

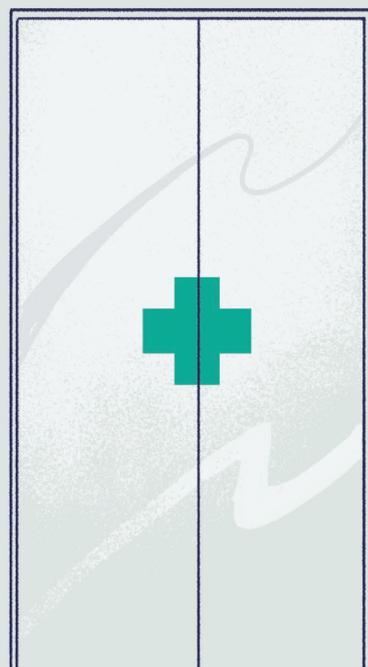
II CONGRESO INTERNACIONAL

**ACCESIBILIDAD
A LOS SISTEMAS
PÚBLICOS DE SALUD**



**19 Y 20 DE OCTUBRE DE 2023
AUDITORIO DE LA UNIVERSIDAD DE ALMERÍA**

LIBRO DE ACTAS



19 Y 20 DE OCTUBRE DE 2023

AUDITORIO DE LA UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

IMPULSA



COFINANCIAN



COLABORAN



UNIVERSIDAD
DE ALMERÍA
Departamento de Enfermería,
Fisioterapia y Medicina



Grupo de Investigación
Ciencias de la Salud CTS-451

Facultad de
**Ciencias de la
Salud**
Universidad de Almería

AUTORÍA

Médicos del Mundo

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

Alberto Sernández

ILUSTRACIÓN DE PORTADA

Mar Oliver

II CONGRESO INTERNACIONAL

ACCESIBILIDAD A LOS SISTEMAS PÚBLICOS DE SALUD

LIBRO DE ACTAS



ÍNDICE

CARTA DEL PRESIDENTE	5
RELACIÓN DE COMITÉS	6
RESUMEN DE PONENCIAS DEL CONGRESO	10
COMUNICACIONES ORALES	28
COMUNICACIONES EN PÓSTER	40

CARTA DEL PRESIDENTE

Que Médicos del Mundo España y que toda la Red Internacional de Médicos del Mundo se esfuerce por incorporar una concepción holística y una mirada global sobre el Derecho a la Salud es una obligación, porque solamente desde esa posición es posible desarrollar proyectos coherentes, y estratégicamente consistentes, para el refuerzo de los sistemas sanitarios públicos o para la defensa de derechos de los grupos sociales en situaciones de vulnerabilidad y riesgo de exclusión en salud.

Asimismo, también tenemos muy presente que el derecho a la salud y todo aquello que, para el ejercicio efectivo del mismo, depende de las políticas sanitarias públicas y de los sistemas de protección y atención a la salud, solamente podrá ser real cuando tanto las políticas como los sistemas reúnan condiciones de universalidad, accesibilidad y equidad; en contra de la idea de sustentar la cobertura de las necesidades inmediatas de las personas en subsistemas o en políticas específicamente orientadas a los grupos de población con necesidades derivadas de su situación particular, ya sea riesgo de exclusión o alta vulnerabilidad porque, en definitiva, ello contribuirá al refuerzo del estigma, por un lado, y a la consolidación de la exclusión social por otro.

Por lo tanto, a) la concepción del derecho a la salud como un componente más del sistema de derechos básicos de las personas, en relación dialéctica con todos los demás; b) el análisis de los atributos o rasgos esenciales que deben caracterizar los sistemas de salud, caso de la accesibilidad en todas sus dimensiones; y c) la exposición y discusión en torno a alguno de los componentes clave de los servicios y prestaciones de atención médico-social, es el enfoque que, en conjunto, han pretendido reflejar las mesas y ponencias programadas para este II Congreso de Accesibilidad.

En ese sentido, la financiación de los sistemas de salud, el acceso a los medicamentos y el análisis de la situación -en diferentes contextos- de los programas vinculados a los derechos en salud sexual y reproductiva son, junto con la accesibilidad, los temas que han focalizado las exposiciones y los debates congresuales.

Por otro lado, la expresión artística y, en concreto, el acto creativo, mantienen una relación consustancial con la salud, con su mantenimiento y mejora, con su pérdida y con su recuperación y, en diferentes formas, también han estado presentes en el desarrollo de este II Congreso de Accesibilidad que, en adelante, ya será reconocido como el Congreso de Almería.

Desde Médicos del Mundo esperamos haber respondido a las expectativas tanto de las personas asistentes como de las agencias e instituciones que han prestado el apoyo financiero y las condiciones organizativas para su celebración, en particular, al Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 del Gobierno de España y a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Almería.

Por último, es imposible obviar que estas jornadas coinciden con la tercera semana de hostilidades de altísima intensidad, gravedad e impacto humano en los territorios palestinos ocupados por Israel; por lo que con dolor, con el peso de la incertidumbre pero, por encima de todo, con el más grande sentimiento de solidaridad, antes, durante y al final de las dos jornadas el pensamiento de cada persona estará con la población civil palestina, reclamando y exigiendo el alto el fuego, el respeto al Derecho Internacional Humanitario y, en especial, el cese de los ataques a las instalaciones y al personal sanitario.



JOSÉ FERNÁNDEZ DÍAZ
Presidente de Médicos del Mundo



RELACIÓN DE COMITÉS

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidencia del Comité organizador

Dña. María del Carmen Domínguez Lora.

Presidenta de la sede autonómica de Médicos del Mundo en Andalucía.

Vocales del Comité organizador

Dra. María del Mar Jiménez Lasserrotte.

Profesora Ayudante Dra. Universidad de Almería. Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina.

Dr. José Manuel Hernández Padilla.

Profesor Titular de Universidad. Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina.

D. Wladimir Morante García.

Coordinador de la sede de Andalucía, Médicos del Mundo.

Dra. María Dolores Ruiz Fernández.

Profesora Titular de Universidad. Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina.

Dña. Eva Aguilera.

Coordinadora de Incidencia Política, Médicos del Mundo.

Dra. Isabel María Fernández Medina.

Profesora Ayudante Doctora de Universidad. Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina.

Dr. José Miguel Rodríguez.

Vocalía de Proyectos Estatales y Autonómicos, Médicos del Mundo.

Dra. María Isabel Ventura Miranda.

Profesora Ayudante Doctora de Universidad. Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina.

D. Pedro Campuzano Cuadrado.

Coordinador de Programas Estatales y Autonómicos, Médicos del Mundo.

D. Valentín Márquez.

Coordinador de Inclusión Social de Andalucía, Médicos del Mundo.

Dña. Laura Magán Domínguez.

Técnica referente derecho a la salud, Médicos del Mundo.

D. Gabriel Ruiz.

Técnico de Migraciones en la representación Málaga, Médicos del Mundo

Dr. Cayetano Fernández Sola.

Catedrático de Universidad. Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina.

Dña. Ghizlane El-Abbadi.

Técnica de intervención en la representación de Almería, Médicos del Mundo.

Dr. José Granero Molina.

Catedrático de Universidad. Director del Grupo de Investigación Ciencias de la Salud CTS-451.

Secretaría Técnica del Congreso

Dña. Laura Magán Domínguez.

Técnica referente derecho a la salud, Médicos del Mundo.

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidencia del Comité Científico

Dr. José Miguel Rodríguez Ferrer.

Vocalía de Proyectos Estatales y Autonómicos. Médicos del Mundo.

Vocales del Comité Científico

Dra. María del Mar Jiménez Lasserrotte.

Profesora Ayudante Doctora.
Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina. Universidad de Almería.

Dr. José Félix Hoyo.

Vicepresidencia Primera y Asuntos Internacionales/Red Internacional, Médicos del Mundo.

D. Wladimir Morante.

Coordinador de la sede de Andalucía. Médicos del Mundo.

D. Pedro Campuzano Cuadrado.

Coordinador de Programas Estatales y Autonómicos, Médicos del Mundo.

Dña. Consuelo Giménez Pardo.

Vocalía de Comunicación Interna, Externa y Desarrollo del Conocimiento, Médicos del Mundo.

Dña. Pilar Garrido.

Vicepresidencia Segunda y Movimientos Migratorios, Médicos del Mundo.

Dña. Ana Manzano León.

Voluntaria, Médicos del Mundo y Universidad de Almería.

D. Luis Guerra.

Voluntario, Médicos del Mundo.

Dña. Nieves Turienzo.

Vocalía de Desarrollo Asociativo, Médicos del Mundo.

D. Jesús González Zambrana.

Vicepresidente y vocal de Cooperación Internacional y Emergencias. Médicos del Mundo Andalucía.

D. Francisco Javier Pacheco Calvente.

Médico, voluntario de Médicos del Mundo.

D. David Conde.

Voluntario, Médicos del Mundo.

Dña. Amanda Gutiérrez.

Coordinadora Inclusión Social de la sede de Baleares, Médicos del Mundo.

Dña. Cristina Arcas.

Salud entre Culturas.

D. Alfredo Zanatta.

Consejero de Medici del Mondo. Italia

Dña. Celeste Conçalves.

Vicepresidenta de la Junta de Médicos del Mundo Portugal.

D. Angelo Pirola.

Vicepresidente Médicos del Mundo Italia.

Dr. Jose Miguel Garrido Molina.

Doctor Universidad de Almería.

Dr. Francisco Montes Galdeano.

Doctor Universidad de Almería.

Dra. Alba García Viola.

Doctora Universidad de Almería.

Dr. Fernando Plaza del Pino.

Profesor Ayudante Dr. Universidad de Almería.

Dr. Raúl Romero del Rey.

Universidad de Almería.

Dra. Alicia Ruiz Muelle.

Profesora. Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina, Universidad de Almería.

Dra. María del Carmen Rodríguez García.

Profesora Ayudante Doctora. Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina, Universidad de Almería

Dra. María del Mar López Rodríguez.

Profesora Titular Universidad. Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina, Universidad de Almería

Dra. Iria Dobarrio Sanz.

Profesora. Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina, Universidad de Almería

Dr. Pablo Román López.

Profesor Titular Universidad. Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina, Universidad de Almería

Dra. María del Mar Torres Navarro.

Profesora. Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina, Universidad de Almería

Dra. Jessica García González.

Profesora Ayudante Doctora. Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina, Universidad de Almería

Dña. Marta María Córdoba Peláez.

Universidad de Almería.

Dña. Blanca Ortiz Rodríguez.

Universidad de Almería

Dra. Remedios López Lira.

Catedrática de Universidad. Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina, Universidad de Almería

Dra. Vanesa Gutiérrez Puertas.

Profesora. Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina, Universidad de Almería

Dr. David Lozano Paniagua.

Profesor Ayudante Doctor. Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina, Universidad de Almería

Dr. Bruno José Nievas-Soriano.

Profesor Ayudante Doctor. Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina, Universidad de Almería.

PRESIDENCIA DEL II CONGRESO SOBRE ACCESIBILIDAD A LOS SISTEMAS PÚBLICOS DE SALUD

Dr. José Miguel Rodríguez Ferrer.

Vocalía de Proyectos Estatales y Autonómicos. Médicos del Mundo.

Dra. María del Mar Jiménez Lasserrotte.

Profesora Ayudante Doctora. Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina. Universidad de Almería.

II CONGRESO INTERNACIONAL ACCESIBILIDAD A LOS SISTEMAS PÚBLICOS DE SALUD



19 Y 20 DE OCTUBRE DE 2023
AUDITORIO DE LA UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

COFINANCIAN



COLABORAN



UNIVERSIDAD
DE ALMERÍA
Departamento de Enfermería,
Fisioterapia y Medicina



Grupo de Investigación
Ciencias de la Salud CTS-451

Facultad de
Ciencias de la
Salud
Universidad de Almería



RESUMEN DE PONENCIAS

**JUEVES 19 DE OCTUBRE DE 2023; 10:00-11:30.
CONFERENCIA INAUGURAL.**

“Más que cobertura sanitaria universal, derechos interdependientes”

**Mario Esteban Hernández Álvarez,
Movimiento por la Salud de los Pueblos.**



Expuso, además, diversidad de opiniones sobre lo justo en el acceso a la salud, incluyendo posturas liberales que consideran la salud como bien privado y otras visiones más amplias que la conciben como un derecho universal garantizado por el estado. También explicó la Ley 100 en Colombia y su impacto en la salud, mencionando la separación entre lo individual y lo colectivo, así como la transformación de recursos públicos en manos de entidades privadas transnacionales.

El discurso inaugural del II Congreso Internacional de Accesibilidad a los Sistemas Públicos de Salud abordó la importancia de la cobertura sanitaria universal desde una perspectiva crítica. Comenzó contextualizándola en los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030, destacando la aspiración de derechos universales y sin barreras de acceso para todos los seres humanos.

Mario explicó el modelo colombiano de cobertura universal en salud promovido por el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud, señalando sus problemas y su naturaleza como un arreglo estado-mercado funcional, pero con implicaciones de mercantilización y poder. Mencionó formas organizadas de poder, incluyendo aspectos ideológicos y militares, que le llevaron a plantear reflexiones sobre la medicina personalizada, la transformación genética y la relación entre lo biológico y lo social.

Planteó, por último, la necesidad de repensar los sistemas sanitarios europeos, mencionando la reproducción de desigualdades de género y la influencia de las transformaciones estructurales en el mundo del trabajo. Terminó su discurso concluyendo la importancia de la solidaridad y la colaboración para materializar la idea de acceso universal a la salud, señalando el papel de movimientos por la salud de los pueblos en la articulación de experiencias.



JUEVES 19 DE OCTUBRE DE 2023; 12:00-14:00. MESA 1. FINANCIACIÓN DE DIFERENTES SISTEMAS DE SALUD.

A nadie se le escapa la tensión a la que parece que están sometidos todos los sistemas de salud del mundo entre dos aspiraciones: la universalidad del acceso a la atención y servicios sanitarios frente a la sostenibilidad económica. La fórmula o, mejor dicho, las diferentes fórmulas que los estados deciden aplicar para la gestión de este dilema no están exenta de condicionantes políticos, ideológicos y culturales.

En un mundo en el que las instituciones financieras son las protagonistas del orden económico mundial, su papel en el sector sanitario ha alcanzado un protagonismo

central. Se ha experimentado un proceso que lleva a la sanidad mundial a depender cada vez más de los mercados financieros.

Esta mesa trata de responder a la pregunta de si los diferentes modelos de financiación y gestión económica de la sanidad en cada país tiene un impacto visible en la accesibilidad a los sistemas de salud resultantes.

