

# Diagnosi del Pla de drets humans de Catalunya

## Dret a la salut

**Joan Benach**

amb la col·laboració de **Juan Manuel Pericàs i Manuel Alvaríño**

### Índex

1. Formulació del dret (abast, contingut, límits) .....	2
1.1. Reconeixement jurídic internacional del dret .....	2
1.2. Reconeixement jurídic intern del dret. Catalunya .....	3
1.3. Reconeixement jurídic intern del dret. Estat espanyol .....	5
2. Identificació de les entitats, col·lectius o moviments socials que han treballat sobre aquest dret a casa nostra .....	6
3. Estat actual del reconeixement i de la implementació d'aquest dret a Catalunya .....	8
3.1. Elements de compliment efectiu del dret a Catalunya (legislació, polítiques públiques, etc.) .....	8
3.2. Mancances detectades/graus d'incompliment (amb indicadors) .....	10
4. Mesures proposades per tal d'assolir l'efectivitat del dret .....	11
5. Recomanacions per tal de fer un seguiment sobre l'acompliment de les mesures proposades .....	13
6. Referències bibliogràfiques .....	14

## 1. Formulació del dret (abast, contingut, límits)

El dret a la salut consta de dues dimensions fonamentals. En primer lloc, el dret a l'assistència socio sanitària i als tractaments mèdics. Aquest dret està recollit en nombroses fonts del dret internacional, com ara la Declaració dels Drets Humans de 1948 (WHO, 2006). A l'Estat espanyol existeix actualment un conflicte entre el reconeixement del dret en la constitució o en la llei catalana i el Reial decret llei 16/2012 (BOE, 2012), el qual acaba amb l'assistència universal i redueix el dret a les persones assegurades o beneficiàries per la seguretat social. Això implica que actualment la llei no reconeix el dret a l'assistència a immigrants indocumentats i altres col·lectius, als quals se sumaria el nombre col·lectiu d'aquells que no coneixen els seus drets. No obstant això, és possible que el compliment efectiu del dret vagi més enllà del seu reconeixement legal, pel fet que certs professionals de la salut segueixin oferint assistència, com indiquen certs estudis. El govern espanyol va paralitzar al març de 2018 la llei catalana d'universalització de l'assistència sanitària de juny de 2017 (Portal Jurídic de Catalunya, 2017). En segon lloc, parlem del dret a la salut col·lectiva i l'equitat en salut, que es vincula a altres drets socials i determinants de la salut, per al qual cal una estratègia de "salut en totes les polítiques" i l'aplicació de polítiques específiques. L'estratègia indicada va ser definida per l'Organització Mundial de la Salut (OMS) en la vuitena conferència de promoció de la salut (Health in All Policies o HiAP) al juny de 2013 (WHO, 2015), i ha estat inclosa en les polítiques catalanes de salut pública, incloent-hi el Pla de Salut, el PINSAP (Pla Interdepartamental i Intersectorial de Salut Pública), la ENASPIC (Estratègia Nacional d'Atenció Primària i Salut Comunitària), i el PIAISS (Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció Social i Sanitària). Aquests plans desenvolupen de manera teòrica un acord amb els principis expressats al voltant del dret a la salut, incloent en els seus documents una declaració de compromís i preocupació pel tema. També inclouen una sèrie de polítiques específiques en aquesta línia, com ara el COM Salut. Nogensmenys, l'impacte real d'aquestes polítiques és encara molt limitat i està lluny de suposar un compliment efectiu del dret.

### 1.1. Reconeixement jurídic internacional del dret

Cal destacar com a primer antecedent internacional en la formulació del dret a la salut la Declaració Universal dels Drets Humans, proclamada per l'Assemblea General de les Nacions Unides el 1948 (WHO, 2006), que diu a l'article 25: "Tota persona té dret a un nivell de vida que asseguri, així com a la seva família, la salut i el benestar...". Aquesta declaració establí l'ideal comú de salut per a totes les nacions presents a l'ONU (OUNHCHR, 2008), i inclou dins dels trets distintius de la dignitat humana una dimensió social i material que permeti accedir a la salut i al benestar. Les Nacions Unides es van tornar a referir a aquest dret en 1966, en el Pacte Internacional de Drets Econòmics, Socials i Culturals (DESC), que en el seu article 12 inclou "el dret de tothom a gaudir del més alt nivell possible de salut física i mental" (OUNHCHR, 1966). En la mateixa línia, la constitució de l'OMS de 1946 indica que "El gaudi del grau màxim de salut que es pugui aconseguir és un dels drets fonamentals de tot ésser humà sense distinció de raça, religió, ideologia política o condició econòmica o social" (WHO, 2006). Aquests referents mostren una voluntat internacional per destacar la responsabilitat política per que tots els éssers humans tinguin el màxim nivell de salut possible, la qual cosa porta inevitablement el dret a la salut més enllà d'una perspectiva merament assistencial (WHO 1978, WHO 1986).

Tanmateix, és especialment important per al cas que ens ocupa la Carta de Drets Fonamentals de la Unió Europea de l'any 2000 (Diario Oficial Unión Europea, 2000), al qual s'adscriuen tots els seus membres, i que en l'article 35 diu que "Tota persona té dret a la prevenció sanitària i a beneficiar-se de l'atenció sanitària en les condicions establertes per les legislacions i pràctiques nacionals" i que "en definir i executar-se totes les polítiques i accions de la Unió es garantirà un alt nivell de protecció de la salut humana", això últim també és present en el tractat de funcionament de la Unió Europea de 2007 (Diario Oficial Unión Europea, 2007). Així doncs, les polítiques públiques nacionals són adherides a un sentit de la responsabilitat per la salut pública o col·lectiva, en la línia de l'estratègia de «salut en totes les polítiques» definida per l'OMS.

