

Impulsado por



Cofinanciado por



Colaboran



I Congreso Internacional Accesibilidad a los sistemas públicos de salud

Libro de Actas



6 Y 7 DE OCTUBRE DE 2022

**UNIVERSIDAD DE VALLADOLID,
AULA MAGNA, EDIFICIO CIENCIAS DE LA SALUD**

Impulsado por



Cofinanciado por



Colaboran



ISBN: 978-84-09-47130-0

AUTORÍA:

M^a José Castro, José M^a Jiménez, María López,
José Javier Castrodeza, Verónica Olmedo, Teresa del Álamo,
Cristina Arcas Noguera, Ana Martins, Pedro Campuzano,
Laura Pérez, Wladimir Morante, Consuelo Giménez,
Susana Vicente, Elena Izquierdo.

DISEÑO Y MAQUETACIÓN:

Alberto Sernández

Somos una asociación que se proyecta a la sociedad como una ONG de Cooperación Internacional en el sector de la salud; y también se nos conoce por nuestras acciones y solidaridad con los grupos y colectivos que, en nuestro entorno inmediato, se están quedando al margen de una respuesta médico-social sistémica y digna.

Pero –qué duda cabe– para el desarrollo efectivo de las acciones es necesario el conocimiento, la reflexión, el pensamiento, el análisis compartido, la escucha de quienes trabajan por lo mismo desde espacios distintos: esto es lo que hemos querido hacer, estos días 6 y 7 de octubre en Valladolid, en el I Congreso Internacional sobre Accesibilidad a los Sistemas Públicos de Salud.

Ha sido un foro especialmente centrado en la salud como derecho fundamental, como condición necesaria para la vida en libertad y dignidad, con la perspectiva de que la buena **salud** es un potente factor que contribuye al desarrollo humano, social y económico.

En ese sentido, hemos podido analizar cómo los sistemas públicos, bien financiados y consolidados, se convierten en instrumentos para la mejora de la salud individual y colectiva; pero también para construir sociedades más justas y equitativas en la medida que actúan como factor de redistribución de la riqueza.

En particular, en el Congreso hemos podido reflexionar y aprender sobre la importancia de la **accesibilidad** a los servicios sanitarios y a los cuidados y, especialmente, de la estrecha relación existente entre el nivel de accesibilidad según los diferentes modelos y *la fortaleza de los Sistemas de Salud*.

El Congreso ha mirado, obviamente, hacia el Sur porque en el Sur se ponen en evidencia las más graves desigualdades en salud –y en acceso a cuidados médicos en sentido amplio– y donde los precarios sistemas de salud presentan las mayores carencias y fragilidades.

Pero también se han analizado las barreras de acceso en nuestro contexto, las causas para que determinados grupos sociales y colectivos pongan, cada día, en entredicho atributos tan extendidos y renombrados como son la universalidad y la accesibilidad.

Por último, el Congreso no se ha olvidado de analizar los determinantes de la salud más allá de los propios sistemas sanitarios, abriendo tiempo y espacio para una reflexión intensa sobre aspectos relacionados con la educación, la alimentación, la higiene, los conflictos cruentos, en fin, los determinantes sociales en sentido amplio y la intersectorialidad pero, cómo no en este momento: el cambio climático y la relación esencial entre el ser humano y la Naturaleza.

Los derechos humanos, la justicia, la dignidad, la libertad, ..., se han podido encontrar con términos como gestión, organización sanitaria, barreras, personal de salud, financiación, modelos, ..., para mejorar el conocimiento y poder encontrar respuestas e iniciativas compartidas –desde y entre la sociedad civil y las sociedades profesionales– para la mejora y desarrollo de la salud de las personas.



Fotografía: Álvaro Sancha

La edición y publicación de este documento pretende, por un lado, dejar constancia del contenido y de las contribuciones que tantas personas han preparado para hacerlas confluir en tan corto espacio de tiempo, pero también esperamos que sirva como refuerzo para la memoria y como apoyo a los conocimientos adquiridos durante dos jornadas tan intensas.

José Fernández Díaz

Presidente de Médicos del Mundo España



COMITÉ CIENTÍFICO

M^a José Castro, Vicedecana de Internacionalización, Investigación e Innovación, Facultad de Enfermería, UVA.

José M^a Jiménez, Secretario académico, Facultad de Enfermería, UVA.

María López, Vicedecana de Ordenación Académica, Calidad y Estudiantes, Facultad de Enfermería, UVA.

José Javier Castrodeza, Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina UVA.

Verónica Olmedo, profesora asociada de la Facultad de Educación y Trabajo Social.

Teresa del Álamo, Secretaria Académica de la Facultad de Educación y Trabajo Social de la Universidad de Valladolid.

Cristina Arcas Noguera, Responsable del área de Salud, Salud Entre Culturas.

Ana Martins, Nefróloga en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid y miembro de la junta directiva de Médicos del Mundo en Castilla y León.

Pedro Campuzano, coordinador de programas, Departamento Programas Estatales y Autonómicos en Médicos del Mundo España.

Laura Pérez, técnica de proyectos sede Canarias, Médicos del Mundo España.

Wladimir Morante, coordinador sede Andalucía Médicos del Mundo España.

Consuelo Giménez, vocal de Gestión del Conocimiento y Comunicación de Médicos del Mundo, Profesora Titular de la Universidad de Alcalá.

Susana Vicente, coordinadora de la Unidad de Análisis y Mejora, Departamento Programas Estatales y Autonómicos en Médicos del Mundo España.

Elena Izquierdo, Secretaria de la Junta Autónoma de Médicos del Mundo en Castilla y León, Médico Internista en el Hospital Río Hortega, Valladolid (Sacyl).

ÍNDICE COMUNICACIONES ORALES

EJE TEMÁTICO: ACCESIBILIDAD EN ZONAS RURALES

APRENDIENDO DE LAS BUENAS PRÁCTICAS EN DESARROLLO RURAL Y PERSONAS MAYORES	8
--	---

EJE TEMÁTICO: ACCESIBILIDAD DE COLECTIVOS SOCIALMENTE VULNERABLES

CAPACITACIONES A PROFESIONALES Y FUTUROS/AS PROFESIONALES SOCIOSANITARIAS EN MATERIA DE DETERMINANTES SOCIALES PARA LA SALUD Y POBLACIÓN GITANA	10
BARRERAS Y FACILITADORES DE ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD DE LA POBLACIÓN MIGRANTE: LA EXPERIENCIA DE SALUD ENTRE CULTURAS	12
EL PROGRAMA TITANIA: ATENCIÓN SANITARIA A MUJERES EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD EN LA ISLA DE TENERIFE	14
CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES GITANAS RUMANAS DE GRANADA, UNA MIRADA DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES Y EL ENFOQUE DE GÉNERO AL DESARROLLO	16
ACCESO AL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD DE LAS PERSONAS NO AUTORIZADAS NI REGISTRADAS EN EL SISTEMA	18

EJE TEMÁTICO: ACCESIBILIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA POST-COVID

VACUNACIÓN COVID DE COLECTIVOS VULNERABLES EN EL MUNICIPIO DE MADRID, NO TODO EL MUNDO PUEDE LLEGAR AL CENTRO DE SALUD	20
ACCESIBILIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA TRAS LA COVID-19	22

EJE TEMÁTICO: ACCESIBILIDAD EN SISTEMAS DE SALUD FRÁGILES

CONTRIBUCIÓN A LA MEJORA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y SALUD MENTAL DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD EN LAS POBLACIONES MÁS VULNERABLES DE VENEZUELA	24
LAS LIMITACIONES EN EL ACCESO A LA SALUD AGRAVAN LA CONDICIÓN DE ENTORNO TORTURANTE EN FRONTERA SUR (MELILLA E ISLAS CANARIAS)	26



Percepción sobre la accesibilidad al Sistema Nacional de Salud de las personas con Distrofias Hereditarias de Retina de CyL desde el mundo rural	28
Diferencias de accesibilidad al sistema sanitario público en un medio urbano y uno rural en Zamora	29
Factores que condicionan la accesibilidad en Atención Primaria en el ámbito rural de Castilla y León	30
Vivir con enfermedad rara en la España vaciada en covid-19	31
La atención primaria como puerta de acceso al sistema público de salud en las víctimas de MGF	32
Exclusión sanitaria de población extranjera: La emergencia y la burocracia como instrumentos de racismo institucional	33
Derribando el muro de la exclusión sanitaria en la Comunidad de Madrid	34
Laboratorio de Equidad en Salud una propuesta de formación en Competencia Cultural para el cuidado y Objetivos de Desarrollo Sostenible dirigida a profesionales sociosanitarios	35
La perspectiva del acceso al sistema sanitario público de migrantes de nacionalidad colombiana que viven en Madrid	36
Falta de accesibilidad por desconocimiento	37
Asistencia personal en salud mental	38
La invisibilización de la tortura	39



Aprendiendo de las buenas prácticas en desarrollo rural y personas mayores

PONENTE: M. Nieves González Natal

Autores: M. Nieves González Natal, Paloma Burgos Diez, Luis Alberto Flores Pérez, M^a José Aragón Cabeza, Ana Marta García Martínez, Eva Vaquerizo Carpizo

Eje Temático: ACCESIBILIDAD EN ZONAS RURALES

INSTITUCIÓN: SERVICIO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN

Introducción

El envejecimiento de los pueblos hace buscar soluciones sostenibles que permitan mejorar la participación de las personas mayores que residen en ellos. Las experiencias recopiladas en el documento "Buenas prácticas en desarrollo rural y personas mayores" recoge vivencias que se han desarrollado con éxito y facilitan la calidad de vida de los mayores

Objetivos

Aprender de las dificultades que han surgido en la puesta en marcha de experiencias reales para determinar los puntos críticos en nuevos proyectos

Método

Se etiquetan las dificultades encontradas en los siguientes apartados: entorno desfavorable, rentabilidad, financiación, cambios en el proveedor del servicio, intereses del usuario, desconfianza, falta de formación, tramitación difícil.

Resultado

Las experiencias son una muestra de las actividades que no tiene que ser representativas de todas las actividades de desarrollo rural.

Se han recogido un total de 31 dificultades en las 17 experiencias, con una ratio de 1.82 dificultad/ experiencia.

Los problemas encontrados más relevantes son: financieros (25, 81%), cambios en el proveedor del servicio (19,35%), desconfianza de los usuarios (16,13%), falta de formación (16,13%), entorno desfavorable (9.68%).



Las soluciones planteadas son:

- La financiación se ha solucionado con la creación de entidades colaborativas, apoyos institucionales, compartir recursos, reajustar las actividades a la disponibilidad económica.
- Los proveedores dan continuidad con al menos un responsable de la experiencia, readaptándose de las circunstancias del momento.
- La desconfianza de los usuarios se consigue con información continua y mantenida de los participantes en la experiencia.
- La falta de formación se ha de contemplar tanto en el usuario del servicio como en el proveedor.
- El entorno desfavorable se consigue con la colaboración de entidades que comparten centros e instalaciones.

Conclusiones

Las buenas experiencias en entornos rurales nos definen los siguientes puntos críticos:

- La financiación debe recoger más de una entidad tanto pública como privada
- Los proveedores ofrecen formación, revisión de actividad y al menos un profesional con contrato de larga duración.
- La información de los usuarios debe ser continua y mantenida para reducir la desconfianza
- El compartir instalaciones y centros facilita la puesta en marcha.

Bibliografía

Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino (2010), "Buenas prácticas en desarrollo rural y personas mayores" disponible red (29-agosto-2022) en la URL: <http://www.mapa.es/es/desarrollo/develop.html>



Capacitaciones a profesionales y futuros/as profesionales sociosanitarias en materia de determinantes sociales para la salud y población gitana

PONENTES: Aitana De los Reyes Suárez, Psicóloga de Fakali

Autoría: Federación de Asociaciones de Mujeres Gitanas (FAKALI)

Eje Temático: ACCESIBILIDAD DE COLECTIVOS SOCIALMENTE VULNERABLES

INSTITUCIÓN: FAKALI ofrece formaciones a profesionales y futuros/as profesionales sociosanitarios/as en universidades y centros de salud que intervienen en zonas desfavorecidas identificadas (ZDI), y además propone convocatorias libres a nivel estatal.

Introducción

En el marco de las actuaciones y los objetivos que se proponen y enmarcan en la Estrategia Nacional para la Igualdad, Inclusión y Participación del Pueblo Gitano 2021-2030, se hace necesaria una formación a profesionales sociosanitarios en materia intercultural, ya que tal y como vemos en la Estrategia Nacional 2021-2030, "se buscará incrementar el número de actividades formativas y acciones de sensibilización a profesionales del ámbito sanitario sobre el enfoque de equidad (incluyendo género), la cultura gitana y las múltiples formas de discriminación que sufre este pueblo, buscando con ello reducir el antigitanismo y otras formas de discriminación hacia la población gitana en el ámbito de la salud. Asimismo, se promoverán estilos de vida saludables mediante acciones de alfabetización en salud, entornos saludables e intervenciones en Atención Primaria y Comunitaria".

Desde Fakali, con más de una década de experiencia llevando a cabo capacitaciones a profesionales sociosanitarios, hemos detectado que no se realiza una formación específica en interculturalidad hacia los agentes y futuros agentes de salud en su trayectoria educativa y profesional. Es por ello, que, en ocasiones, se producen discordias entre profesional-usuario/a lo que lleva finalmente a una desconfianza mutua, lo que desemboca en pérdidas de citas de seguimiento y especialista, manejo inefectivo del régimen terapéutico, etc.