“El contexto mundial en cuanto a las tendencias de las últimas décadas en modelos de financiación y gestión de los diferentes sistemas sanitarios”

Nicoletta Denticco, Society for International Development (SID).



Nicoletta comenzó su exposición poniendo la atención en la nueva ley presupuestaria italiana, que impone una cuota anual de 2.000 euros a los extranjeros no comunitarios para acceder al sistema sanitario público, en contradicción con la Constitución italiana, en particular su artículo 32, que hace hincapié en el derecho a la salud de las personas, no sólo de sus ciudadanos y ciudadanas.

Posteriormente, su enfoque se desplazó al contexto global más amplio, revelando una preocupante tendencia ascendente a utilizar la salud como herramienta discriminatoria en las estrategias políticas y las

políticas migratorias. Expresó su preocupación por el panorama pospandémico, en el que la espada de la austeridad amenaza los sistemas de salud pública en todo el mundo. Nicoletta señaló una paradoja en el contexto de Italia, donde los extranjeros no comunitarios ya contribuyen al sistema fiscal italiano a través del empleo, lo que hace que la tasa adicional que comentó al inicio de su presentación resulte discriminatoria. Además, la reforma del sistema fiscal, que elimina un impuesto específico de apoyo a la sanidad pública, añade complejidad al contexto italiano.

Por otro lado, la escena internacional se caracteriza por una creciente forma inquietante de financiación de la sanidad, en la que los actores multinacionales ejercen una influencia sin precedentes. Nicoletta llama a la acción colectiva para contrarrestar esta tendencia, haciendo hincapié en la necesidad de reclamar sistemas y derechos de salud públicos a escala mundial.

Concluyó poniendo el foco en la urgencia de abordar estos retos para garantizar un acceso equitativo a la atención sanitaria.



“Aspectos claves de la relación entre el uso de fondos públicos y el sector privado en la gestión sanitaria”

Marco Angelo, WEMOS.



Marco habló en su exposición sobre el impacto de la financiación del desarrollo en la privatización, especialmente en el mundo en desarrollo. Denunció el enfoque “primero el sector privado” del Banco Mundial, según el cual la financiación de los proyectos se busca inicialmente en el sector privado. Sólo si falla la financiación privada, se considera la inversión pública. Esta estrategia va más allá de la sanidad y abarca ámbitos como la agricultura y las infraestructuras. Mediante ilustraciones de implicaciones prácticas, reveló un complejo ecosistema de inversión, que incluye hospitales privados y fondos situados a menudo en paraísos fiscales.

A continuación, habló de las asociaciones público-privadas y de los mecanismos de financiación mixta. Las asociaciones público-privadas implican contratos entre gobiernos y entidades privadas para la financiación y gestión de proyectos, mientras que la financiación mixta combina fondos públicos y privados para mitigar los riesgos del inversor. Marco expresó su preocupación por la falta de pruebas que respalden la eficacia de estos enfoques para lograr la atención sanitaria universal.

Destacó, por último, casos de violaciones de los derechos humanos y el refuerzo de las desigualdades sanitarias existentes en los países pobres debido precisamente a las inversiones del sector privado. Señaló que el sistema no aporta necesariamente fondos adicionales, con sólo 37 céntimos de inversión privada adicional por cada dólar gastado en movilizar dicha inversión privada. Marco concluyó cuestionando la lógica de este enfoque, dado su cuestionable impacto y los riesgos asociados.



“Análisis del avance privatizador de la sanidad en España”.

Marciano Sánchez Bayle, Federación de Asociaciones Para la Defensa de la Sanidad (FADSP).



Marciano hace un recorrido del avance privatizador de la sanidad en España. Con su experiencia vivida desde el final del franquismo, destaca la mejora significativa del sistema sanitario durante la transición a la democracia. Sin embargo, señala un retroceso actual, aunque advierte que la privatización es un fenómeno de largo recorrido. La Ley General de Sanidad se aprueba en España en 1986, cuando ya estaba en marcha la privatización en otros países. Destacó la influencia de tendencias internacionales de desmantelamiento de servicios de protección social estatales.

En su presentación, examinó diferentes formas de privatización, incluyendo copagos, externalizaciones, concesiones administrativas y la colaboración público-privada, mencionando la Ley General de Sanidad y el Informe Abril como hitos que reflejan la agenda neoliberal.

Su análisis incluye el impacto financiero de la privatización y destacando el interés de empresas privadas en apropiarse de estos recursos. La privatización, según Marciano, puede realizarse desde tres perspectivas: financiación, provisión sanitaria y aseguramiento, detallando su relación con copagos, el gasto de bolsillo y las externalizaciones. Concluye señalando las condiciones para un buen sistema sanitario público, como es el apoyo de la población, unos profesionales comprometidos y los gobiernos progresistas. Para ello, es importante que la legislación fortalezca el carácter público e insta a analizar y denunciar procesos privatizadores. Destacó, como mensaje final, la resistencia ciudadana y profesional como elemento clave para la defensa de la sanidad pública.

JUEVES 19 DE OCTUBRE DE 2023; 16:00-18:00.
MESA 2. ESTRATEGIAS DE MEJORA Y EXPERIENCIAS
DE DIFICULTADES AL ACCESO AL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD.

Numerosas organizaciones sociales, científicas y sanitarias han podido constatar que las barreras de acceso al sistema nacional de salud español afectan de forma desproporcionada a aquellos grupos de población más vulnerabilizados por los ejes de desigualdad de clase social, raza, género o edad y que estas repercuten gravemente en su salud. Se hace necesario visibilizar aquellas vulneraciones del derecho a la salud que afectan a distintas personas, mostrando casos concretos de cómo impactan en la vida de las personas afectadas y escuchar sus demandas y exigencias como grupos de población afectados.

Sin embargo, existen recursos y herramientas en manos de las y los profesionales del sistema de salud que pueden contribuir a derribar algunas de esas barreras. Pero también es cierto que, en demasiadas ocasiones, son llevados a cabo gracias a su compromiso y voluntad individual. Claro que si algo hemos aprendido en la reciente crisis sanitaria es que lo más preciado que tiene nuestro sistema nacional de salud son sus profesionales.

“Análisis de estrategias para la mejora de la accesibilidad al sistema de salud”.

Ainhoa Ruiz Azarola, Escuela de Salud Pública Andaluza.



Esta primera ponencia abordó estrategias de mejora desde un punto de vista más técnico. Ainhoa señaló la necesidad de implementar estrategias intersectoriales para mejorar el acceso al sistema sanitario, abordando determinantes sociales como el lugar de residencia y la movilidad dentro de los centros de salud.

Mencionó el trabajo llevado a cabo a través de la Red ISIR (Inmigración y Salud), en la que trabaja, destacando la importancia de considerar las diferencias en lenguaje, costumbres y redes de salud de las personas migrantes.

Analizó el modelo de la Organización Mundial de la Salud sobre sistemas sensibles a la migración, resaltando la importancia de una gestión efectiva de la migración por parte de los gobiernos y abordando desafíos específicos, como el acceso a medicamentos para esta población y especialmente en el contexto actual de cambios climáticos que pueden influir en los patrones de migración.

Mesa de experiencias.

Raúl Osvaldo Emiliozzi, Tlaitmas Saou y Liz Karina González Rojas.



Se presentaron tres testimonios, dos de personas que habitan en Málaga y una en Melilla, que ilustraron dificultades que han tenido que enfrentar en el acceso a medicamentos y tratamientos médicos, resaltando la necesidad de sistemas de salud sensibles a la migración. Sus experiencias incluyeron dificultades burocráticas a pesar de tener cobertura sanitaria, desconfianza hacia los centros sanitarios y el sistema y deficiencia

en la atención a menores por falta de comprensión de los profesionales. Se destacó la problemática en Melilla, donde la falta de recursos estructurales afecta la atención sanitaria de la población.

En el debate posterior, destacaron la importancia de superar las barreras de acceso existentes, subrayando la necesidad de abordar el racismo y la discriminación en los servicios de salud, así como la necesidad de alianzas estratégicas entre comunidades, pacientes y redes para superar estos desafíos estructurales. Mejorar la formación y las condiciones de trabajo de los y las profesionales sanitarios es indispensable para abordar esta problemática. Se resaltó, por último, la existencia de leyes favorables que a menudo no se cumplen y se compartieron experiencias de dificultades en el acceso a la atención médica en distintas regiones.



**VIERNES 20 DE OCTUBRE DE 2023; 9:00-11:00.
MESA 3. EL DESAFÍO DE LOS SISTEMAS DE SALUD PARA GARANTIZAR EL ACCESO UNIVERSAL Y EQUITATIVO A MEDICAMENTOS.**

La reciente pandemia provocada por el Covid-19 ha sacado a la luz los grandes desafíos actuales que afrontan los sistemas de salud y, particularmente, la gobernanza de la salud global. Basta recordar que, en septiembre de 2021, el 13% de la población mundial había recibido el 90% de todas las dosis de vacunas disponibles; en junio de 2023, el continente africano seguía luchando por alcanzar la tasa de vacunación del 70 %, recomendada por la OMS.

No necesitábamos una pandemia para constatar las inequidades que caracterizan

el acceso a medicamentos y tratamientos que salvan vidas. Las barreras de acceso pueden ser de diversas índoles y se relacionan con las que ya se han analizado en las mesas anteriores al analizar la accesibilidad a los servicios sanitarios en general. Sin embargo, destaca de manera particular las barreras de carácter económico ya sea a escala internacional, por la falta de capacidad de unos países respecto de otros para acceder a vacunas y medicamentos, como al interior de los países de rentas medias y rentas altas, donde podemos constatar el fenómeno de la pobreza farmacéutica.

“Perspectiva global de las claves que gobiernan el modelo de I+D biomédica y los esfuerzos de los estados para introducir los nuevos medicamentos y tratamientos en sus sistemas de salud”.

Germán Velasquez Arango, consejero de South Centre y presidente de la Cátedra de Farmamundi.



Germán abordó en su presentación la complejidad del acceso a medicamentos a nivel mundial, destacando la proliferación de actores en el ámbito de la salud internacional. Se refirió a la falta de coordinación efectiva entre estos actores y cuestionó quién realmente está liderando dicha coordinación. También mencionó el cambio de paradigma en la financiación de la salud mundial,

pasando de un enfoque público multilateral a una combinación de sector público, privado y filantrópico.

Además, analizó la influencia del G7 y el G20 en la salud mundial, así como la falta de avances en la negociación de un tratado vinculante para prevenir pandemias. Quiso destacar el papel crucial de la propiedad intelectual en el acceso a vacunas y medicamentos, señalando la falta de avances en la exención de patentes.

Germán planteó la necesidad de soluciones regionales para abordar los desafíos actuales, sugiriendo la posibilidad de crear agencias regionales de medicamentos y aboga por un enfoque que busque el beneficio y bienestar de todos. Terminó concluyendo que la dinámica regional podría ser clave en la búsqueda de relaciones multilaterales más justas.

“Claves de la pobreza farmacéutica en España”.

Jordi Bosch Codina, Observatorio de la Pobreza Farmacéutica.



Jordi comenzó su exposición presentando el Banco Farmacéutico que comienza su lucha contra la pobreza farmacéutica en España en 2007, proporcionando medicamentos a personas en situación de vulnerabilidad. Señaló la necesidad de abordar la pobreza farmacéutica crónica, especialmente después del copago de 2012, que reveló una problemática significativa en España.

El Banco Farmacéutico ha desarrollado un sistema para financiar planes de medica-

ción a personas con dificultades económicas. El proyecto, desde su puesta en marcha, ha pagado más de un millón y medio de medicaciones, trabajando con 650 farmacias y más de 225 centros de atención primaria. Jordi mostró datos en los que el 50% de los beneficiarios son de origen español, en situación de desempleo y sin estudios, y enfatizó la feminización de la pobreza y su evolución durante la pandemia.

Por último, destacó la creación del Observatorio de la Pobreza Farmacéutica en 2017, con el objetivo de dimensionar, visibilizar y buscar cambios legislativos. A pesar de intentos fallidos de presentar el observatorio en el Ministerio, han participado en eventos y presentaciones para visibilizar la problemática. Como conclusión, resaltó la importancia de la innovación social y tecnológica, la colaboración público-privada y la necesidad de cambios legislativos para abordar la pobreza farmacéutica de manera más efectiva.

“Presentación de la experiencia de una campaña colectiva de incidencia política en España en defensa del acceso universal a medicamentos”.

Irene Bernal Carcelen, Campaña NoEsSano.



Irene presentó la campaña “No es sano”, en la que participa, entre otras muchas entidades, Médicos del Mundo y que se inició en 2015 con el objetivo de abordar la problemática del acceso a los medicamentos en España. Destacó la complejidad del tema, que involucra aspectos como la propiedad intelectual, patentes, transparencia en precios y la necesidad de conciliar la innovación con una sanidad universal y sostenible.

La campaña ha trabajado en generar evidencia a través de investigaciones sobre medicamentos, ha incidido en la agenda política y ha buscado la transparencia en la fijación de precios de medicamentos. Irene mencionó que, aunque han enfrentado desafíos, la coyuntura de la pandemia de COVID-19 ha contribuido a visibilizar la falta de acceso a medicamentos.

Destacó los logros en poner el tema en la agenda política y en la concienciación pública, así como en obtener resoluciones favorables del Consejo de Transparencia en relación con la publicación de precios de medicamentos. Sin embargo, señaló que aún hay retos importantes, como cambios legislativos, la estrategia farmacéutica europea, problemas de equidad en el acceso a tratamientos y la sostenibilidad del sistema de salud en los que hay que seguir incidiendo.



**VIERNES 20 DE OCTUBRE DE 2023; 11:30-13:30.
MESA 4A. EL ACCESO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
EN UN CONTEXTO DE BATALLA CULTURAL.**

La salud sexual y reproductiva es un ámbito central de la salud, especialmente de la salud de las mujeres. Desde la histórica Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994, ha habido un enorme avance en líneas generales en la atención a la salud sexual y reproductiva, aunque de forma muy irregular y no para todas las mujeres, tanto a nivel internacional como nacional.

Las desigualdades en el acceso y las carencias en la atención de la salud sexual y reproductiva son realidades que se deben abordar de forma urgente y no sólo desde las instancias sanitarias. La Agenda 2030

pone uno de sus focos, dentro del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 en garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva.

En el contexto social actual, el acceso a la salud sexual y reproductiva se ha convertido en punto focal de la lucha de posicionamientos culturales y políticos y, este tensionamiento y polarización de posturas, puede influir - y estamos viendo que influye - en la elaboración de políticas públicas de salud sexual y reproductiva, pudiendo tener consecuencias, ya no solo para la salud y el bienestar de las personas, sino para su grado de autonomía e igualdad.



