



INFORME SOBRE LA UNIVERSALITZACIÓ DE L'ASSISTÈNCIA SANITÀRIA

MAIG 2018

SÍNDIC

EL DEFENSOR
DE LES
PERSONES

INFORME SOBRE LA UNIVERSALITZACIÓ DE L'ASSISTÈNCIA SANITÀRIA

SÍNDIC

EL DEFENSOR
DE LES
PERSONES

Síndic de Greuges de Catalunya

1a edició: Maig 2018

Informe sobre la universalització de l'assistència sanitària. Maig 2018

Maquetació: Síndic de Greuges

ÍNDIX

| | |
|--|----|
| 1. ANTECEDENTS INTERNACIONALS DESTACATS..... | 5 |
| 2. ANTECEDENTS NORMATIUS A L'ESTAT ESPANYOL I A CATALUNYA | 7 |
| 3. IMPACTE DEL REIAL DECRET LLEI 16/2012 | 11 |
| 4. LES COMUNITATS AUTÒNOMES DESPRÉS DE LA PUBLICACIÓ DEL REIAL DECRET LLEI 16/2012 | 13 |
| 5. CATALUNYA DESPRÉS DE LA PUBLICACIÓ DEL REIAL DECRET LLEI 16/2012..... | 15 |
| 6. CONSIDERACIONS DEL SÍNDIC DE GREUGES | 17 |
| 7. EFECTES DEL RECURS D'INCONSTITUCIONALITAT | 21 |
| 8. PERFIL DE LES PERSONES USUÀRIES DEL CATSALUT QUE NO TENEN LA CONDICIÓ D'ASSEGURADES O BENEFICIÀRIES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUT .. | 23 |
| 9. L'ORGANITZACIÓ MUNDIAL DE LA SALUT I LA COBERTURA SANITÀRIA UNIVERSAL | 25 |
| 10. DRET A L'ATENCIÓ SANITÀRIA D'INFANTS I ADOLESCENTS | 27 |
| 11. RESUM DE CONSIDERACIONS | 29 |
| 12. RECOMANACIONS | 31 |

1. ANTECEDENTS INTERNACIONALS DESTACATS

El 10 de desembre de 1948, l'Assemblea General de les Nacions Unides va proclamar la Declaració universal de drets humans com l'ideal comú que han d'assolir tots els pobles i nacions, a fi que cada persona i cada institució, inspirant-se constantment en aquesta declaració, promogui el respecte als drets i les llibertats que s'hi recullen, i n'asseguri el reconeixement i l'aplicació universals i efectius amb mesures progressives nacionals i internacionals. Aquesta declaració ja recull el dret de tota persona a un nivell de vida que li asseguri, a ella i la seva família, la salut i el benestar, especialment, i entre d'altres, quant a l'assistència mèdica.

El Pacte internacional dels drets econòmics, socials i culturals de les Nacions Unides, del 16 de desembre de 1966, ratificat per l'Estat espanyol, estableix que els estats part en aquest pacte reconeixen el dret de tothom a gaudir del nivell més alt possible de salut física i mental. I entre les mesures que hauran d'adoptar els estats per assolir aquest dret s'esmenten com a necessàries la prevenció, el tractament i el seguiment de les malalties epidèmiques, endèmiques, professionals i de tota mena, i la creació de condicions que assegurin a tothom el servei mèdic i l'assistència en cas de malalties.

El 7 de desembre de 2000, la presidenta del Parlament Europeu i els presidents del Consell i de la Comissió van signar i proclamar la Carta de drets fonamentals de la Unió Europea, l'article 35 de la qual recull la protecció de la salut en aquests termes: "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. En el moment de definir i executar totes les polítiques i accions de la Unió, s'ha de garantir un alt nivell de protecció de la salut humana".