Objetivos

OG.: Incrementar la competencia intercultural de las y los profesionales y/o futuros/as profesionales sociosanitarios/as.

OE1.: Romper estereotipos y prejuicios que existen en relación a la población gitana en riesgo de exclusión social para mejorar la eficiencia de la atención socio-sanitaria

OE2.: Informar/formar a los profesionales de la atención socio-sanitaria sobre la historia e idiosincrasia del pueblo gitano, como metodología para romper estereotipos y prejuicios.



Métodos

Se llevará a cabo una metodología didáctica para que los y las profesionales y futuros/as profesionales sociosanitarios/as adquieran herramientas y habilidades y, además, nos ofrezcan su feedback sobre sus propuestas de mejora de las sesiones, de manera que también nos compartan experiencias y situaciones que hayan vivido en su trabajo con población gitana inserta en zonas desfavorecidas. Asimismo, debido a las nuevas transformaciones digitales, estas sesiones se llevarán a cabo en formato online, de modo que facilitarían en gran medida la participación de los/as profesionales sociosanitarios/as.

Resultados

Indicadores de resultado

- N° de sesiones digitales dirigidas a profesionales y futuros/as profesionales
- N° de asistentes en cada sesión
- N° de profesionales y/o futuros/as profesionales encuestados

Conclusiones

El enfoque más completo, la necesidad, que consideramos primordial trabajar con los diferentes agentes sociales implicados es la "competencia intercultural desde una perspectiva de género", ya que no centra únicamente su atención en los cambios que debe realizar la comunidad gitana, sino también en las transformaciones sociales, institucionales y profesionales que deben desarrollarse para facilitar un constructivo encuentro intercultural. Además, siguiendo a la Estrategia Nacional para la Igualdad, Inclusión y Participación del Pueblo Gitano 2021-2030, nuestras sesiones van dirigidas al desarrollo integral de la mujer gitana.



Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud de la población migrante: La experiencia de salud entre culturas

PONENTE: Cristina Arcas Noguera

Autoría: Arcas Noguera, Cristina; Peña Ruiz, Ignacio; Corral Aller, Martina; Fall, Serigne; Boubekour, Leïla

Eje Temático: ACCESIBILIDAD DE COLECTIVOS SOCIALMENTE VULNERABLES

**INSTITUCIÓN: Salud Entre Culturas.
Unidad de Medicina Tropical Hospital Universitario Ramón y Cajal.**

Introducción

La población migrante que reside en España encuentra una serie de barreras a la hora de alcanzar la equidad en el cuidado de su salud. Esto es el reflejo de una desigualdad multifactorial -diferencias en el acceso a la atención, situación administrativa incierta, desconocimiento sobre derechos, estigma asociado, precariedad, creencias culturales y barreras idiomáticas-, que favorece la exclusión de este colectivo de los circuitos normativos de prevención, diagnóstico y educación para la salud.

Objetivos

Identificar elementos facilitadores del acceso a la atención de salud de la población migrante que reside en España a través de la experiencia de Salud Entre Culturas, proyecto iniciado por la Asociación para el Estudio de las Enfermedades Infecciosas (AEEI).

Métodos

Análisis de cinco programas dirigidos a población migrante, todos ellos adaptados cultural y lingüísticamente, ejecutados por Salud Entre Culturas en colaboración con otras ONG y asociaciones que constituyen un punto de referencia para personas migrantes.

(1) Nuevos Ciudadanos, Nuevos Pacientes (desde 2006)

- Educación para la salud en entorno comunitario.
- Formación en gestión de la diversidad cultural para a profesionales sociosanitarios.



(2) Enfermedades Silenciosas (desde 2014)

Abordaje de barreras al diagnóstico precoz y campañas de cribado de VIH, enfermedad de Chagas (EC) y drepanocitosis mediante intervenciones comunitarias.

(3) Creando Puentes (desde 2016)

- Servicio de Interpretación y Mediación Intercultural en centros sanitarios y actividades comunitarias.
- Formación de mediadores interculturales en lenguas de menor difusión.

(4) Salud Entre Mujeres (desde 2018). Espacio de aprendizaje en salud dirigido a mujeres migrantes.

(5) Psicología transcultural (desde 2018). Salud mental con perspectiva intercultural.

Resultados

Un total de N=34270 personas migrantes se han beneficiado de estos programas:

1. N=15370 asistieron a los talleres de educación para la salud.
2. N=2456 accedieron a pruebas de detección de EC con una prevalencia de infección por T. cruzi del 17.9 % (N=440). N=1131 accedieron a la prueba del VIH y N=86 al cribado de drepanocitosis.
3. N=14228 personas con barreras lingüísticas y culturales se han beneficiado del servicio de interpretación y mediación y N=78 se han formado como mediadores profesionales.
4. N= 670 mujeres asistieron a formaciones sobre salud y autocuidados.
5. N=251 han sido atendidas en el servicio de psicología transcultural.

Conclusiones

Salud Entre Culturas representa una iniciativa y un motor de acceso, formación y educación sanitaria. Así, el creciente número de participantes en sus cinco programas avalan que proyectos de esta naturaleza son más necesarios que nunca en una realidad en la que han aumentado las desigualdades sociales y las barreras de acceso al sistema sanitario, especialmente en el colectivo migrante.

Para asegurar un acceso equitativo a la atención de la salud de la población migrante se necesita:

- Contar con profesionales de la interpretación y la mediación intercultural en ámbito sanitario que acompañen a las personas con barreras lingüísticas y culturales.
- Trabajar en ámbito comunitario, poniendo al alcance de la población migrante asentada en España información sobre diversos temas relacionados con la salud a través de actividades educativas y de diagnóstico precoz.
- Colaborar en red entre entidades que trabajan con población migrante.
- Contar con profesionales con competencias culturales que comprendan y atiendan de manera equitativa a las personas que han pasado por un proceso migratorio.



El programa Titania: Atención sanitaria a mujeres en situación de vulnerabilidad en la isla de Tenerife

PONENTE: Gara Bourgon Rodríguez

Autoras: M^a Gara Bourgon Rodríguez, Raquel Peña Rodríguez, Félix González Meas, Ramón G. Pinto Plasencia

Eje Temático: ACCESIBILIDAD DE COLECTIVOS SOCIALMENTE VULNERABLES

INSTITUCIÓN: 1. Centro De Salud De Tacoronte. Atención Primaria De Tenerife. 2,3,4. Gerencia De Atención Primaria De Tenerife (GAPTF).

Introducción

La Organización Mundial de la Salud define la prostitución como toda "actividad en la que una persona intercambia servicios sexuales a cambio de dinero o cualquier otro bien" (OMS 1989). El ejercicio de esta actividad afecta directamente a la salud de las mujeres a todos los niveles; tanto físico, como psicológico como social. Sin embargo, a pesar de ello, muchas veces no acuden a los centros sanitarios, ya sea porque carecen de tarjeta sanitaria o bien, por temor a ser juzgadas.

Por otro lado, a pesar de las necesidades particulares de salud que presentan las personas con esta profesión, no existe un plan de atención especial para la asistencia sanitaria a este colectivo en la isla de Tenerife. Por ello, se decide iniciar el pilotaje de una consulta para atención a las mujeres que ejercen la prostitución, independiente de su procedencia, afiliación o situación legal en el país.

Objetivos

Objetivo principal:

Pilotar una consulta para ofrecer atención primaria en el ámbito de la salud sexual y reproductiva a las mujeres en situación de prostitución en la isla de Tenerife.

Objetivos específicos:

1. Vacunar del Virus de Papiloma Humano (HPV).
2. Detectar de forma precoz cáncer de cérvix.
3. Prevenir, detectar y tratar infecciones de transmisión sexual (ITS) y embarazos no deseados.
4. Promover la salud y el autocuidado
5. Crear vínculo de confianza con las usuarias.



Métodos

Propuesta a la GAPTF del pilotaje del proyecto obteniendo su aceptación y apoyo, realización de reuniones y creación de la colaboración con el Centro de Orientación y Promoción a la Mujer “La Casita” (Hermanas Oblatas) para la ubicación física de la consulta.

Localización y recogida de dosis de vacunas del HPV (Cervarix) de los diferentes centros de salud de la isla para la administración a las mujeres.

Gestión de altas provisionales para poder ofrecer asistencia sanitaria.

Resultados

Se ha realizado el pilotaje de la consulta durante un año (julio 2021-julio 2022). La asistencia se ha llevado a cabo de manera multidisciplinar y conjunta (matrona y enfermera), asegurando la continuidad de las profesionales para conseguir un vínculo de confianza con las usuarias. Tanto el personal como los recursos pertenecen al Servicio Canario de Salud (GAPTF), pero la ubicación física de la consulta, así como la gestión de las citas y la captación de las usuarias, se han realizado en “La Casita”.

Se han atendido un total de 71 mujeres. Las intervenciones realizadas han consistido en la vacunación del VPH, realización de citologías y analíticas que incluyen despistaje para infecciones de transmisión sexual, educación sanitaria y promoción de la salud.

Se ha logrado una gran aceptación por parte de las usuarias y se han asentado las bases para la ampliación del proyecto.

Conclusiones

Durante la experiencia y tras los resultados obtenidos, se ha evidenciado la necesidad de continuidad y ampliación del proyecto para poder llegar a más mujeres en situación de prostitución en la isla de Tenerife.



Características de las mujeres gitanas rumanas de Granada, una mirada desde los determinantes sociales y el enfoque de género al desarrollo

PONENTE: Tamara Rodríguez Pola

Autoras: Tamara Rodríguez Pola, Pablo Simón Lorda, Cristina Carrasco Pedrosa, María Dolores Hurtado González, Mariela Lucia Carvajal Sanjines.

Eje Temático: ACCESIBILIDAD DE COLECTIVOS SOCIALMENTE VULNERABLES

INSTITUCIÓN: Médicos del Mundo Andalucía en Granada.

Introducción

Desde el proyecto de mejora de la salud y la atención sanitaria de la comunidad rumana-gitana (ROM) de Granada y con el objetivo de contribuir a la construcción de un sector sionosanitario preparado para responder adecuadamente en el marco de los objetivos de desarrollo sostenibles, las voluntarias de MdM Granada hemos realizado una descripción de las mujeres gitanas rumanas de Granada, identificadas como colectivo de especial riesgo y vulnerabilidad, que encuadra las intervenciones realizadas en la comunidad ROM sobre la salud sexual y reproductiva desde la perspectiva de género.

Objetivos

1. Realizar una descripción de las desigualdades y situación de marginalidad de las mujeres Rroma de Granada.
2. Conocer la trayectoria de la mujer gitana rumana en relación con los sistemas de género, matrimonio, parentesco y fecundidad.
3. Describir y analizar las pautas de conducta y creencias respecto a los métodos de planificación familiar a través de una intervención desde el enfoque de género.

Método

Estudio cualitativo/ cuantitativo llevado a cabo por voluntarios de MdM Granada. La metodología utilizada para el abordaje de las intervenciones fue una metodología cualitativa desde la perspectiva etnográfica.



Resultados

Género: En la comunidad ROM de Granada, observamos que el papel de las mujeres en la gestión del núcleo familiar es clave pues son quienes desempeñan los roles tradicionales de cuidado de los hijos, preparación alimento, lavado de la ropa y demás tareas domésticas. A la pregunta de cuáles eran los atributos por los que se identifican como mujeres observamos que las respuestas fueron en relación a las características anatómicas y funcionales que de alguna manera atribuyen a las mujeres.

Edad: La comunidad gitana se trata de un colectivo joven, con una media de edad entre los 30-35 años y tasas de fertilidad elevadas. En relación a las actividades sobre temas de planificación familiar y uso de métodos anticonceptivos se observa en las entrevistas que ninguna de ellas utilizaba el preservativo pero aceptaron muestras ya que reconocieron que era importante “darlo a los jóvenes”.

Clase social: El acceso a la vivienda es sin lugar a dudas, un eje vertebral de la desigualdad de las familias Rroma rumanas en España y la principal causa de conflicto con los ciudadanos y autoridades españolas. Esto ha llevado a las familias a hacer un uso frecuente de la infravivienda (chabolas) en asentamientos ilegales donde viven en condiciones precarias. En relación a las mujeres, se observa un diferente uso de los espacios, un diferente uso del tiempo y una valoración de las actividades femeninas como actividades no retribuidas sin prestigio social.

Etnia y territorio: Es la tercera ola migratoria la que trajo a los países del Oeste de Europa una población romaní con características sociales, culturales y lingüísticas diferentes a las de la población gitana occidentalizada. Ahora, al estigma de la condición de “gitano” se añadirán otros estigmas como el de “extranjero”, “inmigrante”, “rumano” y en ese caso, el de “mujer”.

Conclusiones

La vulnerabilidad en salud se entiende como la desprotección de ciertos grupos poblacionales ante daños potenciales a su salud. En esta vulnerabilidad nos encontramos a las mujeres gitanas rumanas como eje vertebral sosteniendo el peso de los cinco ejes de desigualdad a sus espaldas: Desigualdad por clase social, por género, por edad, por etnia y por territorio, constituyendo un obstáculo para la equidad.

