo.org/actualidad-y-publicaciones/noticias/el-sistema-de-patentes-obstaculiza-el-acceso-los-medicamentos>



Las **barreras discriminatorias** que excluyen a determinados colectivos de la asistencia sanitaria también suponen un serio riesgo para la salud pública. Un caso evidente es la vacunación a la que no acceden muchos menores sin tarjeta sanitaria.²⁵ Incluso en aquellos casos excepcionales en los que una crisis de salud pública ya desatada – como ha sido el caso de la COVID-19 – exige la puesta en marcha campañas de vacunación masivas dirigidas a toda la población en su conjunto, sin discriminación en base su situación administrativa o sin exigir requisito administrativo alguno, la propia situación de exclusión supone un importante reto para las autoridades sanitarias. Así, el no figurar en las bases de datos del sistema ha dificultado notablemente el acceso a muchas de estas personas, tanto para recibir la primera dosis como las sucesivas dosis de refuerzo, comprometiendo con ello su salud individual y permitiendo la existencia de nichos poblacionales sin inmunizar.

25. *Los pediatras reivindican el acceso a la salud de todos los niños, preocupados por la exclusión sanitaria de menores migrantes en situación irregular en la Comunidad de Madrid*
https://www.aepap.org/sites/default/files/noticia/archivos-adjuntos/np_exclusion_sanitaria.pdf

ARTÍCULO 5

UNA LUCHA POR EL DERECHO A LA SALUD Y LA VIDA. LA LUCHA POR EL TRATAMIENTO CONTRA LA HEPATITIS C

Autor: Damián Caballero.

Presidente de la Plataforma de Afectadas por la Hepatitis C.

Miembro del Grupo Técnico de Infección por VHC del Ministerio de Sanidad

En 2014 se inicia la lucha para conseguir los tratamientos contra la Hepatitis C. Hasta el año 2015, España contabilizaba doce muertes diarias provocadas por el virus de la Hepatitis C. Hoy, después de más de siete años, más de 150.000 personas afectadas por el virus de la hepatitis C (VHC) están curadas en nuestro país. Este proceso es digno de estudiarse por constituir un éxito sin precedentes. En él han intervenido actores tan diversos como la ciencia, profesionales médicos, industria farmacéutica, políticos, usuarios de nuestro sistema sanitario, activistas y una parte importante de la ciudadanía.

La lucha de la Plataforma de Afectados por la Hepatitis C (PLAFHC) por conseguir los Antivirales de Acción Directa (AAD), ha puesto el foco sobre la necesidad de acceso a un medicamento que curaba el VHC y que evitaba las más de 4.000 muertes anuales que producía la enfermedad en nuestro país. Sin duda, el problema más importante que no permitía el acceso al Sovaldi, era su alto precio.

Después de siete años de aparición de los tratamientos, los precios de los antivirales directos siguen siendo elevadísimos. Evidentemente el hecho de que en España más de 150.000 personas se vean libres de VHC es muy positivo. Pero el gasto que nuestro Sistema Sanitario Público ha pagado es altísimo. Incluso los precios de los antivirales directos siguen siendo hoy en día injustificadamente elevados. A la hora de fijar los precios, la exigencia al Gobierno de reducir el coste de los tratamientos de la Hepatitis C debe ser máxima. Una exigencia que el propio Gobierno debería trasladar a la Unión Europea como uno de los requisitos fundamentales para eliminar la Hepatitis C, y no dañar aún más los sistemas sanitarios públicos. Para ello es esencial en primer lugar la transparencia: no se entiende que los precios negociados con la industria farmacéutica sean considerados contratos comerciales confidenciales.

Además del precio, han existido otros factores que han frenado el acceso a los medicamentos, como fueron la inexistencia de un estudio de prevalencia y la falta de diagnósticos precoces, si bien ambos casos se están corrigiendo tras la entrada del nuevo equipo ministerial en 2019.