En la resolució del Parlament Europeu de 8 de març de 2011, sobre la reducció de les desigualtats en salut en la Unió Europea, cal destacar, atenent a aquest informe, el següent: estableix la importància que els serveis d'assistència sanitària es prestin de manera coherent amb els drets fonamentals; assenyala la necessitat de mantenir i millorar l'accés universal als sistemes sanitaris i a una assistència sanitària assequible; demana als estats membres que garanteixin que els grups més vulnerables, incloses les persones migrants indocumentades, tenen dret a un accés equitatiu a l'assistència sanitària i que en gaudeixen a la pràctica, i subratlla que l'assistència sanitària no és i no s'ha de considerar com un producte o servei qualsevol.

2. ANTECEDENTS NORMATIUS A L'ESTAT ESPANYOL I A CATALUNYA

La Llei 14/1986, de 25 d'abril, general de sanitat (LGS), impulsada pel llavors ministre de Sanitat i Consum, Ernest Lluch, recollia en l'exposició de motius la necessitat d'organitzar un sistema sanitari que integrés les diverses estructures disperses que s'havien anat creant al marge de les funcions preventives tradicionals, com ara les relatives al medi ambient, l'alimentació, el sanejament o els riscos laborals. Tot i que en un principi es considera que una coordinació entre aquestes estructures podria ser la resposta a les necessitats de racionalització del sistema, l'evolució fa que el sistema de Seguretat Social sigui el gestor autònom d'una estructura sanitària extensa per tot el territori nacional i que constitueixi la xarxa sanitària més important del país.

Però, sobretot, el reconeixement en la Constitució espanyola de 1978 del dret de tota la ciutadania a la protecció de la salut —que per ser efectiu requereix que els poders públics adoptin les mesures idònies per satisfer-lo—, d'una banda, i la institucionalització de les comunitats autònomes amb àmplies competències en matèria de sanitat reconegudes en els seus estatuts, de l'altra, constaten la necessitat d'una reforma urgent que ja no es pot demorar.

En aquesta línia, la directriu sobre la qual descansa tota la reforma que proposa l'LGS és la creació d'un sistema nacional de salut concebut com el conjunt dels serveis de salut de les comunitats autònomes convenientment coordinats, de manera que els serveis sanitaris es concentrin sota la seva responsabilitat i la coordinació de l'Estat.

Sens dubte, una de les innovacions més importants que recull l'LGS és el reconeixement del dret a l'assistència sanitària a tota la ciutadania i a les persones estrangeres residents a Espanya en condicions d'igualtat, que s'enuncia en l'article 2 en aquests termes: "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".

Tot i així, no generalitza el dret a obtenir gratuïtament les prestacions (en preveu una aplicació gradual per motius de crisi econòmica) ni concreta quines són les prestacions a què es tindrà dret, ni si aquestes s'han de pagar o no, ja que el sistema de finançament fins aleshores es nodria amb aportacions pressupostàries de cotitzacions a la Seguretat Social i amb el pagament, en part, dels medicaments. Tampoc no distingeix entre les persones titulars del dret a l'assistència sanitària (espanyoles i persones estrangeres residents) i les persones usuàries que, sense tenir-hi dret, podran rebre assistència però l'hauran d'abonar.

Així mateix, la previsió que el Sistema Nacional de Salut passés a estar finançat pels impostos generals i desvinculat de les cotitzacions a la Seguretat Social va suposar una de les novetats més importants de l'LGS.

No hi ha dubte, doncs, que l'LGS va aportar les bases per a un sistema sanitari universal i gratuït. Posteriorment, l'LGS va ser desplegada, entre d'altres, pel 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, actualment derogat pel Reial decret 1192/2012, de 3 d'agost, pel qual es regula la condició d'assegurat i de beneficiari a efectes de l'assistència sanitària a Espanya, a càrrec de fons públics, a través del Sistema Nacional de Salut.

Per la seva banda, a Catalunya, la Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya, ja preveu la universalització dels serveis sanitaris de caràcter individual o col·lectiu per a tota la ciutadania resident a Catalunya, com a principi informador de la protecció de la salut i l'ordenació de sistema sanitari.