Bibliografía

- Médicos del Mundo. Proyecto Rroma. Propuesta de creación de un Grupo Temático sobre trabajo con personas TdD Rumano- Gitanas (Rroma del Este) , Informe técnico, mayo 2022.
- Bergeron C, Lagunas D, Torres F, Gitanos Rumanos en España. Trayectorias de vida, estrategias y políticas publicadas. Tirant Humanidades, Valencia 2021.
- Hanssens LG, Devisch I, Lobbestael J, Cottenie B, Willen S. Accessible health care for Roma: a gypsy´s tale a qualitative in-depth study of access to health care for Roma in Ghent. International Journal for Equity in Health. 2016;15:38. DOI 10.1186/s12939-016-0327-7



Acceso al sistema público de salud de las personas no autorizadas ni registradas en el sistema

PONENTES: Patricia García Barriuso y Purificación Mínguez Aguado

Autoras: Mínguez Aguado, P; García Barriuso, P; Martín Arranz, M.V

Eje Temático: ACCESIBILIDAD DE COLECTIVOS SOCIALMENTE VULNERABLES

INSTITUCIÓN: SACYL. Área de Salud Valladolid Este. Trabajo Social.

Resumen

Las personas no autorizadas ni registradas en el sistema como residentes en el Estado Español inicialmente se encuentran en una situación de desventaja para recibir atención sanitaria. Se trata de un colectivo que con frecuencia cuenta con escasos recursos económicos y poco o inexistente apoyo familiar, por lo que no pueden hacer frente al pago de un seguro de salud privado. Además, las condiciones exigidas para acceder al Convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de asegurados ni beneficiarios del SNS (empadronamiento superior a un año y pago de una cuota mensual por persona), son de muy difícil cumplimiento para ellos.

Con la finalidad de facilitar el acceso a la salud de estas personas y contribuir a la salud colectiva de toda la población, se desarrolla el Real Decreto Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud (1), así como otras normativas autonómicas.

En el caso concreto de Castilla y León, la Gerencia Regional de Salud, a través de la Resolución de su Director Gerente de 12 de junio de 2018, aprobó el Programa asistencial de carácter social para la población extranjera en situación administrativa irregular residente en la comunidad de Castilla y León y con recursos económicos insuficientes. Éste establece que el procedimiento se inicia en el Centro de salud correspondiente al domicilio del interesado.

El objetivo de la Comunicación es incidir en las actuaciones del sistema, el rol del trabajador social y propuestas de mejora del procedimiento.

Para ello, se estudiará la normativa estatal y el procedimiento autonómico (2), revisando el número de tarjetas asignadas a este colectivo en el Área de Salud de Valladolid Este y analizando las dificultades de gestión encontradas para su tramitación.



De los resultados de dicho análisis extraeremos como conclusión las posibles mejoras del procedimiento desde el prisma del Trabajo Social, para ofrecer una atención de mayor calidad a los ciudadanos, garantizando el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria, en las mismas condiciones, a todas las personas que se encuentren en el Estado Español, en concreto a los residentes en nuestro Área de Salud.

Bibliografía

1. Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud.
2. Resolución del Director Gerente de la Gerencia Regional de Salud de 12 de junio de 2018, por la que se aprueba el Programa asistencial de carácter social para la población extranjera en situación administrativa irregular residente en la comunidad de Castilla y León y con recursos económicos insuficientes



Vacunación COVID de colectivos vulnerables en el Municipio de Madrid, no todo el mundo puede llegar al centro de salud

PONENTE: Santiago Cerda Suárez

Autoras: Santiago Cerdá Suárez, Borja Velasco Zamorano, Carmen Ramos Martín, Dolores Rivas Hernández, Ana L. Zamora Sarabia, Fátima Cortés Fernández

Eje Temático: ACCESIBILIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA POST-COVID

INSTITUCIÓN: Subdirección general de prevención y promoción de la salud del Ayuntamiento de Madrid

Introducción

La COVID-19 no ha afectado a toda la sociedad por igual y la vacunación tampoco fue igual. En Madrid hay colectivos más vulnerables por condiciones sociales, de vida, que les impiden acceder a los recursos de protección y prevención de la población general. Carecer de tarjeta sanitaria, idioma, irregularidad administrativa, aislamiento social y otras, hacen que sea muy difícil la información o acceso en condiciones de igualdad a recursos sanitarios normalizados como centros de salud o dispositivos de vacunación masiva (Zendal o Wizink center).

El Organismo Autónomo Madrid Salud del Ayuntamiento de Madrid trabaja en prevención y promoción de la salud, las desigualdades sociales en salud son uno de los ejes principales de actuación y tiene 17 Centros municipales de salud comunitaria (CMSc) que habitualmente trabajan con entidades locales para mejorar la salud de la población más vulnerable de cada distrito.

Objetivos

Identificar colectivos que pudieran quedarse sin vacunación COVID por dificultades de acceso a puntos de vacunación generales y establecer un plan de vacunación especial para garantizarles la vacunación COVID en condiciones de equidad.



Métodos

- Establecer criterios de vulnerabilidad para acceso a vacunación COVID
- Localizar esos colectivos en cada distrito
- Identificar y localizar entidades que podrían ayudarnos a contactar con esos colectivos
- Establecer un plan de vacunación personalizado acordando con entidades y personas la forma de citación, horarios, lugar, etc, según características de los diferentes colectivos.
- Cada CMSc tenía un plan de vacunación diferente y en ocasiones se vacunó en la calle (Personas sin hogar), en el CMSc facilitando horarios flexibles sin cita previa, en las sedes de las entidades (personas usuarias de drogas, familias residentes en poblados marginales, comedores, albergues, dispositivos de solicitantes de asilo, etc). En resumen, el CMSc de cada distrito se adaptó a las necesidades de sus colectivos vulnerables, apoyándose en entidades locales para localizar, captar y garantizar que pudieran protegerse contra la COVID-19 en igualdad de oportunidades.
- Cuando se detectaron barreras idiomáticas o culturales se colaboró con mediadores interculturales

Resultados

Se vacunó a 10.800 personas entre mayo y diciembre de 2021. Para ello se colaboró de forma estrecha y coordinada con 194 entidades diferentes.

Entre los colectivos vacunados están:

- Personas y familias sin hogar
- Víctimas de violencia de género en acogida
- Jóvenes extutelados
- Personas usuarias de comedores sociales, despensas o bancos de alimentos
- Personas con adicciones
- Familias de Cañada Real con dificultades de movilidad
- Personas víctimas de trata o en situación de prostitución
- Personas sin tarjeta sanitaria
- Familiares ascendientes de ciudadanos comunitarios
- Comunidad china y bangladesí con dificultades idiomáticas
- Personas solicitantes de asilo

Conclusiones

- Puede parecer que el número de personas vacunadas por nuestros dispositivos no es muy elevado para Madrid, pero se ha llegado a personas que, según expresaban ellas y las entidades, no habrían accedido por sus medios a la vacunación COVID en los centros habilitados para población general.
- Se han identificado determinantes que dificultan el acceso a intervenciones sanitarias, como son determinantes culturales, temporales, infraestructurales, idiomáticos, etc.
- La intervención se pudo realizar gracias al conocimiento previo del territorio y la existencia de redes y relaciones comunitarias que permitieron la localización y acceso a la población identificada.
- El análisis de esta intervención permitirá elaborar protocolos de actuación que puedan aplicarse en intervenciones o situaciones de crisis sanitaria similares.



Accesibilidad en Atención Primaria en España tras la COVID-19

PONENTES: Jose Antonio Iglesias Guerra, María Alicia Camina Martín, Alicia Rodríguez-Vilariño Pastor

Autoría: Dr. D. José Antonio Iglesias Guerra, Profesor. Dra. Dña. María Alicia Camina Martín, Profesora. Dña. Alicia Rodríguez-Vilariño Pastor, Profesora.

Eje Temático: ACCESIBILIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA POST-COVID

INSTITUCIÓN: Escuela Universitaria de Enfermería de Palencia (Adscrita a la UVa)

Introducción

La esencia de la Atención Primaria (A.P.) se basa en cuatro parámetros: accesibilidad, longitudinalidad, integralidad y coordinación, que consiguen mejorar la eficiencia del sistema sanitario, los resultados en salud y a reducir las desigualdades¹.

La red asistencial del SNS cuenta con 3.051 centros de salud y 10.045 consultorios locales. Desde el año 2004 se ha producido un incremento en el número de centros de salud y una disminución de los consultorios locales. Además, desde la crisis económica de 2008, la contención del gasto sanitario público afectó de manera más acusada a A.P. que a la atención hospitalaria.

Tras la pandemia de la COVID-19, en muchas comunidades autónomas la A.P. ha quedado debilitada, sobre todo en las de mayor dispersión geográfica, que genera problemas en la atención, particularmente en cuanto a la inaccesibilidad a determinadas prestaciones².

Hay que plantearse qué medidas pueden facilitar el acceso a los servicios de A.P., pues es condición necesaria, aunque no suficiente, para mejorar los resultados en salud.

Objetivos

Valorar la accesibilidad de la A.P. en España tras la COVID-19.

Identificar si hay grupos poblacionales con mayores dificultades de accesibilidad a la A.P.

Métodos

Para responder a la cuestión. ¿se ha visto afectada la accesibilidad a la A. P. en el ámbito rural tras la pandemia?, se realizó una revisión bibliográfica no sistemática con un protocolo explícito de artículos publicados en bases de datos en los últimos 2 años en castellano e inglés.

Se obtuvieron 76 resultados de los que 14 fueron útiles.



Resultados

La accesibilidad a la A.P. es desigual en las ciudades y poblaciones. Se ha demostrado la imposibilidad de dar acceso a tratamientos y despistaje necesarios por el agotamiento de los recursos y la saturación de los equipos de A.P. En 2019 el 42% de los pacientes de A.P. era atendido en 24-48h y el resto esperaba 5,8 días de media. En 2021, estas cifras fueron del 26% y 10,8 días como media, respectivamente. Esta situación determina dinámicas de trabajo que difieren respecto de la prepandemia³.

Los factores más relevantes que han comprometido la accesibilidad a la A.P. han sido el constante cambio de protocolos y de procedimientos como las bajas laborales, o la demora asistencial de casos COVID y otras patologías, especialmente las crónicas; y las dificultades en la atención telemática para con una población y profesionales no habituados⁴.

Los efectos de los problemas de accesibilidad son más evidentes en mujeres, personas con menor nivel educativo y peor estado de salud; siendo estos especialmente pronunciados en grupos de riesgo o en situaciones vulnerables⁵

Esto ha contribuido a que la población tenga actualmente una percepción más negativa de la A.P. que antes de la pandemia, y hoy es un reto que requiere adaptaciones estructurales y organizativas, de las competencias profesionales, y una recuperación de los recursos.

La principal limitación de esta revisión es la variabilidad de la metodología empleada en los artículos.

Conclusiones

La accesibilidad a la A.P. se ha visto mermada tras la pandemia. Es necesario invertir esfuerzos para mejorar la accesibilidad a la A.P., lo que redundará en su capacidad resolutoria. Proponemos:

- Crear un observatorio en todas las Comunidades Autónomas para evaluar la accesibilidad, y configurar un plan de mejora.
- Mapeo y análisis de la red de recursos, detectando su disponibilidad y accesibilidad.
- Asegurar la accesibilidad a los centros de A.P. mediante un sistema mixto de atención presencial y telemático, y con circuito y un sistema eficaz de triaje y atención telemática.
- Proporcionar información clara sobre el funcionamiento de los centros de A.P.
- Aumento, optimización y fidelización de recursos humanos.

Bibliografía

1. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-21. Informes, estudios e investigación 2022. Ministerio de Sanidad. (Publicado el 19 de abril de 2022). [Consultado: 9 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>
2. Riesgo de exclusión social y políticas sociales en Aragón y Castilla y León. Salvadora Titos Gil y Elisa Esteban Carbonell, en VIII Congreso de la Red Española de Política Social (REPS) REPS 2021 Bilbao. Cuidar la vida, garantizar la inclusión, convivir en diversidad: consensos y retos Actas de Congreso: ISBN - 978-84-1319-369-4. [Consultado: 14 de junio de 2022]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8378905>
3. Tranche Iparraguirre S, Martín Álvarez R, Párraga Martínez I. El reto de la pandemia de la COVID-19 para la Atención Primaria. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2021[Consultado: 6 de julio de 2022];14(2): 85-92. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2021000200008&lng=es.
4. Coll Benejam T, Palacio Lapuente J, Añel Rodríguez R, Gens Barbera M, Jurado Balbuena J.J., Perelló Bratescu A. Organización de la Atención Primaria en tiempos de pandemia. At Primaria. 2021 Dic [Consultado: 8 de julio de 2022];53 (Suplemento 1):102209. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102209>.
5. Fiol de Roque MA, Serrano-Ripol MJ, Gens-Barberà M, Sánchez E, Mayer MA, et al. Impacto de la pandemia de COVID-19 en la seguridad del paciente percibida por los pacientes en Atención Primaria [Impact of the COVID-19 pandemic on patient-reported patient safety in Primary Care]. Aten Primaria. 2021 Dec; [Consultado: 9 de junio de 2022]. 53 Suppl 1(S1):102222. Spanish. Disponible en: <https://doi:10.1016/j.aprim.2021.102222>.