Nuestro país indudablemente es una de las naciones mejor posicionadas para conseguir la eliminación de la Hepatitis C. En la obtención de este logro, el gran papel que ha jugado la Plataforma de Afectados por Hepatitis C como motor de presión es un hecho incontestable. Esta presión se empieza a ejercer desde

su constitución en noviembre de 2014 y alcanza su máxima expresión con el encierro durante noventa y cuatro días en el Hospital 12 de Octubre. Tras ello siguió un largo periplo de grandes movilizaciones y acciones de presión que rápidamente sumaron apoyos y solidaridad por parte de la ciudadanía, y que permitió dar a conocer el problema por todo el país. Gracias a esta movilización social la PLAHC logró que el Gobierno elaborase en abril de 2015 el Plan Estratégico de Abordaje para la Hepatitis C (PEAHC) y su posterior ampliación del abanico de pacientes a tratar en junio de 2017, ya que inicialmente dejaba fuera de cobertura un gran número de personas infectadas.²⁶

La lucha de la PLAFHC se llevó hasta el Parlamento Europeo mediante tres visitas entre 2015 y 2017 donde presentamos un Plan para la Eliminación del VHC en la Unión Europea. Este Plan, que incorpora la necesidad de tratar la enfermedad con medicamentos genéricos, fue aprobado por unanimidad en la Comisión de Peticiones, con informe positivo de la Comisión ENVID, si bien todavía está pendiente de presentación a pleno.

La experiencia humana vivida en este periodo quedó reflejada en los cientos de personas afectadas por el VHC que constantemente se ponían en contacto con la PLAFHC. Pacientes que manifestaban la gravedad en la que se encontraban, muchas de ellas con necesidad de trasplantes, cirrosis, hepatocarcinomas y altas cargas virales que reclamaban ser tratados con los antivirales de última generación. Un drama humano que obliga en esos momentos a la Junta Directiva a la creación de la Comisión de Atención al Paciente, reforzando el cometido de acompañamiento a las citas médicas de las personas afectadas con sus hepatólogos y forzando en muchos casos la consulta sin cita previa cuando la gravedad estaba demostrada. Esta Comisión sigue funcionando en nuestros días atendiendo consultas de personas infectadas, o informando sobre los tratamientos, los posibles efectos secundarios o simplemente aportando tranquilidad a personas que pensaban que habían adquirido la enfermedad.

En el contexto de la lucha por el derecho a la salud y la vida, el compromiso para conseguir los tratamientos estuvo íntimamente unido a la defensa de la Sanidad Pública y a la batalla por un acceso justo al medicamento contra el desorbitado lucro de la industria farmacéutica. La lucha de la PLAFHC no podría entenderse sin estas otras batallas, un compromiso que en la actualidad adquiere un valor añadido por la situación de deterioro que sufre nuestro Sistema Sanitario Público, particularmente en lo que respecta a la Atención Primaria.

La presión generada con las movilizaciones de las personas afectadas y de la ciudadanía, han actuado como motor para que una enfermedad vírica que causa más de un millón de muertes al año y que afecta a más de 300 millones de personas en todo el mundo pueda estar en vías de eliminarse en nuestro país. La PLAFHC se siente orgullosa de haber contribuido y de seguir contribuyendo, con su gran esfuerzo, a salvar miles de vidas. Nos quedan tareas pendientes en la defensa de nuestro sistema sanitario público. En esa pelea estamos.

26. El Plan contaba con grandes lagunas, sobre todo en materia de financiación, y existía una patente falta de equidad entre Comunidades Autónomas. De ahí que fuera preciso mantener la lucha continuando con las movilizaciones hasta que, en 2017, tras nuestra comparecencia en la Comisión de Sanidad del Congreso de Diputados presentando la Revisión del Plan de Hepatitis C, la entonces ministra Dolors Montserrat accediera a que recibieran los tratamientos los enfermos en fases F0 y F1, excluidos hasta entonces del PEAHC.

ARTÍCULO 6

VACUNAS Y EXCLUSIÓN: LECCIONES APRENDIDAS DE UNA PANDEMIA

Autora: Eva Aguilera. (Médicos del Mundo)

En diciembre de 2019 hubo un brote epidémico de neumonía de causa desconocida en Wuhan, provincia de Hubei, China. El 11 de marzo la enfermedad se hallaba ya en más de 100 territorios a nivel mundial, y fue reconocida como una pandemia por la OMS.²⁷ El planeta entero se enfrentaba al mayor desafío de salud pública global en más de 100 años. Ese pequeño microorganismo infeccioso puso a prueba a la humanidad y ha servido para evidenciar las fragilidades de los sistemas sanitarios en casi todo el mundo, así como la debilidad del sistema de gobernanza de la salud global.²⁸