“Una mirada global sobre los avances y retrocesos internacionales desde Cairo 1994”.

Estefanny Molina Martinez, Women’s Link Worldwide.



Estefanny proporcionó a lo largo de su presentación una visión global del acceso a la salud sexual y reproductiva. Destacó los logros significativos desde la Conferencia del Cairo, como el consenso de Montevideo y avances legales en Colombia, Argentina y España. Sin embargo, subrayó que persisten desigualdades, especialmente para mujeres migrantes, señalando que la reforma reciente en España no aborda la situación de estas mujeres de manera igualitaria.

La ponente subrayó también como factores como el género, la orientación sexual, la identidad de género o el estatus migrato-

rio impactan de manera desproporcionada en mujeres marginadas, complicando su acceso a servicios de calidad. Quiso destacar las crisis globales, como la pandemia de COVID-19 o los conflictos armados, afectan diferencialmente el acceso a la salud sexual y reproductiva, siendo estos servicios esenciales a menudo los más afectados.

Expresó su preocupación por los retrocesos en derechos impulsados por grupos ultraconservadores en lugares como Estados Unidos, Polonia y Uganda, así como la inquietud por posibles regresiones en derechos durante el proceso constitucional en Chile. A pesar de estos desafíos, enfatizó el papel positivo del activismo feminista global, reconociendo el trabajo incansable de organizaciones y defensoras de derechos humanos en la mejora del acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y en la resistencia contra restricciones y barreras.

Para terminar, hizo un llamamiento a la importancia continua de trabajar desde diversas trincheras y tejer redes para garantizar el derecho global a la salud sexual y reproductiva.

“Experiencia de trabajo de PROMSEX y análisis sobre cuáles son los principales desafíos que afrontan las mujeres más vulnerables frente al disfrute pleno de su derecho a la salud sexual y reproductiva en Perú y/o el contexto latinoamericano”.

Susana Chávez Alvarado, Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos de Perú (PROMSEX).



Susana ofreció una visión detallada de la situación de los derechos sexuales y reproductivos en Perú. Subrayó el impacto del conflicto armado y cómo el Programa de Acción de El Cairo se vio influido por políticas coercitivas de control poblacional, especialmente las ligaduras de trompas, destacando la falta de reparación a las más de 2.500 víctimas de esterilizaciones forzadas. En el contexto actual, el COVID-19 ha exacerbado la precariedad de los servicios, desapareciendo la consejería de planificación familiar en Perú y dejando, al menos, 56.000 mujeres sin métodos anticonceptivos. Destacó la resistencia contra opositores a los derechos sexuales y reproductivos, resaltando la importancia de los compromisos internacionales y casos judiciales para avanzar en la exigibilidad de estos derechos, mencionando casos emblemáticos, como el de LC, Mila o Camila, que llevaron a cambios en protocolos y llamados de atención al país.

La agenda de los opositores busca mantener el aborto como delito y defiende un modelo único de familia, debilitando instituciones y vulnerando derechos ya ganados. Aunque se logró la disponibilidad de la anticoncepción oral de emergencia después de años de lucha en Perú, se han registrado pérdidas en el currículo escolar con la campaña “Con mis hijos no te metas”.

La situación en Perú refleja una compleja lucha por los derechos sexuales y reproductivos, con avances y retrocesos. A pesar de los desafíos persistentes y una sociedad dividida en cuestiones fundamentales, la ponente destacó logros importantes como la exigibilidad de derechos a nivel internacional y cambios positivos en protocolos médicos. Sin embargo, la resistencia continua y la polarización social presentan desafíos continuos para el avance de los derechos en el país.

“La realidad del contexto español con respecto al acceso a servicios y recursos de salud sexual y reproductiva”.

Raquel Hurtado López, Sedra/Federación de Planificación Familiar.



En España, la descentralización de servicios sanitarios ha generado modelos descoordinados, generando inequidades y falta de acceso. La salud sexual y reproductiva abarca mucho más que anticoncepción e infecciones, incluye aspectos como la identidad, los deseos y la violencia de género.

Desde 1985, los modelos varían en las comunidades autónomas, generando disparidades y cerrando puertas. La atención en salud sexual debe estar en el centro de la vida y de la atención primaria, con formación y capacitación adecuadas de sus profesionales.

Hay comunidades autónomas destacables en este aspecto, como Cataluña y Aragón, pero otras, como Madrid o Extremadura, tienen muchas carencias. La ponente explicó la situación del aborto en España, destacando la necesidad de garantizar el acceso al servicio en el circuito público y la problemática de las provincias que no realizan interrupciones del embarazo. Mencionó también la batalla cultural en torno a la educación sexual, que se enfrenta a desafíos culturales y políticos con la aparición de bulos que buscan desacreditar su importancia en las escuelas, cuando es un espacio de transmisión de valores.

Concluyó la ponencia remarcando la necesidad aun de normalizar y priorizar la atención a la salud sexual y reproductiva, con un enfoque integral y coordinado, desafiando mitos y construyendo un acceso equitativo.

**VIERNES 20 DE OCTUBRE DE 2023; 13:30-14:00.
CONFERENCIA DE CLAUSURA.**

“Reivindicación sobre el derecho a la salud desde el arte”.

Hadriana Casla, Grigri Projects.



Hadriana subrayó la relevancia de generar espacios de encuentro, trabajar colectivamente y construir alianzas, destacando la importancia de proyectos replicables y aportando la Red de Espacios y Agentes de Cultura Comunitaria como ejemplo de colaboración y replicabilidad. Concluyó su presentación con el deseo de seguir construyendo redes híbridas que conecten diferentes perspectivas y formas de pensar en el mundo.

El arte tiene la capacidad de conmover y conectar, tiene la capacidad de despertar, de accionar y levantar pensamientos e ideas. El arte se puede convertir en un medio de comunicación enfocado al cambio y a la transformación, un lenguaje que se desplaza desde la creación artística académica hacia los espacios sociales convirtiéndose en una herramienta educativa y de movilización social.

El arte, por tanto, desempeña una función social al ser esencial en su implicación con la toma de conciencia y la sensibilización tanto individual como colectiva. En este sentido, Grigri Projects presentó dos proyectos específicos: “Un botiquín para mi ciudad”, centrado en mejorar el bienestar urbano mediante talleres y propuestas comunitarias, y “Mue- res de Castelo”, un proyecto colaborativo con mujeres mayores para compartir experiencias de vida. Su representante, también mencionó un proyecto en colaboración con un museo para mapear necesidades en el sector sociosanitario.



HADRIANA CASLA

UNION PROJECTS

DE SALUD

19 Y 20 DE OCTUBRE DE 2023
AUDITORIO DE LA UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

COFINANCIAN



COLABORAN



UNIVERSIDAD DE ALMERÍA
Departamento de Enfermería,
Fisioterapia y Medicina

Centro de Investigación
de la Salud CTS-451



Facultad de
Ciencias de la
Salud
Universidad de Almería



VIERNES 20 DE OCTUBRE DE 2023; 14:00. ACTO DE CLAUSURA.

José Fernández Díaz, presidente de Médicos del Mundo.

Para finalizar el Congreso, el presidente de MdM destacó la importancia de generar conocimiento y movilización a través de eventos como este, que ha podido organizarse gracias al apoyo del Ministerio de Derechos Sociales y la Agenda 2030.

Recordó las diferentes temáticas abordadas a lo largo de dos días de Congreso, como la cuestión de la colaboración público-privada y la privatización de la gestión de la salud, instando a luchar contra ello. Resaltó la importancia de la financiación pública, en contraposición a los servicios privados, para garantizar la accesibilidad, la universalidad y la equidad en los servicios de salud, mencionando, como se vio a lo largo del evento, las barreras que pueden suponer los copagos o la influencia de la industria farmacéutica. En este punto, mencionó también la relevancia del acceso a los medicamentos, especialmente en el contexto de enfermedades desatendidas, destacando la importancia de la financiación para la investigación

Subrayó el mensaje sobre la interdependencia de los derechos y la necesidad de una visión holística en este aspecto que se ha defendido a lo largo de las ponencias y la necesidad de abordar el problema estructural del acceso a los servicios de salud. Además, hizo hincapié en la importancia de trabajar en red, de generar alianzas y de la movilización social, reconociendo el poder de las organizaciones sociales precisamente en esta labor de transformación y movilización de la sociedad.

Terminó el cierre del Congreso haciendo un llamado a la paz y la justicia para Palestina, solicitando la apertura de corredores humanitarios y destacando la importancia del respeto a los derechos humanos.

COMUNICACIONES ORALES

(Re-)integrating vulnerable populations into the health system: action research for and by the frontline health workers.

Autoras:

Fanny Procureur, Léa Di Biagi, Ellen Verryt, Catherine Filleul, Noémie Grailet.

Palabras clave: *Participative action research, access to primary care, vulnerable populations, integrated healthcare.*

RESUMEN

Conceived by low-threshold organizations including Doctors of the World Belgium and in collaboration with the Belgian Ministry of Health, the “0.5 line” originates from the notion of a preliminary stage preceding the traditional first-line of care. It encompasses a diverse array of multidisciplinary services and structures, providing primary healthcare for vulnerable populations (homeless individuals, international protection applicants, undocumented migrants, sex workers, drug users) with the goals of (re) integrating these patients into the traditional first-line healthcare system and provide them adequate services.

The TOOLINE 1 research project fits into this context and emerges as a dynamic initiative focused on augmenting skills and equipping the frontline of psycho-medico-social services and its providers with tools, resources, and a network to facilitate the care of individuals in situations of great vulnerability, where access to the primary level of care is absent, limited, or suboptimal.

The TOOLINE 1 project serves as the embodiment of this initiative—a participative action research endeavor that encompasses three regions: Brussels, Mons, and Antwerp through diverse phases including the identification of challenges related to the integra-

tion of vulnerable populations into the primary healthcare system through in-depth interviews and focus groups, collaborative development of tools and networks, as well as rigorous testing, validation, and iterative enhancements.

The ultimate outcome of this research is the creation of a framework guiding individuals from the “0.5 line” to the primary care system which could be scaled up to other regions of the country. Through this framework, we expect that health partners enhance their ability to reduce cultural, administrative, and financial barriers to healthcare access, manage mental health and addiction issues, address the specificities linked to precarious populations, and establish, integrate, and work within a network focused on addressing precarity.

BIBLIOGRAFÍA

Davies A, W. L. (2018). Homeless health care: meeting the challenges of providing primary care. . Medical Journal of Australia. doi: 10.5694/mja17.01264. PMID: 30157413.

Expert Panel on effective ways of investing health. (2020). The organisation of resilient health and social care following the COVID-19 pandemic. European Union, ISSN 2315-1404.

Guäbi, H. (2022). L'intégration de soins des patients sans-abris aux urgences : Quelle est la représentation. Faculté de santé publique, Université catholique de Louvain.

INAMI. (2014). LIVRE VERT SUR L'ACCÈS AUX SOINS EN BELGIQUE. Wolters Kluwer Belgium SA, ISBN 978-90-46-56878-1.

MH Rod, N. H. (2023). Promoting the health of vulnerable populations: Three steps towards a systems-based re-orientation of public health intervention research. Health & Place, Volume 80.

Pelgrims, I. (2018). La "fonction 05": vers une plus grande accessibilité du système de soins ! L'observatoire (n° 96, Septembre 2018), 53-56.



Evaluación económica e incidencia política del programa de atención integral a las víctimas de violencia de género en Mauritania.

Autores:

Alberto Basterra Rincón, Belén Santa-Cruz Hellín; María Luisa Martín del Burgo Carrero; Nuria Jiménez Olivas.

Palabras clave: *Evaluación económica, incidencia política, violencia de género, economía de la salud*

RESUMEN

Médicos del Mundo desarrolla desde 2017 una estrategia de Atención Integral a las Víctimas de Violencia de Género (PAIVVG) en Mauritania que se inició con una experiencia piloto en el Hospital de Mère Enfant de Nouakchott con la creación de una Unidad de Atención Integral a Víctimas de Violencia de Género (USPEC).

El principal objetivo de este trabajo es analizar la sostenibilidad y la integración de las USPEC en el sistema sanitario público mauritano, con los objetivos específicos de conocer el coste de un caso estándar, el coste global de una USPEC, desarrollar un argumento para la incidencia política y evaluar la viabilidad de la USPEC como servicio nacional.

Para ello, se parte del estudio de costes de la experiencia piloto realizado en 2020 por la Doctora del Burgo, contrastándolo con el protocolo actualizado del Ministerio de Salud mauritano sobre atención a las VVG, infiriéndolos a un estudio de costes de la atención sanitaria de las VVG (registro, historia clínica, pruebas complementarias, tratamiento, certificado médico, y seguimiento médico) en las seis USPEC. El consumo de recursos analizado se expone divididos en recursos humanos, gastos corrientes e inversiones y las fuentes de información han sido datos internos de Médicos del Mundo; datos obtenidos a través de formularios de los seis centros hospitalarios implicados en el programa y la base de datos de las USPEC con un total de 3.435 casos atendidos desde 2017 hasta febrero de 2023.

Se estima un gasto total por cada caso estándar de 7.503,78 MRU (202,61 €). En un caso que requiriera atención obstétrica los gastos corrientes aumentarían 5.697 MRU (153,24 €). El gasto anual promedio estimado por unidad es 929.218,09 MRU (25.088,89 €). El máximo de casos atendidos por profesional ha sido en el Hospital de Amitié (49 casos anuales por ginecólogo y 4 casos anuales por matrona).

El presupuesto anual estimado por USPEC supone menos del 0,1% de un presupuesto hospitalario anual y el 0,01% del presupuesto anual del Plan Nacional de Salud y un 0,48% del Programa 1 de dicho Plan (Reducción de mortalidad materno-infantil). Respecto a estudios de costes previos de la atención especializada en la violencia de género existen pocos en el ámbito del desarrollo, pero hay varios europeos con distintos enfoques y en general concluyen que resulta rentable invertir en programas de violencia de género. Como limitaciones del trabajo se destaca que no se han incluido los salarios brutos ni los presupuestos reales hospitalarios, no se ha realizado un ajuste por complejidad de los casos, y que sólo se ha analizado la atención sanitaria de las VVG. En conclusión, el PAIVVG en Mauritania supone un gasto asumible para su Ministerio de Salud y se pueden atender más víctimas con los recursos ya presentes. Todo ello supondría un impacto positivo en la salud pública mauritana.

