salud2000

Revista de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

Marzo 2023 · nº 163

ENTREVISTA A MARÍA VALDERRAMA LÓPEZ, PRESIDENTA DE LA CEEM.

LA FADSP ANTE LAS ELECCIONES AUTONÓMICAS Y MUNICIPALES.

MOVILIZACIONES POR LA SANIDAD PÚBLICA.

SALUD Y CAMBIO CLIMÁTICO. EL PAPEL DE LOS COMBUSTIBLES FÓSILES.

FADSP

FADSP
Revista de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

salud2000

Marzo 2023 Nº 163

EDITA
Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.
C/ Arroyo de la media Legua, 29, Local 49.
28030 Madrid
Tel. 91 333 90 87 - Fax: 91 437 75 06
www.fadsp.org

DIRECTOR
Luis Palomo (Cáceres)

COMISIÓN TÉCNICA FADSP
Manuel Martín García (Presidente); María Dolores Martínez Ruiz (Secretaria); Joan de Pedro Gómez (Vicepresidente); Marciano Sánchez Bayle (Secretario de Organización); María Isabel Montserrat Blasco (Vicesecretaria); Luis Villanueva Aranguren (Tesorero); Luis Palomo Cobos (Responsable de Publicaciones); María Luisa Fernández Ruiz (Responsable Secretaría Mujer); Juan Antonio Sánchez (Vocal); Carmen Sánchez Bellido (Vocal); Mercedes Boix Rovira (Vocal); Mario Fernández López de Ahumada (Vocal); Araceli Ortiz Arteaga (Vocal); María José Anes Iñiguez (Vocal).

REDACCIÓN
Avda. París, 30. 5º Dcha. 10005 Cáceres.
E-mail: luispalomocobos@gmail.com

PUBLICIDAD
Salud2000
C/ Arroyo de la media Legua, 29. Local 49.
28030 Madrid
tel. 91 333 90 87

REALIZACIÓN
Tevescop, S.A.
C/ Príncipe de Vergara, 211. 28002 Madrid

DEPÓSITO LEGAL: M-18195-1985

ISSN • SVP: 0214-3615•442

www.fadsp.org
Twitter y Facebook: @FADSPU

salud2000 no comparte necesariamente las opiniones vertidas en los artículos firmados que son de la exclusiva responsabilidad de sus autores.

03 **EDITORIAL**
El reparto de competencias sanitarias no exime de responsabilidades políticas.

06 **ENTREVISTA**
María Valderrama López. Presidenta de la CEEM.

09 **SALUD Y GÉNERO**
Sesgos e innovaciones de género en la atención sanitaria e investigación.

10 **POLÍTICA SANITARIA**
Movilizaciones por la Sanidad Pública.

16 **Evolución de los presupuestos sanitarios de las CCAA. 2010-2023.**

18 **La FADSP ante las elecciones autonómicas y municipales.**

24 **ANUNCIO**

25 **SALUD PÚBLICA**
Salud y cambio climático. El papel de los combustibles fósiles (Informe de Lancet 2022).

29 **NOTICIAS**
Los presupuestos para la Atención Primaria en 2023.

31 **Sobre el desabastecimiento de medicamentos.**

32 **ANUNCIO**

NORMAS DE PUBLICACIÓN

Salud2000 aceptará para ser publicados trabajos inéditos relativos a la organización y a la administración de servicios sanitarios y asistenciales y, en general, a las políticas de salud. Podrán ser artículos de revisión, de opinión, cartas al director, colaboraciones especiales o artículos científicos que comuniquen resultados originales producto de investigación.

Las dimensiones máximas aconsejadas son 3.000 palabras y un máximo de 6 figuras o tablas.

Los textos en formato Word se enviarán a la dirección **luispalomocobos@gmail.com.**

El reparto de competencias sanitarias no exime de responsabilidades políticas

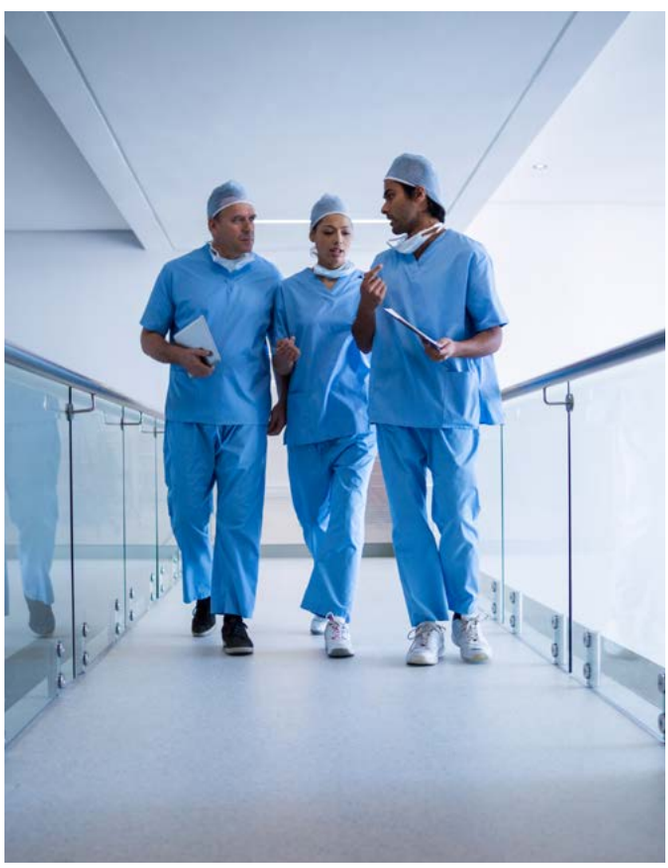
Si no queremos que el deterioro de la Sanidad Pública continúe, se debería caminar hacia una definición del SNS como una entidad única con personalidad jurídica propia.

En el año electoral que tenemos por delante se presume que los problemas de la sanidad van a formar parte destacada de la confrontación política. Los tres poderes de la administración del Estado tienen distinto grado de competencias en la gestión y la financiación de la sanidad; asistiremos una vez más al peloteo entre las administraciones por lo que es responsabilidad de cada cual y se echarán en cara lo que vaya mal y se apropiarán de las medidas mejor recibidas.

En este número de la revista se hacen propuestas de política sanitaria en las que pueden intervenir y mejorar, tanto los ayuntamientos como las comunidades autónomas (CCAA). En el caso de los ayuntamientos, a los que la ley 27/2013 desposeyó de muchas competencias sanitarias, todavía tienen atribuciones esenciales en temas diversos que van desde la participación ciudadana a la protección del medio y la consecución de entornos saludables: medio ambiente, salubridad el aire, abastecimiento de aguas, vivienda, residuos, etc...

En cuanto a las CCAA, cabe destacar que son éstas las que administran aproximadamente el 92 % del gasto sanitario público y que, en sus correspondientes presupuestos, la partida dedicada a sanidad se sitúa en torno al 40 %. Tienen transferidas las competencias en asistencia sanitaria y gran parte de las de salud pública por lo que sus decisiones son determinantes a la hora de distribuir el gasto sanitario, de priorizar prestaciones y, en consecuencia, de influir en la salud de la población, tanto en indicadores asistenciales como en resultados (morbimortalidad), y como en un reparto equitativo en la cobertura de necesidades.

El análisis del deterioro del sistema sanitario, sobre todo de la atención primaria (AP), en según qué CCAA es objeto de otro artículo de este número de la revista (La población se moviliza por la Sanidad Pública) y la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) lleva años haciendo análisis comparativos de los presupuestos y de la gestión de la sanidad por CCAA y de la AP. La conclusión es que el compromiso con la Sanidad Pública es insuficiente tanto por parte del gobierno central como de los autonómicos, lo que explica su deterioro progresivo, el descontento ciudadano y profesional y la búsqueda de alternativas en el sector privado.



¿Y qué hace el Ministerio ante las desigualdades entre CCAA y ante el deterioro de la AP?. Parece que no mucho. Así por ejemplo, en el caso de la AP, el presupuesto/ habitante/ año en 2019 fue, en promedio, de 211,01 €, oscilando entre 272,48 € de Extremadura y 150,08 € en Madrid; siete de las CCAA estaban situadas por debajo de la media y son llamativos los casos de Madrid y Baleares (174,05 €). Unas diferencias tan importantes generan desigualdad tanto en las prestaciones, como en la dotación de personal, en accesibilidad (porcentaje de la población que se cita en 48 horas), en el gasto farmacéutico per capita y en el porcentaje de medicamentos genéricos prescritos.

El Componente 18 del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia presentado por el Gobierno no recibe dotación presupuestaria para AP. La inversión que se destina al componente sanitario es claramente insuficiente: 1.069 millones €, que suponen, según el propio informe, el 1,54% sobre el total del Plan (calculado sobre 70.000 millones €). Las cinco reformas que se plantean: fortalecimiento de la AP; reforma del sistema de Salud Pública; consolidación de la cohesión, la equidad y la universalidad; refuerzo de las capacidades profesionales y reducción de la temporalidad y reforma de la regulación de medicamentos y mejora de su acceso, carecen de financiación.

Por su parte, el Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud (SNS) mantiene el modelo de las Mutualidades de funcionarios que es el mayor factor de inequidad y discriminación dentro de la cobertura sanitaria financiada públicamente.

Las movilizaciones de miles de personas el 12 de febrero en las calles de Madrid, de Santiago o de Burgos y, en otros momentos, en Salamanca o en Andalucía y Aragón, hasta ahora no han tenido un análisis conocido por el Ministerio. Por su parte los partidos políticos están instalados en el tactismo electoral, esperando que el deterioro y las protestas ciudadanas, cuando ocurren en co-

munidades gobernadas por el partido contrario, decanten el voto a su favor, y mientras no hacen nada. Esto puede complacer a los votantes incondicionales pero decepciona a los que piensan más en las soluciones que en el oportunismo político.

La inoperancia del Ministerio de Sanidad como órgano del Gobierno para la dirección de la política sanitaria se debe, entre otras causas, a la reducción cuantitativa y cualitativa de su plantilla; a la mala definición legal de su papel en la coordinación de los servicios sanitarios; a la cesión de algunas de sus funciones esenciales, como el reconocimiento del derecho a la protección sanitaria; a la carencia de una base de datos única de la población protegida que acredite el reconocimiento del derecho, la emisión de una tarjeta sanitaria universal y la garantía de "portabilidad" del derecho entre las CCAA; y a la subordinación de las consejerías y los servicios de salud autonómicos a los departamentos económicos de las CCAA.

Si no queremos que el deterioro de la sanidad pública continúe y que se incrementen las desigualdades entre la población, con las consecuencias conocidas de desafección por lo común, desprecio de la política y crecimiento de las actitudes racistas, individualistas, etc.. , se debería caminar hacia una definición del SNS como una entidad única con personalidad jurídica propia, y no como la suma de unos servicios autonómicos de salud, que en su mayoría ni siquiera existían cuando se promulgó la Ley General de Sanidad.