Algunos datos nos ofrecen una imagen precisa de cómo la inequidad que define las relaciones internacionales a nivel mundial se ha reproducido en la manera en que se ha hecho frente a la pandemia por Covid-19: la primera vacuna contra la Covid-19 se puso en circulación diciembre de 2020 y en septiembre de 2021, el 13% de la población mundial había recibido el 90% de todas las dosis de vacunas disponibles; en junio de 2023, el continente africano seguía luchando por alcanzar la tasa de vacunación del 70 % recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).²⁹

¿Cómo ha sido la vacunación en esos países más beneficiados por el suministro de vacunas? Atendiendo al caso español, Médicos del Mundo pudo documentar – y así se lo trasladamos a las autoridades sanitarias tanto en el Ministerio como en las diferentes consejerías autonómicas – que la exclusión vacunal

27. Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020
<https://web.archive.org/web/20200312170529/https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>

28. Aunque no existe una única definición del término gobernanza de la salud global (GSG) se acepta que se refiere a las instituciones y procesos de gobernanza relacionados con un claro mandato en el ámbito de la salud, como por ejemplo el que tiene la Organización Mundial de la Salud (OMS). (Sanders, David: 2017)

29. Pareciera que aquella reflexión “de esta crisis vamos a salir todas y todos juntos o no saldremos” había perdido significado muy rápidamente y se abandonó muy pronto cualquier consideración desde el enfoque de salud pública como desde el respeto al marco de derechos humanos. El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos lanzó, en noviembre de 2020 un llamamiento para garantizar el acceso a las vacunas y los tratamientos para la prevención y contención de la COVID-19 para todas las personas. En mayo de 2021, el director de la OMS calificó la desigualdad de acceso a las vacunas COVID-19 como una situación de "apartheid de las vacunas".
<https://youtu.be/FxMdIL6qERk?si=UIFGNhHL55LEIXIX>

afectó principalmente a una población aislada, estigmatizada con dificultades o miedo para desplazarse a puntos de inmunización, darse de alta en registros habilitados para personas sin tarjeta sanitaria o con graves barreras lingüísticas y culturales, habitantes de la “España vaciada” con escaso o nulo contacto con la red sociosanitaria e importantes barreras tecnológicas.

Podríamos resumir los principales motivos de exclusión o barreras de acceso a la campaña de vacunación contra la Covid-19: la exclusión del Sistema Nacional de Salud a quienes se niega la tarjeta sanitaria (personas de avanzada edad reagrupadas por su familiares, migrantes y personas extranjeras comunitarias residentes en el país a quienes no se les expide tarjeta sanitaria); personas que por sus condiciones de vida se encuentran en grave situación de exclusión social y pobreza (personas en situación de calle, en asentamientos aislados, población víctima de exclusión racial y xenofobia...). Resulta especialmente preocupante el caso de personas de edad avanzada por ser las que mayor riesgo de salud padecen en caso de contagio, así como aquellas personas que por su situación de vida afrontan mayores riesgos epidemiológicos (hacinamiento en infraviviendas, falta de recursos económicos para asumir las medidas de prevención del contagio, distancia física de los centros de salud y puntos de vacunación, trabajadores y trabajadoras temporeras, víctimas de trata y mujeres prostituidas, empleadas del hogar...).

Desde el inicio de la pandemia en España, Médicos del Mundo al tiempo que realizábamos intervenciones para llegar – aunque de manera limitada – a estas personas y facilitar en lo posible productos sanitarios necesarios, nos enfocamos en visibilizar las consecuencias de la falta de accesibilidad al Sistema Nacional de Salud y a los protocolos y recursos desplegados para hacer frente a la expansión de la pandemia.

Frente al Covid-19, los responsables autonómicos de salud tuvieron que improvisar de un día para otro y con claro sobreesfuerzos mecanismos ad hoc que, con la colaboración de las ONG, permitieran extender – aunque fuera parcialmente – la cobertura de vacunación a esos colectivos que, sencillamente, no acceden al circuito normalizado de las actuaciones de salud pública.

La conclusión es evidente. Los estados que excluyen “de facto” a grupos de población epidemiológicamente vulnerables, cuya red de atención primaria y de salud comunitaria es inexistente o está gravemente debilitada y descapitalizada y que no incorporan el enfoque de los determinantes de salud en el diseño de sus políticas sanitarias se encuentra en condiciones muy frágiles para hacer frente a crisis sanitarias como las provocadas por las epidemias.