BIBLIOGRAFÍA

M.L.M. del Burgo, L. Tuéry. Document d'Étude d'Analyse des Coûts de la PeC des violences basées sur le genre, spécifiquement des violences sexuelles en Mauritanie. Mauritania; 2020.

République Islamique de la Mauritanie. Ministère de la Santé – Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2022-2030 – Volume I : Analyse situationnelle et PNDS.

République Islamique de la Mauritanie. Ministère de la Santé – Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2022-2030 - Volume III : Cadre des Dépenses à Moyen Terme (CDMT) de la Santé 2022 -2024

République Islamique de la Mauritanie. Médicos del Mundo España. Protocole de Prise en Charge Holistique des victimes de mutilations génitales féminines, complications et séquelles. Mauritanie, 2021.

Bases de datos Médicos del Mundo España - USPEC 2017-2023

Ministère de la Santé. République Islamique de Mauritanie. Médicos del Mundo España. Protocole de Prise en Charge Médicale des Victimes de Violences Sexuelles. Mauritanie; 2021

Paradoja Biosocial: ¿Cómo afecta el modelo biomédico a la implementación de la Baja Menstrual en España?

Autora:

Lola María Ibáñez González.

Palabras clave: *Salud Sexual y Reproductiva; Salud Menstrual*

RESUMEN

En marzo de 2023, España se convirtió en el primer país de la Unión Europea en introducir el concepto de “salud menstrual” en su marco legal (reforma de la Ley Orgánica de Salud Sexual y Reproductiva), con el objetivo de facilitar el acceso a bajas médicas a las mujeres con dolores menstruales garantizando su protección social.

Este trabajo pretende subrayar algunas complejidades que rodean los procesos relacionados con la menstruación y el modelo médico dominante, revisando la bibliografía sobre las barreras biomédicas que afectan a la salud de las mujeres y analizando cómo repercuten en la aplicación de esta baja.

Para ello, se revisa la Ley Orgánica (2023) y la literatura sobre servicios de salud sexual y reproductiva en el contexto español, barreras en el conocimiento biomédico, tabú menstrual, elecciones reproductivas y salud menstrual, paternalismo y problemas clínicos que pueden afectar a la baja menstrual.

Se realizaron dos entrevistas en profundidad, una a un profesional sanitario y otra a una paciente con dolencias menstruales y diagnóstico de desorden hormonal. Los datos se analizan desde una perspectiva antropológica y feminista situando la menstruación en una escala más amplia, teniendo en cuenta factores socioculturales que afectan los procesos relacionados con la salud menstrual y centrándose en el acceso a la baja laboral.

Tras esta revisión literaria, se requiere un examen en mayor profundidad una vez pase más tiempo desde la publicación de la ley. Aun así, podemos ver que el análisis desde una visión feminista que incluye experiencias de mujeres en un análisis teórico cuestiona la imparcialidad del juicio moral médico y señala las dificultades de acceso a servicios SSR. La perspectiva de género contribuye a modificar el análisis bioético, haciendo visibles las dimensiones sociales y políticas de las cuestiones relacionadas con la salud. Además, saca a la luz elementos ideológicos que pesan en las decisiones reproductivas, tanto en la autonomía de la persona que menstrúa como en las actitudes paternalistas.

Hay que garantizar la protección en todos los procesos sociales, económicos y médicos para que la aplicación de la ley sea eficaz y se reduzcan las barreras de acceso. Para ello es necesario producir conocimientos en la salud de las mujeres, reformulando la menstruación más allá de la categoría de problema de salud y cuidar, desde una perspectiva feminista, que la baja menstrual sea accesible y ayude a normalizar el proceso fisiológico de la menstruación, evitando viejas y nuevas formas de medicalización menstrual.

BIBLIOGRAFÍA

Inhorn, M.C. (2006). Defining women's health: A dozen messages from more than 150 ethnographies. *Medical Anthropology Quarterly*, 20 no.3, 345–378. doi:10.1525/maq.2006.20.3.345..

Good, B.J. and Good-Delvecchio, M.J. (1993). The Construction of Medical Knowledge at Harvard Medical School. In *Knowledge, Power, and Practice: The Anthropology of Medicine and Everyday Life*. Lindenbaum, S. and Lock, M eds. Berkeley: University of California Press, pp 81-107..

King, S. (2022). Premenstrual Syndrome and the Myth of the Irrational Female. In *The Routledge Handbook of Anthropology and Reproduction*, compiled by Sallie Han and Cecilia Tomori. London: Routledge, pp 287-303

Guilló-Arakistain M. (2022). Challenging Menstrual Normativity: Nonessentialist, Body Politics and Feminist Epistemologies of Health. In *The Routledge Handbook of Anthropology and Reproduction*, compiled by Sallie Han and Cecilia Tomori.. London: Routledge, pp 869-885.

Levitt R. B., Barnack-Tayloris J.L. (2020). Addressing menstruation in the workplace: The menstrual leave debate. *The Palgrave Handbook of Critical Menstruation Studies*, 561-575.

Notman, M.T., Nadelson, C. (1978). Women and Biomedicine: Women as Patients and Experimental Subjects. *Encyclopedia of Bioethics*, London: The Free Press. 1704-1711: <http://course.sdu.edu.cn/G2S/eWebEditor/uploadfile/20120826202224001.pdf>

Pelto, P. J. and Pelto, G. H. (1997). Studying Knowledge, Culture, and Behavior in Applied Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 11(2), 147–163. <http://www.jstor.org/stable/649140>. (18 pages)

Tendiendo puentes hacia la salud.

Autoras:

Raquel Santana Araña; Ana Belén Ruiz Jiménez; Raquel Victoria Urréjola Cardenal; Laura Pérez Roselló; Sara Trujillo Moreno.

Palabras clave: *Accesibilidad, Salud, Mujeres y Prostitución.*

RESUMEN

Las unidades de atención integral “tendiendo puentes” son unidades de atención a la mujer en situación de Prostitución (Mesp) dentro de los centros de salud del servicio canario de salud en Lanzarote y Gran Canaria -con la colaboración de Médicos del Mundo (MdM). La reducción de las inequidades y contribuir a la disminución de la morbimortalidad de las Mesp constituye el objetivo principal de estas unidades.

Esto se desarrolla a través de unas consultas individuales dentro de la dinámica del Centro de Salud (CS) buscando el abordaje más equitativo. La acogida, valoración, información y asesoramiento son los pilares fundamentales en la atención a estas mujeres. En las unidades, se desarrollan diferentes actividades:

- Rutas de acercamiento de las profesionales en las unidades a los lugares donde estas mujeres están siendo prostituidas con la colaboración de MdM.
- Creación de agenda específica “tendiendo puentes” dentro de la dinámica del CS.
- Derivaciones oportunas dentro del equipo del CS y con otras profesionales de entidades privadas o públicas, según las necesidades detectadas.

En la isla de Lanzarote, este proyecto se inició el 14 marzo del 2023 en C.S. Valterra, con apoyo de MdM y la referencia de la experiencia del C.S. Maspalomas, cuya unidad lleva 3 años.

En la isla de Lanzarote han sido un total de 18 consultas, con un día a la semana dedicada a la unidad. Se ha atendido un total de 54 mujeres, de las cuales fueron diagnosticadas de diferentes patologías orgánicas no conocidas previamente tales como hipotiroidismo (2 casos), hipertensión arterial (3 casos), anemia (1 caso) e ITS (17 casos). También se realizó asesoramiento y tramitación de interrupción voluntaria del embarazo (1 caso).

Las Mesp no tienen ni el mismo acceso ni la misma atención sanitaria que el resto de la población. A esto se le añade el daño que hace la estigmatización de la prostitución y la desprotección de muchas mujeres víctimas de trata con fines de explotación sexual. Cabe destacar que la situación de las mujeres obligadas a realizar lo que se llama “plaza”, provoca un mayor desamparo y exclusión al no poder tejer redes de apoyo social e institucional.

Es de gran importancia la existencia de una red asistencial a nivel estatal junto con las diferentes unidades dentro del sistema público de las diferentes comunidades que garanticen una continuidad asistencial y maximizar los esfuerzos a la hora de proporcionarles atención integral. MdM puede desarrollar un papel clave en lo que sería la macro gestión de estas unidades ya que realiza un papel de puente entre el funcionamiento de los diferentes sistemas sanitarios de las diferentes comunidades y la continuidad asistencial que necesitan las Mesp, tanto las que se desplazan como las que desconocen el funcionamiento del sistema.

BIBLIOGRAFÍA

Dirección General Salud Pública. Servicio Canario de la Salud. Protocolo de coordinación para la atención a personas en riesgo de exclusión social (situación de prostitución) atención, vacunas y equidad. Febrero 2020. Las Palmas de Gran Canaria.

APRAMP. Guía de Intervención con víctimas de trata para profesionales de la Salud. 2017. José Luis, T., & Franco, B. P. Atención médica individual con orientación comunitaria - atención contextualizada: la figura es el fondo. Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria. 2003.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid. 2015.

PACAP. ¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud? De la reflexión a las primeras intervenciones. Madrid: SemFYC.

Ministerio de Igualdad. (2020). Guía de actuación para mujeres víctimas de trata con fines de explotación sexual y para mujeres en contextos de prostitución. Situación de emergencia derivada por el confinamiento por la epidemia de coronavirus. Madrid: Ministerio de Igualdad.



Aplicación de un Sistema de Información Geográfica para mejorar el acceso al sistema público de salud en Mauritania.

Autores:

Santiago Alonso Pardo, Mercedes de los Ángeles Rodríguez Rodríguez.

Palabras clave: *Inequidad en el acceso al sistema sanitario; Planificación sanitaria; Cobertura sanitaria; Sistema de Información Geográfica; Mauritania.*

RESUMEN

El mapa sanitario georreferenciado (2014) evidenció las desigualdades en la distribución de las estructuras sanitarias y el elevado número de personas sin acceso a la atención sanitaria. En consecuencia, se propuso una nueva organización del sistema de salud mauritano basada en la atención primaria, con el distrito sanitario como base de su estructura, un primer nivel asistencial en el Área de Salud y con el Puesto de Salud (PS) como referencia para dar cobertura a la población en un radio de 10 km.

En este estudio se presentan los planes de desarrollo sanitario de las regiones de Trarza, Brakna y Guidimakha, en las que utilizando un Sistema de Información Geográfica de código abierto (gvSIG) se identificaron las localidades más vulnerables sin cobertura sanitaria donde ubicar los PS con un orden de prioridad basado en criterios objetivos.

La metodología utilizada está basada en el análisis en cada región de: 1) la estructura demográfica de la población y su posible evolución en 4 años; 2) la situación socioeconómica y de los determinantes sociales de la salud; 3) El perfil epidemiológico y 4) la ubicación de las distintas estructuras sanitarias en el mapa sanitario, tras su actualización en 2017. Posteriormente, mediante el gvSIG, se identificaron las localidades sin cobertura sanitaria, seleccionando las más vulnerables en función de los siguientes criterios: a) la concentración espacial en un territorio específico; b) el número de habi-

tantes; c) la dificultad de acceso a otras estructuras próximas y d) la existencia de zonas inundables durante las lluvias.

Para determinar la ubicación de los nuevos PS y el orden de su construcción según los recursos humanos y económicos disponibles, se establecieron 3 niveles de prioridad: alta (localidades con un elevado número de habitantes en un radio de 10 km, con difícil acceso a la estructura de salud más próxima); baja (localidades poco pobladas, localidades ya cubiertas por un PS pero cuya alta densidad de población aconseja desdoblarlo o con fácil acceso al PS más próximo) y media (localidades con condiciones entre las dos anteriores).

Las 3 regiones están ubicadas entre el desierto del Sahara y el río Senegal, con un reparto muy desigual de su población entre las escasas y aisladas localidades del norte desértico y las abundantes pero dispersas localidades del sur, donde hay frecuentes inundaciones durante las lluvias, lo que supone un factor de riesgo para el acceso a los servicios sanitarios. Todo ello hace que sean las 3 regiones de Mauritania con mayor población sin cobertura sanitaria en un radio de 10 km:

- Trarza: 32.891 personas (12,1%)
- Brakna: 27.812 personas (8,9%)
- Guidimakha: 8.711 personas (3,3%)

En Trarza, con 23 nuevos PS (13 con prioridad alta, 6 con prioridad media y 4 con prioridad baja), la población sin cobertura sanitaria bajaría al 3,8%. En Brakna la propuesta contempla 14 nuevos PS (10 con prioridad alta, 2 con prioridad media y 2 con prioridad baja), lo que reduciría la población sin cobertura sanitaria al 2,7%. En Guidimakha,

además de los nuevos PS se propuso que algunos se reconvirtieran en CS, dada la elevada población de su zona de cobertura, así la región pasaría a tener 61 PS y 12 CS y la población sin cobertura bajaría al 0,8%.

BIBLIOGRAFÍA

Alonso, S. y Cañis, A. (2010). Diagnóstico y evaluación del sector salud en Mauritania. FCSAI, AECID. (Informe)

Burstein R, Tania. (2002). Sistemas de información geográfica y su aplicación en la salud pública. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, 19(3), 107. Recuperado el 20 de junio de 2022, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S17266342002000300001&lng=es&tlng=es.

Deutsche Gessellschaft für Technische Zusammenarbeit. (2004). Le système de santé de district. Expériences et perspectives en Afrique. Schriftenreihe der GTZ n°277. Recuperado de: https://www.humatem.org/details_base_documentaire/170

Maher, D., Smeeth, L., & Sekajugo, J. (2010). Health transition in Africa: practical policy proposals for primary care. Bulletin of the World Health Organization, 88(12), 943-948.

Organización Mundial de la Salud. (2008). Informe sobre la salud en el mundo: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43951>

Rodríguez Pérez, J. G. (2017). Sistemas de información geográfica (SIG) en salud como estrategia de seguimiento en maternidad saludable. Secretaria de salud. Soacha. Cundinamarca. [Trabajo de Fin de Máster]. Universidad de Manizales, Colombia.

Programas comunitarios y lepra: la voz de profesionales de la salud.

Autoras:

Gema Martos Casado; Carmen Vives Cases; Diana Gil González.

Palabras clave: *lepra, intervención comunitaria, género, barreras de acceso a la salud, sostenibilidad de los programas.*

RESUMEN

Las intervenciones basadas en la comunidad son estrategia clave para eliminar la lepra. Los y las profesionales de la salud tienen un papel esencial ya que son fuente de información imprescindible por sus conocimientos y experiencia, y también por su perspectiva integral de los contextos en los que se incluyen los programas. El objetivo principal de este estudio es analizar las percepciones sobre el desarrollo de programas con personas afectados por la lepra desde la perspectiva de profesionales que trabajan en diferentes organizaciones en contextos endémicos.