Aquests precedents internacionals indiquen que la salut de la població no és merament dependent de l'assistència o fins i tot del sector sanitari, sinó que és afectada pels determinants socials fonamentals i, per tant, per les polítiques dutes a terme en tots els àmbits: laboral, habitatge, educació, mediambiental, etc. Més enllà d'això però, la situació de la salut segueix sent tremendament desigual i és en gran part a causa dels seus condicionants socials, i fins i tot per les restriccions assistencials imposades en diversos països als immigrants o als propis habitants nadius. En aquest sentit es pronuncià la resolució del Parlament Europeu, de 8 de març de 2011, sobre la reducció de les desigualtats en salut a la UE 2010/2089 (INI) on es diu: "Demandar a la Comissió i als Estats membres que intensifiquin els seus esforços per resoldre les desigualtats socioeconòmiques, el que permetrà en última instància reduir algunes de les desigualtats en matèria d'assistència sanitària (...) que garanteixin que els grups més vulnerables, inclosos els migrants indocumentats, tinguin dret a un accés equitatiu a l'assistència sanitària i gaudeixen d'ell en la pràctica (...) que tinguin en compte les necessitats específiques de protecció de la salut de les dones immigrants, i que s'assegurin en particular que els sistemes sanitaris prestin serveis adequats de mediació lingüística" (Parlament Europeu, 2011).

## **1.2. Reconeixement jurídic intern del dret. Catalunya**

Actualment la llei catalana roman derogada pel RDL-2012, de manera que la universalització del dret a la salut present en les lleis catalanes no té aplicació jurídica real segons el règim constitucional. Entre els antecedents jurídics més rellevants a la legislació en vigor referent al dret a la salut a Catalunya cal destacar els següents:

- L'Estatut d'autonomia de 2006, a l'article 23: "1. Totes les persones tenen dret a accedir en condicions d'igualtat i gratuïtat als serveis sanitaris de responsabilitat pública, en els termes que estableixen les lleis; 2. Els usuaris de la sanitat pública tenen dret al respecte de les seves preferències pel que fa a l'elecció de metge o metgessa i de centre sanitari, en els termes i les condicions que estableixen les lleis; 3. Totes les persones, amb relació als serveis sanitaris públics i privats, tenen dret a ser informades sobre els serveis a què poden accedir i els requisits necessaris per a usar; sobre els tractaments mèdics i els seus riscos, abans que els siguin aplicats; a donar el consentiment per a qualsevol intervenció; a accedir a la història clínica pròpia, i a la confidencialitat de les dades relatives a la salut pròpia, en els termes que estableixen les lleis."

- La Llei 15/1990 d'ordenació sanitària de Catalunya. Preveu la universalització dels serveis sanitaris de caràcter individual o col·lectiu per a tota la ciutadania resident a Catalunya. En aquesta mateixa línia es van dictar el Decret 10/1989, de 9 de gener, amb protecció sanitària

als pensionistes, i el Decret 55/1990, de 5 de març, que regula l'extensió de la cobertura de l'assistència sanitària de la Seguretat Social a les persones sense recursos econòmics suficients.

- El Decret 178/1991, 30 de juliol, d'universalització de l'assistència sanitària pública. Garanteix la universalització de l'assistència sanitària pública en condicions d'igualtat efectiva, entenent aquest principi en la doble vessant de drets i obligacions quant a l'accés a les prestacions sanitàries. Determina que, per a garantir que l'accés a l'assistència pública es faci en condicions d'equitat i d'igualtat efectives, les persones acollides a l'àmbit d'aplicació del decret hauran de col·laborar en el finançament del sistema sanitari públic. Així doncs, són les persones que es troben en situació d'alta a la Seguretat Social o els que no disposen de recursos econòmics suficients els que tenen dret a l'assistència sanitària pública i gratuïta. Per altra banda, les persones que no estan donades d'alta a la Seguretat Social i tenen recursos suficients poden accedir a les prestacions, però els hauran d'abonar. És a dir, hi ha la llibertat d'accés a les prestacions en condicions d'igualtat efectiva, sense que això comporti el finançament públic o la gratuïtat de les prestacions.

- La Llei 2/2004, de 4 de juny, de Millora de Barris, Àrees Urbanes i Vil·les, coneguda com a "Llei de Barris", va ser el primer marc legal aprovat a Espanya dirigit específicament a la millora de barris amb problemàtiques socials amb la voluntat de variar les causes que incidien en els processos de segregació socio-espacial. Se'n deriven els programes *Treball als barris* i *Salut als Barris*, que tot i que van ser concebuts per a tot el territori català, la seva implementació continuada només es manté de manera efectiva i prou ampla a Barcelona.

- La Instrucció CatSalut 10/2012: legisla l'accés a l'assistència sanitària pública de les persones estrangeres irregulars, vinculant el dret d'accés al padró municipal. S'estableixen dos nivells d'atenció: un primer nivell, per a persones amb padró superior a tres mesos i inferior a un any que tenen accés a l'atenció primària, a la prestació farmacèutica amb el pagament del 40%, i als programes de salut pública. I un segon nivell, amb accés a l'atenció especialitzada a partir d'un any de padró, a aquestes se'ls atorga la targeta sanitària individual. Queden excloses de l'assistència a Catalunya totes les persones amb menys de tres mesos de padró, persones no empadronades, i aquelles amb residència legal excloses pel RD16 / 2012. Resten amb atenció parcial les persones amb menys d'un any de padró. El pas d'un nivell a un altre no era automàtic, sinó que s'havia de sol·licitar i acreditar. Aquesta instrucció també preveia l'accés excepcional a l'atenció especialitzada programada abans de tenir reconegut el segon nivell d'assistència en cas de gravetat, risc vital o necessitat inajornable d'atenció.

- La Instrucció 8/2015 del CatSalut d'accés a l'assistència sanitària de cobertura pública del CatSalut als ciutadans estrangers empadronats a Catalunya que no tinguin la condició d'assegurats o beneficiaris del Sistema Nacional de Salut (que deroga la Instrucció 10/2012). Entre d'altres, atorga el primer nivell d'assistència sanitària des de la data de l'empadronament i l'accés al segon nivell amb l'acreditació prèvia de l'empadronament continuat de tres mesos immediatament anterior, excepte en les persones menors de divuit anys, que podin accedir al segon nivell des de la data d'empadronament.