Un SNS con personalidad jurídica propia podría establecer un sistema de información común, mecanismos de compras de la misma naturaleza, un órgano de evaluación de tecnologías sanitarias al servicio del conjunto del sistema, y mecanismos de orientación y control comunes de la investigación que se lleva a cabo en sus instituciones, mecanismos todos ellos cuyas deficiencias eran anteriores a la pandemia y no dejan de incrementarse tras ella.

LPC

Entrevista con María Valderrama López

Madrid, 2001. Estudiante de 4º de medicina en la Universidad Autónoma de Madrid es la **presidenta del Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM)** desde finales de 2022 y desde Salud 2.000 hemos querido conocer sus opiniones y los de la institución que preside, porque son una parte importante del futuro de la Sanidad Pública de nuestro país.

- **¿Cómo estás viviendo estos meses como presidenta del CEEM?**

Sin duda, están siendo unos meses cuanto menos frenéticos. Al fin y al cabo, a veces se nos olvida que seguimos siendo estudiantes de medicina, con la carga lectiva que eso conlleva. Aún así, la ilusión y la vocación para la representación sigue igual de firme que el primer día, y todavía quedan muchos meses para seguir expandiendo los horizontes del CEEM, además de reforzar nuestra organización interna.

- **¿Resulta complicado compaginar las actividades de tu cargo con unos estudios, en principio exigentes, como los de medicina?**

Como digo, asumir la responsabilidad de la Presidencia de una entidad como el CEEM es, cuanto menos intensa. Las habilidades de organización y planificación son totalmente imprescindibles para conseguir compaginar la vida académica y la vida de representante. Además, también hay que ser consciente de la importancia de nuestra vida personal para mantener la salud mental. En resumen, todo consiste en una evaluación constante de la prioridad fundamental para centrar nuestros esfuerzos dependiendo del momento.

- **Ya has cursado más de la mitad de los estudios de grado ¿responden estos a lo que esperabas?**

Me parece una pregunta bastante difícil de responder, debido a que considero que mi perspectiva acerca de la Medicina ha ido variando a lo largo de la carrera por las propias exigencias de la misma y por mi propio desarrollo personal. Hay momentos, especialmente determinados por las prácticas que estés realizando en el momento, que encuentras un paciente que te recuerda por qué entraste en Medicina y te impulsa a seguir trabajando el resto de la semana. Pero también hay días en los que presencias el burn-out de los profesionales, la dureza de la profesión o la falta de espíritu docente, y a veces son situaciones que no te esperabas antes de entrar al grado.

" Todo consiste en una evaluación constante de la prioridad fundamental para centrar nuestros esfuerzos dependiendo del momento."

- **¿Qué te ha resultado más interesante, y que más frustrante?**

Van de la mano. A pesar de que las asignaturas básicas son necesarias para proporcionar la base necesaria para las posteriores asignaturas clínicas, son las etapas más frustrantes porque se alejan mucho de las razones por las que elegiste Medicina. El sentimiento de “¿y esto para qué sirve?” puede desmotivar mucho durante los primeros

años de la carrera. Lo más interesante es justo lo contrario, es ver la realidad clínica de los pacientes a los que se ha podido ayudar y cambiar su calidad de vida.

- **¿Qué piensas que falta y que sobra en los estudios de grado de medicina?**

Falta mayor aplicabilidad a la práctica clínica en los primeros cursos, para aumentar la motivación como decía antes. Faltan nuevas metodologías docentes en todo el grado que se adapten a la realidad actual, teniendo en cuenta los recursos que disponemos tanto como estudiantes como futuros profesionales. A veces la Universidad se queda atrás con métodos del siglo pasado simplemente porque "así se ha hecho siempre". ¿Acaso es necesario aprenderse de memoria el tiempo de metabolización de un fármaco? Es una información que los profesionales no utilizan en su día a día, dado que tienen capacidad de acceder a ella fácilmente, por ejemplo.

- **¿Qué opinas de las prácticas que has realizado, son suficientes? ¿Crees que están bien enfocadas?**

En mi caso, me encuentro en una Universidad que tiene un número de prácticas muy superior a la media. En tercero ya acudimos un día a la semana y a partir de cuarto rotamos todos los días. En sexto, sólo tenemos rotatorio clínico (algo no compartido a nivel nacional que desde mi perspectiva, considero muy positivo). Sin embargo, mi realidad no es lo común y hay universidades que no tienen continuidad en los servicios o tienen prácticas muy tardías.

- **¿Sabes ya qué especialidad quieres hacer al acabar la carrera?**

No, todavía tengo que rotar por muchas especialidades. Ahora mismo no cierro la puerta a nada.

- **¿Por qué eliges esa/s opciones?**

Creo que cada especialidad tiene sus ventajas y desventajas. Además, insisto en que este tipo de decisiones se basan, muchas veces, en los tutores clínicos que tenemos durante el grado. No hay nada que llame más la atención de la especialidad de un adjunto o residente con gran capacidad y vocación docente, y no hay nada que desmotive más que lo contrario.

- **¿Qué opinas sobre el examen MIR?**

Creo que, al igual que reivindican desde otras entidades, estamos observando una sobre-especialización del examen en las últimas convocatorias, llegando a tener preguntas que más se acercan a conocimiento de un especialista que se dedique sólo a esa temática frente a un conocimiento clave "que deban tener todos los médicos". Además, la tendencia es el aumento de ciertas asignaturas menos habituales como infecciosas.

- **¿Mantenéis relaciones con otros estudiantes de profesiones relacionadas con la salud?**

Si, especialmente con enfermería (AEEE), psicología (CEP-PIE), nutrición (FEDNU). Además, también nos relacionamos con otras entidades que agrupan a diferentes colectivos de estudiantes de medicina: CEMCAT, AECS e IFMSA-Spain.

A veces la Universidad se queda atrás con métodos del siglo pasado . . .

- **Dicen que en España faltan médicos, ¿crees que eso es cierto?**

Desde el CEEM, lo llevamos diciendo años: no faltan médicos en España, faltan especialistas (que a nivel de los medios y de la administración a veces se confunden conceptos). Más que nada, porque esta creencia popular se acaba convirtiendo en un afán de las CCAA a aumentar tanto el número de facultades de Medicina como el número de estudiantes (sabiendo que ya somos el segundo país en el mundo con mayor número de estudiantes de este grado por cada 100.000 habitantes). Estos estudiantes de nuevo ingreso no podrán trabajar en el SNS hasta dentro de, por lo menos, 11 años, y ya vamos tarde. Por ello, reivindicamos que esta no es la solución a la falta de especialistas dado que el actual sistema de Formación Sanitaria Especializada no tiene capacidad para formar a más especialistas (sí que es cierto que el número de plazas de la convocatoria tienden a incrementar en los últimos años, pero siguen quedando plazas vacantes que no se cubren por la falta de atractivo profesional hacia ciertas regiones y especialidades).

- **¿Cómo ves la situación de la Sanidad Pública en nuestro país? ¿Desde el CEEM cuáles creéis que son sus principales problemas? ¿Cómo creéis que deberíamos afrontarlos?**

Está en un punto crítico. Todo el equipo sanitario era consciente hace ya años de la necesidad de reformas estructurales de nuestro modelo, pero creo que ahora ese pensamiento también está calando entre la población general. Nuestro SNS tiene grandes virtudes (entre ellas, un equipo humano excelente), pero también defectos importantes que es importante atajar y hacerlo cuanto antes, como el déficit de profesionales de casi todas las disciplinas, las largas listas de espera y la sobrecarga asistencial.

No ha sido hasta ahora, cuando en algunas comunidades las médicas han dicho "basta", que este asunto ha recibido la atención que merece. La Sanidad Pública es un medio de protección social, un bien preciado que debemos blindar y optimizar continuamente para que llegue verdaderamente a todo el mundo y lo haga cuándo y cómo se necesita.

Considero que la solución se basa en escuchar a los profesionales. Son ellos los que mejor conocen la práctica clínica, sus necesidades y la realidad actual. Tienen mucho que decir y ellos deben liderar el cambio necesario.

- **La Sanidad Pública vive momentos de gran conflictividad ¿Cómo se vive esta desde los estudiantes de medicina?**

Creo que, a través de nuestros ojos, la palabra que mejor define esta situación es la incertidumbre. Como futuras profesionales de un sistema cuyos cimientos tiemblan, nos sentamos a estudiar cada día con el objetivo de aprender a dar la mejor atención posible a nuestras futuras pacientes, pero ya no depende únicamente de nuestro esfuerzo ni de nuestra vocación. La Sanidad Pública necesita profesionales cualificadas y dispuestas a dar lo mejor de sí; pero esas profesionales necesitamos estar seguras de que la estabilidad de este servicio y sus condiciones no corren peligro, no solo como futuras médicas, sino como pacientes que también somos. Además, somos conscientes del burn-out de las profesionales, y nos desilusiona ver la realidad a la que nos enfrentamos como futuros profesionales. Son muchos días en los que acompañas a residentes y adjuntos, que te insisten: “Si puedes irte a otro país, yo me iría”, “Todavía estás a tiempo de cambiar de ruta profesional”, etc.

- **La Atención Primaria es uno de los focos de la conflictividad y de los problemas de accesibilidad de la población ¿Cómo lo veis?**

Principalmente vemos a la Atención Primaria de nuestro país desatendida. El CEEM tiene un compromiso firme con este nivel asistencial y nos preocupa su futuro. Para nosotros, la Atención Primaria no solo es la puerta de entrada al sistema sanitario de nuestro país, sino que son los profesionales que nos acompañan desde el primer día de la vida de manera holística.

A lo largo de los últimos años hemos visto como las condiciones laborales de los profesionales que sustentan este nivel van empeorando y hemos podido comprobar que esto está implicando la disminución drástica de la calidad de nuestra sanidad pública, ya que aumenta las visitas a nivel hospitalario, colapsándolo y aumentando el gasto sanitario.

Por otro lado, últimamente estamos empezando a ver un compromiso de las universidades con la formación en Medicina de Familia y Comunitaria y de Pediatría de Atención Primaria, ya que hasta hace poco estas no tenían lugar entre el resto de especialidades médicas y quirúrgicas en los planes de estudio.

Pese a esto, podemos afirmar que el futuro que vemos la mitad de estudiantes que seremos médicos de familia y comunitaria es, como mínimo, desesperanzador.

Sesgos e innovaciones de género en la atención sanitaria e investigación

El 22 de febrero se celebró en la Facultad de Medicina de Salamanca la charla **"Sesgos e Innovaciones de Genero en la Atención Sanitaria e investigación",** organizada por la Asociación Para la Defensa de la Sanidad Pública de Salamanca y la Delegación de Estudiantes de Medicina y Odontología de la Universidad de Salamanca, dirigida a los alumnos de medicina con participación de socios de la ADSP Salamanca.