Para ello, se realizó un estudio cualitativo a partir de la respuesta escrita a un cuestionario abierto enviado por correo electrónico. El contenido estuvo relacionado con aspectos positivos y dificultades en el trabajo diario, participación de la comunidad, perspectiva de género y sostenibilidad del programa. Fueron entrevistados 27 profesionales, 14 mujeres y 13 hombres, pertenecientes a 16 organizaciones de India y Brasil.

Tras el análisis del contenido surgieron dos temas principales: barreras percibidas y propuestas para mejorar la sostenibilidad de los programas.

El estigma influye en la forma en que las personas afectadas por la lepra viven los diferentes procesos relacionados con su salud. Además, se percibe como elemento transversal que incide en el resto de las barreras identificadas, siendo causa y efecto

de los mecanismos que perpetúan la enfermedad en los países endémicos.

En India, identificaron en mayor medida las desigualdades de género y cómo estas afectan de manera particular a las personas afectadas por la lepra. La evidencia muestra cómo las mujeres tienen una peor calidad de vida y son discriminadas en mayor medida que los hombres; debido entre otras razones a sus peores posibilidades de acceder a los servicios de salud. Los resultados de este estudio muestran los factores que dificultan el manejo de la lepra, incluidas las consecuencias físicas y psicológicas, el nivel socioeconómico o el vivir en áreas remotas. Los y las profesionales proponen intervenciones dirigidas a la detección temprana de casos, el acceso a tratamiento integral e instalaciones adecuadas, la prevención de discapacidades y la rehabilitación socioeconómica.

Hay que tener en cuenta las limitaciones del estudio, como el medio de la recogida de datos que podría haber influido en la saturación de contenido de las respuestas y la no profundización de algunos temas durante las entrevistas; no encontrar ningún estudio que analice específicamente la perspectiva de los profesionales de la salud en estos contextos para su comparativa y que las entrevistas se realizaron unos meses antes de la pandemia mundial Covid-19, por lo que sería interesante reevaluar la situación después de la pandemia.

En conclusión, aunque los programas comunitarios con personas afectadas por la lepra tienen años de historia en países como India y Brasil, todavía existen barreras que pueden obstaculizar su desarrollo. Basadas en las necesidades específicas de los contextos, los y las profesionales de la salud sugieren recomendaciones para que, con la

participación de todas las partes y con enfoques sensibles en derechos humanos y género, contribuyan a garantizar la cobertura sanitaria universal y la sostenibilidad de dichos programas.

BIBLIOGRAFÍA

World Health Organization. Ending the neglect to attain the Sustainable Development Goals—A road map for neglected tropical diseases 2021–2030 (Geneva: World Health Organization), pp. 55. Accessed on 7th July 2020

World Health Organization. WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes [Internet]. 2018. Available from: <https://www.who.int/hrh/resources/healthpolicy-system-support-hw-programmes/en/>

Sermrittirong S, van Brakel WH. Stigma in leprosy: concepts, causes and determinants. *Leprosy Review*. 2014; 85:36–47. PMID: 24974441

Van'T Noordende AT, Lisam S, Ruthindartri P, Sadiq A, Singh V, Arifin M, et al. Leprosy perceptions and knowledge in endemic districts in India and Indonesia: Differences and commonalities. *PLoS Neglected Tropical Diseases*. 2021; 15(1):1–19. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0009031> PMID:33476343

Dijkstra JIR, van Brakel WH, van Elteren M. Gender and leprosy-related stigma in endemic areas: A systematic review. *Leprosy Review*. 2017; 88(3):419–40.

World Economic Forum. Global Gender Gap Report 2020: Insight Report. 2019. 1– 371 p.

Adaury MH, Angulo LP, Sepúlveda AMJ, Sanhueza XA, Becerra ID, Morales JV. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: Una revisión sistemática cualitativa. Vol. 33, *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*. Organización Panamericana de la Salud 2013. p. 223–9. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892013000300009> PMID: 23698142

Martos-Casado G, Vives-Cases C, Gil-González D. Scoping review: Community-based programmes with people affected by leprosy. *Tropical Medicine and International Health*. 2020; 25(2):144–58. <https://doi.org/10.1111/tmi.13345> PMID: 31713954

COMUNICACIONES EN PÓSTER



Pictogramas multiculturales para la comunicación y el fomento de la lactancia materna

AUTORÍA: Sonia García-Duarte, David Lozano-Paniagua, María del Mar Martín-Latorre, Javier Ramírez-Santos, Bruno José Nievas-Soriano

EJE TEMÁTICO- ESTRATEGIAS DE MEJORA Y EXPERIENCIAS DE DIFICULTADES AL ACCESO AL SPS

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es el mejor alimento para todos los recién nacidos. Fomentar este tipo de alimentación reporta numerosos beneficios tanto maternos como neonatales, generando beneficios sociales adicionales (1, 2). Los profesionales sanitarios deben promover la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y de forma complementaria hasta los dos años (3, 4). En España existe un aumento de la población inmigrante, que convive en nuestro entorno utilizando los recursos educativos, sociales y sanitarios disponibles según las circunstancias individuales de cada uno. La legislación española fomenta un acceso igualitario y equitativo al sistema sanitario a todas las personas sin distinción de raza, sexo o religión. Sin embargo, muchas de las medidas encaminadas al fomento de la lactancia no logran el impacto deseado (5). Una de las causas reside en la dificultad de las madres inmigrantes para comprender el mensaje por diferencias culturales (6) y por la barrera idiomática (7). El uso de imágenes y fotografías sencillas, junto con frases sencillas traducidas a diferentes idiomas, puede contribuir a incrementar la accesibilidad de esta información a las mujeres inmigrantes (8). Por tanto, el objetivo de este trabajo fue crear un pictograma sobre lactancia materna en inglés, castellano, francés, árabe y chino, para fomentar la lactancia materna entre mujeres inmigrantes que no hablasen español y mujeres españolas con discapacidad auditiva.

MÉTODOS

Este estudio constó de dos partes: Primero, se realizó un estudio observacional descriptivo basado en una búsqueda de la bibliografía científica existente para elaborar un pictograma destinado al fomento de la lactancia materna. Se realizaron búsquedas en las bases de datos Cuiden, PubMed, Medline, Sciencie y Cochrane para definir los temas más consultados por las madres en relación con la lactancia materna (7). La segunda parte consistió en elaborar pictogramas, usando imágenes libres de derechos, que mostraran respuestas a los temas encontrados, con textos breves y sencillos en cinco idiomas: español, inglés, francés, marroquí, y chino.

DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo consistió en elaborar un pictograma en cinco idiomas que pueda ser usado para fomentar la lactancia materna en mujeres inmigrantes o con discapacidad auditiva. Esta herramienta es importante para tratar de transmitir esta relevante información a la máxima población posible, con el objetivo de aumentar las tasas de lactancia materna tanto a corto como a largo plazo entre mujeres inmigrantes y españolas. El uso de imágenes y el apoyo de texto traducido pueden contribuir a diseminar la información que se desea transmitir (8). La principal limitación de este trabajo es que, al estar basado en una revisión de la bibliografía es necesario realizar estudios que demuestren la eficacia de estos pictogramas y, sobre todo, si son útiles para mejorar la accesibilidad de las mujeres a esta información. Desarrollos futuros pueden evaluar estos aspectos.

CONCLUSIONES

La elaboración de estos pictogramas puede constituir la base de herramientas para transmitir información a mujeres inmigrantes o con discapacidad auditiva para fomentar la lactancia materna. Futuros estudios podrán comprobar si medidas como esta incrementan la accesibilidad de las mujeres inmigrantes o con discapacidad auditiva a la información sobre lactancia materna.

RESULTADOS

Las consultas más frecuentes encontradas, en relación con la lactancia materna, fueron: conocer los signos de buen o mal agarre del lactante, dudas sobre la interferencia de chupetes y biberones, posiciones adecuadas para la técnica del amamantamiento, y recomendaciones sobre la duración de la lactancia materna. Con esta información se elaboraron los pictogramas.



REFERENCIAS

1. Nsiah-Asamoah, Christiana, David Teye Doku, and Samuel Agblorti. "Mothers' and Grandmothers' misconceptions and socio-cultural factors as barriers to exclusive breastfeeding: A qualitative study involving Health Workers in two rural districts of Ghana." *PLoS one* 15.9 (2020): e0239278.
2. Chakona, Gamuchirai. "Social circumstances and cultural beliefs influence maternal nutrition, breastfeeding and child feeding practices in South Africa." *Nutrition Journal* 19.1 (2020): 1-15.
3. Blixt, Ingrid, et al. "Women's advice to healthcare professionals regarding breastfeeding: "offer sensitive individualized breastfeeding support" - an interview study." *International breastfeeding journal* 14.1 (2019): 1-12.
4. Hadi, Hamam, et al. "Exclusive breastfeeding protects young children from stunting in a low-income population: a study from Eastern Indonesia." *Nutrients* 13.12 (2021): 4264.
5. Marshall, Nicole E., et al. "The importance of nutrition in pregnancy and lactation: lifelong consequences." *American journal of obstetrics and gynecology* 226.5 (2022): 607-632.
6. Alsharaydeh, Ethar A., et al. "Challenges, coping, and resilience among immigrant parents caring for a child with a disability: An integrative review." *Journal of Nursing Scholarship* 51.6 (2019): 670-679.
7. Kynoe, Nina Margrethe, Drude Fugelseth, and Ingrid Hanssen. "When a common language is missing: Nurse-mother communication in the NICU. A qualitative study." *Journal of clinical nursing* 29.13-14 (2020): 2221-2230.
8. Origlia Ikhilior, Paola, et al. "Communication barriers in maternity care of allophone migrants: Experiences of women, healthcare professionals, and intercultural interpreters." *Journal of advanced nursing* 75.10 (2019): 2200-2210.

II CONGRESO INTERNACIONAL ACCESIBILIDAD A LOS SISTEMAS PÚBLICOS DE SALUD



COFINANCIAN



COLABORAN



EVALUACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD DE UN SITIO DE eSALUD DE PEDIATRÍA, DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LOS USUARIOS

AUTORÍA:

Bruno José Nieves-Soriano, Sonia García-Duarte, María del Mar Martín-Latorre, Javier Ramírez-Santos, David Lozano-Paniagua

EJE TEMÁTICO: ESTRATEGIAS DE MEJORA Y EXPERIENCIAS DE DIFICULTADES AL ACCESO AL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

INTRODUCCIÓN

Los padres necesitan información sobre los síntomas de sus hijos e Internet es un recurso fundamental (1). Las tecnologías de la información y la comunicación, especialmente Internet, han cambiado la forma en que los usuarios buscan información y toman decisiones sobre salud (2). Aunque se están invirtiendo recursos en las tecnologías de salud digital, pocas evalúan su uso por parte de los pacientes (3). Los estudios centrados en los usuarios son necesarios, especialmente en accesibilidad y en salud infantil (4). Por ello, el objetivo principal de nuestra investigación fue evaluar la accesibilidad de un sitio web de eSalud pediátrica dirigido a padres, desde el punto de vista de sus usuarios, utilizando un cuestionario validado. También buscamos analizar aspectos demográficos que pudieran influir en la evaluación.

RESULTADOS

516 usuarios participaron en el estudio. La edad media fue de 38,8 años, con una desviación estándar de 6,1 años. La edad media de sus hijos más pequeños fue de 4,6 años, con una desviación estándar de 4,0 años. A la hora de evaluar la accesibilidad del sitio web, el 94,3% y el 96,9% de los encuestados afirmaron que la accesibilidad era buena o muy buena, como consecuencia de ser un sitio web abierto y gratuito. Los participantes que conocían el sitio web desde hacía más tiempo puntuaron más alto la accesibilidad (Prueba de Kruskal-Wallis, $p=0,002$). Los participantes que habían consultado el sitio web más veces también otorgaron puntuaciones más altas ($p<0,001$). No se encontraron diferencias en relación con el dispositivo (ordenador, móvil o tablet) utilizado por los participantes. El análisis de regresión múltiple mostró que los usuarios que más valoraron la accesibilidad fueron los que vivían en zonas urbanas, los que confiaban en Internet para la salud de sus hijos y los que habían accedido al sitio web más veces.

DISCUSIÓN

Los servicios de salud digital deben ser accesibles (6), por lo que los estudios sobre salud digital deben evaluar este aspecto (7). La mayoría de nuestros encuestados consideraron que nuestro sitio web era accesible, y las puntuaciones más altas procedieron de los padres que confiaban más en Internet para la salud de sus hijos, y de los que habían visitado nuestro sitio web más veces. Esto parece lógico, ya que los padres con más experiencia en eSalud podrían tener una mejor percepción de los sitios web gratuitos y abiertos. La principal limitación de nuestro estudio consiste en que nuestra muestra, a pesar de ser amplia, es de conveniencia, algo inevitable en las encuestas realizadas online (8, 9), ya que es más probable que los usuarios respondan un cuestionario si están más interesados en el tema (10). Por tanto, este aspecto debe ser tenido en cuenta.

CONCLUSIONES

Una web de eSalud pediátrica para padres, escrita por un pediatra en un lenguaje fácil de entender y desarrollada con herramientas web gratuitas, puede ser percibida por sus usuarios como accesible, y ayudarles así a tomar decisiones. Esta evaluación puede ser útil para el desarrollo de futuras intervenciones de eSalud, que pueden comparar su accesibilidad a nuestros resultados.