- La Llei 9-2017 (27 juny) d'universalització de l'assistència sanitària amb càrrec a fons públics. Amb aquesta llei es pretenia neutralitzar el RD16/2012, demostrant un compromís de la Generalitat amb la universalitat de l'assistència sanitària. No obstant això, aquesta llei va ser derogada pel TC i actualment es troba en disputa. Diversos alts càrrecs de l'administració com el president de Catsalut David Elvira han declarat la seva voluntat i rebel·lia de continuar oferint una assistència universal. Segons aquesta llei, els immigrants,

encara que no siguin residents ni empadronats, tenen accés al servei d'urgències. Art. 1: "Tots els residents a Catalunya, en els termes establerts per aquesta llei, tenen dret a l'assistència sanitària, a càrrec de fons públics, mitjançant el Servei Català de la Salut".

- El Recurs d'inconstitucionalitat al Tribunal Constitucional, admès a tràmit el 28 d'abril de 2018. Presentat contra a els articles 1, 2 (Apartats 2 i 3), 3, 4 i 5, les Disposicions Addicionals segona, tercera, quarta i setena, i la Disposició Final primera de la Llei catalana 9/2017 d'universalització de l'Assistència sanitària pel que suspèn la seva vigència.

- Les al·legacions del Parlament al TC, BOPC número 95 · dijous 7 de juny de 2018, considerant que la norma defensa drets fonamentals que recullen normatives internacionals, la Constitució i l'Estatut.

### **1.3. Reconeixement jurídic intern del dret. Estat espanyol**

L'Estat Espanyol alberga en la seva Constitució el dret de tota la ciutadania a la protecció de la salut, sota competència dels poders públics i de la llei, de la què se'n deriva d'una àmplia tradició legal en la línia de la garantia universal d'assistència sanitària que aquí resumim:

- La Llei 14/1986 General de Sanitat (LGS) indica que "Són titulars del dret a la protecció de la salut i a l'atenció sanitària tots els espanyols i els ciutadans estrangers que tinguin establerta la seva residència en el territori nacional" (article 1.2) i que "Són característiques fonamentals del Sistema Nacional de Salut: a) l'extensió dels seus serveis a tota la població." (46.a).

- El Reial Decret 1088/1989, de 8 de setembre, pel qual s'estén la cobertura de l'assistència sanitària de la Seguretat Social a les persones sense recursos econòmics suficients.

- La Llei 24/1997, de consolidació i racionalització del sistema de la Seguretat Social fa reposar el finançament del sistema de sanitat sota els pressupostos de l'estat i no sota la seguretat social, garantint la universalitat de la salut: "La separació financera de la Seguretat Social, adequant les fonts de finançament de les obligacions de la Seguretat Social a la seva naturalesa. En aquest sentit, totes les prestacions de naturalesa no contributiva i d'extensió universal passen a ser finançades a través d'aportacions de l'Estat, mentre que les prestacions netament contributives es financen per cotitzacions d'empreses i treballadors "

- La Llei 21/2001, de 17 de desembre, per la qual es regulen les mesures fiscals i administratives del nou sistema de finançament de les comunitats autònomes de règim comú i ciutats amb estatut d'autonomia (actualment derogat per la Llei 22/2009, de 18 de desembre, per la qual es regula el sistema de finançament de les comunitats autònomes de règim comú i ciutats amb estatut d'autonomia i es modifiquen determinades normes tributàries), reitera la naturalesa no contributiva i la desvinculació de la Seguretat Social, però deixa sense resoldre si el dret a l'assistència sanitària implica la gratuïtat de les prestacions del Sistema Nacional de la Salut.

- La Llei Orgànica 4/2000, d'11 de gener, sobre drets i llibertats dels estrangers a Espanya i la seva integració social, modificada per les lleis orgàniques 8/2000, de 22 de desembre; 14/2003, de 20 de novembre, i 2/2009, de 11 de desembre, estableix que les persones estrangeres que es trobin en territori espanyol i estiguin inscrites en el padró del municipi en què tinguin el domicili habitual tenen dret a l'assistència sanitària en les mateixes condicions que les persones espanyoles. Aquest article afegeix, en els apartats següents, que les persones estrangeres que estiguin en territori espanyol, amb independència que estiguin inscrites en el padró, tenen dret a l'assistència sanitària pública d'urgència per malaltia greu o accident, sigui quina sigui la causa, i a la continuïtat d'aquesta atenció fins a la situació d'alta mèdica; que les persones estrangeres menors de divuit anys que estiguin en territori

espanyol tenen dret a l'assistència sanitària en les mateixes condicions que les persones espanyoles, i que les dones estrangeres embarassades que estiguin en territori espanyol tenen dret a l'assistència sanitària durant l'embaràs, el part i el postpart.

- Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut: reafirmava el principi d'universalització de l'assistència sanitària en establir que són titulars dels drets a la protecció de la salut i a l'atenció sanitària "tots els espanyols i els estrangers en el territori nacional en els termes que preveu l'article 12 de la Llei Orgànica 4/2000; els nacionals dels estats membres de la Unió Europea que tenen els drets que resultin del dret comunitari europeu [avui, dret de la Unió Europea] i dels tractats i convenis que siguin subscriïts per l'Estat espanyol i els siguin d'aplicació, i els nacionals d'estats no pertanyents a la Unió Europea que tenen els drets que els reconeguin les lleis, els tractats i convenis subscriïts".