La Charla fue impartida por la catedrática de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Alicante, **Dra. María Teresa Ruiz Cantero**, e investigadora especializada en prevención y salud pública con perspectiva de género.

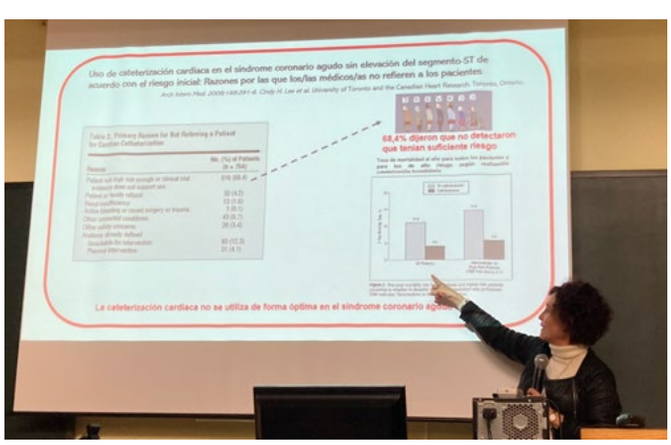
La ponente comenzó informando sobre los primeros artículos publicados sobre irregularidad y sesgo de género en salud en 1994.

Informo sobre las diferentes formas de presentarse las enfermedades en hombres y mujeres.

Finalmente hablo sobre la presencia de la perspectiva de género en la docencia e investigación.

Concluyó informando que los puntos clave son:

- Casi 30 años después de las primeras evidencias científicas sobe sesgos de género en la atención sanitaria, éstos se mantienen pese al abundante conocimiento existente.
- No considerar que múltiples enfermedades se expresan de forma diferente en hombres y mujeres produce sesgos de género asistenciales en perjuicios de las mujeres
- Las innovaciones de genero contribuyen a repensar por qué y cómo los sesgos de género inducen a conceptos erróneos de ciertas enfermedades.



Movilizaciones por la Sanidad Pública

Marciano Sánchez-Bayle

Hay un compromiso insuficiente, tanto por parte del gobierno central como de los autonómicos, que explica la mala situación de la Sanidad Pública.

El deterioro de la Atención Primaria es una de las claves en la estrategia de desmantelamiento de los servicios públicos madrileños.

El pasado 12 de febrero centenares de miles de personas se manifestaron en las calles de Madrid, pero no solo fue en Madrid, también hubo manifestaciones muy numerosas en las de Santiago y de Burgos, como pocos días antes lo habían hecho en Salamanca. Y meses antes en muchos otros puntos de todo el país.

Todas ellas tenían un objetivo común: defender la Sanidad Pública y la Atención Primaria contra las continuas agresiones que están sufriendo desde hace tiempo y que se han puesto de manifiesto de manera más visible tras la pandemia. Las tres CCAA que se movilizaron el día 12 están gobernadas por el PP lo cual no deja de ser una evidencia de que las iniciativas privatizadoras tienen más intensidad en estas comunidades, aunque no son una excepción, ya que se extienden a lo largo y ancho de todo el país y lo único que las diferencia es la intensidad con que se producen.

La sanidad, en el último Barómetro del CIS (enero de 2023), ya es el cuarto problema que afecta al país (17,2%) y el segundo que afecta personalmente a los encuestados (22,5%), solo por detrás de la economía, y la atención de los medios de comunicación sobre el sistema sanitario se ha incrementado notablemente en estos últimos meses. Al final está claro que hay una conciencia generalizada de que la Sanidad Pública tiene serios problemas y que está en riesgo de deterioro difícilmente recuperable y/o desaparición.

Los problemas de la Sanidad Pública en nuestro país pueden ser una novedad para los medios, pero no lo son para quienes llevamos tanto tiempo trabajando para su mantenimiento y mejora.

El sistema sanitario español sufre desde hace decenios una crónica infrafinanciación, que en opinión de los gestores y los responsables de las distintas administraciones sanitarias, le hacía muy eficiente, pero que en realidad producía una creciente debilidad en la medida en que gran parte de su eficacia se mantenía a costa de bajos salarios, precariedad laboral y el compromiso y entrega de sus trabajadores, situación que ya lo advertimos reiteradamente no podía durar indefinidamente porque acabaría quebrándose por algún sitio. Este problema se agudizaba aún más debido al elevado gasto farmacéutico que lleva muchos años creciendo por encima de lo que lo hacen los presupuestos sanitarios públicos y con los procesos privatizadores que encarecen notablemente los costes de la asistencia sanitaria.

La falta de fondos se traslada a todo el sistema, pero se hace más patente en la Atención Primaria (AP), que a pesar de que se asegura es la base y el eje vertebrador del sistema sanitario, siempre fue una hermana pobre del mismo, y nunca llego a contar con los presupuestos y los recursos suficientes.

La crisis de 2008 supuso importantes recortes en unos presupuestos ya insuficientes (un re-

corte promedio de las CCAA del 20,3%, entre el 28,5% de Castilla la Mancha al 7,9% de Cantabria, en 2013 respecto a 2009). Se tomaron medidas para disminuir las plantillas, realizar jubilaciones forzosas del personal con prorroga, no cobertura de las vacantes producidas por jubilaciones o por otros motivos, etc. Esta crisis supuso unos 50.000 trabajadores menos (de nuevo las cifras son contradictorias y van desde 40 hasta 80.000 efectivos) en el conjunto del sistema sanitario de todo el país.

La insuficiencia financiera se ha visto agravada por el aumento incontrolado del gasto farmacéutico que en 2020 suponía ya el 23,93% del gasto sanitario público en 2020 y las privatizaciones continuas que encarecen los costes de la atención sanitaria y que dejan una parte cada vez menor de los presupuestos para los centros públicos.

Tras la crisis no se produjo una recuperación rápida de la situación previa sino que se produjo un lento incremento, de manera que el gasto sanitario público no se recuperó (en €, es decir, sin tener en cuenta la inflación) hasta 2018 (71.090 millones en este año € versus 70.723 en 2009) y en Atención Primaria no se hizo (en 2020 suponía solo el 14,3% frente al 15,68% en 2008).

La pandemia llegó a un sistema pobremente financiado, con una AP debilitada y con serios problemas, por unas elevadas listas de espera y una capacidad hospitalaria reducida ya que tenemos 3,24 camas/1.000 habitantes, ratio que inexplicablemente se ha ido reduciendo progresivamente (3,43 en 2010) frente a las 4,5 de la OCDE y las 5 de la UE, y además con unos dispositivos de Salud Pública bajo mínimos. La COVID19 sometió al sistema sanitario a una gran presión que lo acabo colocando al borde del colapso, tanto por las características propias de la pandemia como por la falta de medios humanos y materiales, a lo que se sumó el terrible desastre las residencias, y en el que se logró resistir sobre todo por el esfuerzo y dedicación de los trabajadores sanitarios que en ese momento pareció que se veía reconocido por el conjunto de la sociedad y las administraciones sanitarias (los aplausos y las promesas de reforzar la Sanidad Pública).

Justo después de la primera ola, la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica elaboro un dictamen que, respecto a la Sanidad, con algunas insuficiencias, señalaba la mayoría de las cuestiones que debería de abordar la Sanidad Pública. Sin embargo pronto pudo comprobarse la distancia entre las declaraciones y los hechos, primero fue la escasa participación de la Sanidad en el Plan de Reconstrucción abordado con los fondos europeos, solo el 1,5% del dinero se destinó a Sanidad, el tercer país que menos le dedico, en contraposición por ejemplo con Italia (22,62%) Alemania (17,68%), Francia (15%) o Portugal (8,3%); pero luego siguieron más cuestiones reflejadas en los escasos presupuestos del Ministerio de Sanidad y en algún incumplimiento significativo (los 1.000 millones € destinados a la Atención Primaria en 2021 acabaron todos ellos en la compra de vacunas).

Dejan una parte cada vez menor de los presupuestos para los centros públicos.

Las CCAA tampoco han realizado un esfuerzo significativo, así mientras en los PGE para 2023 estas han visto incrementados sus ingresos en un 24%, el aumento de los presupuestos destinados a Sanidad ha sido solo del 7,69% con una gran variabilidad entre las mismas, desde el 15% de Aragón hasta el 0% de Madrid y Cataluña que prorrogan los presupuestos, aunque esta última finalmente va a tener nuevos presupuestos en fechas próximas. Y si nos referimos a la Atención Primaria esta recibe el 14,99% del gasto sanitario público de promedio (0,6% más que en 2022), en lugar del 25% que sería lo deseable, desde 18,33% de La Rioja hasta el 10,73% de Madrid, lo que evidentemente explica muchos de los problemas existentes.

En resumen, un compromiso insuficiente tanto por parte del gobierno central como de los autonómicos que explica la mala situación de la Sanidad Pública, y la búsqueda de alternativas en el sector privado. En España el seguro privado sanitario aumenta continuadamente (9,6 millones de personas con una póliza privada en 2016 y 11,6 en 2021) además un aumento del 7% en 2022, el 24,41% de la población en 2021, de nuevo con grandes diferencias entre CCAA (desde el 38,11% en Madrid hasta el 10,79% en Navarra), lo que fomenta la desigualdad porque el seguro privado solo es accesible a las personas con mayores recursos económicos y menos problemas de salud (los precios que se anuncian solo son para las

personas más jóvenes y sanas y por supuesto se excluyen a las personas más mayores y con patologías graves).

El incumplimiento de las promesas realizadas por los responsables sanitarios ha cristalizado primero en el enfado y frustración de los trabajadores sanitarios, luego en el rechazo de las políticas continuistas incapaces de abordar con contundencia los problemas planteados y por fin en el rechazo y la movilización de los trabajadores del sistema sanitario, especialmente de los médicos, y esperemos que no acaben en la resignación y desmotivación porque ello sí que sería el principio del fin de la Sanidad Pública, porque esta se mantiene de manera muy importante por el compromiso responsable de los trabajadores del sistema.

¿Faltan médicos?

Las ultimas movilizaciones, incluyendo la huelga de médicos de Atención Primaria en Madrid, han hecho que el foco mediático se haya puesto sobre la situación de la profesión médica en España y se ha hecho incidiendo de manera especial en la falta de profesionales y en la supuesta falta de médicos. Las siguientes reflexiones tienen que ver con este tema y el papel que debería de tener los profesionales de la medicina en el sistema sanitario público.