REFERENCIAS

1. A.C. van der Gugten, R.J. de Leeuw, T.J. Verheij, C.K. van der Ent, M.C. Kars, E-health and health care behaviour of parents of young children: a qualitative study, *Scand. J. Prim Health Care* 34 (2016) 135-142, doi:10.3109/02813432.2016.1160627.
2. M.M. Bujnowska-Fedak, Trends in the use of the Internet for health purposes in Poland, *BMC Public Health* 15 (2015) 194, doi:10.1186/s12889-015-1473-3.
3. B.J. Wakefield, C.L. Turvey, K.M. Nazi, J.E. Holman, T.P. Hogan, S.L. Shimada, D.R. Kennedy, Psychometric properties of patient-facing ehealth evaluation measures: systematic review and analysis, *J. Med. Internet Res.* 19 (2017) e346, doi:10.2196/jmir.7638.
4. S. Neill, D. Roland, C.H. Jones, M. Thompson, M. Lakhnypaul, A.S.S. Group, Information resources to aid parental decision-making on when to seek medical care for their acutely sick child: a narrative systematic review, *BMJ Open* 5 (2015) e008280, doi:10.1136/bmjopen-2015-008280.
5. B.J. Nieves Soriano, S. García Duarte, A.M. Fernández Alonso, A. Bonillo Perales, T. Parrón Carreño, Validation of a questionnaire developed to evaluate a pediatric ehealth website for parents, *Int. J. Environ. Res. Public Health* 17 (2020) 2671.
6. H. Kim, B. Xie, Health literacy in the eHealth era: a systematic review of the literature, *Patient Educ. Couns.* 100 (2017) 1073-1082, doi:10.1016/j.pec.2017.01.015.
7. C.M. Hall, K.L. Bierman, Technology-assisted interventions for parents of young children: emerging practices, current research, and future directions, *Early Child Res. Q* 33 (2015) 21-32, doi:10.1016/j.ecresq.2015.05.003.
8. G. Eysenbach, J. Wyatt, Using the Internet for surveys and health research, *J. Med. Internet Res.* 4 (2002) E13, doi:10.2196/jmir.4.2.e13.
9. G. Eysenbach, Improving the quality of Web surveys: the Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES), *J. Med. Internet Res.* 6 (2004) e34, doi:10.2196/jmir.6.3.e34.
10. P.M. Wilson, M. Petticrew, M. Calnan, I. Nazareth, Effects of a financial incentive on health researchers' response to an online survey: a randomized controlled trial, *J. Med. Internet Res.* 12 (2010) e13, doi:10.2196/jmir.1251.

II CONGRESO INTERNACIONAL

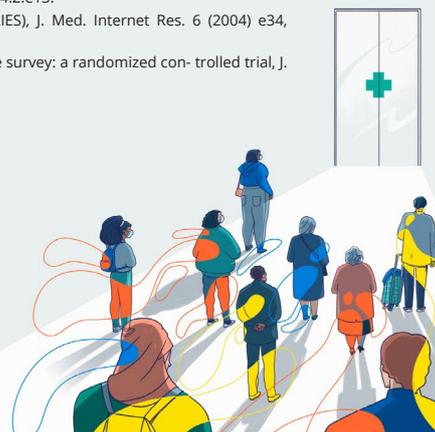
ACCESIBILIDAD A LOS SISTEMAS PÚBLICOS DE SALUD



COFINANCIAN



COLABORAN



EL AUGE DE LA EXTREMA DERECHA A NIVEL MUNDIAL COMO OBSTÁCULO AL ACCESO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA CON FOCO EN EL ABORTO

AUTORÍA:

María García Llano, Ana Belén Gándara Escudero, Lucía García Llano, Isabel Casado Casar, Cristina Escudero Candela.

EJE TEMÁTICO: ACCESO A LA ATENCIÓN / SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

INTRODUCCIÓN

La Salud es un derecho humano recogido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Si bien ésta declaración no es vinculante para los Estados, contamos con diversos pactos internacionales, tratados y convenciones que desarrollan instrumentos de protección y garantía de los derechos, generando en los estados firmantes la obligación de respetar y promover los derechos en ellos recogidos.

Dentro del Derecho a la Salud de las mujeres e íntimamente interrelacionado con otros derechos tenemos el Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. La Plataforma de Acción de Beijing afirmaba ya en 1995 "los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control y a decidir libre y responsablemente sobre cuestiones relacionadas con su sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva, sin coacción, discriminación ni violencia." Más recientemente los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible en cuya consecución están implicados todos los sectores de la sociedad de 193 países, encontramos en los objetivos 3 y 5 "acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación".

En los últimos tiempos hemos asistido a un auge global del discurso de extrema derecha arremetiendo contra el feminismo, la banalización de la interrupción del embarazo y presentando la educación sexual como producto de la denominada "ideología de género".

Esta revisión bibliográfica tiene como objetivo conocer la situación en el acceso a los servicios salud sexual y reproductiva poniendo el foco en el acceso al aborto y el impacto ocasionado por la llegada de corrientes de la extrema derecha a los espacios públicos.

RESULTADOS

Los derechos sexuales y reproductivos están desigualmente reconocidos y garantizados.

En América latina abortar es legal sólo en Uruguay, Cuba, Puerto Rico, Argentina y algunos estados mexicanos. En la mayoría de países se admite el aborto en casos excepcionales, en otros como El Salvador, Honduras y Costa Rica, la legislación es restrictiva con penas de hasta los 50 años de cárcel.

En Europa entre las posiciones más ultraconservadoras está Hungría, con una nueva Constitución que incluye la protección del feto, Polonia con limitación del acceso a las píldoras anticonceptivas, restricción del derecho al aborto en caso de malformación del feto y penas de hasta tres años de cárcel para quién facilite información. En Italia se clama contra la "ideología de género" y se ha eliminado el derecho de abortar en la Región de las Marcas (Italia), donde gobierna Hermanos de Italia.

En España el partido de ultraderecha promueve la Derogación de la ley de salud sexual y reproductiva y elabora un informe con el objetivo de "contrarrestar la aceptación social del aborto", poniendo el foco en el "derecho de los padres a educar a sus hijos en libertad" en relación con la educación sexual-afectiva.

DISCUSIÓN

Las publicaciones revisadas destacan la estrategia de oposición a la educación sexual o al aborto que suponen una reinterpretación los derechos humanos, negando su condición de derecho, se retrocede en cuestiones relacionadas con la libertad de las mujeres para elegir sobre su propio cuerpo y la elección de la maternidad.

CONCLUSIONES

No se debe desvirtuar que el acceso universal a la salud sexual y reproductiva incluye el acceso universal al aborto y la anticoncepción. Contamos con amplias regiones a nivel mundial donde no es posible acceder al aborto y el auge de las legislaciones restrictivas empuja de forma creciente a las mujeres más vulnerables a abortos inseguros.

REFERENCIAS

1. Güemes, Cecilia. **Estrategias de oposición a los derechos de Salud Sexual y Reproductiva en América Latina**. Mayo 2022.
2. Rubio Gómez, Amara. **Tiempos difíciles: la normalización del discurso de la extrema derecha**. *Revista de Historia Contemporánea y Tiempo Presente*. Gaurko Historiaren Aldizkari Kritikoa. Julio-diciembre de 2022. Número 4.
3. Sales Gelabert, Tomás. **Reproducción, campo de batalla en la esfera pública: el discurso antifeminista de la nueva derecha radical neoliberal española**. *Revista de Estudios Políticos*, 2023, 199, 101-131.
4. Gómez-Sánchez, Pío-Iván. **Reflexiones personales 25 años después de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en El Cairo**. *Revista Colombiana de Enfermería*, 2019, Volumen 18, Número 3, Págs. 1-7.
5. Sanahuja, José Antonio; Stefanoni, Pablo. **Extremas derechas y democracia: perspectivas iberoamericanas**. Fundación Carolina, abril 2023.

MÉTODOS

Revisión sistemática de publicaciones científicas de la última década en bases de datos Pubmed, Medline, Dialnet y Scielo, utilizando como descriptores "derecho salud sexual", "salud reproductiva", "acceso" y "ultraderecha".



II CONGRESO INTERNACIONAL ACCESIBILIDAD A LOS SISTEMAS PÚBLICOS DE SALUD



COFINANCIAN



COLABORAN



EL RETO DE LA TUBERCULOSIS EN POBLACIONES VULNERABLES: ¿COMO MEJORAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO?

AUTORÍA:

LAURA CAROLINA NIÑO-RAMÍREZ, MANUEL HERRERO-MONTES, MARÍA PAZ-ZULUETA.

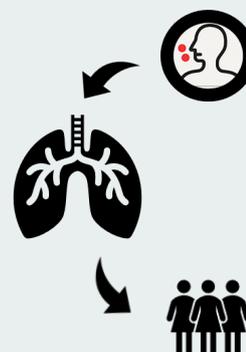
EJE TEMÁTICO: ESTRATEGIAS DE MEJORA Y EXPERIENCIAS DE DIFICULTADES AL ACCESO AL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TB) es una de las enfermedades más antiguas que ha afectado a la humanidad transmitiéndose principalmente de persona a persona a través del aire en su forma pulmonar. En el año 2020, a nivel mundial fueron diagnosticados cerca de 10 millones de personas y se reportaron 1,5 millones de muertes en su mayoría prevenibles, siendo la segunda causa de muerte originada por un solo agente infeccioso a nivel mundial.

Los grupos poblacionales vulnerables con desigualdades socioeconómicas, debido a su elevada carga de la enfermedad y el riesgo de incumplimiento al tratamiento tienen una mayor probabilidad de propagar la enfermedad a una población más amplia y no completar la terapia, por ende, puede conducir a un mayor riesgo de fracaso al tratamiento, recaída de la enfermedad, desarrollo de farmacoresistencia y la muerte.

De ahí que, estos grupos necesiten una atención especial dentro de los programas de control y tratamiento de la TB para establecer acciones centradas en el paciente; por lo que se estableció como objetivo realizar una revisión sistemática de la literatura para analizar las intervenciones que contribuyan a mejorar la adherencia al tratamiento de la tuberculosis en poblaciones vulnerables.



MÉTODOS

Se realizó una revisión sistemática en 4 bases de datos (PubMed, Cochrane Library, Scopus y Web of Science) durante la última década, donde se incluyeron estudios cuantitativos experimentales que compararan intervenciones educativas, psicosociales, económicas, farmacológicas u otras contra ningún método o DOTS (tratamiento directamente observado), en adultos en situación de vulnerabilidad con desigualdades socioeconómicas (migrantes, personas sin hogar, personas con consumo de drogas y/o alcohol y personas en situación de encarcelamiento) con diagnóstico de TB activa o latente.

RESULTADOS

Se obtuvieron 349 resultados de los cuales se seleccionaron y analizaron 13 publicaciones donde se evidenció que las intervenciones con mayor tasa de finalización y éxito del tratamiento fueron las relacionadas con el uso de nuevas tecnologías, como la implementación de nuevos dispositivos médicos para mejorar el seguimiento de la ingesta del medicamento, junto con las intervenciones que brindan apoyo psicosocial y económico, e intervenciones farmacológicas enfocadas en acortar los regímenes de tratamiento y ajustar las dosis de la medicación.

DISCUSIÓN

Para lograr el éxito del tratamiento de la TB es indispensable caracterizar el tipo de población a tratar en función de aplicar las intervenciones más efectivas que respondan a sus necesidades y aseguren el incremento de la adherencia al tratamiento.

A pesar de tener como limitación la escasa literatura disponible de estudios en poblaciones vulnerables, es preciso mencionar que otras revisiones sistemáticas en población general concluyen que las intervenciones mixtas centradas en el apoyo del paciente y adaptadas a sus necesidades y valores, pueden mejorar los resultados en el control de la TB; resultados compatibles con los hallazgos encontrados.

CONCLUSIONES

El uso de intervenciones enfocadas en las necesidades propias de los pacientes han demostrado ser efectivas y seguras para mejorar la adherencia al tratamiento de la TB, sin embargo, es fundamental que los gobiernos y organizaciones promuevan e inviertan en investigar la efectividad, calidad y costos de otras intervenciones que en conjunto con la estrategia DOTS favorezcan la adherencia al tratamiento para así contribuir en la disminución de la incidencia, prevalencia y mortalidad de la enfermedad.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Ginebra: WHO: 2021. Tuberculosis.
2. Barba Evia JR. Tuberculosis ¿Es la pandemia ignorada? Rev Mex Patol Clin Med Lab. 67(2):93-112. 2020.
3. Cáceres F de M. Factores de riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. MedUNAB. 7(21):172-80. 2004.
4. Xu W, Lu W, Zhou Y, Zhu L, Shen H, & Wang J. Adherence to anti-tuberculosis treatment among pulmonary tuberculosis patients: a qualitative and quantitative study. BMC Health Serv Res. 9(169):1-8. 2009.
5. Browne SH, Umlauf A, Tucker AJ, Low J, Moser K, Gonzalez Garcia J, et al. Wirelessly observed therapy compared to directly observed therapy to confirm and support tuberculosis treatment adherence: A randomized controlled trial. PLoS Med. 16(10):e1002891. 2019.
6. Skiles M, Curtis SL, Angeles G, Mullen S, Senik T. Evaluating the impact of social support services on tuberculosis treatment default in Ukraine. PLoS One. 13(8):e0199513. 2018.
7. Vo LMQ, Coddin AJ, Forse RJ, Nguyen HT, Vu TN, Van Truong V, et al. Tuberculosis among economic migrants: a cross-sectional study of the risk of poor treatment outcomes and impact of a treatment adherence intervention among temporary residents in an urban district in Ho Chi Minh City, Viet Nam. BMC Infect Dis. 20(1):134. 2020.
8. Riquelme-Miralles D, Palazón-Bru A, Sepelri A, Gil-Guillén VF. A systematic review of non-pharmacological interventions to improve therapeutic adherence in tuberculosis. Heart Lung. 48(5):452-61. 2019.

II CONGRESO INTERNACIONAL

ACCESIBILIDAD A LOS SISTEMAS PÚBLICOS DE SALUD



COFINANCIAN



COLABORAN



EL PAPEL FUNDAMENTAL DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA COMENZAR EL CRIBADO DE CÁNCER DE CÉRVIX EN MUJERES INMIGRANTES

AUTORÍA:

Bravo Arrebola, Inés M^a.; Giménez Ramón, M^a Olga; Fernández Martín, Elisabet; Gómez Sáez, M^a Mercedes.

EJE TEMÁTICO: ACCESO A ATENCIÓN/SERVICIOS SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cérvix es la segunda neoplasia más frecuente en mujeres en España tras el cáncer de mama. Según recoge la Organización Mundial de la Salud el cáncer de cérvix es la cuarta neoplasia más frecuente a nivel mundial en mujeres con un total de 604.127 casos nuevos en 2020.

Existe un cribado poblacional generalizado en España que es llevado a cabo en cada comunidad autónoma que se trata de la realización de citologías a las mujeres con edad entre 25-35 años cada 3 años y prueba del Virus Papiloma Humano de alto riesgo a las mujeres con edad entre los 35-65/70 años. El principal objetivo que establece el programa de cribado poblacional es alcanzar el mayor número de mujeres posible generando una alta tasa de participación. **Objetivo:** Demostrar la labor esencial que tiene Atención primaria como puerta de entrada a través del Sistema de Salud pública al cribado de Cáncer de cérvix.

MÉTODOS

Mujer de 48 años de nacionalidad africana, en España desde hace 5 años. Acude a la consulta de Atención primaria por metrorragia mayor que una regla asociado con dolor abdominal en hipogastrio desde hace una semana. Revisando su historial médico la paciente niega realización de citologías periódicas ni en España ni en su país de origen.