En noviembre de 2020, la OMS a través del Grupo Estratégico Consultivo de Expertos en Inmunización (SAGE), propuso los criterios que debían orientar las decisiones políticas sobre los grupos de población a priorizar en un contexto de suministro limitado de vacunas acordes con una serie de valores donde confluyen principios éticos y de salud pública. Unos criterios que avalaban las demandas de Médicos del Mundo a las administraciones sanitarias.

En junio de 2021, el Consejo Interterritorial de Sanidad adoptó un marco común para todas las CCAA y actualiza la Estrategia Nacional de Vacunación con referencias explícitas a la inclusión de determinantes socio económicos como criterio para vacunar población en exclusión o vulnerable, además reconoce y alienta la colaboración desde las ONG para vacunar a estos colectivos y garantiza que todas las personas independientemente del tipo de aseguramiento serán vacunadas.

El reto para hacer cumplir esas recomendaciones de manera equitativa en todo el territorio sigue estando presente. ¿Habrá que esperar a una nueva epidemia o pandemia igual o más virulenta para aprender la lección?



CONCLUSIONES

Médicos del Mundo constata con preocupación la pervivencia de múltiples barreras de acceso al sistema sanitario sin que hayamos observado avances en relación con la situación que denunciábamos hace un año.

Desde un punto de vista de las barreras administrativas, 2023 se planteaba como un año crucial en el que debía debatirse y aprobarse la *Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud* que contenía importantes avances – aunque no suficientes – para recuperar la universalidad en el acceso perdida en 2012. El decaimiento de esta ley impide poner fin a la exclusión sanitaria que siguen padeciendo en España miles de personas como acredita este informe. Para mayor preocupación, en algunas comunidades autónomas como la Comunidad de Madrid o Galiza seguimos constatando una aplicación de la normativa estatal vigente – el RDL 7/2018 – con una voluntad claramente excluyente. Tras las elecciones autonómicas del mes de mayo y la conformación de diversos gobiernos con la participación de la extrema derecha es de temer que estas políticas se extiendan produciendo una regresión en muchos territorios que ya distan de garantizar un acceso libre de barreras administrativas.

Tampoco hemos detectado avances en la eliminación de las barreras físicas, informativas y culturales. La falta de servicios adecuados de traducción e interpretación y la absoluta ausencia de la figura de mediación intercultural dentro del Sistema Nacional de Salud levantan un muro de incomunicación e incomprensión para muchas personas. Además, la total erradicación de los comportamientos xenófobos por parte de personas trabajadoras del sector sanitarios sigue siendo una cuestión urgente.

Todas estas trabas confluyen en mayor o menor manera a la hora de dificultar el acceso a los medicamentos que una persona precisa, si bien en última instancia las barreras económicas juegan un papel preponderante. Así, la determinación de qué colectivos se benefician de las exenciones del pago o a quienes se les aplican copagos reducidos resulta una decisión fundamental por parte de las autoridades para garantizar que nadie se quede sin una medicación esencial. Todo ello sin detrimento de la necesidad imperiosa de revisar la arquitectura del sistema de investigación y desarrollo en materia farmacéutica que favorece el desmedido lucro empresarial por encima de la defensa del derecho a la salud.

En relación con los colectivos afectados por estas barreras, siguen siendo las personas más vulnerabilizadas, cuyas condiciones de vida y sociales constituyen factores de riesgo desde una perspectiva de determinantes de la salud, quienes encuentran mayores dificultades para acceder a los recursos sanitarios. Nuevamente hablamos de personas migrantes, particularmente aquellas a las que la irregularidad administrativa invisibiliza y condena a una vida en los márgenes, las que viven en infraviviendas y asentamientos con peores condiciones sociosanitarias y las que cuentan con menos recursos económicos. También son ellas las que confrontan mayores obstáculos para acceder a los tratamientos farmacéuticos, junto con las personas asalariadas con trabajos precarios que son víctimas principales de la pobreza farmacéutica.

Como ya documentamos en el anterior informe, no se trata de casos aislados sino la consecuencia directa de deficiencias estructurales de las políticas sanitarias a lo largo de las últimas décadas que deben ser abordadas en toda su dimensión. Sólo así podremos garantizar que nuestro Sistema Nacional de Salud siga siendo considerado como uno de los mejores del mundo.