En primer lugar, España no tiene pocos profesionales de la medicina. Según los datos de la OCDE (2021) la densidad de profesionales médicos (profesionales/1.000 habitantes) es de 4,4 en

España, frente a 3,6 de los países de la OCDE y 3,9 en la UE, de hecho solo 4 países nos superan (3 de la UE y un cuarto de la OCDE: Noruega) y aunque suele decirse lo contrario tampoco el porcentaje de profesionales mayores es llamativamente alto (de hecho en 2019, último dato disponible, el 32% de los profesionales españoles tenían más de 55 años comparado con el 34% de promedio de la OCDE). Además, la densidad de médicos graduados en 2020 era de 13,9/100.000 habitantes frente a un promedio de 13,2 de la OCDE. Es decir, no parece que la situación de falta de médicos se corresponda con la realidad en comparación con los otros países desarrollados (OCDE, UE) ni que el pronóstico en los próximos 20 años vaya en este sentido.

Por otro lado, es interesante tener en cuenta que la profesión médica estaba bastante feminizada en España (56% de mujeres frente a 49% en el promedio de la OCDE) y que esta feminización aumentará en el futuro (en 2020 el 70% de las matriculadas en medicina eran mujeres), así como que el porcentaje de médicos generales era muy

similar al de la OCDE aunque ligeramente superior en España (20,8 versus 20,6%). En enfermería la feminización es tradicionalmente muy alta (el 84% eran mujeres en 2022) y se mantiene y lo que es llamativo es que la densidad de profesionales de enfermería es menor que la de medicina en Atención Primaria, un hecho excepcional en los países desarrollados.

Es un hecho verificable que hay pocos profesionales de la enfermería, y en este caso los datos son apabullantes: 5,9 profesionales/1.000 frente a 8,4 de la UE y 8,8 de la OCDE y con una tendencia a no mejorar, con 22,4 graduadas por 100.000 habitantes en 2020 (promedio de la OCDE 44,4), como puede verse en el gráfico adjunto reproducido de la OCDE/UE. Eso hace que la relación profesional de la enfermería / profesionales de la medicina sea en España muy baja 1,3 frente a 2,6 de promedio de la OCDE

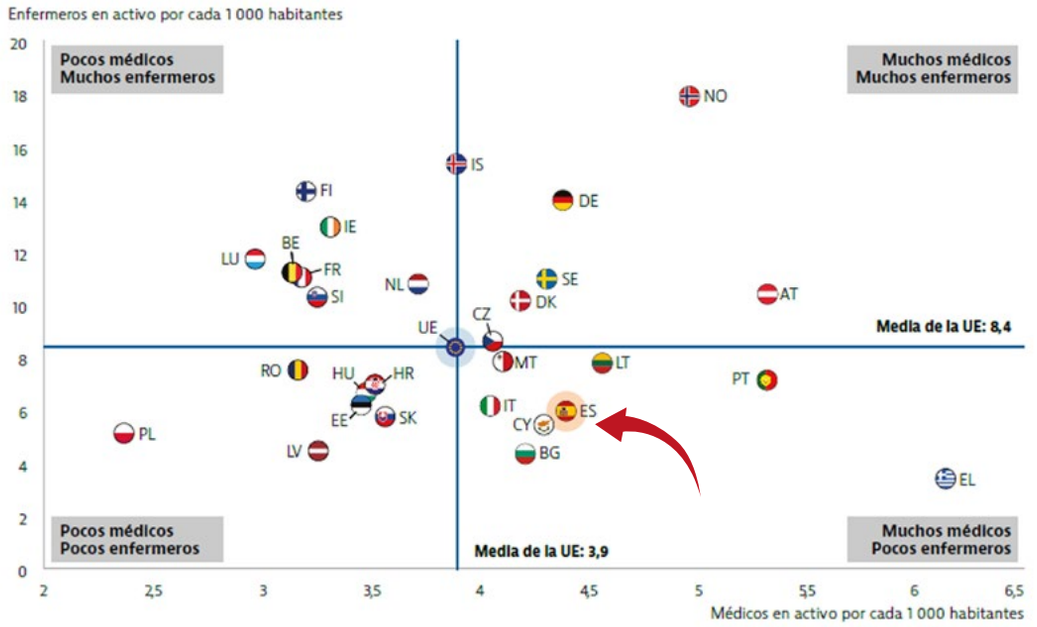
El empleo precario en Sanidad es muy elevado en nuestro país, y la situación ha empeorado notablemente en los últimos años: en 2020 el 41,9% de los sanitarios estaban en esta situación frente al 28,15% en 2012.

Existe también una cierta polémica en cuanto a las retribuciones, que es difícil de solventar porque los modelos retributivos son muy distintos según los países y en muchos de ellos no existe el sistema salarial español y se cobra por actividad, lo que abre mucho el abanico retributivo. En general los sanitarios españoles tienen una retribución menor que en la UE y la OCDE aunque si se mide por la ratio con el salario medio del país no es necesariamente así (por ej. en España el salario de los médicos es 2,08 veces el salario medio y en Italia 1,95; en Irlanda alcanza el 3,5) en todo caso en nuestro país las retribuciones promedio en atención especializada son 1,4 veces superiores a las de Atención Primaria, probablemente por el peso de las guardias en las retribuciones finales de los médicos hospitalarios. En los profesionales de enfermería el salario es 1,4 veces el salario medio en España y en el promedio de la OCDE 1,2 veces.

El conflicto en Madrid.

Madrid es el epicentro de las movilizaciones y existen muchos motivos para ello que podrían resumirse en los siguientes:

Gráfico 8. España tiene una cantidad relativamente elevada de médicos, pero pocos enfermeros



Nota: La media de la UE no es ponderada. En Portugal y Grecia, los datos se refieren a todos los médicos con licencia para el ejercicio de la profesión, lo que da como resultado una gran sobrestimación del número de médicos en activo (p. ej., de alrededor del 30 % en Portugal). En Grecia, el cálculo del número de enfermeros es excesivamente baja, ya que solo incluye a los que trabajan en hospitales.
Fuente: Base de datos de Eurostat (datos correspondientes a 2019 o al año más próximo).

- La Comunidad de Madrid es la que menos dinero dedica a la Sanidad Pública, situándose siempre por debajo de la media de las CCAA y en muchos casos en el último lugar. En los presupuestos de 2023 dedica 1300,55 € por habitante y año (media de las CCAA 1808,5, máximo de 2.133,13 de Asturias), lo que supone 5.578 € menos que los necesario para alcanzar el promedio de las CCAA. Con unas diferencias tan notables en los presupuestos no es posible ofertar las mismas prestaciones en calidad y cantidad. Y ello se produce en una situación en la que hay un continuo goteo de bajadas de impuestos propios que a la postre solo benefician a las rentas más altas, confirmando de nuevo el axioma de que sin unos impuestos suficientes los servicios públicos fundamentales se hacen insostenibles.

No es posible ofertar las mismas prestaciones en calidad y cantidad.

- Pero además es la Comunidad Autónoma en la que el proceso privatizador ha aumentado de manera más importante, y ello supone un incremento de los costes (entre 5 y 11 veces más que en la gestión tradicional); una hipoteca de la política sanitaria con contratos a 20 o 30 años; disminución del número de camas, con menos personal sanitario y el no sanitario precarizado y menos cualificado, empeorando las condiciones laborales de los trabajadores; favorecen las corruptelas, acaban en manos de grandes multinacionales (Centene, Fresenius,...) que hipotecan la soberanía en la prestación de un servicio básico; existe un control escaso o inexistente del sistema público sobre los centros privatizados y empeoran la atención sanitaria al poner los intereses económicos de las empresas y su rentabilidad económica por delante del derecho a la salud de la población (hay evidencias científicas de que el aumento de dinero público derivado hacia centros de gestión privada aumenta la mortalidad evitable). Y finalmente las llamadas colaboraciones público- privadas, es decir, dinero público destinado para beneficios privados no son sino un primer paso para la privatización total.

- El deterioro de la Atención Primaria es una de las claves en esta estrategia de desmantelamiento de los servicios públicos madrileños. Madrid es la comunidad autónoma que menos presupuesto tiene para la AP (un 10,73% es decir 155,02 € /habitante y año, frente a 14,93% y 251,53 € de media de las CCAA) y ello se traslada a una crónica insuficiencia de profesionales: todas las ratios por habitante están por debajo de la media, enfermería ocupa el último lugar, medicina de familia el segundo y pediatría el tercero. En Madrid el 57% de los profesionales de medicina de familia tienen más de 1.500 tarjetas sanitarias y el 7,87% más de 2.000 (de hecho, están en Madrid el 50,4% de los que en todo el país tienen más de 2.000). Y ello produce unas demoras intolerables en la atención: el 87,5% esperaron más de 2 días y el 57,8% más de 7 días, con una demora media de 9,03 días (media del país 8,08), de hecho un 26,7% de las personas con un verdadero problema de salud no lograron una consulta, el mayor porcentaje de todas las CCAA (datos todos del Barómetro Sanitario 2022).

- Por otro lado, el proceso de privatización y la jibarización presupuestaria de la Sanidad Pública han producido además una disminución de las camas hospitalarias que se hace patente en los momentos de aumento de la demanda (como la gripe, por ejemplo) con unos tremendos atascos en las urgencias con centenares de pacientes esperando cama para poder ingresar. Madrid tiene 2,13 camas públicas por 1.000 habitantes y en descenso ya que se cerraron 1.288 camas entre 2015 y 2021 (promedio de la UE 5 y de la OCDE 4,7). Lo que genera importantes listas de espera (927.637 en listas de espera en septiembre de 2022) que no tienen visos de mejorar, pues el sistema sanitario no ha recuperado el nivel de actividad prepandemia (en 2021 se hicieron un 13,66% menos intervenciones quirúrgicas que en 2019).

Es evidente que en la Comunidad de Madrid las cosas han llegado más lejos que en otras, pero los procesos de deterioro y privatización sanitaria están generalizados y tienen impacto en todas las CCAA con distinta intensidad (más en Galicia, Andalucía, etc.).

Esta realidad explica la gran preocupación de la población y la amplitud de las movilizaciones que se han producido, así como el aumento de las

personas con una póliza de seguro privado en la región (el 38,11%, el mayor porcentaje de todo el país en diciembre de 2021), una situación que hay que recuperar urgentemente dotando a la Sanidad Pública de los recursos suficientes, reforzando la Atención Primaria para garantizar una cita en 48 horas, parando las privatizaciones y recuperando lo privatizado y abordando las listas de espera con una utilización intensiva de los recursos públicos que precisa además de un aumento de las camas hospitalarias y del personal sanitario.