Antecedentes personales obstétricos: 4 partos vaginales. Sin otros antecedentes de interés.

Exploración física. Buen estado general. Abdomen blando, depresible doloroso a la palpación en hipogastrio. Exploración genital, se evidencia sangrado activo con genitales externos preservados.

Se deriva al servicio de Urgencias de Hospital de referencia de referencia que realizan exploración ginecológica con visualización de posible lesión en cérvix que toman biopsia. Finalmente, la anatomía patológica determina que se trata de un cáncer de cérvix invasivo.

RESULTADOS

El empleo del cribado poblacional en mujeres que cumplen los requisitos para llevarlo a cabo ha generado una disminución de la mortalidad e incidencia de cáncer de cérvix a nivel mundial. Además, permite la necesidad de realizar tratamientos menos agresivos ya que su diagnóstico suele ser en estadios menos avanzados generando una mejora de su calidad de vida.

CONCLUSIONES

Existen en nuestro país actualmente diferentes protocolos de cribado poblacional para detección de ciertos tumores. Por ello, la importancia que desde atención primaria se intente informar a personas que puedan tener mayores dificultades de acceso al sistema de salud pública (Barrera idiomática, Situación laboral, entre otros) o desconocimiento de los mismos.

REFERENCIAS

1. Ministerio de sanidad. [Internet]. [Consultado 29 Agosto 2023]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/cribado/cancer/cervix.htm>
2. Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia. Guía de cribado del cáncer de útero en España. [Internet]. 2014. [Consultado 29 Agosto 2023]. Disponible en: https://www.aepcc.org/wp-content/uploads/2015/05/AEPC_revista01.pdf
3. International Agency for Research on Cancer. Estimated age-standardized incidence and mortality rates (World) in 2020, World, both sexes, all ages (excl. NMSC). World Health Organization. [Internet]. 2020. Consultado 30 Agosto 2023]. Disponible en: https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multip-bars?v=2020&mode=cancer&mode_population=countries&population=900&populations=900&key=asr&sex=0&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=10&group_cancer=1&include_nm_sc=0&include_nm_sc_other=1&type_multiple=%257B%2522inc%2522%253Atrue%252C%2522mort%2522%253Afalse%252C%2522prev%2522%253Afalse%257D&orientation=horizontal&type_sort=0&type_nb_items=%257B%2522top%2522%253Atrue%252C%2522bottom%2522%253Afalse%257D
4. %2522%253Afalse%257D&orientation=horizontal&type_sort=0&type_nb_items=%257B%2522top%2522%253Atrue%252C%2522bottom%2522%253Afalse%257D
5. %2522%253Afalse%257D

II CONGRESO INTERNACIONAL ACCESIBILIDAD A LOS SISTEMAS PÚBLICOS DE SALUD



COFINANCIAN



COLABORAN



LAS OTRAS BARRERAS

AUTORÍA:

JESSICA MARIA MOLINA SOLÍS (ACLAD)

EJE TEMÁTICO: BARRERAS DE ACCESO EN POBLACIONES VULNERABILIZADAS

INTRODUCCIÓN

Las personas en situación de vulnerabilidad, suelen encontrar barreras en el acceso a los cuidados de la salud, que se extienden más allá de aquellas palpables u objetivamente trazadas por los sistemas responsables y/o protocolos establecidos.

Se pretende dar a conocer la importancia de contar con un dispositivo sanitario, coordinado desde las entidades sociales, que asegure un espacio libre de estas barreras, al cual puedan acceder las mujeres en situación de prostitución.

RESULTADOS

En 2022, desde el dispositivo sanitario de LUA, se atendió a 535 mujeres en situación de prostitución, en las provincias de Valladolid, León y Palencia.

Dentro de los motivos de consulta, destacan síntomas tanto objetiva, como subjetivamente relacionados con el ejercicio de la prostitución, y que las mismas usuarias asocian a su situación. Coordinaciones, como el convenio con unidades de enfermedades infecciosas y laboratorios de los hospitales públicos, y el programa de prevención y detección precoz de cáncer de cuello de útero, han facilitado tanto el abordaje en consulta, como la formación de enlaces entre el sistema de salud público y el área sanitaria de las entidades que trabajan con este colectivo.

DISCUSIÓN

Se ha descrito una alta prevalencia en ciertos motivos de consulta específicos, en estudios sobre el impacto que tiene el ejercicio de la prostitución en la salud emocional y física de las mujeres.

El clima de seguridad y cuidado que se establece en las intervenciones, desde entidades que se dedican a trabajar con el colectivo, permiten una comunicación más efectiva entre las usuarias y el personal sociosanitario. Esto facilita un abordaje individualizado de la situación de salud de cada una de las mujeres, así como diagnósticos clínicos más concluyentes y un mejor seguimiento de los casos.

Contar con coordinaciones entre entidades sociales y el sector público, permite que la atención a la salud que reciben las personas que pertenecen al colectivo, sea más dirigida y responda a sus necesidades reales.

CONCLUSIONES

· Los motivos por los que las mujeres pertenecientes al colectivo demandan atención sanitaria, suelen estar directamente relacionados con el ejercicio de la prostitución.

· Generar un espacio seguro, donde la comunicación pueda ser transparente, es importante para poder educar de manera efectiva en hábitos, recomendaciones de higiene, educación sexual y proveer a las mujeres de recursos individualizados para el cuidado de su salud.

· Facilitar espacios de intervención sanitaria integral desde las entidades sociales, en estrecha coordinación con los recursos sanitarios públicos, es necesario para promover el derecho a la salud del colectivo de mujeres en situación de prostitución.

MÉTODOS

Estudios relacionados con el ejercicio de la prostitución, y el impacto que éste tiene sobre la salud de las mujeres.

Información aportada por usuarias del programa LUA (ACLAD), en relación a motivos de consulta y dolencias específicas por las que se solicita atención sanitaria en la organización.



REFERENCIAS

1. Atención Integral a Colectivos en Riesgo, ACLAD (2022). Memoria de Actividades.
2. Médicos del Mundo. Ayuntamiento de Maó (2021). Diagnóstico exploratorio sobre la prostitución y la trata con fines de explotación sexual en el municipio de Maó..
3. Médicos del Mundo (2020). La prostitución como forma de violencia de género. La percepción de las mujeres en situación de prostitución.

II CONGRESO INTERNACIONAL ACCESIBILIDAD A LOS SISTEMAS PÚBLICOS DE SALUD



COFINANCIAN



COLABORAN



BARRERAS, DIFICULTADES Y ESTRATEGIAS DE MEJORA PARA EL ACCESO AL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES RARAS

AUTORÍA:

MARÍA JESÚS BENZO IGLESIAS, PATRICIA ROCAMORA PÉREZ, MARÍA ÁNGELES VALVERDE MARTÍNEZ, REMEDIOS LÓPEZ LIRIA.

EJE TEMÁTICO: BARRERAS DE ACCESO Y ESTRATEGIAS DE MEJORA AL ACCESO AL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades raras (EERR) son patologías heterogéneas que pueden afectar a cualquier órgano o sistema del cuerpo humano. En Europa, una patología se cataloga como rara si afecta a 5 o menos individuos por cada 10000 personas. Se estima que existen entre 6000 y 8000 EERR, afectando entre un 3 y 8% de la población mundial. Muchas EERR son crónicas y degenerativas, y pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida de los afectados, requiriendo atención especializada continua.

A pesar de que el acceso a la asistencia sanitaria es un derecho fundamental, las personas con EERR sufren experiencias comunes que dificultan su acceso a una atención sanitaria de calidad.

Los objetivos de esta revisión son conocer experiencias sobre las dificultades y barreras específicas a las que se enfrentan las personas con EERR al acceder al sistema público de salud (SPS) e identificar estrategias de mejora (EDM) implementadas a nivel mundial.

RESULTADOS

Acceder al SPS supone un desafío para muchas personas debido a las barreras geográficas, económicas, culturales y lingüísticas. Además, las personas con EERR se enfrentan a desafíos adicionales en su acceso al SPS: retrasos en el diagnóstico, falta de conocimiento médico, coste elevado de los tratamientos y aislamiento social. Debido a la "rareza" de estas enfermedades, el diagnóstico a menudo se demora, puede haber falta de conocimiento por parte de los profesionales de la salud, el tratamiento puede tener un coste elevado y no estar cubierto por el SPS, y los pacientes pueden sentirse aislados y con carencia de apoyo emocional.

Para el abordaje de estas dificultades, se han implementado diferentes EDM, como la creación de centros de referencia especializados donde se reúnen expertos y proporcionan atención coordinada y experta; redes de apoyo y asociaciones para pacientes y familias que ayudan a las personas con EERR a estar conectadas, compartir información y recursos, brindar apoyo emocional y social, defender sus derechos y generar conciencia; promoción activa de la investigación en materia de EERR para desarrollar tratamientos más efectivos y accesibles; y uso de telemedicina y atención remota para mejorar el acceso a la atención sanitaria, especialmente en áreas rurales o con limitaciones geográficas.

DISCUSIÓN

Las barreras y limitaciones que enfrentan las personas con EERR constituyen un desafío multifacético que puede variar según distintos factores. Las EDM implementadas suponen el comienzo de un cambio efectivo, pero aún quedan desafíos persistentes por abordar.

Entre las limitaciones que se han encontrado al elaborar esta revisión cabe mencionar la escasez de estudios que abarquen esta temática, el pequeño tamaño muestral, heterogeneidad entre las EERR y heterogeneidad en el contexto geográfico y cultural.

CONCLUSIONES

Las personas con EERR enfrentan múltiples limitaciones y barreras en su acceso al SPS, que varían según la enfermedad y el contexto geográfico y económico. A pesar de las EDM implementadas, es necesario continuar trabajando para conseguir un acceso equitativo y de calidad en la atención sanitaria de estas personas. Seguir investigando en este campo resulta crucial para desarrollar tratamientos más accesibles y generar conciencia, pudiendo abordar las barreras de forma integral y mejorar significativamente la calidad de vida de estos pacientes con EERR y sus familias.

REFERENCIAS

- Garrino L, Picco E, Finiguerra I, Rossi D, Simone P, Roccatello D. Living With and Treating Rare Diseases: Experiences of Patients and Professional Health Care Providers. *Qual Health Res.* mayo de 2015;25(5):636-51.
- Rare Diseases International. Descripción operativa de las enfermedades raras. Disponible en: <https://www.rarediseasesinternational.org/es/definicion-operativa-de-las-enfermedades-raras/>
- D'Angelo CS, Hermes A, McMaster CR, Pritchep E, Richer É, van der Westhuizen FH, et al. Barriers and Considerations for Diagnosing Rare Diseases in Indigenous Populations. *Frontiers in Pediatrics.* 2020;8:579924.
- Webb SM, Kristensen J, Nordenström A, Vitali D, Amodru V, Wiehe LK, et al. Patient journey experiences may contribute to improve healthcare for patients with rare endocrine diseases. *Endocrine Connections.* 2022;11(12):e220385.
- Kodra Y, Morosini PR, Petrigliano R, Agazio E, Salerno P, Taruscio D. Access to and quality of health and social care for rare diseases: patients' and caregivers' experiences. *Annali Di Igiene Medicina Preventiva E Di Comunita.* 2007;19(2):153-60.

II CONGRESO INTERNACIONAL ACCESIBILIDAD A LOS SISTEMAS PÚBLICOS DE SALUD



COFINANCIAN



COLABORAN



CIRCUITO ALTERNATIVO DE ACCESO AL SISTEMA SANITARIO PARA PERSONAS CON VIH

AUTORÍA:

NEDA DEIHIM RAHAMPOUR, PABLO RYAN MURUA, SAMUEL MANZANO VARELA, ALICIA GONZÁLEZ BAEZA.

EJE TEMÁTICO: ACCESO A MEDICAMENTOS Y/O PRODUCTOS SANITARIOS

INTRODUCCIÓN

El acceso al Sistema Nacional de salud en condiciones de equidad y de universalidad es un derecho primordial de toda persona. La garantía del ejercicio del derecho y la protección efectiva de la salud cobra aún mayor importancia cuando quienes se ven privados son colectivos de una especial vulnerabilidad, amenazados por la exclusión social, como es el caso de las personas en situación administrativa irregular.

Desde el año 2018 rige el Real Decreto Ley 7/2018 que obedece fundamentalmente a la necesidad de garantizar la universalidad de la asistencia, es decir, a garantizar el derecho a la protección de la salud y de la atención sanitaria en las mismas condiciones a todas las personas que se encuentren en el Estado español (1). Esta normativa se aplica de forma diferente en las distintas comunidades autónomas, generando **inequidades** y una falta de garantía del ejercicio, como consecuencia de los requisitos burocráticos o los retrasos en la tramitación de las solicitudes, afecta sobre todo a aquellos que llevan menos de 3 meses en España o que no se han podido empadronar.

En marzo del 2022 la División de Control de VIH,ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis del Ministerio de Sanidad publicó un informe identificando las barreras y dificultades de acceso a la atención y tratamiento existentes en España (2). La CAM no está concediendo el derecho a atención ni tratamiento con cargo de fondos públicos a ninguna persona que lleve menos de 90 días, a pesar de estar recogido en el RD-Ley 7/2018. Diversas ONG y profesionales sanitarios han reportado casos de exclusión sanitaria en la CAM (3-4).

Por tanto, el objetivo de nuestro estudio es implementar un **círculo alternativo** para que las personas con VIH en situación administrativa irregular puedan acceder al sistema sanitario.

MÉTODOS

Fase I: inclusión.

El circuito de derivación se realizó directamente desde diversas ONGs a la consulta de VIH del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Infanta Leonor, mediante circuito interno, directo y poco convencional. Fueron atendidos por un especialista en enfermedades infecciosas y una trabajadora social.

Fase II: seguimiento.

En una visita posterior, 6 meses, se ha reevaluado los aspectos recogidos previamente: cambios en situación inmunoviroológica y social.

DISCUSIÓN

La evidencia subraya la necesidad urgente de estrategias de atención médica. Reconocer y abordar los desafíos que enfrentan para acceder al tratamiento, no solo es una cuestión de derechos individuales, sino que tiene implicaciones en la salud pública. Los políticos, los profesionales de salud y las ONGs deben colaborar para garantizar el **acceso equitativo y universal al sistema sanitario**.