En aquesta mateixa línia es van dictar el Decret 10/1989, de 9 de gener, de protecció sanitària als pensionistes assistencials, i el Decret 55/1990, de 5 de març, pel qual es regula l'extensió de la cobertura de l'assistència sanitària de la Seguretat Social a les persones sense recursos econòmics suficients (amb el qual es desplegava, en l'àmbit de Catalunya, el Reial decret 1088/1989, esmentat més amunt).

Després de la creació del Servei Català de la Salut (CatSalut), el Decret 178/1991, de

30 de juliol, d'universalització de l'assistència sanitària pública, amplia les previsions del Decret 55/1990 i garanteix la universalització de l'assistència sanitària pública en condicions d'igualtat efectiva, entenent aquest principi en el doble vessant de drets i obligacions quant a l'accés a les prestacions sanitàries. En aquesta línia, determina que, per garantir que l'accés a l'assistència pública es faci en condicions d'equitat i d'igualtat efectives, les persones acollides en l'àmbit d'aplicació del decret hauran de col·laborar en el finançament del sistema sanitari públic.

En aquest moment, doncs, són les persones que es troben en situació d'alta a la Seguretat Social o les que no tenen recursos econòmics suficients les que tenen dret a l'assistència sanitària pública i gratuïta. Per la seva banda, les persones que no tenen alta a la Seguretat Social i tenen recursos suficients poden accedir a les prestacions, però les han 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.

Arran dels Pactes de Toledo, la Llei 24/1997, de consolidació i racionalització del sistema de Seguretat Social, recull, entre altres mesures: "La separació financera de la Seguretat Social, amb l'adequació de 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".

Posteriorment, la Llei 21/2001, de 27 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.

Així, tot i la definició del caràcter no contributiu de la prestació i el finançament per mitjà dels pressupostos públics, les persones que no estaven d'alta a la Seguretat Social (i que, per tant, no cotitzaven) continuaven obligades a abonar les despeses derivades de l'assistència sanitària que se'ls pogués proporcionar per mitjà del Servei Nacional de Salut.

La Llei orgànica 4/2000, de l'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, d'11 de desembre, estableix que les persones estrangeres que es trobin a l'Estat espanyol i estiguin inscrites en el padró del municipi en què tinguin el seu 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 es trobin a l'Estat 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 en sigui la causa, i a la continuïtat de la dita atenció fins a la situació d'alta mèdica; que les persones estrangeres menors de divuit anys que es trobin a l'Estat espanyol tenen dret a l'assistència sanitària en les mateixes condicions que les persones espanyoles, i que les dones estrangeres embarassades que es trobin a l'Estat espanyol tenen dret a l'assistència sanitària durant l'embaràs, el part i el postpart.

La Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut, reafirma 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 previstos en 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 subscrits per l'Estat espanyol i els siguin aplicables, i els nacionals d'estats no pertanyents a la Unió Europea que tenen els drets que els reconeixin les lleis, els tractats i convenis subscrits”.

A Catalunya, l'Estatut d'autonomia de 2006 estableix en l'article 23 que “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”.

En aquesta línia es va aprovar la Llei 21/2010, de 7 de juliol, d'accés a l'assistència sanitària de cobertura pública a càrrec del Servei Català de la Salut, amb l'objecte de determinar les persones que a Catalunya gaudeixen del dret a l'assistència sanitària pública a càrrec del CatSalut, de manera que tothom pugui accedir als serveis sanitaris públics en condicions d'igualtat i de gratuïtat.

Així, reconeix el dret a l'assistència sanitària dels col·lectius que ja gaudeixen

d'aquest dret perquè estan inclosos en l'acció protectora de la Seguretat Social: les persones empadronades a Catalunya que tenen dret a l'assistència sanitària d'acord amb la normativa bàsica de l'Estat, les persones nacionals d'estats que no són membres de la Unió Europea, de conformitat amb el que estableix la Llei orgànica 4/2000, i les persones que tenen accés al dret esmentat en virtut del que estableixen la normativa europea o les lleis o els convenis internacionals. Però també l'amplia als col·lectius als quals les normes vigents encara no havien fet efectiva l'extensió de l'assistència sanitària de cobertura pública a càrrec del Servei Català de la Salut, en el cas que acreditin que resideixen a Catalunya i que no tenen dret a l'assistència sanitària de cobertura pública a càrrec d'una altra entitat diferent del Servei Català de la Salut, i que fonamentalment són: els professionals liberals que no tenen l'obligació de cotitzar a la Seguretat Social, els membres de congregacions religioses i les persones pertanyents a col·lectius en situació de risc d'exclusió social o de marginalitat.