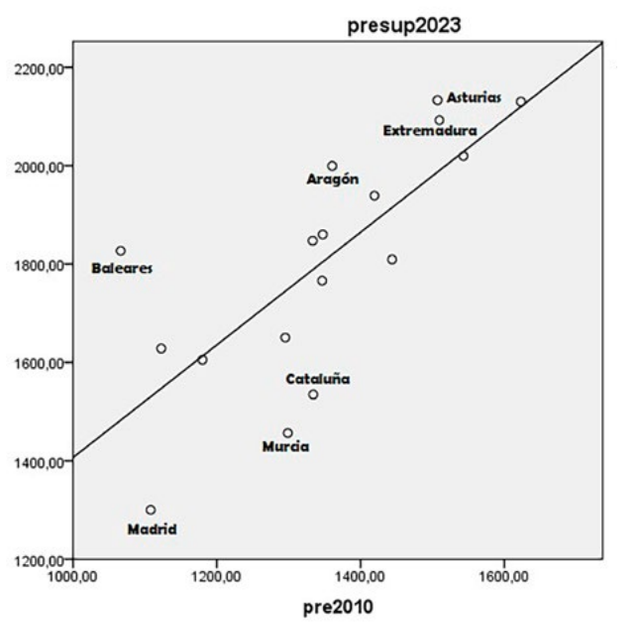
Lo que nos queda por hacer.

Como se ve la situación tiene dos vertientes, por un lado hay grandes problemas del sistema sanitario, especialmente de la AP, que no tienen visos de ser afrontados seriamente por los responsables sanitarios pero que precisan una actuación urgente y decidida para reflotar la Sanidad Pública, y por el otro las grandes movilizaciones de una sociedad que es cada vez más consciente de que nuestro sistema sanitario esta en un serio riesgo de hundirse y que no se resigna a ello. Resulta fundamental para su éxito que consigan aunar los intereses de la población y los trabajadores del sistema sanitario, de todos ellos, sin exclusiones corporativas que nos enfrentan y debilitan, lo que no siempre resultara fácil.

Está claro que las próximas elecciones autonómicas y municipales tendrán un impacto significativo en las perspectivas de solucionar los problemas que tenemos, también debería estarlo que hay partidos que tienen claro que su objetivo es deteriorar y desmantelar la Sanidad Pública, habrá que movilizarse, en la calle y en las urnas, para evitarlo, nuestra Sanidad Pública y nuestra salud están en juego.

Evolución de los presupuestos sanitarios de las CCAA 2010-2023

Los presupuestos sanitarios autonómicos son el reflejo del interés de los gobiernos de las CCAA sobre la Sanidad Pública, y aunque hay que considerar que habitualmente se produce una desviación de los mismos al alza y que la gestión y la distribución de los mismos sobre las distintas partidas (Atención Primaria, especializada, farmacia, etc.) es relevante, también es obvio que el actual modelo de financiación autonómica permite una gran variabilidad entre las CCAA a la hora de la asignación presupuestaria a la Sanidad.



Desde la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) hemos tenido desde la finalización de las transferencias una gran preocupación sobre la evolución de los presupuestos en las distintas CCAA, y el impacto que ello puede tener sobre las prestaciones sanitarias de las mismas.

Durante el periodo 2010 a 2023 los presupuestos per capita crecieron de promedio un 34,56%. Además, hemos realizado un análisis de la evolución de los presupuestos, en por habitante y año,

desde 2010 hasta 2023 mediante una regresión, cuya grafica esta recogida a continuación.

Destacamos varias cuestiones:

1. Existe una relación clara entre los presupuestos de 2010 y los de 2023 (r2 = 0,554; p = 0,001), es decir, a mayor presupuesto en 2010 es más probable que este sea mayor en 2023, lo que refleja una tendencia de mantener las diferencias entre las CCAA detectadas inicialmente.

2. No obstante, hay varias CCAA que se desvían (positiva o negativamente de lo esperado), lo que evidencia es que se ha hecho un esfuerzo en mejorar y reducir las diferencias o todo lo contrario.

3. Las desviaciones positivas (un presupuesto en 2023 mayor del estimado) más significativas son: Baleares (26,19% más), Asturias 7,34%, Extremadura 5,14% y Aragón 3.08%. Hay que tener en cuenta que no todas las que tienen cifras superiores a las estimaciones tienen un valor elevado, caso de Baleares, porque parte de valores muy bajos en 2010.

4. Las desviaciones negativas más relevantes (presupuestos en 2023 inferiores a la estimación) son: Madrid 15,03% menos, Murcia 14,22% y Cataluña 5,85%. Hay que señalar que 2 de ellas (Madrid y Cataluña) tienen prorrogados sus presupuestos para 2023, lo que podría explicar en parte la situación.

5. Otro hecho a destacar es que las que se desvían al alza tienen gobiernos progresistas, mientras que las desviaciones a la baja se producen en 2 CCAA gobernadas por el PP y una por los nacionalistas.

Por eso, también son tan importantes que los gobiernos autonómicos apuesten por reforzar la Sanidad Pública.

6. Por otro lado, se constata que durante el periodo la excesiva variabilidad presupuestaria se mantiene, y por ello seria necesaria, como venimos propugnando desde la FADSP, una financiación finalista que disminuya las desigualdades presupuestarias que al final se traducen en desigualdad de las prestaciones sanitarias y de la accesibilidad de la población a las mismas.

Federación de Asociaciones para la defensa de la Sanidad Pública
19 de diciembre de 2023

La FADSP ante las elecciones autonómicas y municipales

El ámbito autonómico

Análisis de la situación y propuestas de trabajo.

En mayo de 2023 están previstas las elecciones municipales y autonómicas, en todo el país las municipales y en 13 de las 17 CCAA. Estas elecciones por lo tanto son muy importantes para el sistema sanitario porque como es conocido las CCAA son las que deciden la mayoría del presupuesto sanitario público (el 92,25% en 2020) y por lo tanto sus decisiones son fundamentales a la hora de determinar el gasto sanitario público y por lo tanto el funcionamiento de la Sanidad Pública.

Estas elecciones se producen en un momento especialmente crítico para la Sanidad Pública, algunas de cuyas circunstancias son:

1) Como consecuencia de los recortes de recursos de los gobiernos conservadores durante la crisis del 2008 y la estrategia para afrontar la epidemia de la COVID, basada en concentrar todos los esfuerzos del sistema las personas afectadas cerrando la Atención Primaria, paralizando la actividad de los servicios hospitalarios no relacionados directamente con esta enfermedad y abandonando a su suerte a las personas de las residencias de mayores (los mas afectados por la pandemia).

2) Las políticas de recuperación del sistema tras la crisis, basadas en el reparto de fondos europeos, han ido destinadas en un porcentaje pequeño al sistema sanitario y se han destinado esencialmente a adquirir recursos tecnológicos (en su mayor parte de necesidad cuestionable), abandonando así a la Atención Primaria (la mayor perdedora en la pandemia).

3) Buena parte de los servicios hospitalarios siguen funcionando a medio gas, pese al acumulo de pacientes y pruebas diagnósticas durante la pandemia lo que ha producido un aumento exagerado de las listas de espera.

4) Los Servicios de Salud Autonómicos destinan buena parte de los fondos sanitarios (de sus presupuestos, del gobierno y la Unión Europea) a otros menesteres, potencian la concertación y la exteriorización de servicios con el sector privado. Contrasta esta situación con las rebajas de impuestos autonómicos que permitirían mejorar la financiación de la Sanidad Pública.

5) La presión e influencia sobre las administraciones y profesionales del cadavez más potente sector privado (en manos de multinacionales sanitarias, laboratorios y fondos de inversión) le permite seguir creciendo e imponiendo sus estrategias de maximizar beneficios a costa del dinero público, lo que se demuestra con el aumento de las privatizaciones y el crecimiento incontrolado del gasto farmacéutico.

Estas elecciones por lo tanto son muy importantes para el sistema sanitario

Las consecuencias de esta situación se traducen en:

- Desmantelamiento y paralización de la Atención Primaria que ha abandonado la accesibilidad, la integralidad y el modelo comunitario.
- Aumento y multiplicación de las listas de espera hospitalaria, que en muchas CCAA y especialidades se han duplicado.
- Crecimiento del aseguramiento privado (8% anual) que supone mas del 20% de la

actividad sanitaria y que en muchos casos se puede considerar basura por su bajas primas y la consiguiente falta de prestaciones y de coberturas.

- Ampliación de las desigualdades territoriales, de clase y de grupos de edad (personas mayores y grupos de bajo nivel socioeconómico)

- Deterioro de la calidad, eficiencia y racionalidad del sistema.

- Aumento de la mortalidad general y evitable, que parece no explicable desde la epidemiología (¿para no cuestionar las estrategias aplicadas para combatir la COVID?).

Por otro lado siguen existiendo unas diferencias importantes e injustificadas entre los servicios sanitarios de las CCAA, lo que desde la FADSP venimos monitorizando desde hace años y que no han disminuido lo que a la postre supone una desigualdad en el acceso de la población a una atención sanitaria de calidad (ver Los Servicios Sanitarios de las CCAA 2022 https://fadsp.es/wp-content/uploads/2022/05/InformeCCAA22.pdf y La privatización sanitaria de las CCAA 8º Informe https://fadsp.es/privatizacion-sanitaria-ccaa-8informe/).

En este contexto las CCAA han recibido este año y van a recibir el próximo año aumentos muy significativos de las transferencias del estado (en torno a un 26% más) lo que incrementa notablemente su capacidad para aumentar los presupuestos sanitarios públicos y la capacidad para solventar una parte muy importante de los problemas señalados.

Desde la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) entendemos que las CCAA deberían de adoptar las siguientes medidas:

Propuestas.

1.- Incrementar y racionalizar e gasto sanitario público.

- Aumentar los presupuestos sanitarios públicos para igualarnos con la media de la UE en/habitante y año, es decir 600 más como promedio de las CCAA.

- Acordar un Nuevo Modelo de Financiación autonómica que garantice la financiación finalista basada en las necesidades de salud, las condiciones socioeconómicas de cada CCAA y la corrección de desigualdades con fondos de compensación.

- Priorizar los presupuestos de AP hasta alcanzar el 25% del total.

- Moderar el gasto farmacéutico para garantizar que su crecimiento se cuando menos un punto inferior al aumento de los presupuestos sanitarios públicos, con medidas como las centrales de compras, la financiación selectiva de nuevos medicamentos en base a su eficacia y seguridad probada y controlar de las actividades de marketing de los laboratorios dirigidas al influenciar al personal medico y a los responsables de las administraciones.

- Evaluación por un organismos independiente de las nuevas tecnologías antes de su adquisición y distribución por el sistema.

- Incrementar las partidas destinadas a personal sanitario de todas las categorías de los equipos de atención primaria, para garantizar la estabilidad laboral y la mejora de las condiciones laborales y la aplicación de incentivos profesionales.

- Destinar a AP 8.000 millones para la recuperación tras la COVID.

2.- Potenciar y mejorar el sistema sanitario publico.

- Paralizar la privatización de los centros, servicios y prestaciones sanitarias.

- Recuperar los centros privatizados no renovando ninguno de los contratos realizados con el sector privado.