- La Llei 33/2011, de 4 d'octubre, General de Salut Pública: referent a la responsabilitat sanitària de les polítiques públiques, a l'Article 3, "Dels principis generals d'acció en salut pública", recull: "Les administracions públiques i els subjectes privats, en les seves actuacions de salut pública i accions sobre la salut col·lectiva, estaran subjectes als següents principis: a) Principi d'equitat. Les polítiques, plans i programes que tinguin impacte en la salut de la població promouran la disminució de les desigualtats socials en salut i incorporaran accions sobre els seus condicionants socials, incloent objectius específics al respecte. Es considera l'equitat en tots els informes públics que tinguin un impacte significatiu en la salut de la població. Igualment, les actuacions en matèria de salut pública incorporaran la perspectiva de gènere i de prestar atenció específica a les necessitats de les persones amb discapacitat; b) Principi de salut en totes les polítiques. Les actuacions de salut pública tindran en compte les polítiques de caràcter no sanitari que influeixen en la salut de la població, promovent les que afavoreixin els entorns saludables i dissuadint, si escau, d'aquelles que suposin riscos per a la salut. Així mateix, les polítiques públiques que incideixin sobre la salut valoraran aquesta circumstància conciliant els seus objectius amb la protecció i millora de la salut. "

- El Reial decret llei 16/2012 que, com s'ha dit, comportà una clara limitació al dret universal a l'assistència sanitària. Aquesta llei canvia el dret de l'assistència sanitària per una subjecció a la seguretat social, malgrat estar aquests dos àmbits prèviament definits com a independents per altres lleis. D'aquesta manera, queden exclosos el sistema sanitari dels immigrants indocumentats. Malgrat això, s'inclouen excepcions que es limiten a "supòsits d'urgència per malaltia greu o accident, fins a la situació d'alta mèdica, i d'assistència a l'embaràs, part i postpart" (Article 3) i als menors de divuit anys. Entre d'altres arguments a favor de l'aprovació de la llei, s'esgrimí el fet que suposadament els immigrants arribaven a l'Estat espanyol amb una clara intenció de fer "turisme sanitari".

## **2. Identificació de les entitats, col·lectius o moviments socials que han treballat sobre aquest dret a casa nostra**

Especialment arrel del moviment 15-M i de l'aplicació del RDL-2012, han sorgit multitud de col·lectius a Catalunya, la missió principal dels quals és aconseguir la universalització de la salut, i el manteniment del sistema sanitari com a públic, gratuït, i de qualitat, com a vies principal de l'aplicació del dret a la salut. A més, cal destacar l'èxit recent dels col·lectius trans, a través de la creació de la unitat Transit al CAP Manso. D'aquestes entitats la més

activa és sens dubte la “Marea blanca” que, en tant que plataforma social i cívica, constitueix una agrupació de nombrosos col·lectius, i ostenta el paper coordinador més destacat a Catalunya pel que fa a mobilitzacions i formulació de manifestos i reivindicacions.

A continuació, fem un resum de les entitats, col·lectius i moviments socials més importants i actius:

- Marea Blanca de Catalunya. Es defineix com la «Plataforma unitària en defensa de la Sanitat Pública a Catalunya». Està composta per multitud de professionals de la salut i també civils, i coordina la resta de nombroses entitats a Catalunya.
- Dempeus per la salut pública. Associació en defensa del Sistema Nacional de Salut en els seus caràcters públic, universal, de qualitat, integral, solidari i d'equitat garantida.
- PASUCAT. Plataforma per l'Atenció Sanitària Universal a Catalunya. Com a plataforma, agrupa multitud de col·lectius per la defensa de la sanitat universal.
- Plataforma d'afectats per les retallades sanitàries. Es defineix com: "una plataforma integrada per ciutadanes i ciutadans anònims, persones aturades, treballadores, precàries, agrupacions de tipus social, de veïnes i de pacients, gent com tu, hem fet una passa endavant en la defensa dels drets de totes". Disposa d'un portal a través del qual es poden denunciar els efectes de la privatització sanitària.
- Federació d'Associacions per a la Defensa de la Sanitat Pública. És de nivell estatal, i es defineix com "una federació d'associacions de professionals relacionats amb la sanitat (metges, infermeres, auxiliars, administratius, psicòlegs, treballadors socials, gestors, economistes, etc.), interessats en la defensa i la millora del sistema sanitari públic. És una organització, apartidista encara que no neutral, ja que ens declarem a favor d'un sistema sanitari públic, universal i redistributiu, que garanteixi l'accés a una atenció de salut de qualitat en condicions d'igualtat".
- Xarxa de Dones per la Salut. Nascuda el 1997. Es defineix de la següent forma: "Som una xarxa de dones feministes motivades per la salut de les dones i del conjunt de la població organitzades en diferents col·lectius i àmbits: d'usuàries, d'ajuda mútua, de professionals, d'activistes per la salut. Creiem que hem de ser subjectes actius en el procés de salut i desitgem millor qualitat, equitat i calidesa a l'atenció sanitària i polítiques potenciadores de salut amb perspectiva de gènere".
- REDER: "xarxa de col·lectius, moviments, organitzacions i persones implicades en la defensa de l'accés universal a la salut i la denúncia del seu incompliment". Així, treballa especialment pel dret a la salut dels "immigrants en situació irregular, persones d'escassos recursos amb malalties cròniques, a persones aturades i en atur de llarga durada que romanguin fora d'Espanya per més de 90 dies".
- Transforma la salut. Plataforma per a un model de sanitat trans. Es defineix com: "Plataforma formada per diversos col·lectius, associacions i persones individuals que reivindicuem un nou model de salut de les persones Trans\* a Catalunya".
- CAPS: organització no governamental sense afany de lucre i associació científica que, des d'una perspectiva sociosanitària i a través d'un plantejament multidisciplinari i d'una perspectiva de gènere, pretén agrupar professionals, ciutadans i ciutadanes interessats a contribuir a l'intercanvi d'idees, a la reflexió i a la recerca entorn als problemes relacionats amb la salut. Fou fundat l'abril de 1983 per un grup de professionals de la medicina i les ciències socials.
- Tancada-Resistència Clínic
- Coordinadora de SAP Muntanya

- Diari de la Sanitat. Forma part de la Fundació Periodisme Plural, que té la voluntat de crear eines útils per a les comunitats que estan en primera línia en la defensa dels drets essencials vinculats a la salut.