Contribución a la mejora de la Atención Primaria de Salud, Salud Sexual y Reproductiva y Salud Mental del sistema público de salud en las poblaciones más vulnerables de Venezuela

PONENTE: Víctor Quesada-Cubo

Autoría: Víctor Quesada-Cubo y Andrey Escalona-Moncada en representación del Equipo Médicos del Mundo España en Venezuela

Eje Temático: ACCESIBILIDAD EN SISTEMAS DE SALUD FRÁGILES

INSTITUCIÓN: Médicos del Mundo España en Venezuela

Introducción

Venezuela atraviesa una crisis humanitaria, producto de la inestabilidad económica, política y social, provocando un proceso de hiperinflación que en el año 2018 alcanzó su pico histórico con un 130.000 %. Estos hechos han provocado un exponencial aumento en los niveles de inseguridad, escasez de alimentos y un deterioro masivo de la infraestructura pública, especialmente acentuada en el ámbito de la salud, a lo que se ha sumado desde el año 2020 la pandemia COVID-19. Esta situación ha provocado que millones de venezolanos han decidido dejar el país, cifra que según la ONU se ubica en más de 6.8 millones de personas, según datos de agosto 2022. Los principales retos del sistema sanitario radican en la escasez de personal sanitario en el Sistema Público (90% de médicos especialistas han salido del país), infraestructura de salud insuficiente y deteriorada, así como inexistencia generalizada de medicamentos e insumos.

Objetivos

Realizar un análisis de la actividad sanitaria apoyada e implementada por Médicos del Mundo (MmM) España en Venezuela.

Métodos

Se trata de un estudio observacional, tipo descriptivo, retrospectivo de los pacientes atendidos por MmM en Venezuela y de las actividades sanitarias apoyadas directa e indirectamente por el proyecto entre el septiembre 2020 a febrero 2022.



Resultados

Se atendieron un total de 49.000 beneficiarios, correspondiéndose el 39% a mujeres entre 20-64 años de edad, el 30% mujeres y hombres mayores a 64 años y el resto niños niñas y adolescentes.

Destacar que 9.000 (18%) beneficiarios se encontraban en situación de migración principalmente en el estado Táchira y 980 (2%) de los beneficiarios se asistieron en comunidades indígenas.

Las enfermedades más frecuentes fueron las respiratorias con el 18% (incluido la COVID 19), patologías osteomusculares lesiones en piel y heridas varias (17%), enfermedades no transmisibles como la diabetes y la HTA (13%) y enfermedades relacionadas al aparato digestivo (11%).

En relación a la Salud Sexual y Reproductiva, los métodos de planificación familiar representaron el 37%, seguido de las consultas, enfermedades del tracto urinario (24%), enfermedades relacionadas a las mamas (19%) y las Infecciones de Transmisión Sexual con el (8%).

En el área de Salud Mental y Apoyo psicosocial, los motivos de consulta más frecuentes fueron ansiedad (28%), problemas intrafamiliares (23%) y depresión (8%).

Fueron entregados más de 600.000 unidades de medicamentos y 26.000 insumos médicos.

Conclusiones

El análisis de los datos registrados durante las actividades, permitió ejecutar de manera más eficiente la intervención hecha por MdM al optimizar la gestión de farmacia, así como se pudo identificar las morbilidades más recurrentes y grupos vulnerables.

Se identificó a las mujeres entre 18 y 49 años y adultos mayores a 64 años como la población más vulnerable, así como a diversas comunidades indígenas en el estado Apure. Se ha podido constatar además que los principales hospitales tienen carencias importantes no solo en medicamentos e insumos sino en servicios tales como laboratorio y radiología.

El análisis de los datos registrados durante las actividades, permite evidenciar, las carencias que se mantienen en el sistema de salud, y que las poblaciones vulnerables que accedieron a las actividades de implementación de MdM principalmente poblaciones en situación de movilidad, mujeres y hombres mayores de 60 años, los cuales, no han podido acceder a los servicios de APS, SSR y SMAPS del sistema de salud público, ameritando el apoyo de MdM, para acceder a los mismos.

Bibliografía

1. Venezuela (Bolivarian Republic of) | ReliefWeb [Internet]. [citado 30 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://reliefweb.int/country/ven>
2. M GG. La crisis del Sistema de Salud en Venezuela. *Salus*. 2018;22(1):6-7.
3. Poderopedia. Salario mínimo venezolano: una panorámica de 1999 a 2022 [Internet]. Poderopedia Venezuela. 2022 [citado 30 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://poderopediave.org/salario-minimo-venezolano-una-panoramica-de-1999-a-2019/>
4. ACNUR - Situación de Venezuela [Internet]. [citado 30 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.acnur.org/situacion-en-venezuela.html>



Las limitaciones en el acceso a la salud agravan la condición de entorno torturante en Frontera Sur (Melilla e Islas Canarias)

PONENTE: Paula de la Fuente García

Autoría: Paula de la Fuente García, Andrea Galán Santamarina, Gabriela López Neyra, Pau Pérez Sales.

Eje Temático: ACCESIBILIDAD EN SISTEMAS DE SALUD FRÁGILES

INSTITUCIÓN: SIRA – Centro de Atención a Víctimas de Malos Tratos y Tortura.

Introducción

La migración es en la actualidad una prioridad global. La acogida en el territorio es un elemento de gran importancia para la reparación y rehabilitación del estado físico y psíquico de las personas migrantes, conllevando esto una gran responsabilidad por parte de los estados de acogida.

En el marco de la investigación realizada para la construcción del Informe “El limbo de la Frontera. Impactos de las condiciones de acogida en Frontera Sur española” (1), el cual evalúa las condiciones de acogida de la frontera sur española, en Melilla y Canarias, y el impacto que éstas provocan en las personas migrantes, desde una perspectiva psicosocial y transcultural, se han recogido datos de acceso a asistencia sanitaria y condiciones de salubridad de los diferentes espacios de acogida.

Este trabajo se engloba bajo el marco teórico de los denominados entornos torturantes, y a través de la aplicación de la Escala de Entornos de Tortura (TES, por sus siglas en inglés)(2). Teniendo en cuenta la definición de tortura (R), desde la óptica de los entornos torturantes, se pone el foco en el análisis de aquellos espacios en los que se dan condiciones que quizás, tomadas una a una, no serían consideradas como malos tratos o Tortura, sino a lo sumo, formas de trato inhumano o degradante. Ahora bien, el conjunto de estas condiciones actuando de manera acumulativa y combinada, sí reúnen los criterios recogidos en la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes.

Tanto los ataques correspondientes a las necesidades básicas del ser humano, como las limitaciones en el acceso a la atención sanitaria, se engloban dentro de la evaluación de la TES, y en el contexto de este estudio, buscan medir el impacto sobre la condición de entorno torturante en Frontera Sur.



Objetivos

1. Analizar las condiciones de vida y el acceso a la salud de las personas acogidas en la Frontera Sur española.
2. Comprobar si los ataques a las necesidades básicas y las limitaciones del acceso a la asistencia sanitaria, de manera acumulada junto al resto de las condiciones de acogida, podrían corresponder, parcial o completamente a un entorno de tortura, conforme al marco teórico que define este concepto.

Métodos

Estudio con metodología mixta combinando **entrevistas semi-estructuradas con escalas y medidas cuantitativas, y entrevistas en profundidad**, con perspectiva psicosocial y transcultural (110 personas, seleccionadas mediante el método de muestreo de conveniencia, estratificado en base a las nacionalidades y a las edades de los residentes en los diferentes campamentos y dispositivos).

Resultados

En relación a la atención sanitaria, un **73.6%** de las personas entrevistadas necesitaron **atención sanitaria** durante su estancia en los centros de acogida en **Melilla**. De ellas, **el 52.8% la evalúa insuficiente o muy insuficiente**, por la lista de espera, la brevedad de la atención o en ocasiones la falta de conocimiento de la persona que les atendió.

En cuanto a las Islas Canarias, un **78.9%** de las personas entrevistadas requirieron algún tipo de **atención médica** en los campamentos. De estas, el **71.1%** consideró que la atención recibida fue insuficiente o muy insuficiente debido principalmente al tiempo de espera hasta haber recibido la atención (40.4%), así como a no haber recibido el tratamiento recomendado y tener dificultades para conseguirlas (36.8%). Así mismo se describen situaciones de atención deficitaria por parte del personal sanitario (24.6%).

La mayoría de los entrevistados (91,3%) afirmaron que **los dispositivos de acogida no cumplen los requisitos mínimos de habitabilidad**.

Conclusiones

- La falta de salubridad, el ataque constante a las necesidades básicas del ser humano y la limitación al acceso de atención sanitaria integral y de calidad, agravan el condicionante de Entorno de Tortura de los dispositivos de acogida en Frontera Sur española.
- En la mayoría de las ocasiones las personas migrantes van a sufrir los aspectos más negativos de los determinantes sociales de la salud en los países de acogida, teniendo estos un impacto negativo sobre su salud tanto individual como colectiva, y se van a ver privados del disfrute íntegro del Derecho al Acceso Universal a la Salud.

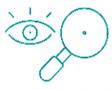
Bibliografía

1. Grupo de Acción Comunitaria. Informe "El limbo de la Frontera. Impactos de las condiciones de acogida en Frontera Sur española". Enero 2022. Disponible en <http://www.psicosocial.net/sira/investigacion/>
2. Pérez-Sales, P. Tortura psicológica: definición, evaluación y medidas. 2016. Ed. Desclée De Brouwer. Bilbao.
3. Art 1. Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, 1984 (entrada en vigor 1987). ACNUDH.



Percepción sobre la accesibilidad al Sistema Nacional de Salud de las personas con Distrofias Hereditarias de Retina de CyL desde el mundo rural

INTRODUCCIÓN



La Organización Mundial de la Salud considera el lugar de residencia como un **determinante social** importante de muchas afecciones oculares. Las dificultades en el acceso a los servicios sanitarios de las personas residentes en zonas rurales pueden considerarse un **indicador de desigualdad** que se acentúa cuando la persona padece **Distrofia Hereditaria de Retina**.

OBJETIVOS

- Conocer las dificultades que las personas con Distrofias Hereditarias de Retina deben superar para acceder al sistema de salud.
- Identificar las inequidades en la provisión de atención y de servicios que afectan a la población rural en general, y a las personas con Distrofia Hereditaria de Retina en particular.



METODOLOGÍA

Estudio de carácter mixto (cuantitativo y cualitativo)
Criterios de inclusión: Todas las personas afectadas de distrofia hereditaria de retina residentes en zonas rurales de Castilla y León.
Criterios de exclusión: El resto de personas con patología visual.
Herramientas: Entrevistas semiestructuradas y encuesta validada para conocer el perfil sociodemográfico de personas con enfermedad rara visual, su acceso al diagnóstico, y uso de recursos sanitarios y psicosociales.

RESULTADOS

Elementos que facilitan y obstaculizan la accesibilidad a los servicios sanitarios:

- La frecuencia en el seguimiento sanitario
- El tiempo invertido para llegar a las consultas
- La existencia de medio de transporte accesible
- La disponibilidad de medios económicos
- Red de apoyo social



CONCLUSIÓN

Tras analizar la percepción de los participantes en el estudio sobre los elementos que facilitan y obstaculizan la accesibilidad a los servicios sanitarios para cuidar su salud visual, se concluye que dichos elementos influyen significativamente en la atención sanitaria recibida y que requieren intervenciones efectivas para superar las inequidades existentes.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tolosana ES, Serrano JO. La percepción local del acceso a los servicios de salud en las áreas rurales. El caso del pirineo navarro. An Sis San Navarra. 2021;44(2):185-94.
2. Orcao AIE, Cornago CD. Accesibilidad geográfica de la población rural a los servicios básicos de salud: estudio en la provincia de Teruel. Rev Estud sobre Despoblación y Desarrollo Rural [Internet]. 2003;Nº3(3):111-49. Disponible en: https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=en&user=W7PQjHYAAAAJ&citation_for_view=W7PQjHYAAAAJ;u-x6o8ySG0sC%5Cnhttp://www.ceddar.org/content/files/articulo/277_01_DT2004-3.pdf
3. Cto G. de Medicina y Cirugía. CTO 8va Ed. 2013;2(3):31-4.
4. Alloza Frutos M, González Díez V, Moral Benito E, Tello Casas P. El acceso a servicios en la España rural. Banco de España [Internet]. 2021; Disponible en: <https://repositorio.bde.es/handle/123456789/17531>
5. Peñalver-garcía DM. Diseño y validación de una encuesta para conocer el perfil sociodemográfico de personas con enfermedad rara visual, su acceso al diagnóstico y uso de recursos sanitarios y psicosociales. 2022;147-59.

Laura Pérez Maldonado, Trabajadora Social de Asociación Retina Castilla y León
Henar Pérez Curiel, Trabajadora Social de Hospital Clínico Universitario de Valladolid



Diferencias de accesibilidad al sistema sanitario público en un medio urbano y uno rural en Zamora

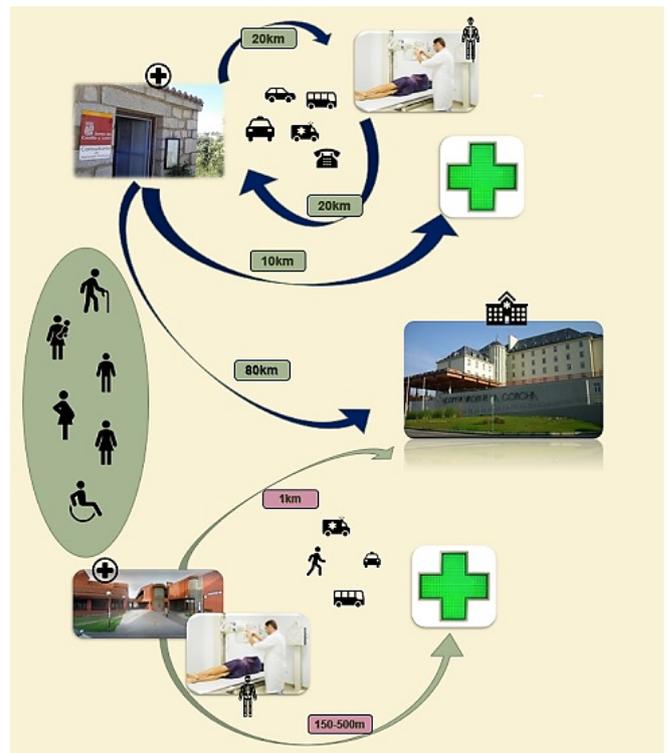
AUTORES: Yolanda González Pascual (1); Víctor Lemes Niz (2); Marina Bousquets Niño (2); Julia Álvarez Blanco (1).
 INSTITUCIÓN: Centro de Salud de Carballada (Mombuey, Zamora) (1); Hospital Virgen Concha (Zamora) (2).