- Disminuir los conciertos con entidades privadas hasta que se sitúen por debajo del 5% de los presupuestos sanitarios.

- Integrar los recursos de MUFACE en la Red Sanitaria Pública.

- Incluir en la Cartera de Servicios del la Salud Sexual y Reproductiva y la Eutanasia.

3.- Recuperar y fortalecer las Atención Primaria.

- Abandonar la orientación a la curación, la atención hospitalaria y el uso intensivo de nuevas tecnologías y de la medicación.

- Acordar un Nuevo Modelo de Atención Primaria basado en la Salud Comunitaria (participación social y coordinación con instituciones locales para actuar sobre los determinantes de la salud) la Atención Integral (promoción, prevención y rehabilitación).

- Ampliar los equipos con nuevas categorías profesionales para desmedicalizar y responder a las demandas de atención social, salud metal, fisioterapia, alteraciones lenguaje y respiración o atención temprana.

- Garantizar y priorizar la atención presencial y acabar con las demoras en la atención (garantizar que no supere las 48 horas).

- Potenciar los planes, programas y actividades de actuación sobre los determinantes de la salud, desarrollar la participación social, la coordinación con los recursos de la comunidad, servicios sociales, instituciones locales y de atención a la dependencia.

- Incluir las políticas de salud en todas las políticas, proyectos y programas de las administraciones e instituciones autonómicas y locales.

- Suprimir las limitaciones de acceso a pruebas diagnósticas y terapéuticas.

- Mejorar la coordinación de la Atención Primaria con los servicios de atención social y

a la dependencia (la atención sanitaria en las residencias de mayores deberá correr a cargo de los Centros de Salud de cada área.

4.- Reactivar los Hospitales Públicos.

- Promover Planes para reducir las listas de espera con recursos públicos, utilizando de manera intensiva los mismos, ampliando horarios y promoviendo políticas de personal incentivadoras mediante incentivos económicos y profesionales.

- Coordinar la atención hospitalaria con la atención primaria para desarrollar los procesos asistenciales y la utilización de protocolos comunes consensuados.

- Crear centros de media y larga estancia para descongestionar los hospitales de agudos.

- Aumentar las camas hospitalarias públicas para alcanzar 4,5 camas/1.000 habitantes, priorizando las camas de media y larga estancia.

5.- Potenciar los Servicios de Salud Pública

- Incrementar su presupuesto, personal y recursos.

- Coordinar la salud pública con los recursos asistenciales en las áreas sanitarias.

- Colaborar con los planes y actuaciones de promoción y prevención.

- Desarrollar sistemas de vigilancia epistemológica y de lucha contra las nuevas pandemias.

- Aprobar Planes de Salud autonómicos que aborden tanto las necesidades del sistema sanitario como los determinantes de salud.

6.- Desarrollar y potenciar la Áreas sanitarias.

Garantizar la coordinación de los recursos asistenciales de AP y hospitales, Salud Pública, atención socio-sanitaria y Dependencia.

Planificar programas, planes de salud orientados a las necesidades reales de la población y de su entorno.

7.- Modificar la formación del personal sanitario.

- Incluir la Atención Comunitaria en la formación pre-graduada de todas las categorías del personal sanitario.

- Garantizar la formación post-graduada para todas las categorías del personal.

- Modificar el actual Sistema MIR de formación del personal medico sacando todas las plazas docentes, garantizarla formación a todo el personal recién graduado (especialmente en Medicina Familiar y Comunitaria).

- Mejorar la capacidad docente de la Atención Primaria incrementando los recursos, las actividades de atención integral, la salud comunitaria y la investigación. Mejorar las condiciones del personal docente de los centros.

8. Desarrollar la participación social y profesional.

- Poner en marcha mecanismos efectivos de participación de la ciudadanía y los profesionales en el control y gestión del sistema sanitario.

- Fomentar la participación comunitaria en el sistema sanitario público a todos los niveles, especialmente en la Atención Primaria.

- Es muy importante la política sanitaria de las CCAA y el desarrollo de estas propuestas para poder adecuar el sistema sanitario público a las necesidades de salud de la población.

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública
Octubre de 2022

El ámbito municipal

Las elecciones municipales tienen una gran importancia en la vida de la población en tanto en cuanto los municipios abordan los problemas más cotidianos y muchos de ellos relacionados con la salud. Aunque la Ley 27/2013 retiraba muchas competencias del ámbito sanitario a los ayuntamientos es obvia la necesidad de que estos se impliquen de una manera importante en la problemática de salud.

Por eso entendemos que desde los ayuntamientos debería de propiciarse:

1. Fomentar la participación democrática, favoreciendo sistemas de participación en el municipio y los barrios. Creando redes municipales de promoción de la salud en colaboración con organizaciones vecinales y de usuarios.

2. Asumir la gestión intersectorial: porque la salud depende de todas las políticas, tendrán que trabajar juntos Municipio con Diputación, Servicios Regionales de Salud, Vivienda, etc. Utilizando los recursos tecnológicos de los que disponen ampliamente. Internet, intranet, etc. Facilitando la atención social y sanitaria integral de las personas sin tener que acudir a instituciones fuera del municipio.

3. Promover el fortalecimiento de los Centros de Salud para que puedan ser centros de atención biopsicosocial, es decir, donde no solo se practique asistencia sanitaria sino **Medicina Familiar y Comunitaria** atendiendo a los determinantes sociales de la salud y no solo a los aspectos biológicos.

4. Promover la prestación de Servicios no ofrecidos suficientemente en la actualidad como **rehabilitación, fisioterapia, higiene dental, psicología, salud mental y podología** para mayores de 65 años.

5. Apoyando a los profesionales de salud, adecuando las plantillas, con suficientes especialistas (todos con el MIR y suficientes pediatras) incentivando la dedicación exclusiva y ampliando horarios de atención tanto de mañana como de tarde, allí donde se necesite. Posibilitando el aumento de las funciones y la capacidad resolutiva en Salud Comunitaria y orientación Sociosanitaria.

6. Tener en cuenta los aspectos demográficos, mediante la creación y mejora de los **Centros sociales para personas mayores** necesarios para cubrir y atender las necesidades de convivencia y atención de la población mayor, en todos los barrios, manteniendo y mejorando todos los Centros cívicos de mayores existentes en el municipio en régimen de cogestión, para actividades sociales, culturales, preventivas, rehabilitadoras, formativas, etc. Posibilitando una ciudad saludable y amigable para los mayores.

7. Facilitar un mayor desarrollo de la vida cultural urbana en la totalidad de sus barrios. Y especialmente la Formación en Salud y en participación ciudadana.

8. Velar por el ejercicio efectivo del derecho a una vivienda saludable, accesible y en un entorno ambiental saludable. Atender prioritariamente las deficiencias de salubridad: humedades de plantas bajas, recogida de fecales, iluminación, accesibilidad, pobreza energética o hacinamiento.

9. Priorizar la rehabilitación de viviendas sobre la nueva construcción y el alquiler de las viviendas vacías. Promover medidas legales desde las instituciones para que las personas propietarias de **viviendas vacías** durante un periodo mayor de tres años, tengan que ponerlas a disposición de las necesidades en régimen de alquiler social. Evitando los deshaucios sin alternativa a vivienda social.

10. Disponer de estructuras de acogida para las personas que acudan como inmigrantes, refugiados, apátridas, mujeres víctimas de la violencia y malos tratos, personas sin techo, etc. Estructuras que garanticen su seguridad y su dignidad.

11. Asegurar el descanso de las ciudadanas. Defender la tranquilidad en las calles y las viviendas, asegurando el descanso sin ruidos y alejando los ambientes ruidosos de ocio de las zonas residenciales, restringiendo el acotamiento del espacio público por los establecimientos generadores de aglomeración y ruido. Tomando las medidas pertinentes para que en el mapa del ruido se incorporen los resultados del impacto acústico del ocio nocturno y las acciones que correspondan para reducirlo.

12. Mantener un ambiente limpio, sin gases tóxicos por circulación o actividad industrial. promoviendo el transporte público que comunique las diferentes áreas del municipio.

13. Garantizar el ocio y el deporte y hacerlo accesible a mayores y discapacitados: Suficientes espacios lúdicos específicos y de calidad con **accesibilidad y transporte** para personas mayores y discapacitadas.

14. Negociar convenios con el sistema sanitario público para la utilización de las instalaciones deportivas del municipio para servicios y actividades de rehabilitación.

15. Promover la formación en alimentación saludable, mediante programas educativos y facilitando el comercio de cercanía y el etiquetado a nivel informativo fácil (semáforo).

16. Desarrollar y fortalecer las actuaciones municipales en materia de seguridad vial, prevención de accidentes, aire saludable, depuración integral de aguas residuales, tratamiento adecuado y sostenible de residuos urbanos, control de riesgos alimentarios y creación de espacios y equipamientos urbanos necesarios para ejercicio físico y ocio saludable.

17. No colaboración con los procesos de privatización del sistema sanitario a través de la financiación privada de los nuevos centros y de las concesiones administrativas, adoptando medidas legales en contra de las privatizaciones.

Entendemos que es muy importante conseguir Ayuntamientos comprometidos con la Sanidad Pública y la Salud de la población, y por ello hacemos un llamamiento, en las próximas elecciones, a desarrollar programas y planteamientos implicados con opciones que se comprometan con la garantía del derecho a la salud de la población.

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública
Octubre de 2022

Concello
de Pontevedra

pontevedra.gal

Pontevedra
Presume
de cidade

Dinámica, moderna, vanguardista,
histórica, patrimonial...
Pontevedra, **la ciudad a la que**
mira Europa.

Salud y cambio climático. El papel de los combustibles fósiles (Informe de Lancet 2022)[1]

Se necesita una acción urgente para fortalecer la resistencia de los sistemas de salud y para prevenir una creciente pérdida de vidas.

El sector energético debe alinear sus actividades con los acuerdos climáticos.

Todos los países del mundo y sus sistemas de salud continúan lidiando con los impactos sanitarios, sociales y económicos de la pandemia de COVID-19, de la invasión rusa de Ucrania y de una persistente sobredependencia de los combustibles fósiles. Estas crisis intensifican los efectos sobre el clima, alteran las bases de la salud y del bienestar y hacen a las poblaciones del mundo más vulnerables ante las amenazas a su salud.

Estas crisis intensifican los efectos sobre el clima, alteran las bases de la salud y del bienestar...

Si no cambian las tendencias, lo previsible es que los sistemas de salud se debiliten por el efecto combinado de sucesivas pandemias, por los cambios caprichosos y devastadores del clima, por el coste creciente de la energía y por el encarecimiento de la vida.

Por lo tanto, se necesita una acción urgente para fortalecer la resistencia de los sistemas de salud y para prevenir una creciente pérdida de vidas, sin embargo, solo 48 (51%) de 95 países han evaluado su capacidad de adaptación al cambio climático, y solo 60 (63 %) han notificado medidas adecuadas de emergencia sanitaria ante pandemias.