### 3. Estat actual del reconeixement i de la implementació d'aquest dret a Catalunya

#### 3.1. Elements de compliment efectiu del dret a Catalunya (legislació, polítiques públiques, etc.)

A la Taula 1 es mostren els principals plans i programes (polítiques públiques) que inclouen les mesures entomades en el període recent a Catalunya per millorar i garantir el dret a la salut en les seves diferents dimensions a Catalunya. En l'àmbit jurídic, les principals mesures, la Llei de Barris de 2004, la Instrucció del Catsalut de 2015 i la Llei d'Universalització de l'Assistència Sanitària de juny de 2017, s'ha comentat a l'apartat 1.

Taula 1. Principals polítiques públiques actives actualment a Catalunya que inclouen una noció clara de dret a la salut i equitat

Nom	Marc teòric	Objectius	Avaluació o execució
<b>Pla de Salut 2016-2020</b> <b>(Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2016)</b> <a href="http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/Pla_salut/pla-de-salut-2016-2020/">http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/Pla_salut/pla-de-salut-2016-2020/</a>	Salut a totes les polítiques.	La major part s'orienten a millorar indicadors de salut pública, com taxes de mortalitat de malalties específiques. Entre ells, quatre es refereixen a reduir desigualtats socials en la salut, un de forma general i la resta referits a canvis en "estils de vida" (alimentació i activitat física).	- "Dotze mesos del pla de salut". Polítiques amb base social que han estat implementades: - Pla d'activitat física, esport i salut (PAFES) - Programa de promoció de l'alimentació mediterrània (Amed) - Programa de revisió de programacions de menús escolars a Catalunya (PReME) - Programa "Atenció Primària sense fum" - El nou calendari de vacunes
<b>Pla Interdepartamental i Intersectorial de Salut Pública-PINSAP (Agència de Salut Pública de Catalunya)</b> <a href="http://salutpublica.gencat.cat/ca/sobre_lagencia/Plans-estrategics/pinsap/">http://salutpublica.gencat.cat/ca/sobre_lagencia/Plans-estrategics/pinsap/</a>	Salut a totes les polítiques. Reducció de les desigualtats en salut.	Es basa en el reconeixement dels determinants socials de la salut i de la necessitat de l'acció intersectorial sobre la salut i de l'avaluació de l'impacte que hi tenen les polítiques principals.	La majoria de les polítiques són derivades del Pla de salut (canvis en estils de vida). Fora d'això, destaquen: - <b>COM salut:</b> Projectes de salut comunitària amb la col·laboració de l'atenció primària, la salut pública i els serveis socials municipals, amb participació del teixit comunitari. <a href="http://salutpublica.gencat.cat/ca/sobre_lagencia/comsalut_comunitat_i_salut/">http://salutpublica.gencat.cat/ca/sobre_lagencia/comsalut_comunitat_i_salut/</a> - <b>Test salut:</b> l'avaluació d'impacte en la salut por part d'una determinada política pública, provingui aquesta del sector salut o no. Inclou fonamentalment les següents preguntes: la política inclou mecanismes de participació social?; Inclou accions intersectorials?; Afecta a un grup selectiu de la població <a href="http://salutpublica.gencat.cat/web/content/mi_nisite/aspcat/sobre_lagencia/pinsap/test_salut/14_10_14_-acords_govern.pdf">http://salutpublica.gencat.cat/web/content/mi_nisite/aspcat/sobre_lagencia/pinsap/test_salut/14_10_14_-acords_govern.pdf</a>



<p><b>Estratègia nacional d'atenció primària i salut comunitària-ENASPIC (Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2017)</b>  <a href="http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/plans_sectorials/enapisc/prestacio_enapisc.pdf">http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/plans_sectorials/enapisc/prestacio_enapisc.pdf</a></p>	<p>Impulsar una nova reforma de l'atenció primària fonamentada en el concepte integral de salut que inclou els seus determinants socials i que la consolidi com l'eix vertebrador dels sistema públic de salut i social, contribuint a resoldre les necessitats de les persones des de la proximitat fins a la realitat del seu entorn.</p>	<p>Reformulació de l'equip d'atenció primària.  Nou model d'assignació.  Xarxa d'atenció primària.  Àrea territorial de salut (nou sector sanitari)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Convocatòria de l'Oferta pública d'ocupació amb prioritització de places a l'atenció primària (59% de les places de facultatius especialistes)</li> <li>- Inversions en infraestructures i equipaments (34,8 M€)</li> <li>- Fase I del nou model d'assignació de recursos de l'atenció primària i comunitària (13 M€)</li> <li>- Reforç de la salut mental a l'atenció primària (22 M€)</li> <li>- Cobertura de substitucions a l'ICS (10,9 M€)</li> <li>- Ajuts a la recerca en el marc del PERIS 2016 (2M€)</li> </ul>
<p><b>Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària-PIAISS (Generalitat de Catalunya, Departament de Presidència, 2017)</b>  <a href="http://presidencia.gencat.cat/web/.content/departament/plans_sectorials_i_interdepartamentals/PIAISS/docs/PIAISS_Resum_pla_treball.pdf">http://presidencia.gencat.cat/web/.content/departament/plans_sectorials_i_interdepartamentals/PIAISS/docs/PIAISS_Resum_pla_treball.pdf</a></p>	<p>Salut a totes les polítiques. Atenció integrada de salut.</p>	<p>“Promoure i participar en la transformació del model d'atenció social i sanitària per tal de garantir una atenció integrada i centrada en les persones, capaç de donar resposta a les seves necessitats”</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Convocatòria de l'Oferta pública d'ocupació amb prioritització de places a l'atenció primària (59% de les places de facultatius especialistes)</li> <li>- Inversions en infraestructures i equipaments (34,8 M€)</li> <li>- Fase I del nou model d'assignació de recursos de l'atenció primària i comunitària (13 M€)</li> <li>- Reforç de la salut mental a l'atenció primària (22 M€)</li> <li>- Cobertura de substitucions a l'ICS (10,9 M€)</li> <li>- Ajuts a la recerca en el marc del PERIS 2016 (2M€)</li> </ul> <p>Disseny i adopció dels indicadors per avaluar el grau d'implementació del model d'atenció integrada a la salut a domicili i de les persones que viuen en centres residencials incorporar-los progressivament al marc d'avaluació del model d'atenció integrada.</p> <p>A més:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Adopció d'un marc d'avaluació bàsic del model d'atenció integrada de base territorial que incorpori els indicadors acordats en l'àmbit de l'Atenció primària i comunitària, el domicili i l'atenció a les residències.</li> <li><input type="checkbox"/> Incorporació d'objectius i indicadors compartits en els instruments de contractació dels departaments afectats (contractes, acords de gestió, contractes programes...).</li> <li><input type="checkbox"/> Habilitació en Central de resultats d'un conjunt mínim indicadors relacionats amb PIAISS visibles i amb lectura poblacional i territorial.</li> <li><input type="checkbox"/> Elaboració d'un estudi de cost-efectivitat dels models d'atenció integrada i anàlisi de les oportunitats en l'assignació de recursos</li> </ul>