3. IMPACTE DEL REIAL DECRET LLEI 16/2012, DE 20 D'ABRIL

L'any 2012 l'accés a l'atenció sanitària a càrrec de fons públics va experimentar una modificació molt important arran de la publicació, en el BOE de 24 d'abril de 2012, del Reial decret llei 16/2012, de 20 d'abril, de mesures urgents per garantir la sostenibilitat del Sistema Nacional de Salut i millorar la qualitat i la seguretat de les seves prestacions (RDL 16/2012), en introduir de nou el concepte de condició de persona assegurada a la Seguretat Social. Així, s'enuncia que l'assistència sanitària a Espanya, amb càrrec a fons públics, per mitjà del Sistema Nacional de Salut, es garanteix a les persones que tinguin la condició d'assegurades i de beneficiàries, que s'estableix en el Reial decret 1192/2012, de 3 d'agost, pel qual es regula la condició d'assegurat i de beneficiari a efectes de l'assistència sanitària a Espanya, amb càrrec a fons públics, a través del Sistema Nacional de Salut.

En aquesta normativa es defineixen els supòsits d'accés al dret a l'assistència

sanitària pública per mitjà de les figures de persona assegurada i de persona beneficiària (i el seu reconeixement per part de l'Institut Nacional de la Seguretat Social) i es regula un mecanisme de reconeixement d'aquesta condició que resulti aplicable tant a les persones espanyoles com d'altres nacionalitats.

Alhora, es preveu l'assistència sanitària en situacions especials de les persones estrangeres no registrades ni autoritzades com a residents a Espanya, i estableix que poden rebre assistència d'urgència per malaltia greu o accident (sigui quina en sigui la causa) fins a l'alta mèdica i d'assistència a l'embaràs, el part i el postpart. I, pel que fa a les persones estrangeres menors de divuit anys, es preveu que en tot cas rebran assistència sanitària en les mateixes condicions que les persones espanyoles.

Cal apuntar que han estat diverses les comunitats autònomes, entre les quals hi ha Catalunya, Navarra, Andalusia, Canàries i País Basc, que han promogut un recurs d'inconstitucionalitat contra aquest reial decret llei.

4. LES COMUNITATS AUTÒNOMES DESPRÉS DE LA PUBLICACIÓ DEL REIAL DECRET LLEI 16/2012

La distribució de competències en matèria de salut entre l'Estat, que dicta la normativa de caràcter general, i les comunitats autònomes, que la despleguen i l'apliquen, ha fet que en diverses comunitats autònomes s'hagi regulat per mitjà d'instruments normatius diversos l'accés a l'assistència sanitària de les persones que, en aplicació de la normativa estatal, en queden fora.

La regulació d'aquest accés ha estat desigual. Així, mentre hi ha comunitats autònomes, com és el cas de Catalunya, País Basc o Andalusia, en què s'ha optat per permetre un accés pràcticament únicament lligat a la residència o l'empadronament sense carència o amb una carència breu, en altres comunitats s'ha creat una targeta sanitària diferent per a persones immigrants en situació irregular, com és el cas de Galícia o la Comunitat Valenciana. D'altra banda, n'hi ha d'altres, com ara Castella-la Manxa, en què l'accés només és possible en els casos que ja preveu l'RDL 16/2012.