El informe de Lancet sobre 103 países se basa en un amplio conjunto de indicadores y refleja como la combinación de la pandemia por coronavirus y la invasión de Ucrania aumenta en 161 millones de personas/año en riesgo de muerte por desnutrición.

Los indicadores que analiza el informe de Lancet se agrupan en: 1/ Impactos sobre la salud de las exposiciones a olas de calor y otras; 2/ Mecanismos de evaluación, planificación y adaptación frente al cambio climático; 3/ Acciones de mitigación con beneficios para la salud sobre el sistema energético, uso de energía doméstica limpia, prevención de mortalidad prematura, etc. 4/ Economía y Finanzas: Impacto económico del cambio climático y de su mitigación; y 5/ Compromiso público y político para proteger la salud y aminorar el cambio climático; y compromiso científico, de los gobiernos y de los empresarios.

En cuanto al impacto sobre la salud del cambio climático, el Informe concluye que con un calentamiento superficial global medio de 1º C, el cambio climático afectará cada vez más a la salud mental y física, aumentará el riesgo de enfermedades relacionadas con el calor, cambiará el patrón de aparición y diseminación de enfermedades infecciosas, aumentarán los riesgos para la salud de eventos extremos (como los incendios; Figura 1), haciendo ineficaces las medidas de saneamiento, la seguridad alimentaria y el abastecimiento y potabilidad del agua. Como estos impactos a menudo ocurren simultáneamente, se multiplicará la

[1]Marina Romanello et al. The 2022 report of the Lancet Countdown on health and climate change: health at the mercy of fossil fuels. Acceso en: *https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01540-9*

presión sobre la salud y sobre los sistemas de apoyo a la salud, ocasionando cascadas de desastres en los sistemas sociales y naturales que dependen de una buena salud.

Si consentimos que el mundo se caliente entre 2,4 y 3,5 °C para 2100, será urgente acelerar la mitigación y la adaptación para prevenir los efectos devastadores en la salud.

En cuanto a las enfermedades infecciosas, como paludismo o cólera, el calentamiento global favorece su supervivencia. En el caso del vibrio cólera, la pandemia actual que comenzó en 1960 ha afectado a más de 2,8 millones de personas y ocasionado más de 95.000 fallecidos. El calentamiento del agua favorece el reservorio del vibrio de forma que desde 2003 hay un 3,5% más de aguas costeras convertidas en nicho adecuado

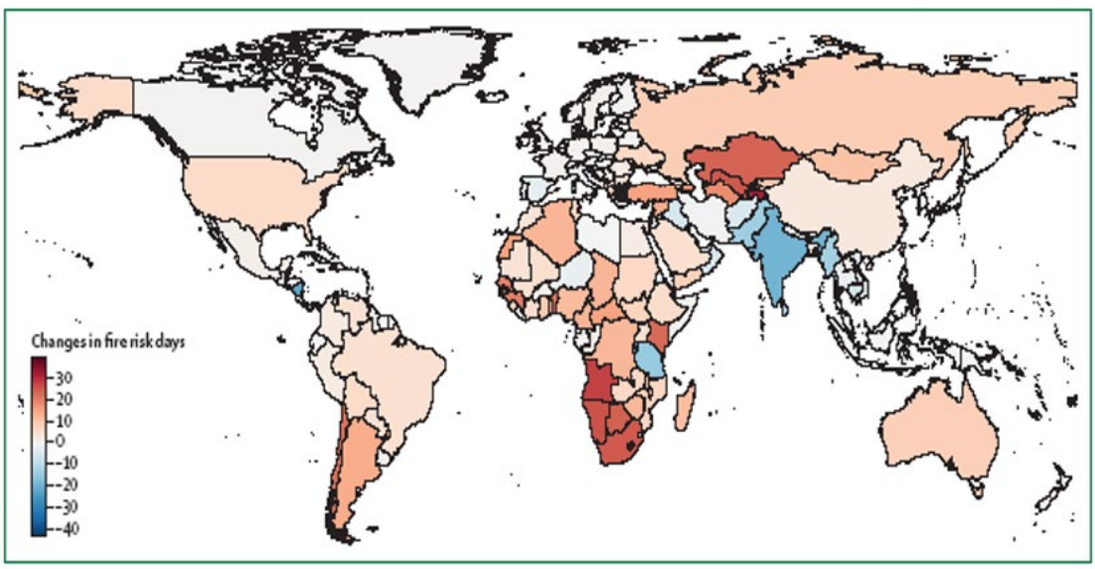


Figura 1. *Cambios medios ponderados por población en días de peligro de incendio extremadamente alto y muy alto en 2018–21 en comparación con 2001–04 (se excluyen áreas urbanas con densidades de población de > 400 h./Km2).*

para la transmisión del cólera. La exposición a altas temperaturas y a fenómenos meteorológicos extremos reduce la capacidad laboral y la pérdida del 65% de todas las horas potenciales de trabajo a nivel mundial, sobre todo en el sector agrícola de países pobres.

En cuanto al indicador 2, sobre preparación y adaptación de los sistemas de salud para el cambio climático, la reciente pandemia de COVID-19 ha motivado propuestas de la OMS en el sentido de incrementar revisiones periódicas de las políticas públicas de los países, apoyo a sus medidas de mitigación, mejorar los intercambios de información, fortalecer el liderazgo y la coordinación de instituciones financieras y de salud internacionales y mejorar la capacidad para detectar la información errónea sobre salud pública.

Los indicadores de esta sección muestran algunos signos de progreso en la adaptación al cambio climático, si como en la evaluación de los riesgos para la salud relacionados con el clima.

Aunque el fortalecimiento de los sistemas de salud podría haber reducido el impacto de los eventos extremos, todavía el ritmo de adaptación al cambio climático y la planificación están lejos de lo necesario para reducir los impactos en salud del cambio climático. A pesar de aumentar las temperaturas, sólo el 27% de los centros urbanos tienen al menos un nivel moderado de espacios verdes, y sólo 28 (33%) de 84 países informan tener alertas tempranas relacionadas con el calor. La financiación para apoyar la adaptación de los sistemas de salud sigue siendo muy insuficiente y rara vez se tienen en cuenta las evaluaciones de

vulnerabilidad y adaptación. En 2022 ha habido eventos mundiales sin precedentes en materia de salud que han empeorado críticamente la salud pública.

Si no hay coordinación global, transparencia y cooperación entre gobiernos, comunidades, sociedad civil, empresas y líderes de salud pública, el mundo seguirá siendo vulnerable a emergencias internacionales. Si la brecha entre los impactos del cambio climático y la inversión en adaptación sigue aumentando las consecuencias irán en detrimento de la salud de todos.

El indicador 3 se refiere a las acciones de mitigación con beneficios para la salud sobre el sistema energético, uso de energía doméstica limpia y prevención de mortalidad prematura.

Debido a las medidas relacionadas con COVID-19, las emisiones de CO2 disminuyeron un 5,4% en 2020, la mayor disminución en los últimos 25 años. Pero, como apenas ha habido cambios estructurales para limitar el uso de combustibles fósiles, las emisiones se recuperaron en 2021 en un 6%, alcanzando un máximo histórico.

El actual 1,1°C de calentamiento es peligroso para la salud. Para limitar el incremento de la temperatura hasta 1,5 °C, las emisiones deberían disminuir en un 45% los niveles de 2010 para el 2030. Con las medidas actuales, si se cumplieran los compromisos de cada país, las emisiones en 2030 serían un 13,7% más altos que los niveles de 2010. La muy insuficiente descarbonización (Figura 2), agravada por el conflicto geopolítico, ha hecho que sea mucho más difícil limitar el aumento de la temperatura a 1,5°C, y la ventana de oportunidad para limitar el aumento de temperatura se está cerrando rápidamente. Los niveles récord de extracción de carbón en China, el rebote de las emisiones del transporte por carretera y la crisis energética agravada por la guerra de Rusia contra Ucrania, amenazan con deteriorar esta situación, socavando aún más el progreso y exacerbando la pobreza energética.

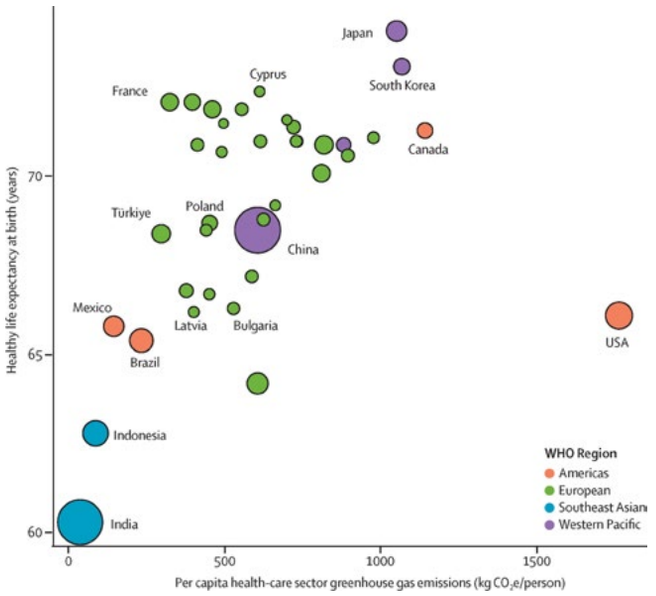


Figura 2. Emisiones nacionales de gases de efecto invernadero/ inversiones por persona en la salud frente a la esperanza de vida saludable al nacer en 2019, por región de la OMS.
El tamaño del círculo de puntos es proporcional a la población del país. kgCO2e=kilogramos de dióxido de carbono equivalente.

Aumentar la eficiencia energética, la conservación y el uso de fuentes de energía renovables podría dar más salud y sistemas energéticos más resilientes y autosuficientes. Se podrían salvar millones de vidas cada año acelerando la transición a combustibles más limpios, a dietas más saludables y a otros modos de viajar.

El indicador 4 sobre consecuencias y medidas económicas destaca que en 2021 los eventos extremos relacionados con el clima causaron pérdidas económicas por valor de 253 mil millones de $; el 84% de estas pérdidas en países con índice de desarrollo humano (DHI) muy alto, como proporción del PIB. Aunque parte de las pérdidas estaban aseguradas, los daños asegurados representaban sólo el 8 % de las pérdidas en el grupo de DHI muy alto, del 5% en países con DHI medio, y casi el 0% en el grupo de países con DHI bajo. La carga económica de las pérdidas no aseguradas, y no reemplazadas, empeoran la carga económica del cambio climático en países con DHI bajo, añadiendo el coste del reemplazo (Figura 3).