OBJETIVOS: Valorar las diferencias encontradas en relación a la accesibilidad a los sistemas sanitarios públicos entre un medio urbano y uno rural en Zamora.

MÉTODO: *Experiencia personal como médica en un medio urbano y uno rural en Zamora.*

RESULTADOS:



CONCLUSIONES



Factores que condicionan la accesibilidad en Atención Primaria en el ámbito rural de Castilla y León

Valdadolid 2022, 4-7 de octubre

FACTORES QUE CONDICIONAN LA ACCESIBILIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA EN EL ÁMBITO RURAL DE CASTILLA Y LEÓN

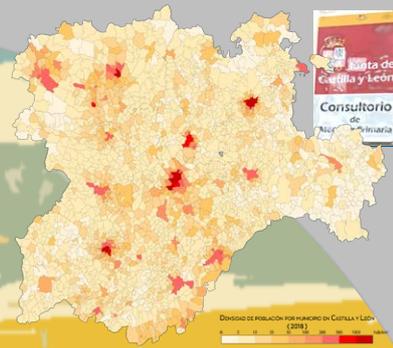
Elena Faulín Ramos, José Antonio Iglesias Guerra, Héctor Ruíz Rojo, Ana Rosario Martín Herranz, Eva Durántez de la Plaza y Elena Esther Llandres Rodríguez
Escuela Universitaria de Enfermería de Palencia

INTRODUCCIÓN

La orografía, la dispersión y el envejecimiento de la población en Castilla y León y la inadecuación de recursos e infraestructuras pueden ser unas de las causas de los desequilibrios entre la atención rural y urbana.

El 25,27% de la población de Castilla y León tiene 65 o más años. Los residentes en localidades de menos de 2.000 habitantes son el 21,63%.

La Atención Primaria castellanoleonesa está dotada con 247 centros de salud y 3.665 consultorios locales (el 93,69% de los dispositivos). En los últimos 15 años, la ratio de médicos de familia y de enfermeras ha disminuido un 1,20% y 1,13% respectivamente, y la cadencia de asistencia en los consultorios desciende.



Caracterizar los factores que condicionan la accesibilidad hacia la Atención Primaria en el ámbito rural

OBJETIVOS

Exponer propuestas de mejora

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica de artículos e informes técnicos de los últimos 5 años ante la pregunta: **¿qué factores condicionan la accesibilidad a Atención Primaria en el ámbito rural?**

Fuentes de información: bases de datos (PUBMED, SCOPUS Y WOS) y páginas web de referencia.

Términos lenguaje natural	DeCS	MeSH
Accesibilidad	Accesibilidad a los Servicios de Salud	Health Services Accessibility
Atención Primaria	Acceso a los Servicios de Salud	Access to Health Services
Zona rural	Disponibilidad de Servicios de Salud	Health Services Geographic Accessibility
Zona básica de salud rural	Atención Primaria de Salud	Health Services Availability
	Asistencia Primaria	Primary Health Care
		Primary Care
		Rural Nursing, Remote
		Rural Zones



Los factores condicionantes de la accesibilidad se relacionan con:

- La dotación de profesionales, la organización y la modalidad de atención, presencial o telefónica.
- Dificultades para cubrir plazas de profesionales, especialmente en el ámbito rural
- Factores individuales, familiares y la experiencia previa trabajando en el medio rural se asocian a mayor captación
- Factores organizativos y del contexto externo son determinantes en la retención
- El trabajo en red y el apoyo profesional inciden en ambas, captación y retención. El tipo de intervención empleada con más frecuencia para mejorarlas son los incentivos.
- Elementos relacionados con la organización como la asignación de recursos estructurales y humanos, incluyendo los puntos de atención continuada, ha reducido la accesibilidad de la población en el ámbito rural
- Otros factores como las posibilidades de desplazamiento de la población hasta los puntos de atención sanitaria y la "brecha digital", que tienen especial relevancia en el mundo rural de Castilla y León, especialmente entre las mujeres. Estos elementos pueden influir en que la satisfacción de la población, sobre todo con problemas crónicos, haya disminuido 1 punto en los últimos dos años en el caso de Atención Primaria.

PROPUESTAS DE MEJORA

- Potenciar la Atención Primaria asegurando servicios de proximidad, servicios, recursos materiales y humanos, en zonas escasamente pobladas
- Empoderar a los profesionales y a la población en la atención sanitaria
- Favorecer el envejecimiento saludable y activo de la población rural
- Mantener el acceso de forma presencial, pero incentivando y formando en el uso de las tecnologías informáticas y de comunicación.
- Dotar a los núcleos rurales de banda ancha simétrica.
- Integrar las redes de apoyo informal en las estructuras formales de atención sociosanitaria
- Establecer una red de transporte sanitario no urgente

Vivir con enfermedad rara en la España vaciada en COVID-19

M^a de los Ángeles Cavero Cavero* y Gerardo Perigali Otero*

(*Igual contribución y primera autoría compartida)

Objetivo. Dar voz a un colectivo invisibilizado, personas con enfermedades raras en la España vaciada durante la pandemia de COVID-19. Es la realidad actual, vista y vivida en pleno siglo XXI, en plena pandemia, a través de los ojos de sus protagonistas.

Métodos. Estudio descriptivo-observacional y demográfico del Bierzo de 2019 a 2022, que ha sido paradójicamente, tanto zona receptora de emigración como zona de emigrantes.

Sus pueblos, su espacio agrario y sus antaño cultivos de excelencia, han experimentado una regresión de dimensiones dantescas: pueblos completamente despoblados o con un habitante, con la más estrepitosa de las soledades por compañía; viviendas con habitantes estacionales, juguetones y de variopinta coloración: *Hirundo rustica*, *Passer domesticus* y algún que otro *Apus apus*.

Junto a este verídico y diario cuadro de nuestra existencia, viven personas que **reclaman** única y exclusivamente lo que al resto de los habitantes del país se les otorga por derecho, pero también es el suyo: la **justicia social**.

Hablar de la **España vaciada** no es una expresión metafórica, es la **España ignorada**, provocada por la **falta de recursos y servicios dignos**, donde hay que recorrer kilómetros para ir a una Biblioteca Pública, al médico o al supermercado.

Es la realidad del estudiante universitario; la del médico vocacional rural que atiende cómo puede; la de viudas ancianas viviendo en estrepitosa soledad; la de mujeres más jóvenes con escasa cualificación profesional, y la de otras con excelente formación y discapacitados o mayores a su cargo, sin trabajo; la de matrimonios mayores (cada vez menos, la pandemia galopante y la edad con la clínica como compañía, que a libre evolución han hecho auténticos estragos), convirtiendo, lo que no hace mucho fue un paraíso en un erial agónico.

Las actuales **consultas médicas telefónicas**, o las más de las veces inexistentes, **no permite a la exigua población, el lujo de enfermar y menos aún de agravar; a los pacientes con enfermedades raras, se les relega, no se les atiende, se les envía a la Unidad de Salud Mental del núcleo urbano más cercano, para que no molesten.**

El olvido llega a extremos superlativos con la pandemia, el aislamiento, la ausencia de medios óptimos para hacer frente a la crudeza de vivir veinticuatro horas al día con enfermedad rara.

Resultados y limitaciones. Las cifras y los testimonios hablan por sí solos respecto a la **precariedad**, o, incluso a la **pobreza de recursos humanos y materiales, sin ética en las recomendaciones**, abocados a la máxima penuria que imaginarse pueda: **sin salud**, junto con una **existencia lastrada por evoluciones clínicas desbocadas**.



La atención primaria como puerta de acceso al sistema público de salud en las víctimas de MGF

Ana Belén Gándara, María García Llano, Isabel Casado Casar, Daniel Incera Escudero
GAP, HUMV (Servicio Cántabro de Salud)
anabgandara@gmail.com

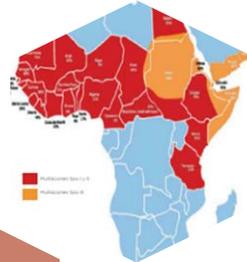


INTRODUCCIÓN

Unos 4 millones de niñas y mujeres son sometidas a algún tipo de ablación. A pesar de que la mutilación no se realiza con ánimo de hacer daño, los efectos perjudiciales que provocan, la convierten en un acto de violencia de género, en muchas ocasiones llevado a cabo por las mujeres de la propia familia. Las complicaciones son condicionantes de un peor estado de salud, limitan la supervivencia de algunas de estas niñas y perpetúan la desigualdad de género y la discriminación hacia las mujeres.

Demostrar la importancia de la AP como puerta de acceso al sistema sanitario para las víctimas de MGF.

OBJETIVO



CLITORIDECTOMÍA



ESCISIÓN



INFIBULACIÓN



MÉTODO

Revisión sistemática de publicaciones científicas de la última década en bases de datos Pubmed, Medline y Scielo; descriptores: "mutilación", "ablación", "genital", "femenina", "atención", "primaria".

La multitud de complicaciones tanto a corto como a largo plazo, hace muy probable la necesidad de las víctimas de algún tipo de atención sanitaria. Será necesaria una atención multidisciplinar, integrada y continuada, propia de la AP, además de la atención asistencial meramente puntual que pueda precisar de manera urgente.

RESULTADOS

Encontramos un problema de salud que trasciende el marco puramente asistencial, en el que confluyen la vulneración de derechos humanos, la necesidad de un abordaje transcultural de cuestiones íntimamente ligadas a la identidad de las personas, y el compromiso moral de evitar unas prácticas tradicionales que implican el trato discriminatorio, violento, degradante y doloroso hacia las mujeres.

CONCLUSIONES

La AP, por su proximidad a las familias y por el abordaje longitudinal e integral de los problemas de salud a lo largo del ciclo vital, constituye un primer punto de acceso al sistema público de salud. Por lo tanto, se necesitan profesionales debidamente informados y formados para lograr una atención de calidad y garantizar una adecuada atención a las víctimas.



Exclusión sanitaria de población extranjera: la emergencia y la burocracia como instrumentos de racismo institucional

INTRODUCCIÓN

El acceso al sistema público de atención constituye uno de los determinantes de la garantía del derecho a la protección a la salud. Sin embargo, su ejercicio pleno está condicionado por diferentes elementos y determinantes que dependen del contexto sociohistórico, económico y político (Lema, 2009), que definen tanto el propio sistema como el reconocimiento de quiénes tienen "derecho al derecho".

En España, durante el presente siglo XXI, el acceso de la población extranjera al Sistema Nacional de Salud ha estado sometido a diferentes cambios que han condicionado la protección efectiva de la salud de importantes grupos de población que residen de forma estable en nuestro país. Fundamentalmente, esta población procede de países del sur global y de estados de limitado desarrollo socioeconómico, que se encuentran en España en situación administrativa irregular y realizan actividades económicas esenciales para el sostenimiento de la economía (cuidados, agricultura, construcción, etc.) en condiciones de precariedad. De este modo, pervive un mecanismo institucionalizado que posibilita la inferiorización de unos grupos frente al privilegio de otros, a partir de la definición de quién pertenece de pleno derecho a la sociedad (Vázquez-Cañete, 2019).

Diferentes autores señalan que la existencia de procesos de dominación e inferiorización de un grupo sobre otro en las sociedades, en los que intervienen dimensiones interpersonales, institucionales y culturales, se corresponde con un sistema de racismo que, articulado de forma compleja, se configura a nivel institucional a partir de políticas, prácticas y procedimientos que perjudica a grupos racializados (Aguilar-Idáñez y Buraschi, 2016; 2022).

Al mismo tiempo, existen diferentes lógicas que actúan de manera conjunta en la construcción y legitimación del racismo en Europa: la desigualdad, la diferencia, la discriminación o la discriminación de género. Pero, cada vez más, está adquiriendo una especial relevancia la lógica actual que conduce al racismo institucional, porque incorpora prejuicios y estereotipos raciales en los sistemas legales, administrativos y sociales (Casas, 2018).

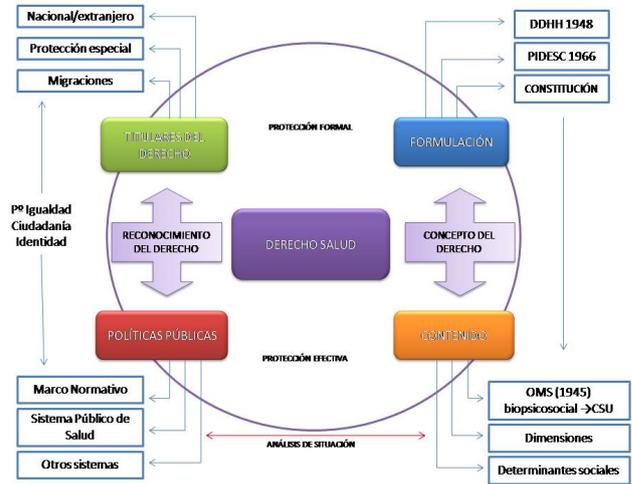


Gráfico: Aproximación al marco conceptual del derecho a la salud. Fuente: Vázquez-Cañete (2015)

METODOLOGÍA:

Análisis de las consecuencias de las diferentes normativas implementadas en España que han determinado el acceso de la población extranjera que residen en nuestro país.