CONCLUSIONES

A su llegada a España, el 21% de los inmigrantes sufrieron interrupciones en sus tratamientos debido a las barreras de acceso (ver tabla 3). En el seguimiento a los 6 meses vemos una respuesta llamativa, se observa una gran adherencia al tratamiento y la regularización del acceso al Sistema Nacional de salud (ver tabla 2). Este resultado destaca los beneficios potenciales cuando se abordan de manera efectiva las barreras a la atención y la integración. Los obstáculos administrativos están influyendo en la salud pública, por tanto, facilitar el acceso de la forma más sencilla y rápida posible repercutirá de forma directa en el bienestar de las personas y de forma indirecta, en el bienestar de la sociedad.

REFERENCIAS

1. España. Real Decreto-Ley 7/2018, de 27 de Julio, Sobre El Acceso Universal Al Sistema de Salud.; 2018.
2. Barreras y dificultades en el acceso a la atención y tratamiento de las personas migrantes y solicitantes de asilo con el VIH en España. División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis. Ministerio de Sanidad Marzo de 2022.
3. Yo sí Sanidad Universal. Informe Sobre La Exclusión Sanitaria a Un Año Del RDL 7/2018 Sobre "El Acceso Universal Al Sistema Nacional de Salud"; 2019.
4. P. Ryan , J. Troya , G. Cuevas , J. Valencia , J. Aciego, S. Chuvieco , J. Beltrán, A. Díaz, G.J. Pérez , D. Santa Isabel , S. Vázquez-Morón, S. Resino Características socio-demográficas y clínicas de las personas solicitantes de protección internacional infectadas por el VIH. XXIV congreso Nacional de la SEIMC. Zaragoza 2020.

RESULTADOS

El estudio clarifica la situación de **alta vulnerabilidad** con la que se encuentran en España y cómo después de la primera visita, dónde se les proporciona el tratamiento preciso y tras la intervención de la trabajadora social, a los 6 meses, un porcentaje muy alto ha mejorado notablemente su situación global.

Número total	N= 631
Edad, mediana	32 (28-37)
Género, n (%)	
Mujer CIS	35 (5)
Hombre CIS	553. (88)
Mujer trans	43 (7)
Hombre trans	0 (0)
Situación administrativa	
Solicitante protección internacional	425 (67)
Situación irregular	125 (20)
Estudiantes sin seguro	41 (6)
Desconocido	40 (6)

Barreras de acceso al sistema sanitario	
Sí	464 (74)
No	66 (10) *
Desconocido	101 (16)

* Se ha incluido en el estudio a 66 personas que gestionaron su tarjeta de asistencia sanitaria antes de la creación de las unidades de tramitación en la Comunidad de Madrid.

Entran a España con TAR	500 (77)	TABLA 3
Primera consulta tenían TAR	386 (71)	
Primera consulta carga viral indetectable	209 (33)	

Resultado del TAR en la visita de los 6 meses		TABLA 2
personas continúan con el TAR	515/518 (99)	
Carga viral indetectable	509/517 (98)	
Determinantes Sociales		
Obtuvieron acceso al sistema sanitario	277 (54)	
Encontraron empleo	203 (40)	

II CONGRESO INTERNACIONAL

ACCESIBILIDAD A LOS SISTEMAS PÚBLICOS DE SALUD



COFINANCIAN



COLABORAN



LA EXPERIENCIA DE VIVIR EN SITUACIÓN DE POBREZA: UN ESTUDIO CUALITATIVO CON ADULTOS MAYORES

AUTORÍA:

ANABEL CHICA PÉREZ, IRIA DOBARRIO SANZ, MATÍAS CORREA CASADO, MARÍA DOLORES RUIZ FERNÁNDEZ, JOSÉ MANUEL HERNÁNDEZ PADILLA

EJE TEMÁTICO: BARRERAS DE ACCESO EN POBLACIÓN VULNERABILIZADA

INTRODUCCIÓN

La pobreza acorta vidas. Alrededor del 15% de los adultos mayores viven en pobreza. Vivir en la pobreza afecta negativamente a la salud biopsicosocial de los adultos mayores y supone una barrera para acceder a los servicios de salud. Se han realizado esfuerzos para reducir la pobreza y sus efectos en los adultos mayores; sin embargo, siguen encontrando obstáculos para usar la tecnología, implementar comportamientos de autocuidado y acceder a los servicios sociales y sanitarios que necesitan. Las enfermeras juegan un papel determinante en el cuidado de los adultos mayores en situación de pobreza. Por tanto, deben tener en cuenta cómo experimentan la pobreza las personas mayores en su vida diaria para que las intervenciones puedan adaptarse a sus necesidades y realidades. Por ello, el objetivo de este estudio fue comprender la experiencia de vivir en la pobreza entre los adultos mayores con multimorbilidad crónica con bajos ingresos.

MÉTODOS



Como parte del proyecto SITUAME (TRFE-SI-2021/004), se llevó a cabo un estudio cualitativo basado en la fenomenología hermenéutica de Gadamer. Se realizaron 27 entrevistas en profundidad a adultos mayores con bajos ingresos. Los criterios de inclusión para participar en el estudio fueron: (1) tener 65 años o más; (2) tener ingresos inferiores a 600 euros/mes. Los participantes fueron excluidos si tenían deterioro cognitivo (Pfeiffer 2 fallos o más). Los datos fueron grabados, transcritos y analizados siguiendo el procedimiento desarrollado por Fleming. Para el análisis de datos se utilizó el software ATLAS.ti.



RESULTADOS

Del análisis de datos se desarrollaron tres temas principales: (1) "Vivir a la sombra de la pobreza"; (2) "Desprotegidos por el escudo social del Estado de bienestar"; (3) "La lucha por la salud".

DISCUSIÓN

De acuerdo con nuestros hallazgos, el bajo nivel socioeconómico se asocia con una menor ingesta de fruta y verduras (Shahar et al., 2019), lo cual podría derivar en un empeoramiento de la salud (Arjuna et al., 2017). Además, los adultos mayores en situación de pobreza se ven obligados a vivir en viviendas con condiciones desfavorables (Kwan & Tam, 2022).

Estudios previos han concluido que los adultos mayores con bajos ingresos también experimentan dificultades para participar en la sociedad (Niedzwiedz et al., 2016). Los adultos mayores que participaron en este estudio tienen dificultades para mantener relaciones sociales debido a sus limitaciones económicas.

Los adultos mayores experimentan dificultades para acceder a determinados servicios médicos por su elevado coste (Kwan & Tam, 2022). En España, algunos servicios sanitarios (fisioterapia, el dentista y la óptica, entre otros) no están cubiertos por el Sistema Nacional de Salud (Palm et al., 2022). En este sentido, los participantes de nuestro estudio sienten que sus esfuerzos por alcanzar sus objetivos de salud son en vano.

Este estudio cualitativo no está exento de limitaciones. Una de las limitaciones está relacionada con las características sociodemográficas de los participantes, el número de hombres entrevistados fue menor, lo que podría haber influido en los resultados.

CONCLUSIONES



La pobreza impregna todas las esferas de la vida de los adultos mayores con bajos ingresos. Nuestros resultados sugieren que vivir en la pobreza merma la capacidad de los adultos mayores para satisfacer sus necesidades básicas, y muchos tienen que renunciar a su vida social o incluso mendigar en la calle para sobrevivir. Esto tiene un impacto negativo en la salud mental de los mayores y puede llevar al aislamiento social.

REFERENCIAS

- Arjuna, T., Soenen, S., Hasnawati, R. A., Lange, K., Chapman, I., & Luscombe-Marsh, N. D. (2017). A Cross-Sectional Study of Nutrient Intake and Health Status among Older Adults in Yogyakarta Indonesia. *Nutrients*, 9(11). <https://doi.org/10.3390/NU9111240>
- Kwan, C., & Tam, H. C. (2022). "What If I Die and No One Notices?" A Qualitative Study Exploring How Living Alone and in Poverty Impacts the Health and Well-Being of Older People in Hong Kong. *International journal of environmental research and public health*, 19(23), 15856. <https://doi.org/10.3390/ijerph192315856>
- Niedzwiedz, C. L., Richardson, E. A., Tunstall, H., Shortt, N. K., Mitchell, R. J., & Pearce, J. R. (2016). The relationship between wealth and loneliness among older people across Europe: Is social participation protective?. *Preventive medicine*, 91, 24–31. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.07.016>
- Palm, W., Webb, E., Hernández-Quevedo, C., Scarpetti, G., Lessof, S., Siciliani, L., & van Ginneken, E. (2021). Gaps in coverage and access in the European Union. *Health Policy*, 125(3), 341–350. <https://doi.org/10.1016/J.HEALTHPOL.2020.12.011>
- Shahar, S., Vanoh, D., Mat Ludin, A. F., Singh, D. K. A., & Hamid, T. A. (2019). Factors associated with poor socioeconomic status among Malaysian older adults: an analysis according to urban and rural settings. *BMC Public Health*, 19(Suppl 4). <https://doi.org/10.1186/S12889-019-6866-2>

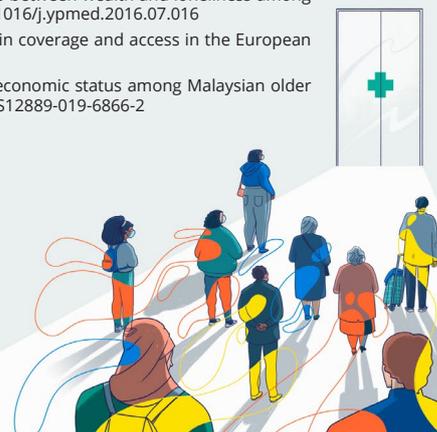
II CONGRESO INTERNACIONAL ACCESIBILIDAD A LOS SISTEMAS PÚBLICOS DE SALUD



COFINANCIAN



COLABORAN



ACCESO A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN LOS PACIENTES AFECTADOS POR ENFERMEDADES RARAS.

AUTORÍA: HENAR SANZ TINAQUERO.

EJE TEMÁTICO: ACCESO A MEDICAMENTOS Y/O PRODUCTOS SANITARIOS

INTRODUCCIÓN

Los medicamentos huérfanos (MMHH) están dirigidos al tratamiento de enfermedades raras, entendidas en la Unión Europea (UE) como aquellas cuya prevalencia es menor de 5 casos por cada 10.000 personas. En general, el desarrollo de estos fármacos carece de rentabilidad para la industria farmacéutica. Por ello, en el año 2000 se establecieron desde la UE una serie de incentivos (Reglamento CE 141/2000) para favorecer la investigación, desarrollo y comercialización de medicamentos adecuados para este colectivo de personas, con el fin de garantizar su derecho a la protección de la salud.

OBJETIVOS Y MÉTODO

- Describir el proceso de desarrollo que siguen los MMHH, desde su designación hasta su comercialización en nuestro país.
- Analizar la situación de los MMHH en España en la actualidad.

Se realiza una búsqueda bibliográfica a través de Pubmed utilizando los descriptores MeSh "orphan drugs", "rare diseases" y "Europe" sin discriminar idioma de publicación de los artículos. Para completar la información se recurrió a los datos aportados por organismos oficiales como la Asociación Española de Laboratorios de Medicamentos Huérfanos y Ultrahuérfanos (AELMHU).

RESULTADOS

1 SOLICITUD DE DESIGNACIÓN COMO MEDICAMENTO HUÉRFANO

- Voluntaria y gratuita.
- No implica la aprobación del uso del fármaco para la enfermedad señalada.
- Permite beneficiarse de los incentivos recogidos en el Reglamento Europeo.
- ≤ 90 días.

2 AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN

- Tras determinar su calidad, seguridad y eficacia mediante los ensayos clínicos oportunos.
- Permite comercializar el fármaco en todos los países miembros de la UE.

3 FIJACIÓN Y FINANCIACIÓN DEL PRECIO DEL FÁRMACO

- Negociación particular entre el laboratorio titular y cada estado miembro de la UE.
- El fármaco llegaría al Sistema Nacional de Salud (SNS) español.



Comité de Medicamentos Huérfanos (COMP) de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA)

Comité de Medicamentos de Uso Humano (CHMP) de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA)

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.



A 30 de abril de 2023



146 principios activos huérfanos autorizados

127 (87%) están registrados en España.
70 fármacos (48%) financiados por el SNS.

CONCLUSIONES

- Los pacientes que sufren una enfermedad rara tienen derecho a disponer de tratamientos al igual que el resto de pacientes.
- Es necesario promover e incentivar las inversiones en el desarrollo de MMHH.
- Los procesos centralizados de designación y autorización de comercialización no garantizan el acceso equitativo de los pacientes a los fármacos en los distintos países europeos.

REFERENCIAS

- Micallef J, Blin O. Orphan drug designation in Europe: A booster for the research and development of drugs in rare diseases. *Therapie*. 2020 Apr;75(2):133-139. doi: 10.1016/j.therap.2020.02.003. Epub 2020 Feb 13. PMID: 32156423.
- Blin O, Micallef J. Drugs and orphan diseases. *Therapie*. 2020 Apr;75(2):131-132. doi: 10.1016/j.therap.2020.02.002. Epub 2020 Feb 13. PMID: 32247679.
- Blin O, Lefebvre MN, Rascol O, Micallef J. Orphan drug clinical development. *Therapie*. 2020 Apr;75(2):141-147. doi: 10.1016/j.therap.2020.02.004. Epub 2020 Feb 13. PMID: 32247678.
- Informes de acceso » [Internet]. AELMHU. 2021 [citado el 28 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://aelmhu.es/informes-de-acceso/>
- Ciberer.es. [citado el 28 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.ciberer.es/media/810678/guia-medicamentos-huerfanos.pdf>
- BOE.es - DOUE-L-2000-80074 Reglamento (CE) nº 141/2000 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de diciembre de 1999, sobre medicamentos huérfanos [Internet]. Boe.es. [citado el 28 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=DOUE-L-2000-80074>

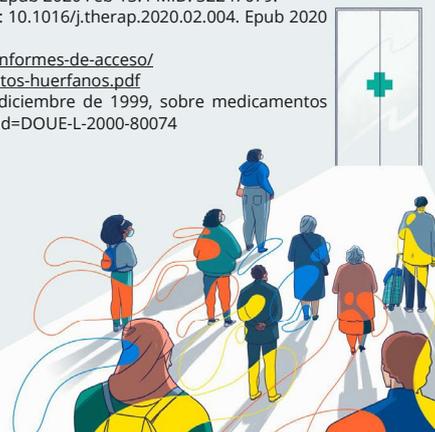
II CONGRESO INTERNACIONAL ACCESIBILIDAD A LOS SISTEMAS PÚBLICOS DE SALUD



COFINANCIAN



COLABORAN







POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL



AGENDA
2030