Los indicadores muestran que las inversiones y el empleo están cambiando lentamente de los combustibles fósiles a energía limpia. El ritmo debe acelerarse para evitar la destrucción económica y los impactos del cambio climático en la salud. Sin embargo, los gobiernos continúan incentivando el uso intensivo de carbono, perjudicial para la salud, y subvencionando los combustibles fósiles, mientras tanto, las empresas de petróleo y gas van camino de superar su parte de las emisiones máximas compatibles con 1,5°C de calentamiento en 2040.

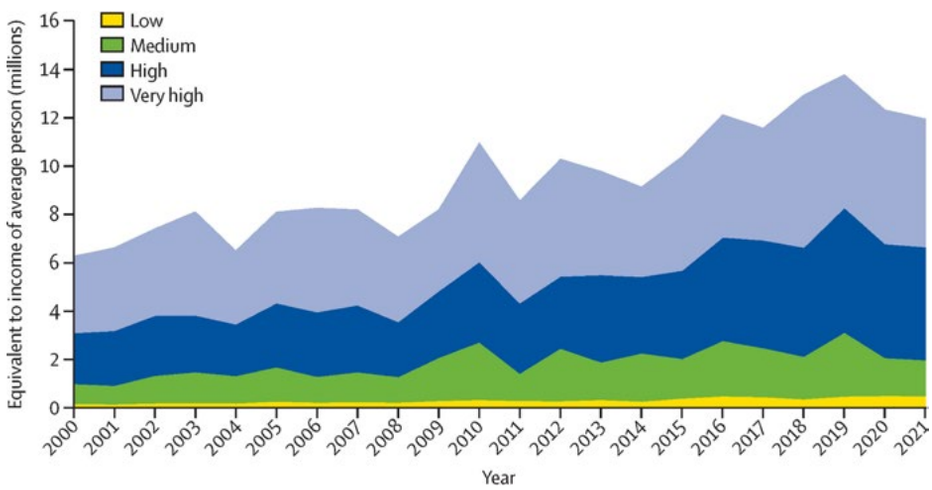


Figura 3. Valor monetizado de la mortalidad relacionada con el calor por grupos de países del Índice de Desarrollo Humano de 2000 a 2021.

Es necesario implantar urgentemente mecanismos para garantizar mayores regulaciones, transparencia y rendición de cuentas. El sector energético debe alinear sus actividades con los acuerdos climáticos; los gobiernos de todo el mundo deben facilitar urgentemente esta transición, estableciendo regulaciones y reorientando la inversión para reducir el uso de carbono.

Los compromisos públicos y políticos para proteger la salud manifestados en los medios de opinión muestran, en periódicos en inglés de 24 países (n=51), 2.554 artículos (20%) de 13.017 de artículos referentes tanto a la salud como el cambio climático, también aludían a la adaptación, y 6.258 (48%) a la pandemia. Muy pocos (645; 5%) se refirieron a la vez a la salud, al cambio climático, a medidas de adaptación y a la pandemia.

Aunque el compromiso con la salud y el cambio climático aumentó en 2021, hay más compromiso con la salud y el cambio climático como temas separados, un patrón visible tanto en líderes gubernamentales, discursos de la ONU o informes de empresas.

A pesar de la creciente evidencia de la carga sanitaria del cambio climático, la salud y el cambio climático aún no se han asociado firmemente en los ámbitos público, político y corporativo, que son clave para la acción climática (LP).

Los presupuestos para la Atención Primaria en 2023

Desde la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública hemos analizado los presupuestos destinados a la Atención Primaria (AP) en las CCAA para 2023.

Queremos destacar las dificultades para hacerlo, porque hay una ausencia de transparencia que parece sistemática por parte de las CCAA para ocultar los datos, que se concreta en dos fólrmulas, por un lado, algunas de ellas ofrecen solo los datos del presupuesto para asistencia sanitaria, englobando los de AP y A especializada, mientras que otras CCAA incluyen el gasto farmacéutico por recetas en los presupuestos de AP. Desde la FADSP hemos excluido el gasto farmacéutico a la hora de calcular el presupuesto de AP, y hemos intentado analizar diferenciadamente el presupuesto de AP lo que no ha sido posible en 5 casos en 2022 y 4 en 2023 que hemos identificado como no disponible. En esas últimas CCAA nos hemos dirigido a los portales de transparencia de las mismas para solicitar los datos correspondientes, y sólo hemos obtenido respuesta de una de ellas en la que se nos indicaba que no era posible facilitarnos ese dato, lo que evidentemente no es creíble.

Con estas limitaciones hemos elaborado las 2 tablas siguientes que recogen los presupuestos para AP en 2022 y 2023, la primera en porcentajes sobre el presupuesto sanitario público y la segunda en por habitante y año.

Porcentaje de gasto sanitario público destinado a la AP en los presupuestos de las CCAA para 2022 y 2023.

	2022	2023
ANDALUCÍA	212,07	246,5
ARAGÓN	ND	ND
ASTURIAS (PRINCIPADO DE)	311,95	347,8
BALEARES (ISLAS)	206,65	259,4
CANARIAS	ND	254,1
CANTABRIA	284,85	333,7
CASTILLA Y LEÓN	302,82*	329,3
CASTILLA-LA MANCHA	ND	ND
CATALUÑA	229,3	229,3*
COMUNIDAD VALENCIANA	ND	ND
EXTREMADURA	321,6	351,4
GALICIA	224,26	275,6
MADRID (COMUNIDAD DE)	155,02	155,02*
MURCIA (REGIÓN DE)	209,22	233,3
NAVARRA (COMUNIDAD FORAL DE)	292,50	262,6
PAÍS VASCO	ND	ND
LA RIOJA	268,14	331,7
Total	251,53	268,95

ND = No disponible.

**Castilla y León en 2022 y Cataluña y Madrid en 2023 prorrogaron el presupuesto anterior.*

Presupuesto per cápita dedicado a AP en los presupuestos para 2022 y 2023.

	2022	2023
ANDALUCÍA	15,27%	15,36%
ARAGÓN	ND	ND
ASTURIAS (PRINCIPADO DE)	16,14%	16,95%
BALEARES (ISLAS)	12,00%	14,20%
CANARIAS	ND	15,40%
CANTABRIA	16,18%	17,94%
CASTILLA Y LEÓN	16,25%*	16,47%
CASTILLA-LA MANCHA	ND	ND
CATALUÑA	16,80%	16,80%*
COMUNIDAD VALENCIANA	ND	ND
EXTREMADURA	17,10%	16,79%
GALICIA	13,18%	14,92%
MADRID (COMUNIDAD DE)	10,73%	10,73%*
MURCIA (REGIÓN DE)	14,60%	15,20%
NAVARRA (COMUNIDAD FORAL DE)	15,27%	13%
PAÍS VASCO	ND	ND
LA RIOJA	15,36%	18,33%
Total	14,93%	14,99%

**Castilla y León en 2022 y Cataluña y Madrid en 2023 prorrogaron el presupuesto anterior*

En ellas se observa que el % dedicado a la AP ha crecido 6 centésimas entre 2022 y 2023 (14,93 y 14,99 respectivamente) y continúa muy lejos del 25% que es el objetivo a conseguir. También que se produce un incremento en casi todas ellas (obviamente las 2 que prorrogan los presupuestos tienen el mismo porcentaje, así como hay otras 2 que tienen una diferencia menor de 0,5 puntos) y Navarra llama la atención por una bajada de 2,27 puntos. La que mayor porcentaje destina en 2023 es La Rioja (18,33%) y la que menos Madrid (10.73%).

Si consideramos el presupuesto por habitante se evidencia un aumento promedio de 17,42 per capita (un 6,92% más). En este caso se produce un 3 aumento en todas las CCAA menos Navarra (29,9 menos) y las 2 que prorrogan que mantienen el presupuesto per cápita del año anterior. La que más destina a la AP per cápita en 2023 es Extremadura (351,4) y la que menos Madrid (155,02).

De todo ello creemos que podemos sacar las siguientes conclusiones:

1. Los presupuestos dedicados a la Atención Primaria, aunque tienen un ligero aumento en 2023 respecto a 2022, continúan siendo claramente insuficientes en todas las CCAA, que se encue tran lejos de alcanzar el objetivo del 25% del presupuesto sanitario público, y demuestran una escasa sensibilidad hacia la AP de los gobiernos autonómicos correspondientes.

2. Se comprueba que una vez más hay una gran variabilidad entre las CCAA (en % sobre presupuesto sanitario y en por habitante), y de nuevo la situación de Madrid es la peor de todas ellas y simplemente dramática.

3. Esta situación explica la elevada conflictividad social y profesional y vuelve a poner de relieve la necesidad de movilizaciones sociales y profesionales para dedicar a la AP el esfuerzo presupuestario que merece y que resulta imprescindible si se quiere garantizar unas condiciones laborales adecuadas para sus trabajadores, mayores plantillas y una atención de calidad para la población.

Federación de Asociaciones para la defensa de la Sanidad Pública
19 de diciembre de 2023

Sobre el desabastecimiento de medicamentos

La Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública ante los repetidos problemas de desabastecimiento de medicamentos, tiene que señalar lo siguiente:

1. Los problemas de desabastecimiento de medicamentos, que son cada vez más frecuentes, están generados por la industria farmacéutica básicamente por tres motivos: su desinterés en producir medicamentos de precio bajo cuya rentabilidad es menor de los amplios márgenes que acostumbra la industria; la existencia de alternativas terapéuticas más recientes y de mayor coste, aunque no de mayor eficacia; y la existencia de exportaciones paralelas hacia países donde es mayor el precio de los medicamentos.

2. Por otro lado, hay que considerar la inacción del Ministerio de Sanidad, que tiene la competencia exclusiva sobre la política de medicamentos, que no actúa con la contundencia sancionadora y la rapidez necesaria para abordar y prevenir estas situaciones.

3. El desabastecimiento de antibióticos de primera línea, como por ejemplo la amoxicilina, tiene efectos muy negativos sobre la salud favorable su sustitución por otros más complejos, y por supuesto más caros, que deben reservarse para infecciones más importantes, y produce un aumento de las resistencias bacterianas, Precisamente evitarlo es uno de los objetivos señalados por la OMS y la UE.

4. Desde la FADSP venimos señalando hace tiempo (más de 10 años) que la mejor solución es la puesta en funcionamiento de una industria farmacéutica pública que garantice el abastecimiento de los medicamentos necesarios para la salud de la población, lo que se evidenció aún más necesario durante la pandemia.

No obstante, no se han realizado las actuaciones necesarias para ello. Es urgente una rectificación de una política farmacéutica pensada para favorecer los beneficios empresariales a costa de la salud de la ciudadanía.

Cádiz,
un lugar maravilloso para rodar

Estrategia de cine de la ciudad de Cádiz

Ayuntamiento de Cádiz
Delegación Municipal de Turismo

ifef
Ayuntamiento de Cádiz
Instituto de Fomento, Empleo y Formación

Cádiz FilmOffice