RESULTADOS:

Se pueden distinguir, en síntesis, diferentes momentos clave en la regulación del reconocimiento del derecho a la atención sanitaria a la población extranjera con cargo a los fondos públicos en España:

- El reconocimiento al acceso universal en el año 2000, coincidiendo con un momento de especial crecimiento de la llegada de población inmigrante en España por las necesidades de mano de obra en la economía formal e informal.
- La exclusión sanitaria provocada por el RD-Ley 16/2012, justificada políticamente en la crisis económica del momento (no demostrado) y en la prevención del turismo sanitario de ciudadanos de la UE (que sólo quedaron excluidos del sistema en determinadas situaciones).
- Los intentos de los gobiernos autonómicos (p.ej.: País Vasco, Comunitat Valenciana, etc.) entre los años 2013 y 2015 por recuperar la atención sanitaria que fueron bloqueados sistemáticamente por el gobierno central en los tribunales.
- La supuesta recuperación del acceso al Sistema Nacional de Salud "en condiciones de equidad" con el RD-Ley 7/2018.
- La diferente aplicación que los gobiernos regionales están realizando de la normativa nacional (RDL 7/2018) que está generando desigualdad territorial y la expulsión efectiva del sistema de miles de personas (p. ej. Comunidad de Madrid).

Desde el momento en el que los procesos migratorios cobraron relevancia en España, la regulación del acceso al sistema de protección de la salud se ha utilizado como un instrumento de regulación migratorio. En un primer momento como mecanismo de integración y de protección para las personas que eran "buscadas" como mano de obra para una economía en crecimiento y, posteriormente, como mecanismo de expulsión cuando el sistema económico y el modelo de protección han dado síntomas de asfixia. El sistema de protección de la salud no es contemplado, entonces, como un determinante en la garantía de protección del derecho a la salud, sino como un instrumento de regulación de las fronteras al interior del país.

A partir del RDL 16/2012, la titularidad del derecho a la protección ha quedado configurado a partir del cumplimiento de requisitos que establecen categorías de ciudadanos en el acceso a la protección. Las posteriores modificaciones normativas no han acabado con esta realidad y ha generado el desarrollo de una compleja casuística en el acceso al Sistema Nacional de Salud, que tiene consecuencias relevantes:

- Acción burocrática que deposita en la población afectada la responsabilidad de demostrar documentalmente el cumplimiento de los requisitos establecidos, a partir de mecanismos administrativos cambiantes y cada vez más complejos, y con una gestión diferenciada por territorios (según la comunidad autónoma).
- Limitado acceso a la asistencia sanitaria que afecta a población de especial protección (menores de edad y mujeres embarazadas) y a personas en situación de urgencia o con patologías graves que no reciben una atención integral ni continuada por la falta de tarjeta sanitaria, lo que impide el acceso a una historia clínica.
- Inestabilidad y confusión entre los profesionales sobre el derecho al acceso al sistema sanitario por parte de la población extranjera, facturación por la asistencia sanitaria y mecanismos de expulsión de los centros sanitarios.
- Autoexclusión del sistema de la población de origen extranjero y búsqueda de respuesta en los servicios de organizaciones sociales, configurándose un sistema paralelo de respuesta a las necesidades de la población.

CONCLUSIONES:

En España, la garantía de protección a la salud y el acceso al Sistema Nacional de Salud se ha construido como una herramienta institucional de gestión pública de las fronteras internas de nuestro país y, a partir del diseño de instrumentos normativos y burocráticos, se ha forjado una diferenciación entre personas y grupos sociales, estableciendo un modelo de distribución de los privilegios de la sociedad.

Esta diferenciación se basa en el origen de las poblaciones y es un ejemplo de cómo se puede construir la identidad del migrante como sujeto subalterno en la sociedad, necesario en sus funciones pero relegado en sus derechos. Un modelo que se asemeja a la lógica de racismo institucional que genera un modelo dual de sociedad.

BIBLIOGRAFÍA:

- Aguilar-Idáñez, M.J., Buraschi, D. Del racismo y la construcción de fronteras morales a la resistencia y el cambio social: la sociedad civil frente a las migraciones forzadas. Revista de Servicios Sociales y Política Social, 2016; vol. XXXIII, núm. 111, pp.29-44.
- Aguilar-Idáñez, M.J. y Buraschi D. Racismo institucional: claves analíticas para comprender la cara oculta de la dominación racial. En Ángeles Solanes Corella (dir.) Dinámicas racistas y prácticas discriminatorias. La realidad en España, Francia, Italia Dinamarca y Finlandia. Pamplona (Navarra): Thomson Reuters Aranzadi; 2022. Pp.63-88.
- Casas, M.E. El racismo y su proyección actual: ¿un fenómeno nuevo o un problema sin resolver? Cuadernos de Trabajo Social, 2018, vol 31, pp. 121-137.
- Lema, C. Salud, Justicia, Derechos. El derecho a la salud como derecho social. Madrid: Dykinson, 2009.
- Vázquez-Cañete, A.I. El acceso a la protección a la salud: nuevas formas de ciudadanía. En F.J. García Castañó, A. Megías - J. Ortega Torres (Eds.). Actas del VIII Congreso sobre Migraciones Internacionales en España (Granada, 16-18 de septiembre de 2015) 2015, Pp. S25/37-S25/46. Granada: Instituto de Migraciones
- Vázquez Cañete, A.I. Los espacios de racismo en los servicios públicos: el otro como amenaza. En Ángeles Solanes (dir.) Discriminación, racismo y relaciones interculturales. Thomson Reuters Aranzadi; 2019. Pp. 215-239.



Derribando el muro de la exclusión sanitaria en la Comunidad de Madrid

EJE TEMÁTICO: Accesibilidad de colectivos socialmente vulnerables.

INSTITUCIÓN: Médicos del Mundo (Madrid).

INTRODUCCIÓN: La accesibilidad al Sistema Sanitario Público (SSP) de las personas Titulares de Derechos (TTDD) se encuentra gravemente limitada en la Comunidad de Madrid, por la aplicación del Real Decreto Ley 7/2018, y por la introducción en noviembre de 2021 de las Unidades de Tramitación, retirando de los Centros de Salud el acceso efectivo a los derechos sanitarios.

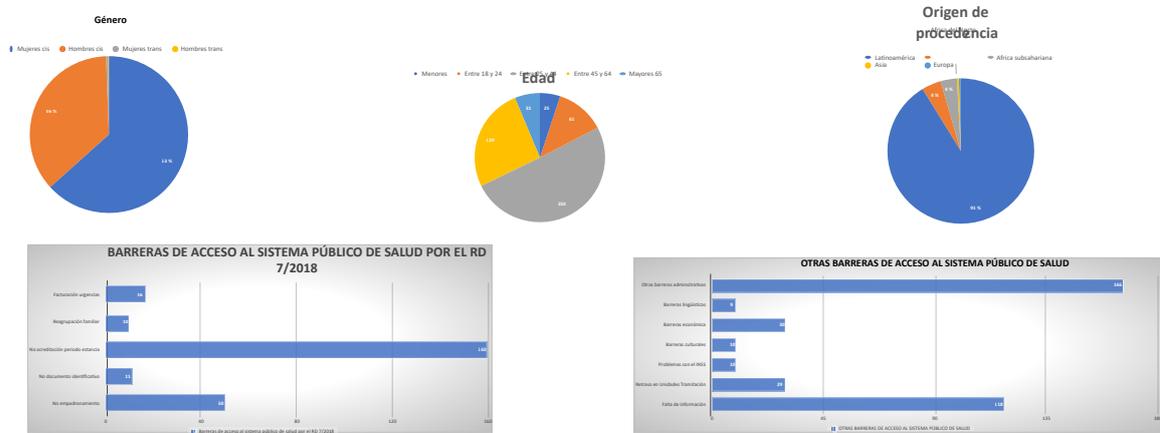
OBJETIVOS:

Dar a conocer el perfil sociodemográfico de las personas atendidas, visibilizar las barreras de acceso al SSP detectadas en personas TTDD, y exponer las estrategias de atención, sensibilización y formación realizadas por el grupo Salud y Migraciones de Médicos del Mundo (Madrid).

MÉTODOS

En el Área de Salud y Migraciones participan 2 personas técnicas y 20 personas voluntarias. Se ha realizado análisis de datos cuantitativos y cualitativos recogidos del 1 de enero de 2022 a 15 de junio de 2022 relativos a las personas TTDD que han solicitado atención a Médicos del Mundo, así como a las acciones de atención, formación y sensibilización realizadas en este periodo que contribuyen a salvar las barreras de acceso al SSP.

RESULTADOS: Del 1 de enero de 2022 a 15 de junio de 2022 se ha atendido 496 personas - 619 barreras detectadas:



ACCIONES:



CONCLUSIONES

Se objetiva la existencia de barreras de acceso al Sistema Público de Salud de las personas Titulares de Derechos en la Comunidad de Madrid. El trabajo de Médicos del Mundo contribuye a la defensa de sus derechos, fomenta la sensibilización y formación en el ámbito social y profesional, y promueve la incidencia política necesaria para conseguir el reconocimiento del derecho a la Sanidad Universal.

AUTORAS:

Ana Martínez Pérez, Begoña Pablos Criado, Cristina de la Cámara González, Silvia Martín García, Sol Martínez Blanco, Vicente Somoano.



Laboratorio de Equidad en Salud una propuesta de formación en Competencia Cultural para el cuidado y Objetivos de Desarrollo Sostenible dirigida a profesionales sociosanitarios

M Corral Aller^{1,2}, C Arcas Noguera^{1,2}, C González López^{1,3}, N Márquez Abrales¹, M Gil Sánchez^{1,4,5}

¹Laboratorio de Equidad en Salud ²Salud Entre Culturas ³Escuela Enfermería Pontevedra (Universidad de Vigo) ⁴Hospital de Basurto ⁵Sunu Gaal

INTRODUCCIÓN

El aumento de población migrante en España ha modificado el perfil de las personas usuarias del Sistema Nacional de Salud. Hoy en día, el personal sanitario atiende a un creciente número de pacientes con diversidad cultural y lingüística.

Es evidente la importancia de la competencia cultural como estrategia para proporcionar servicios sanitarios equitativos y de calidad a grupos de pacientes culturalmente diversos. Sin embargo, no existe una estrategia nacional que incluya esta formación específica para profesionales de la salud.

El personal de enfermería representa el perfil profesional sanitario más numeroso y la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud, por lo que su cualificación y competencia cultural determinan la excelencia de los cuidados prestados.

OBJETIVOS

Diseñar intervenciones educativas y planes de formación en competencias culturales para mejorar los conocimientos y las habilidades esenciales para comprender y gestionar los conflictos socioculturales en un entorno sanitario.

MÉTODOS

A nivel metodológico, se tomaron como modelo los **Laboratorios Ciudadanos***

* Colaboración entre personas, entidades y colectivos de territorios diversos para crear proyectos y comunidades de aprendizaje y de práctica.



RESULTADOS

En 2021 se creó el **Laboratorio de Equidad en Salud**, formado por 4 profesionales de enfermería de diferentes áreas de especialización y geográficas y 1 profesional de traducción e interpretación. Se diseñó una metodología teórico-práctica dirigida a profesionales sanitarios cuyo eje transversal fue la mejora de las competencias culturales.

* El programa formativo se vertebra en:



Se impartieron tres formaciones (junio 2021, marzo 2022 y junio 2022) en la Universidad de Santiago de Compostela y en la Escuela de Enfermería de Pontevedra un total de 69 alumnos.



- 58 profesionales de la enfermería
- 9 profesionales de ciencias sociales y humanidades
- Otros ámbitos de ciencias de la salud (1)
- Ciencias (1)

Quiénes participaron en la formación expresaron su utilidad en muchos niveles diferentes, considerando que el tamaño reducido del grupo y las conferencias inspiradoras motivaban el debate sobre la atención intercultural.

CONCLUSIONES

La formación en competencias culturales es un ámbito de interés para futuros profesionales de un amplio abanico de ámbitos, por lo que debe ser un elemento fundamental que se integre en todas las disciplinas. El **Laboratorio de la Equidad en Salud** representa una iniciativa innovadora, colaborativa y diversa de formación y sensibilización en Competencias Culturales para el cuidado, siendo el objetivo la creación de profesionales culturalmente competentes para no dejar a nadie atrás.



La perspectiva del acceso al sistema sanitario público de migrantes de nacionalidad colombiana que viven en Madrid

Paola Tatiana García Giraldo (1), Ainhoa Ruiz Azarola (2)
 (1) Hospital Universitario Puerto Real, (2) Escuela Andaluza de Salud Pública
 Correo electrónico: paolat.garcia.sspa@juntadeandalucia.es

Introducción: A pesar del discurso de universalidad de la atención sanitaria en España, las personas migrantes encuentran barreras de acceso al sistema sanitario público. Debido a estas barreras, la Comunidad de Madrid ha creado otras formas de acceso al sistema sanitario público para paliar las desigualdades en el acceso de personas migrantes, en particular de las que se encuentran en situación administrativa irregular.