Val a dir que el Govern de l'Estat espanyol ha presentat recurs d'inconstitucionalitat contra cinc lleis autonòmiques que garantien l'assistència sanitària universal. És el cas de País Basc, la Comunitat Valenciana, Extremadura, Navarra i molt recentment Catalunya. Tot i així, hi ha altres comunitats autònomes, com ara Aragó, Cantàbria o Balears, que encara mantenen en vigor normatives molt semblants.

Val a dir, també, que en pràcticament tots els casos en què s'ha presentat el recurs d'inconstitucionalitat, els governs autonòmics han anunciat que es continuarà garantint l'atenció sanitària a les persones immigrants irregulars residents per mitjà d'altres alternatives, per raons humanitàries òbvies.

Aquesta situació normativa fa que la confusió i la desinformació que, per si mateixa, ja va crear la publicació de l'RDL 16/2012 s'incrementi encara més i afavoreixi que es produeixin situacions de vulnerabilitat.

5. CATALUNYA DESPRÉS DE LA PUBLICACIÓ DEL REIAL DECRET LLEI 16/2012

A Catalunya, des del moment mateix de la publicació de l'RDL 16/2012, el Govern de la Generalitat ja va anunciar que continuaria oferint atenció sanitària a totes les persones que hi resideixen. Inicialment, la Instrucció 10/2012, d'accés a l'assistència sanitària de cobertura pública del CatSalut als ciutadans estrangers empadronats a Catalunya que no tenen la condició d'assegurats o beneficiaris del Sistema Nacional de Salut, establia els requisits per accedir-hi i permetia l'accés al primer nivell d'assistència sanitària (atenció urgent, programes d'interès sanitari i atenció primària, inclosa la prestació farmacèutica amb una aportació de l'usuari del 40%) a les persones que s'havien empadronat a Catalunya entre els tres i els dotze mesos abans de presentar la seva sol·licitud, i l'accés a l'atenció especialitzada quan hi havia un empadronament superior al any. 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.

Posteriorment, 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 tenen la condició d'assegurats o beneficiaris del Sistema Nacional de Salut (que deroga la Instrucció 10/2012), entre altres qüestions, 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 poden accedir al segon nivell des de la data d'empadronament.

La nova instrucció pretén recollir el contingut de la Resolució 1069/X del Parlament de Catalunya sobre el sistema públic de salut, d'acord amb el que estableix l'apartat 9 de la

Moció 79/X del Parlament, sobre la pèrdua de drets en matèria sanitària, que instava el Govern a elaborar una instrucció que garantís l'atenció sanitària pública de qualitat a totes les persones que viuen a Catalunya, i també a les que no han pogut obtenir l'empadronament per incompliment de la Llei de règim local per part d'alguns ajuntaments, i exigia que garantís, entre d'altres, l'accés a qualsevol tipus d'atenció sanitària i l'accés a la targeta sanitària, independentment de la situació administrativa en què es trobin, a les persones menors d'edat i a les dones embarassades, tant si volen continuar l'embaràs com si no, i com a mínim fins al puerperi.

Finalment, el DOGC de 29 de juny de 2017 publica la Llei 9/2017, de 27 de juny, d'universalització de l'assistència sanitària amb càrrec a fons públics per mitjà del Servei Català de la Salut (Llei 9/2017).

Amb la publicació d'aquesta normativa, es pretén eliminar qualsevol desigualtat que hi pugui haver entre les persones residents a Catalunya en establir que totes les persones residents a Catalunya tenen dret a l'assistència sanitària, amb càrrec a fons públics, és a dir, sense haver d'abonar-la. D'aquesta manera es vol abastar tota la població resident a Catalunya, sense exclusions, ja que les persones que no tenen la condició d'assegurades o de beneficiàries del Sistema Nacional de Salut tenen dret, també, a l'assistència sanitària pública amb càrrec a fons públics, per mitjà del Servei Català de la Salut, sempre que acreditin la seva residència a Catalunya i que no tenen accés a l'assistència sanitària, amb càrrec a fons públics, per mitjà d'una entitat diferent del Servei Català de la Salut. Aquesta assistència es reconeix en totes les etapes de la vida i en tots els àmbits de la medicina (preventiva, curativa, rehabilitadora i pal·liativa, i en promoció de la salut).