RECOMENDACIONES

En los últimos años, Médicos del Mundo hemos trabajado activamente en los procesos de consulta pública, así como en reuniones bilaterales con actores institucionales y políticos con el fin de trasladar recomendaciones precisas en relación con el articulado del *Proyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud* así como de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos. En línea con este trabajo y a la vista de las conclusiones que arroja el presente informe y el publicado el año pasado, reiteramos algunas de las recomendaciones que hemos trasladado a las autoridades sanitarias.

SOBRE ACCESO A MEDICAMENTOS

Al Gobierno de España y al Congreso de los Diputados:

Reiteramos algunas de las recomendaciones aportadas a la Consulta Pública Previa (CPP) sobre las necesidades y desafíos actuales y futuros en materia de política farmacéutica del SNS, inspiradas, entre otros contenidos, en el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, los nuevos marcos europeos e internacionales (Estrategia Farmacéutica Europea, Nueva autoridad europea de preparación y respuesta ante emergencias (HERA) o Resoluciones de la Asamblea Mundial de OMS).

- Apelar a que el futuro gobierno retome sin tardanza el proyecto legislativo para la reforma de la llamada Ley de Medicamentos y avance en la toma en consideración de estas recomendaciones.
- **Necesaria revisión íntegra del sistema de copagos** que garantice el principio de equidad que rige el derecho a la salud.

MÉDICOS DEL MUNDO aboga por la eliminación de cualquier fórmula de copago sanitario incompatible con un modelo de Sistema Nacional de Sanidad financiado vía impuestos y definido por los principios de universalidad y equidad. Sin embargo, para avanzar hacia la plena eliminación de los copagos sanitarios, es preciso abordar una profunda reforma fiscal que garantice una verdadera progresividad.

Hasta entonces, el sistema actual de copago necesita una revisión integral para asegurar que cumple la función de elemento corrector de la falta de esa progresividad. El camino para ello es ajustarlo exclusivamente en función de la renta, eliminando la actual distinción entre personas activas o pensionistas. Cabe recordar que, a día de hoy, son las personas activas de bajos ingresos las principales víctimas de pobreza farmacéutica en nuestro país. Un nuevo sistema de copagos debería diseñarse con un mínimo de cinco tramos y estableciendo que las personas con ingresos totales anuales por debajo de 18.000 € queden exentas de copago.

- **Asegurar el acceso a la prestación farmacéutica completa de colectivos en situación de vulnerabilidad y exclusión**

Particularmente, se debe resolver dos situaciones: personas migrantes en situación administrativa irregular y ascendientes reagrupadas. Considerando su situación socioeconómica, estos colectivos deberían equipararse al rango de rentas bajas exentas de copago que proponemos arriba. Además, se debe resolver la situación de las familias sin recursos -nacionales o migrantes y refugiadas- que no pueden acceder a tratamientos asociados a síntomas menores actualmente no financiados con fondos públicos.

- **La transparencia es fundamental para garantizar la confianza de la población en las instituciones y procesos y debe aplicarse en todos los ámbitos de una futura Ley de Medicamentos**, incorporando las Resoluciones de la Asamblea de OMS (2019) y del Parlamento Europeo, así como los avances en la Estrategia Farmacéutica Europea.

MEDICOS DEL MUNDO apelamos a la necesidad de que se garantice un debate público e informado entorno a la política farmacéutica de fijación de precios, introduciendo el principio de transparencia en todo el sistema y de rendición de cuentas a la ciudadanía. Es necesaria una transparencia activa de los costes, de la inversión en I+D y de todo el proceso de producción y distribución que nos permita fijar precios justos y asequibles basados en los costes reales, con márgenes de beneficios razonables.

Exigimos que los criterios de asignación de precio sean transparentes y estén adaptados a las capacidades de financiación del sistema público de salud y al poder adquisitivo de las personas, prestando especial atención a aquellas más vulnerables y con menos recursos.

El criterio de transparencia en la toma de decisiones se relaciona directamente con la necesidad de aplicar medidas que aseguren la sostenibilidad del sistema sanitario. En este sentido, reclamamos que la agenda de la investigación y desarrollo de nuevos fármacos debe responder a las necesidades sanitarias de la población, poniendo en el centro a las personas y no regirse únicamente por el beneficio económico y los intereses empresariales.