Objetivo: Conocer la opinión de personas migrantes de nacionalidad colombiana sobre el acceso al Sistema Sanitario Público de Madrid, con perspectiva de género, desde la mirada de la interseccionalidad con carácter transversal.

Métodos: Se realizó un estudio cualitativo como trabajo de fin de máster a través de entrevistas individuales semi-estructuradas; incluyó a personas migrantes en situación administrativa regular y en situación administrativa irregular, con igual cantidad de hombres que de mujeres. El ámbito de estudio es la ciudad de Madrid. Se llevó a cabo un análisis de contenido.



Resultados: Participaron ocho personas en el estudio, 4 personas en situación administrativa regular y 4 personas en situación administrativa irregular, 2 hombres y 2 mujeres en cada grupo. Los principales resultados muestran que todas las personas tenían barreras en común relacionadas con la organización de los servicios, y facilitadores en común como la situación administrativa regular, tener la tarjeta sanitaria física y la profesionalidad del personal sanitario. En este trabajo se hacen notorias las barreras específicas de las personas en situación administrativa irregular, siendo las mujeres las que más barreras refirieron. Dentro de las barreras más importantes están: La falta de información sobre las formas de acceso al sistema sanitario para las personas migrantes por parte del personal administrativo, el trato inadecuado por parte del personal administrativo, los trámites burocráticos, no tener tarjeta sanitaria física y el miedo a la facturación de los servicios.

	Migrantes en situación administrativa regular	Migrantes en situación administrativa irregular
Acceso antes de la pandemia	-Antes del RDL* 16/2012 el acceso era más fácil para las personas migrantes , incluso sin tener documentación ni contrato laboral	-Desde 2015 hasta noviembre de 2021 les iba mejor porque tenían acceso a la atención sanitaria básica a través del TIR* y el DAR*
Acceso durante la pandemia	- Mujeres: refieren empeoramiento en el acceso - Hombres: refieren mejoría	- La mitad de las personas se vieron beneficiadas con el cambio al DASE* y la otra mitad quedaron sin acceso al sistema sanitario público -Las mujeres refieren más barreras

*RDL (Real Decreto Ley)
 *TIR (Transeúnte Sin Permiso de Residencia)
 *DAR (Extranjero Residente no Asegurado)
 *DASE (Asistencia Sanitaria a Extranjeros)

Conclusiones: Al conocer las opiniones de las personas migrantes de nacionalidad colombiana, vemos que existen barreras y facilitadores asociados a la situación administrativa. En los resultados de este trabajo se reporta una clara relación entre tener un contrato laboral y el acceso al sistema sanitario público, y tras las modificaciones en la normativa y la organización del sistema, las personas migrantes han percibido cambios comparando antes y durante la pandemia que les han afectado de forma directa, percibiendo un empeoramiento en el acceso durante la pandemia. En este trabajo quienes han referido más barreras han sido las mujeres.

Falta de accesibilidad por desconocimiento

Autoría: Abós Cenarro, María Teresa₁; Celada Suarez, María Carmen₂; Giner Ruiz, Sara₃; Peribañez García, Roberto₄; Simón Sánchez, Ángela₁

Centro de Salud Torre ramona (Zaragoza, España)₁, Centro de Salud Las Fuentes (Zaragoza, España)₂, Centro de Salud Reboheria (Zaragoza, España)₃, CS San Pablo (Zaragoza, España)₄

Eje temático: 0. Accesibilidad de colectivos socialmente vulnerables.

La accesibilidad a sistemas de salud presenta cuatro dimensiones superpuestas: No discriminación, Accesibilidad física, accesibilidad económica o asequibilidad y **acceso a la información.**

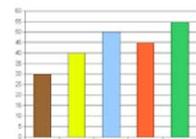
Objetivos



Métodos

Estudio descriptivo transversal de prevalencia mediante una encuesta en formulario destinada a trabajadores de los servicios de Admisión de los Centros de Salud.

- Conocimiento sobre los requisitos para el acceso de los inmigrantes a la asistencia sanitaria,
- Trámites a llevar a cabo
- Información que deben proporcionarles



Resultados

- Iniciar campañas de formación e información en los Centros de Salud (dirigidas sobre todo a personal de admisión y trabajadores sociales) sobre acciones orientadas a superar barreras (mediación intercultural, derivación, gestión de tarjeta sanitaria o acompañamientos)

Conclusiones

-Los profesionales del servicio de Admisión del Centro de Salud constituyen una pieza clave en los procesos de atención sanitaria a personas inmigrantes.

-En este servicio se realiza el primer contacto de la persona extranjera con el sistema sanitario y en muchas ocasiones determina la dinámica de relación de los nuevos usuarios con los servicios asistenciales

-El sistema sanitario ha de tener en cuenta esta nueva realidad social a fin de que no se menoscaben la equidad y, en definitiva, los derechos de la persona.

1. Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, et al. Migration and health in an increasingly diverse Europe. Lancet. 2013;381:1235–45
2. P. Bas-Sarmiento et al. Percepción y experiencias en el acceso y el uso de los servicios sanitarios en población inmigrante. Gac Sanit. 2015; 29(4):244–251. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.03.008> 0213-9111



Asistencia personal en salud mental



I CONGRESO INTERNACIONAL: ACCESIBILIDAD A LOS SISTEMAS PÚBLICOS DE SALUD

ASISTENCIA PERSONAL EN SALUD MENTAL

Alario Bancells, Raquel
Lozano de las Morenas, Ángel
Robles Peña, Elena
Federación Salud Mental Castilla y León
Contacto: r.alario@saludmentalcyll.org



OBJETO

La Asistencia Personal para personas con problemas de salud mental tiene como objeto proporcionar un recurso profesionalizado de apoyo y acompañamiento a las personas para desarrollar su proyecto de vida conforme a sus necesidades, intereses y expectativas. Este servicio nace desde una perspectiva social asociada al reconocimiento de derechos y a la igualdad de oportunidades.

Es un derecho reconocido por la Convención de la ONU, sobre los Derechos de las personas con Discapacidad. En España se ha reconocido como prestación económica a través de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

OBJETIVO

Promover la autonomía personal, la vida independiente, la inclusión comunitaria y la autodeterminación de las personas con problemas de salud mental.

METODOLOGÍA

A través de una metodología mixta (cuantitativa y cualitativa) se han utilizado las siguientes herramientas:

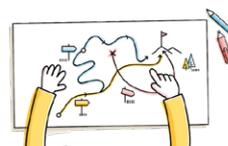
- Entrevistas semiestructuradas.
- Historias de vida.
- Sistematización de la práctica.
- Datos cuantificables.

BUENAS PRÁCTICAS



Acompañamiento a servicios médicos generales y especializados.

Asistencia Personal tras un ingreso en la unidad de agudos, para retomar su proyecto de vida.



Empleabilidad para las personas con problemas de salud mental (Apoyo de pares).

Asentamiento en entornos rurales.



CONCLUSIONES

- Clave para la empleabilidad del colectivo.
- Inclusión social y laboral.
- Mayor autodeterminación.
- Empleabilidad en el medio rural.
- Accesibilidad a los sistemas sanitarios.
- Retomar el proyecto de vida tras un ingreso hospitalario.
- Reducción de costes sanitarios.
- Disminución de ingresos hospitalarios.
- Medida judicial de apoyo.
- Bienestar mental y físico.

BIBLIOGRAFÍA

Fernández de Sevilla, J.P. y San Pío, M.J. (coord.) (2014). Guía Partisam: promoción de la participación y autonomía en Salud Mental. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia
Maone, A. y D'Avanzo, B. (2017). Recovery: nuevos paradigmas de salud mental. Madrid: Prismática Editorial.
Naciones Unidas. (2006). Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Recuperado de: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

La invisibilización de la tortura

Autoras: Paula de la Fuente García y Cristina Córdoba Florindo.

LA INVISIBILIZACIÓN DE LA TORTURA

APLICACIÓN DE LA VERSIÓN ACTUALIZADA (2022)
DEL PROTOCOLO DE ESTAMBUL EN ATENCIÓN PRIMARIA

INTRODUCCIÓN

Convención contra la Tortura
Definición de Tortura
↓
Documentación de la tortura
↓
Protocolo de Estambul 1999
(Alto comisionado de Naciones Unidas
para los Derechos Humanos)

Revisión del Protocolo de Estambul 2004

Versión Actualizada
(junio 2022)

RESULTADOS

La actualización del Protocolo de Estambul ofrece **orientación adicional específica para los profesionales de la salud** (a parte del ámbito forense).

Aunque se considera necesaria la formación específica en aplicación del Protocolo de Estambul para su uso óptimo, conocer su existencia facilitará **la detección y documentación de los signos de tortura en pacientes víctimas** de estas prácticas que acudan a nuestra consulta en un primer momento.

CONCLUSIONES

La aplicabilidad del Protocolo de Estambul en Atención Primaria tiene ciertas limitaciones en cuanto a recursos de tiempo y conocimiento. Sin embargo, la detección de los casos de tortura, facilitarán una **atención temprana integral a las víctimas de dichas prácticas**.

OBJETIVOS

39 Años, República Democrática del Congo

Motivo de consulta: Crisis de ansiedad

Anamnesis:

Huída del país de origen en conflicto
Persecución política

Violencia en trayecto migratorio

Exploración física:

Estigmas psicológicos de trauma
Múltiples cicatrices corporales.

Sospecha de persona víctima de tortura

La ausencia de signos físicos de tortura no excluye el sufrimiento de ésta.

Protocolo de Estambul

Cobertura Sanitaria Universal

JOSÉ MANUEL FREIRE
TOMÁS ZAPATA

TIENE QUE FORMAR PARTE DE UNA PROTECCIÓN SOCIAL — UNIVERSAL —

SIGUE SIN SER UN DERECHO (VIVO) PARA TODOS/AS

ES NUESTRO RETO

TENEMOS QUE ADAPTARNOS A LAS NUEVAS NECESIDADES

¡POR QUÉ NO LO TENEMOS AÚN?

A MAYOR COBERTURA MAYOR ESPERANZA DE VIDA

DIVERSOS PROFESIONALES DE SALUD

PP SIN PONER FIN A LA POBREZA NO SOLUCIONAREMOS EL PROBLEMA SANITARIO

NINGÚN PAÍS HA CONSEGUIDO UNA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL

RECURSOS HUMANOS EN SALUD

RETENCIÓN DE TALENTO

PODEMOS TENER COBERTURA Y NO TENER ACCESIBILIDAD

LISTAS DE ESPERA INFINITAS

¿DE QUÉ SIRVE SIN MEDIOS O INSTRUMENTOS?

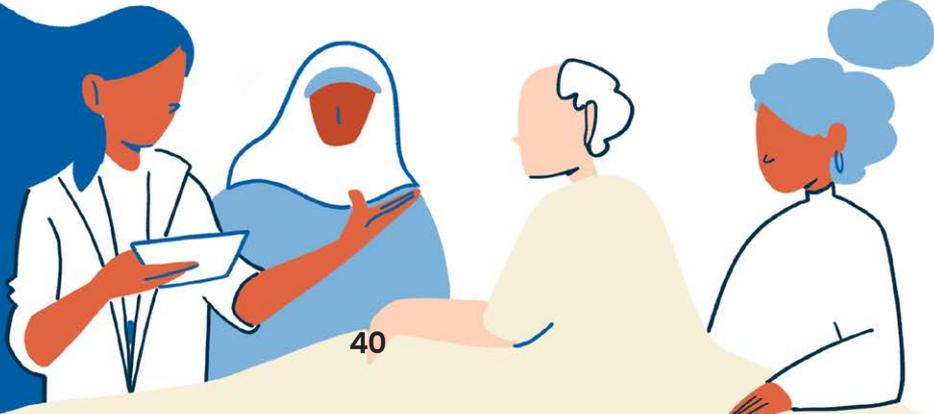
LA FINANCIACIÓN SANITARIA DETERMINA LA COBERTURA POBLACIONAL DE SISTEMA DE SALUD

DE AQUÍ A 10 AÑOS EL 40% MÉDICOS SE VAN A JUBILAR

Congreso Internacional

ACCESIBILIDAD A LOS SISTEMAS PÚBLICOS DE SALUD

Ilustraciones de Álex Valero - Visual Materia



DETRÁS DE LOS MUROS
(PELEN LOS MONSTRUOS)

IRENE RODRÍGUEZ

EN MADRID
LA UNIDAD DE
ATENCIÓN A LA
TRAMITACIÓN DA
CITAS A VARIOS
MESES VISTA

TODO EL
RECORRIDO,
TRÁMITES,
PAPELES...
SON VIOLENCIA
INSTITUCIONAL



¿QUÉ MUROS TENEMOS?

LAS
LEYES

REDACCIÓN DE
REQUISITOS
AMBIGUOS

TURISTAS
SANTARIOS

PARISMO
ESTRUCTURAL

LAS LEYES SON
PALABRAS QUE
SE LEEN EN UN
CONTEXTO

PROMOVIENDO
LA LÓGICA DEL
CONSUMIDOR

ACCESO SANITARIO
PERSONAS RESIDENTES
EN ASENTAMIENTOS
(HABOLISTAS)

LUIS ANDRÉS GIMENO

¿ABUSAN LOS
INMIGRANTES
DEL SISTEMA
SANITARIO?

LA PERCEPCIÓN
ES QUE SÍ...