<p><b>Salut als barris (Agència de Salut Pública de Barcelona, 2007)</b>  <a href="http://www.aspb.cat/documents/barcelona-salut-als-barris-com-desenvolupar-estrategia-de-salut-comunitaria/">http://www.aspb.cat/documents/barcelona-salut-als-barris-com-desenvolupar-estrategia-de-salut-comunitaria/</a></p>	<p>Determinants socials de la salut. Desigualtats en salut. Abordatge a partir d'una perspectiva de salut comunitària.</p>	<p>Millorar la salut i qualitat de vida de les persones que viuen als barris més desafavorits de Barcelona i reduir les desigualtats socials i de salut que es donen entre aquests barris i la resta de la ciutat.</p>	<p>L'Infobarris és una eina de suport per el l'anàlisi de la salut i els seus determinants en els barris de la ciutat de Barcelona. Presenta un conjunt d'indicadors de context físic i socioeconòmic, de salut, i conductes relacionades amb la salut i de serveis sanitaris per els barris de la ciutat, sempre posant com a referència els valors del districte al que pertany el barri i al conjunt de la ciutat.  <a href="http://www.aspb.cat/documents/infobarris-bcn/">http://www.aspb.cat/documents/infobarris-bcn/</a></p>
---	--	--	--

### 3.2. Mancances detectades/graus d'incompliment (amb indicadors)

El dret a la salut a Catalunya mostra una gran distància entre la seva aproximació ideal i teòrica i el seu compliment en els dos nivells prèviament definits. Pel que fa al dret a l'assistència sanitària, d'acord amb la legalitat vigent, podem establir tres categories d'exclusió del sistema sanitari: no exclosos, tinentes de targeta sanitària per la via catalana però exclosos pel RDL-16/2012, i totalment exclosos. Com mostra la legalitat, els estrangers empadronats a Catalunya han de tenir més d'un any de residència per accedir al sistema sanitari de forma completa. A més, sobretot a causa d'una manca d'informació i a una situació de vulnerabilitat extrema, són molts els que malgrat estar empadronats no són beneficiaris del sistema (Síndic de Greuges, 2018).

No existeixen dades oficials respecte de la quantitat d'estrangers indocumentats residents a Catalunya o Espanya. Comptem amb informació sobre certs casos que s'han exclòs i que han arribat a diferents plataformes o que han estat recollits en els observatoris. A nivell català els casos estan llistats al blog de la PASUCAT, normalment els més paradigmàtics, i a nivell estatal el de REDER (<https://reder162012.org/>). La PASUCAT ha elaborat un informe sobre exclusió en la qual mostra l'impacte ocult de la legalitat en els menors d'edat i en persones de totes les nacionalitats, fins i tot comunitàries i documentades (PASUCAT, 2014). Es pot afirmar que els casos són molts més dels que normalment s'estima. En aquesta línia, un informe de Cat Salut informa que el 2017 havia 114.573 estrangers empadronats però no assegurats ni beneficiaris (CatSalut, 2018). Un estudi recent estima que la mortalitat entre les persones migrants indocumentades s'ha incrementat un 15% des de l'aprovació del RD 16/2012 (Juanmartí, 2018).

Un altre àmbit on el dret a la salut i els drets humans en general s'han vist vulnerats entre part de la població migrant són els centres per a l'internament d'estrangers (CIEs), que mantenen un alt gra d'opacitat malgrat a les repetides demandes de les autoritats locals per a tancar-los o al menys incrementar l'accés i la transparència envers a la salut dels interns (Síndic de Greuges, 2015).

Pel que fa al dret a l'equitat en salut i la salut col·lectiva, malgrat que les polítiques comentades incloguin de forma teòrica el reconeixement d'aquest dret, a la pràctica les polítiques efectuades són ben escasses. Per exemple, el Pla de salut 2016-2020

fonamentalment s'orienta a una reducció de les desigualtats en la salut a partir de canvis en els estils de vida. A més, no es troba cap menció explícita als recursos i activitats necessaris per entomar els determinants socials de l'equitat en salut, existeix una manca d'acció així com l'absència de la seva avaluació. D'altra banda, els plans de salut pública han tingut nombroses publicacions i exercicis teòrics, però les polítiques aplicades són igualment molt insuficients pel que fa a una reducció de les desigualtats no només en l'accés a determinats serveis de salut, sinó a un abordatge intersectorial dels determinants més estructurals de la salut. En general, es fan anar indicadors "convencionals" i no adequats a un enfoc basat en l'equitat (veure Taula 2). A Catalunya, el coneixement sobre la desigualtat social en salut és encara limitat però més que suficient per passar a l'acció. Nogensmenys, no s'han implementat programes i intervencions adreçats a augmentar l'equitat en salut amb polítiques basades en l'anomenat "universalisme proporcional", que alhora millorin la salut poblacional i actuïn prioritàriament amb i per les persones que es troben en les situacions més vulnerables.

Taula 2. Diferències entre els indicadors convencionals de salut i els enfocats a l'equitat.