Además, reclamamos más compromiso en materia de accesibilidad para que las publicaciones y todos los datos y resultados fruto de investigaciones financiadas con dinero público sean abiertos y compartidos. Al mismo tiempo, pedimos que la protección de la propiedad intelectual, especialmente a través de las patentes, no sea un obstáculo para el acceso de los pacientes a los medicamentos.

- Con relación a **los medicamentos no financiados, se precisa una dotación** de fondos públicos, a través de los Presupuestos Generales del Estado, que permita ofertar el acceso a medicamentos no financiados a colectivos de población en condiciones socioeconómicas vulnerables.

A los gobiernos y parlamentos autonómicos:

- La **transparencia** debe ser un principio aplicado por todas las comunidades autónomas en todos los procesos de compra de medicamentos por parte de las administraciones públicas autonómicas, así como hospitales. Apelamos a la función de vigilancia de los parlamentos autonómicos para que cumplan con rigor la demanda de rendición de cuentas con relación a los procedimientos de adquisición y abastecimiento de medicamentos.
- Los gobiernos autonómicos deben **introducir el criterio de interés público para toda inversión biosanitaria** que realicen, incluyendo condicionalidades a la asignación de subvenciones orientadas a fomentar la investigación accesible.
- Mejorar las políticas que regulan el conflicto de interés que garanticen a la ciudadanía comprobar la imparcialidad e independencia de las personas que deciden y de los técnicos que asesoran en todo el sistema de fijación de precios de los medicamentos.

SOBRE ACCESO A SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Al Gobierno de España y al Congreso de los Diputados:

- Reanudar a la mayor urgencia la tramitación parlamentaria del **Proyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud**, 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 el derecho a la atención sanitaria en condiciones de igualdad a todas las personas que viven 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.**
- Garantizar, mediante el **desarrollo reglamentario** del citado Proyecto de Ley, un **procedimiento para la solicitud y reconocimiento del derecho a la atención sanitaria homogéneo en todo el territorio nacional**. Desvincular la residencia efectiva del empadronamiento como único medio de prueba.
- **Reforzar la Oficina de Asilo y Refugio con medios suficientes para poner fin a los retrasos en el sistema de citas**. Reconocer el derecho a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos desde la primera manifestación de voluntad de solicitar protección internacional.

A las Comunidades Autónomas:

- Garantizar que los distintos centros sanitarios cuentan con **servicios de traducción e interpretación**, así como con **personal de mediación intercultural** que faciliten el acceso a información comprensible y adaptada culturalmente.
- **Reforzar los servicios sociales locales y autonómicos**, así como el personal de trabajo social de los centros sanitarios para poner fin a su colapso. Desvincular el empadronamiento de la persona de la posibilidad de pedir cita con trabajo social.
- **Abstenerse de crear procedimientos paralelos o adicionales para que las personas extranjeras soliciten su derecho a la atención sanitaria**, garantizando la igualdad en el procedimiento entre toda la ciudadanía. En el caso concreto de la Comunidad de Madrid eliminar las Unidades de Tramitación de la tarjeta sanitaria, devolviendo estas competencias a los centros de salud de referencia.
- **Formar a las personas trabajadoras del sector sanitario** para que conozcan y apliquen adecuadamente la normativa relativa al acceso al Sistema Nacional de Salud. Incorporar una perspectiva antirracista.
- **Elaborar e implementar protocolos sanitarios específicos sobre la atención a personas migrantes**, con perspectiva de género y enfoque antropológico.
- Asegurar la **conexión mediante transporte público** entre las áreas rurales – incluyendo las zonas de asentamientos informales – y los centros de salud y hospitales de referencia.