PROPAGANDA



LA REALIDAD
ES QUE NO

EL USO DEL SISTEMA
SANITARIO DE INMIGRANTES
EN ZONAS RURALES
ES MUY POCO

LAS PERSONAS
INMIGRANTES
TIENEN PORCENTAJES
MUY BAJOS
DE USO DEL
SISTEMA SANITARIO

PROFUNDIZAR EN LAS
CAUSAS MEJORARÁ
LA ATENCIÓN

INFRUUSO

¿POR QUÉ?

¿MÁS SANOS?

¿DIFICULTAD
DE ACCESO?

¿MEJOR
ADECUACIÓN DE
DEMANDAS?

GHIZLANE EL ABBADI

LOS DETERMINANTE
SOCIALES EN SALUD
EN LAS PERSONAS
MIGRANTES
INFLUYEN A NIVEL
FÍSICO Y MENTAL

ALMERIA

ALVA POTABLE
ALIMENTACIÓN
VIVIENDA Y
EMPLEO DIGNO

BARRERAS

DE
ACCESO



- EMPADRONAMIENTO
- SISTEMA DE CITAS
- HORARIOS INCOMPATIBLES
- TRANSPORTE
- IDIOMA
- FALTA DE MEDIADORES
- TELETRADUCCIÓN
- CULTURALES

RAMADÁN,
MEDICINA
ALTERNATIVA,
DEMANDA DE
PERSONAL
FEMEMINO

LA SALUD DE LA
MUJER MIGRANTE

ACOMPANADA SIEMPRE POR VARÓN
DESCONOCIMIENTO DE CONSULTAS
VERGÜENZAS, MIEDOS,
PROSTITUCIÓN...

EN LAS
INSTITUCIONES
SIEMPRE HAY
DECISIONES MIPPO
QUE PUEDEN DAR
ACCESO,
APERTURA

PP

NO TENEMOS
QUE QUEDARNOS
EN MOSTRAR
QUE LOS DATOS
SON FALSOS

HAY QUE
SEÑALAR

EL
PARISMO

PP

POCO EN EL PROBLEMA
DE LA DIGITALIZACIÓN



QUIQUE BASSAT



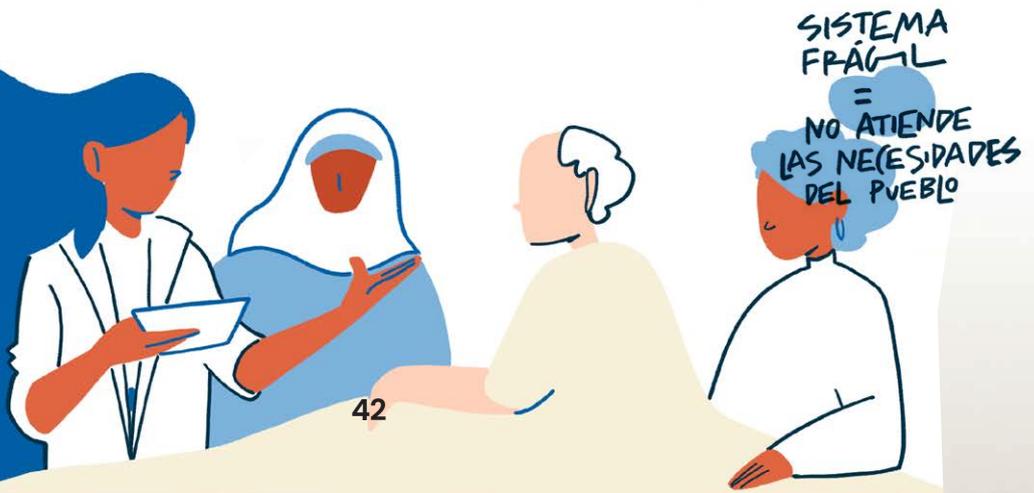
ROMÁN VEGA



Congreso Internacional

ACCESIBILIDAD A LOS SISTEMAS PÚBLICOS DE SALUD

Ilustraciones de Álex Valero - Visual Materia



SISTEMA FRÁGIL = NO ATIENDE LAS NECESIDADES DEL PUEBLO

VÍCTOR QUESADA

LA SITUACIÓN EN VENEZUELA

NO SE PUEDE HABLAR DE SALUD Y BIENESTAR SIN HABLAR DEL RESTO

3^o ODS



CRISIS DEL SISTEMA

INESTABILIDAD POLÍTICA

ESTO IMPLICA QUE MUCHOS SANITARIOS SE MARCHEN

¿QUÉ RETOS TENEMOS?

○ GARANTIZAR EL DERECHO DEL ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD



MIGRACIÓN DE MUCHOS/AS ANESTESISTAS PSICÓLOGOS/AS Y PSQUIATRAS

- SALUD MENTAL
- MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL
- VIGILANCIA BROTOS INSUALES
- AGUA, HIGIENE

ONE HEALTH --- HUMANA --- ANIMAL --- NATURALEZA



JAVIER PADILLA

NECESIDAD DE QUE LA ATENCIÓN PRIMARIA (AMBIE DE **CONDICIÓN**)

DEL DERECHO AL HECHO

ACCESO A OTROS VALORES

LA ACCESIBILIDAD ES EL

PERFECTO

A TENER

DERECHOS



NUEVA ACCESIBILIDAD

BARRERAS

1 GENERACIÓN DE LISTAS DE ESPERA NUEVAS

2 NUEVAS FORMAS DE CONSULTA

3 NUEVAS ENTIDADES ADMINISTRATIVAS

- MULTI(ANAL
- ZONA BÁSICAS DE VIDADOS EN OTROS RECURSOS
- PRIORIZANDO PERSONAS QUE LO NECESITAN

RAFAEL SOTOCA

EL COVID (OMO, REFLEXIÓN (DÓNDE QUEREMOS IR?)



FOCO EN

PERSONAS MAYORES

(QUEREMOS IR A LA ATENCIÓN PRIMARIA?)

EL SISTEMA

QUIERO A MI PACIENTE PERO (ON LÍMITE)



(Y AHORA QUÉ?)

• DESVINULAR NECESIDADES DEL SISTEMA (ON LABORALE)

- APUESTA POR LAS COSAS "LOCAS"
- LA CIUDADANÍA EN DEBATE INFORMADO

RODRIGO ENRÍQUEZ

EN 2017 SE INVIRTÓ MUCHO MENOS

MÁS DEL 25% MÉDICOS TENÍAN MÁS DE 60 AÑOS

(QUÉ HA PASADO?)

• AUMENTO DE LA CARGA DE TRABAJO AL LÍMITE

• ORGANIZACIÓN NUEVA DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL

• PROTOCOLO SISTEMA TRIAJE Y POTENCIAR LA CONSULTA NO PRESENCIAL

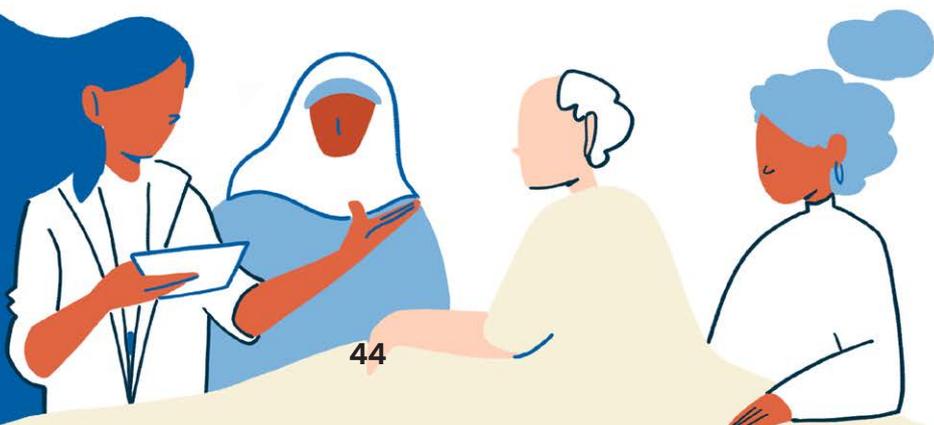
(¿CÓMO CONSTRUIMOS UNA AP DE CALIDAD?)

• AUMENTAR LA FINANCIACIÓN

• LA AP TIENE QUE SER LA BASE DEL SISTEMA

• BUENA COORDINACIÓN Y LÍDERES

• LONGITUDINALIDAD



FAKALI LUCHA CONTRA EL ANTIGITANISMO

TENDER Puentes DE INTERCONEXIÓN ENTRE EL SISTEMA SANITARIO Y LA REALIDAD GITANA

¡QUÉ HACEMOS! FORMACIÓN EN INTERCULTURALIDAD A AGENTES SOCIALES

EL 70% POBLACIÓN GITANA EN SITUACIÓN POBREZA

BARRERAS Y FACILITADORES DE ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD DE LA POBLACIÓN MIGRANTE

SALUD ENTRE CULTURAS

ENTIDAD FACILITADORA SALUD

INTERPRETACIÓN Y MEDIACIÓN CULTURAL

NUEVOS CIUDADANOS NUEVOS PACIENTES

ENFERMEDADES SILENTES PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO

SALUD ENTRE MUJERES Y SALUD MENTAL

PROGRAMA TITANIA

CONSULTA DE AT A MUJERES EN SITUACIÓN DE PROSTITUCIÓN

OBJETIVOS VACUNACIONES, DETERMINACIÓN ETS, HISTORIAL CLÍNICO ...

¡ÉXITO DE ASISTENCIA!

POBLACIÓN GITANA ROMANA EN GRANADA

1 DESCRIPCIÓN DE LAS DESIGUALDADES Y SITUACIÓN DE MARGINALIDAD MUJERES

2 CONOCER SU TRAYECTORIA GESTORAS NÚCLEO FAMILIAR Y LABORAL

3 PANTAS DE CONDUCTA Y PREVENCIÓN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

BUENAS PRÁCTICAS DESARROLLO RURAL PERSONAS MAYORES

OBJETIVO APRENDER DE LAS DIFICULTADES Y PUNTOS CRÍTICOS

TENEMOS DISPERSIÓN GEOGRÁFICA QUE CONLLEVA AISLAMIENTO

FINANCIACIÓN

PROVEEDORES

DESCONFIANZA

FALTA DE FORMACIÓN

ENTORNO FAVORABLE

VACUNACIÓN COVID-19

COLECTIVOS CON BARRERAS DE ACCESO MADRID

FACILITADORES

GRATUIDAD Y NO REQUERIMIENTO DE DOC.

MEDIACIÓN

TRANSMISIÓN DE LA INFO.

BARRERAS

FALTA DE INFORMACIÓN

IDIOMA

DESCONOCIMIENTO DE DERECHOS

CONDICIONES SOCIALES

ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA

DEBILITADA EN MUCHAS (CAA)

TRAS LA COVID-19

¿QUÉ MEDIDAS PUEDEN FACILITAR EL ACCESO?

PREPAR OBSERVATORIO EN (CAA)

MAPEO Y ANÁLISIS DE RECURSOS

SISTEMA MIXTO DE ATENCIÓN

INFO. (LARA SOBRE FUNCIONAMIENTO CENTROS AP)

ACCESIBILIDAD DE PERSONAS NO AUTORIZADAS NI REGISTRADAS

EN (ASTILLA Y LEÓN)

3 MESES

¿Y SI HAY SITUACIONES DE SALUD QUE NO PUEDEN ESPERAR?

INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR/A SOCIAL

SE SOLICITA UNA DOCUMENTACIÓN

DOC DE RESIDENCIA

ACCESIBILIDAD AP EN VENEZUELA

¿QUÉ DATOS (NOS APORTAN VALOR?)

SALUD MENTAL

SEXUAL REPRODUCTIVA

MALARÍA

POBLACIÓN MÁS VULNERABLE

CONCLUSIONES

PRINCIPALES HOSPITALES CON CARENCIAS

SALUD MENTAL Y APOYO PSICOSOCIAL ES VITAL

EL LIMBO DE LA FRONTERA

LAS POLÍTICAS MIGRATORIAS IMPACTAN EN LAS PERSONAS

RESULTADOS

LAS CONDICIONES SON INSUFICIENTES AGUA POTABLE, ALIMENTACIÓN ...

MIEDOS

ASISTENCIA SANITARIA INSUFICIENTE





LUIS OCAMPO

NUESTRA
(CAPACIDAD DE
INTERVENCIÓN
SANITARIA
NO ES LIMITADA
PUEDE SER
MUCHO MÁS



EXISTE UN LIGERO
DESPRECIO POR EL
MEDIO RURAL

TENEMOS LA
(CAPACIDAD
DE SER LOS
MEJORES
PERO FALTAN
MEDIOS



UNOS DE LOS
FOROS Y PROBLEMAS
PRINCIPALES SIGUE
SIENDO LA
VIOLENCIA DE
GÉNERO

MARÍA RODRÍGUEZ

COVID19

DESPLAZAMIENTOS

REORDENACIÓN Y
REFUERZO DE LA
AT EN EL ÁREA DE
SALUD DE SEGOVIA

TRASLADAR,
A LA POBLACION
FUNCIONAMIENTO
DEL SISTEMA
DE SALUD

ARTICULAR UN
PROCEDIMIENTO
DE COMUNICACION
E INTERLUCCION
CERANA

MATERIALES
TRIPTICOS,
FOLLETOS,
GUIAS

FORMACIONES
(ON CLASES
PRACTICAS

Y
EXPOSICION
PARTICIPATIVA



LA EDUCACIÓN
PARA LA
SALUD ES
VITAL



COMUNICACIÓN CON
LAS PERSONAS



Impulsado por



Cofinanciado por



Colaboran