<b>Dimensió</b>	<b>Indicadors convencionals</b>	<b>Indicadors en equitat</b>
<b>Temps</b>	Transversal	Longitudinal
<b>Orientació</b>	Enfocada en els dèficits	Basada en els actius; equilibri entre la identificació de problemes i la creació de noves estratègies sobre les que ja estan en marxa.
<b>Nivells</b>	Conducta individual i trets biològics	S'enfoca en característiques individuals, però també de la comunitat, i de les polítiques públiques a nivell local, nacional i internacional.
<b>Poblacions i llocs</b>	Estàtic	Dinàmic: es reconeix que les poblacions i les definicions de comunitat varien en el temps.
<b>Accessibilitat</b>	Dirigit per experts	Col·laboració i participació fonamentals (entre professionals i membres de la comunitat)
<b>Paper de les polítiques públiques</b>	Fonamentalment del sector salut	Explícitament vinculat amb institucions regulatòries de dins i fora el sector salut
<b>Poder polític</b>	Poc clar	S'emfatitza la transparència i rendició de comptes als processos polítics i d'assignació de recursos estatals

Font: Exemple de salut urbana adaptat de Corburn & Cohen (2012)

#### 4. Mesures proposades per tal d'assolir l'efectivitat del dret

Les mesures potencialment efectives per a la materialització del dret a la salut en les seves dues vessants (dret a l'assistència sociosanitària i als tractaments mèdics i dret a la salut col·lectiva i equitat en salut) poden ser de caire diferent en funció del seu abast i de la seva traducció en canvis concrets de manera immediata o a llarg termini:

- 1) Mesures per assolir drets en forma ideal
- 2) Mesures conceptualitzades teòricament que contribueixen a assolir l'ideal.
- 3) Mesures aplicades que permeten avançar de la teoria a la materialització de l'ideal.

Entre els reptes polítics més importants podem destacar els següents punts, cadascun dels quals haurà de ser desenvolupat en estudis i intervencions ulteriors:

- Modificar els programes d'educació biomèdica i sanitària actualment hegemònics entre els professionals de la salut, i avançar cap a una formació de la salut integral bio-psico-social.
- Enfortir la formació transdisciplinària dels recercadors que ajudi a portar a terme anàlisis on els determinants socials de la salut i l'equitat estiguin molt presents, així com en el disseny d'intervencions intersectorials.
- Dissenyar polítiques públiques des d'una perspectiva intersectorial i basada en la "salut a totes les polítiques" i "l'equitat en salut a totes les polítiques".
- Avaluar en forma integral quin és l'impacte en salut de les polítiques que es realitzen i en particular de les retallades en salut, la crisi econòmica i els processos de mercantilització de la salut i la sanitat.
- Desenvolupar intervencions comunitàries realment participatives, on la planificació, priorització i avaluació de les polítiques tinguin una forta base en la comunitat, i on la generació de pressupostos participatius ocupin un paper important pel que fa al debat i selecció de les prioritats de les polítiques sociosanitàries.
- Universalitzar veritablement l'assistència sanitària i l'accés a la salut col·lectiva, incloent migrants no documentats, i tancament dels CIEs
- Transparència en els contractes a l'àmbit sanitari, especialment en les subcontractacions i externalitzacions.
- Control transparent de les llistes d'espera amb criteris de priorització que incloguin escales multidimensionals i no només criteris econòmics.
- Reversió completa de les retallades sanitàries.
- Desprivatització d'hospitals, CAPs i altres serveis (salut mental, centres de rehabilitació, residències per a gent gran, centres d'hemodiàlisi, etc.).
- Major inversió en salut pública i menys en l'abordatge medicalitzador.

Tot això comporta la necessitat d'implementar un pla integral de salut a Catalunya que tingui com a principi rector l'equitat en salut. Alguns dels seus elements bàsics hauran de ser:

- 1) Desenvolupar un pla estratègic de recerca i vigilància. En la realització d'aquest pla caldrà organitzar comissions de treball i estudi que realitzin informes de profunditat sobre: a) la diagnosi de la situació, evolució i causes de les desigualtats en salut, b) les característiques necessàries que ha de tenir un sistema d'informació integral amb les dades i els indicadors més adients per a l'estudi de l'equitat en salut i els seus determinants més complet i adient, i c) un pla de recerca ampli i profund amb les anàlisis pendents més adients.
- 2) Desenvolupar un pla de polítiques per a la millora de l'equitat en salut basat en el coneixement i la recerca científica de més qualitat disponible, haurà de seleccionar les polítiques que siguin més rellevants i prioritàries, els recursos econòmics i humans necessaris per a la seva realització, les activitats a posar en marxa, i tot el que fa a la posada en pràctica de les intervencions seleccionades. Dos trets clau d'aquesta iniciativa en són l'aprovació per llei d'un Programa "d'equitat en salut en totes les polítiques," i el desenvolupament d'un pla intersectorial perquè l'equitat en salut estigui a totes les polítiques.
- 3) Desenvolupar un pla de participació i apoderament comunitari real, que permeti socialitzar amb un elevat nivell d'educació integral en el camp de l'equitat en salut, de

manera que la població en el seu conjunt, conegui, estigui present i participi en tots els processos de coneixement i acció que estan relacionats amb la generació de l'equitat en salut del país.

- 4) Desenvolupar un pla integral d'avaluació continuat i integrat de les activitats i intervencions, tant des del punt de vista de la seva efectivitat poblacional i d'equitat, com de la seva eficiència, costos econòmics i participació popular, entre d'altres aspectes.

## **5. Recomanacions per tal de fer un seguiment sobre l'acompliment de les mesures proposades**

Per a vetllar per l'acompliment de les mesures que han de portar a la consecució progressiva dels canvis jurídics, organitzatius i materials que componen el dret a la salut, s'haurà de crear un ens multidisciplinari que reuneixi a representants de la societat civil, juristes, usuaris del sistema de salut, professionals de la salut, autoritats sanitàries i d'altres àmbits amb impacte en la salut, entre d'altres (Observatori dret a la salut a Catalunya).