Embarazadas

y Menores

SIN
ATENCIÓN

NO

PARA

HAY SANIDAD
SOLICITAN

BIBLIOGRAFÍA

- Arguedas-Ramírez G. A Call to Action Against Persistent Lack of Transparency in Vaccine Pricing Practices During the COVID-19 Pandemic. *Ann Glob Health*. 2022 Oct 11;88(1):87. doi: 10.5334/aogh.3898. PMID: 36311897; PMCID: PMC9563227. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9563227/#B1>
- Ashley J. Stevens, D.Phil., Jonathan J. Jensen, M.B.A., Katrine Wyller, M.B.E., Patrick C. Kilgore, B.S., Sabarni Chatterjee, M.B.A., Ph.D., and Mark L. Rohrbau-gh, Ph.D., J.D. The Role of Public-Sector Research in the Discovery of Drugs and Vaccines. *N Engl J Med* 2011; 364:535-541 DOI: 10.1056/NEJMsa1008268 <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa1008268>
- Bernal, Irene y Iráizoz, Eva El desabastecimiento y la escasez de medicamentos No Es Sano Octubre 2020 https://www.medicosdelmundo.org/sites/default/files/informe_desabastecimientos_nes.pdf
- Boulet, Pascale; Garrison, Christopher and 't Hoen, Ellen European Union Review of Pharmaceutical Incentives: Suggestions for Change. *Medicines, Law & Policy*, June 2019. <https://medicineslawandpolicy.org/wp-content/uploads/2019/06/MLP-European-Union-Review-of-Pharma-Incentives-Suggestions-for-Change.pdf>
- Butler, Mark S.; Gigante, Valeria; Sati, Hatim; Paulin, Sarah; Al-Sulaiman, Laila; Rex, John H.; Fernandes, Prabhavathi; Arias, Cesar A.; Paul, Mical; Thwaites, Guy E.; Czaplowski, Lloyd; Alm, Richard A.; Lienhardt, Christian; Spigelman, Melvin; Silver, Lynn L.; Ohmagari, Norio; Kozlov, Roman; Harbarth, Stephan and Beyer, Peter Analysis of the Clinical Pipeline of Treatments for Drug-Resistant Bacterial Infections: Despite Progress, More Action Is Needed. *American Society for Microbiology*, March 2022 Volume 66 Issue 3 <https://journals.asm.org/doi/epub/10.1128/aac.01991-21>
- Calonge S. y Manresa A. Crisis económica y desigualdad de la renta en España. Efectos distributivos de las políticas públicas. *Funcas, Estudios n. 92*, 2019.
- Centro de Investigaciones sociológicas (CIS) Barómetro sanitario 2023 (primera oleada). Febrero 2023 https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Ba-rom_Sanit_2023/Marginales_1era_oleada_Es3397mar_A_def.pdf
- Fernandez, Rodrigo (SOMO) and Klinje, Tobias J. (KU Leuven) Private gains we can ill afford. The financialisation of Big Pharma. SOMO, April 2020 <https://www.somo.nl/wp-content/uploads/2020/04/Rapport-The-financialisa-tion-of-Big-Pharma-def.pdf>
- García-Egea A; Jacques-Aviñó C; Berenguera A; López-Jiménez T; Holst AS; Mar-tínez-Bueno C; Valls-Llobet C; Pinzón-Sanabria D; Munrós-Feliu J; Vicente-Her-nández MM y Medina-Perucha L. Informe Equidad y Salud Menstrual en España (2020-2022). Barcelona: Institut de Recerca en Atenció Primària Jordi Gol i Gu-

rina, 2023. https://www.idiapjgol.org/images/Recerca/Projectes/Informe_Equidad_Menstrual_CAST.pdf