Els tres elements que haurà de monitoritzar l'Observatori en les fases consecutives d'implementació de les mesures proposades són :

- a) Transparència: conflictes d'interès econòmics i no econòmics dels individus i plataformes relacionades amb polítiques públiques de salut ; relació pressupostària detallada ; partides compartides amb fundacions i altres ens privats i repercussió de les inversions en la salut pública i col·lectiva ; etc.
- b) Quantitat i qualitat dels estudis i les dades en salut generades :
- c) Avaluació de totes les mesures relacionades en la salut : estudis d'avaluació econòmica (cost-efectivitat, cost-utilitat, cost-benefici), estudis de satisfacció, estudis d'impacte en equitat, etc.

Quines característiques han de tenir els indicadors que serveixin per a avaluar si l'aplicació dels paquets de mesures intersectorials tenen èxit al llarg del temps? Una característica essencial és que el conjunt de les variables estudiades i els indicadors en què es basin les anàlisis no només hauran de descriure l'estat salut de la població en un sentit ampli, sinó també benestar i qualitat de vida de la mateixa. Aquesta premissa porta implícita una sèrie de requisits, potser no tan obvis d'entrada. Per començar, afecta a la definició de salut que inspire a les autoritats sanitàries. Potser no es podran desenvolupar indicadors aplicables a la realitat sanitària que tractin d'aportar informació sobre tots els àmbits de la salut que s'haurien de conèixer si l'objectiu fos assolir i per tant concebre la salut segons la definició de l'OMS de 1948 ("La salut és un estat de complet benestar físic, mental i social, i no solament l'absència d'afeccions o malalties"), però sí que vagi més enllà de la simple absència de malaltia. Això no ha de portar tampoc a entendre la salut com a simple funcionalitat. Aspectes com la satisfacció, la sensació de sentit de la vida, de desenvolupament de les aspiracions i habilitats o el control sobre les pròpies decisions són imprescindibles.

## 6. Referències bibliogràfiques

Boletín Oficial del Estado. Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Nº 98, 24 abril de 2012, pgs. 31278-312. Accesible a <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2012-5403>

CatSalut. *Estrangers residents a Catalunya amb situació no acreditada*. 19 d'abril de 2018. <http://catsalut.gencat.cat/ca/detalls/noticies/2018-04-19-estrangers-residents-a-catalunya-amb-situacio-no-acreditada>

Corburn, Cohen AK. *Why we need urban health equity indicators: integrating science, policy, and community*. *PLoS Med*. 2012;9(8):e1001285.

Diario Oficial de la Unión Europea. Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2000/C 364/01). 18 de diciembre de 2000. [http://www.wipo.int/wipolex/es/text.jsp?file\\_id=180671](http://www.wipo.int/wipolex/es/text.jsp?file_id=180671)

Diario Oficial de la Unión Europea. Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2000/C 364/01). 18 de diciembre de 2000. 30 de març de 2010. <https://www.boe.es/doue/2010/083/Z00047-00199.pdf>

Juanmartí, A., Lopez-Casanovas, G., Valls, J. 'The deadly effects of losing health insurance'. CRES-UPF Working Paper #201804-104. 2018. Disponible a <https://www.upf.edu/documents/3223410/7582912/CRESWP201802103.pdf/483e6547-125a-d0a7-41e5-31ed635239fa>

Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. *Desigualtats socioeconòmiques en la salut i la utilització de serveis sanitaris públics en la població de Catalunya. Observatori sobre els efectes de la crisi en la salut de la població*. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2017

Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 1966*. <https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cescr.pdf>

Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights; WHO. *The right to health*. Ginebra, 2008. Disponible a <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>

Parlament Europeu. Informe sobre la reducció de las desigualdades en salud en la UE (2010/2089(INI)). 8 de febrero de 2011. <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A7-2011-0032+0+DOC+XML+V0//ES>

PASUCAT. *Dos anys del canvi de model sanitari. Avaluació de l'impacte en l'assistència sanitària a Catalunya*. 2014. Disponible a <http://tinyurl.com/p9mb3so>

Portal Jurídic de Catalunya. Llei 9/2017, del 27 de juny, d'universalització de l'assistència sanitària amb càrrec a fons públics per mitjà del Servei Català de la Salut. Departament de la Presidència, 29 de juny de 2017. Accessible a [http://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur\\_ocults/pjur\\_resultats\\_fitxa/?action=fitxa&documentId=791144&language=ca\\_ES&textWords=Llei+d%3Facc%3Fs+universal+a+l%3Fassist%3Fncia+sanit%3Fria&mode=single](http://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur_ocults/pjur_resultats_fitxa/?action=fitxa&documentId=791144&language=ca_ES&textWords=Llei+d%3Facc%3Fs+universal+a+l%3Fassist%3Fncia+sanit%3Fria&mode=single)

Síndic de Greuges. Resolució sobre el centre d'internament d'estrangers. 28 d'octubre de 2015. [http://www.sindic.cat/site/unitFiles/3983/Resolucio\\_CIE\\_OCT\\_2015.pdf](http://www.sindic.cat/site/unitFiles/3983/Resolucio_CIE_OCT_2015.pdf)

Síndic de Greuges. *Informe sobre la universalització de l'assistència sanitària*. Maig 2018. [http://www.sindic.cat/site/unitFiles/5320/Informe%20universalitzacio%20assistencia%20sanitaria\\_cat.pdf](http://www.sindic.cat/site/unitFiles/5320/Informe%20universalitzacio%20assistencia%20sanitaria_cat.pdf)

WHO Basic Documents. *Constitution of the World Health Organization*. Ginebra, 2006. Disponible a [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)

WHO, Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health*. Ginebra, 2008.

WHO. *Declaration of Alma-Ata*. Ginebra, 1978. Disponible a [http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)

WHO. Health in All Policies Training Manual. Ginebra, 2015. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/151788/9789241507981\\_eng.pdf;jsessionid=656B057041D7964C8EB3B303F35EEAC1?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/151788/9789241507981_eng.pdf;jsessionid=656B057041D7964C8EB3B303F35EEAC1?sequence=1)

WHO. Ottawa charter for health promotion. 1986. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>