- Instituto Nacional de Estadística (INE) Encuesta de Condiciones de Vida (ECV). Año 2021 Resultados definitivos. 29 de junio de 2022 https://ine.es/prensa/ecv_2021.pdf
- Instituto Nacional de Estadística (INE) Distribución salarial. Percentiles de salarios. Trabajadores en función de su ganancia anual respecto al Salario Mínimo Interprofesional (SMI). Deciles de salarios. Proporción de trabajadores con ganancia baja (low pay rate). Mujeres y Hombres en España 2022. https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259931351611&p=%5C&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalle¶m3=1259924822888
- Instituto Nacional de Estadística (INE) Encuesta a las personas sin hogar. 19 de octubre de 2022. https://www.ine.es/prensa/epsh_2022.pdf
- Kansteiner, Fraiser; Becker, Zoey; Liu, Angus; Sagonowsky, Eric and Dunleavy, Kevin. Most expensive drugs in the US in 2023. Fierce Pharma, May 22, 2023. https://www.fiercepharma.com/special-reports/priciest-drugs-2023?utm_medium=email&utm_source=nl&utm_campaign=LS-NL-FiercePharma+Tracker&oly_enc_id=7565F2038334A2B
- Lamata, Fernando El copago quiebra el principio de solidaridad: hace que paguemos dos veces, con los impuestos y en el momento del uso. Blog de Fernando Lamata, 10 de febrero de 2017 https://fernandolamata.blogspot.com/2017/02/el-copago-quiebra-el-principio-de_10.html
- Lamata, Fernando Fijación de precios y acceso justo al medicamento: ¿Hablamos de Derechos Humanos o de negocio? Vol. 27 Extraordinario XXVI Congreso 2017. Ponencias
- Llano, Juan Carlos. La desigualdad en la salud. EAPN España, 2019. https://www.eapn.es/ARCHIVO/documentos/noticias/1568024450_informe-pobreza-y-salud-vf.pdf
- Luchetti, Marco, Global Health and the 10/90 gap BJMP 2014;7(4):a731
- Marselis D, Hordijk L. From blockbuster to “nichebuster”: how a flawed legislation helped create a new profit model for the drug industry. BMJ. 2020;370:m2983. doi:10.1136/bmj.m2983
- Médicos del Mundo, Informe de barreras al Sistema nacional de Salud en poblaciones vulnerabilizadas. 2022. <https://www.medicosdelmundo.org/actualidad-y-publicaciones/publicaciones/informe-de-barreras-al-sistema-nacional-de-salud-en>
- Ministerio de Hacienda y Función Pública. Indicadores sobre gasto farmacéutico y sanitario. 2023. <https://www.hacienda.gob.es/es-ES/CDI/Paginas/EstabilidadPresupuestaria/InformacionAAPPs/Indicadores-sobre-Gasto-Farmac%C3%A9utico-y-Sanitario.aspx>

- Ministerio de Sanidad Documento informativo sobre la financiación y fijación de precio de los medicamentos en España. Mayo 2022 https://www.sanidad.gob.es/areas/farmacia/precios/docs/20220526_Doc_Infor_Financiacion_Med_Esp.pdf
- Ministerio de Sanidad Aportación al pago de medicamentos por receta en el SNS. 2022. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanS-NS/pdf/15.02.2022_aportacion_al_pago_medicamentos_por_receta_SNS.pdf
- Ministerio de Sanidad. Estadística de gasto sanitario público 2021. Edición marzo 2023. <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>
- Moon S, Vieira M, Ruiz AA, Navarro D. New business models for pharmaceutical research and development as a global public good: considerations for the WHO European Region. Oslo Medicines Initiative technical report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/361752/9789289058124-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pedrique B, Strub-Wourgaft N, Some C, Olliaro P, Trouiller P, Ford N, Pécoul B, Bradol JH. The drug and vaccine landscape for neglected diseases (2000-11): a systematic assessment. Lancet Glob Health. 2013 Dec;1(6):e371-9. doi: 10.1016/S2214-109X(13)70078-0. Epub 2013 Oct 24. PMID: 25104602. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25104602/>
- Proyecto de Ley 121/000110 Proyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud 24 de junio de 2022 https://www.congreso.es/public_oficiales/L14/CONG/BOCG/A/BOCG-14-A-110-1.PDF
- Puigventós Latorre, Francesc. Mapa de actores: Medicamentos y su regulación: procedimientos de autorización y asignación de precios. Médicos del Mundo, 2023 <https://www.medicosdelmundo.org/actualidad-y-publicaciones/publicaciones/mapa-de-actores-medicamentos-y-su-regulacion-procedimientos>
- Reddon H, et al. Experiencing homelessness and progression through the HIV cascade of care among people who use drugs. AIDS. 2023 Jul 15;37(9):1431-1440
- Rubio-Valera M et al. Who suffers from pharmaceutical poverty and what are their needs? Evidence from a Spanish region, Frontiers in Pharmacology, vol.12, 2021
- Sanders, David. Gobernanza de la Salud Global. La OMS y perspectivas para su nuevo Director General. Cooperasalud, 2017 <https://www.cooperasalud.org/monografias/gobernanza-de-la-salud-global>
- World Health Organization (WHO) Europe. Medicines reimbursement policies in Europe. 2018 <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289053365>
- World Health Organization (WHO) Europe. ¿Se puede permitir la gente pagar por la atención sanitaria? 2021 <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/347895/WHO-EURO-2021-3996-43755-61568-spa.pdf?sequence=1>

www.medicosdelmundo.org



¿TIENES TARJETA SANITARIA?

**RECLAMA TU
DERECHO
A LA SALUD**





AGENDA
2030