La Llei 9/2017 determina que s'entén per *residents* les persones que estan empadronades en un municipi de Catalunya. Però va més enllà i, tenint en compte les circumstàncies especials de determinats col·lectius als quals un problema documental els impedeix accedir a l'empadronament, també entén que són residents a Catalunya les persones que acreditin l'arrelament mitjançant els

critèris que es despleguin per reglament i que han de tenir per objecte donar accés a l'assistència sanitària, amb càrrec a fons públics, a persones i col·lectius en risc d'exclusió social, atesa la diversitat d'aquests col·lectius i l'heterogeneïtat i la variabilitat de les seves circumstàncies.

En aquesta línia, sabedors del problema, ja l'any 2015 el CatSalut i Creu Roja van signar un conveni per facilitar la targeta sanitària a les persones residents a Catalunya sense empadronament i en situació de vulnerabilitat. L'objectiu d'aquest conveni és poder donar cobertura sanitària a persones que, per motius excepcionals, no se'ls podria facilitar perquè no compleixen algun dels requisits indispensables (en la majoria de casos l'empadronament) per accedir-hi. Cal destacar que majoritàriament es tracta de col·lectius que es troben en una situació d'extrema vulnerabilitat, com ara les persones sense permís de residència, les persones desnonades o les persones sense llar, entre d'altres.

I, malgrat que totes les persones —incloses les que es troben en una situació de vulnerabilitat— tenen dret a l'atenció d'urgència, l'aplicació d'aquest conveni permet que les persones destinatàries puguin tenir accés a una atenció mèdica integral, i que se'ls pugui obrir una història clínica que permetrà fer un seguiment de la seva salut, de manera que quan siguin ateses en altres dispositius sanitaris, atesa la implantació de la història clínica compartida, es coneguin els seus antecedents i se'ls pugui continuar prestant una atenció continuada.

En la Llei 9/2017 també es preveu que les persones que són a Catalunya però que no

tenen la condició de residents (ni estan empadronades, ni han pogut acreditar l'arrelament) tenen dret a l'assistència d'urgència, independentment de quina sigui la causa, i a la continuïtat d'aquesta atenció fins a la situació d'alta mèdica o remeti la causa per la qual han ingressat en un centre o han accedit a un servei o establiment sanitari. En aquest cas, l'assistència serà a càrrec del Servei Català de la Salut, sempre que la persona o un tercer no estiguin obligats al pagament, i que la persona que ha rebut l'assistència acreditï la insuficiència de recursos econòmics per fer-se'n càrrec.

La Llei també preveu que el Servei Català de la Salut assumeix la totalitat de la despesa de la prestació farmacèutica ambulatoria en els casos en què les persones residents a Catalunya que tenen dret a l'assistència sanitària amb càrrec a fons públics es troben en situació de vulnerabilitat social o sanitària o en situació d'insuficiència econòmica, d'acord amb el que s'estableixi per reglament. És a dir, aquestes persones estan exemptes de fer aportacions a la prestació farmacèutica ambulatoria.

Cal destacar, però, que aquesta ampliació del dret a l'assistència sanitària que preveu la Llei 9/2017 respecte de les persones que no tenen la condició d'assegurades o beneficiàries del Sistema Nacional de Salut només serà efectiva en relació amb l'assistència que es presta dins del territori de Catalunya, de manera que si aquestes persones surten de Catalunya no podran exigir aquest dret, cosa que posa de manifest la situació de desigualtat que s'evidencia en funció del territori en què aquestes persones estableixen la seva residència.

6. CONSIDERACIONS DEL SÍNDIC DE GREUGES

La universalització de l'assistència sanitària és un assumpte que ha estat tractat pel Síndic de Greuges des de fa molts anys. Així, en els informes anuals presentats al Parlament de Catalunya ha indicat que el dret a l'assistència sanitària s'ha d'establir com un dret públic subjectiu i d'accés equitatiu, en el marc de la universalització establerta en l'LGS, de manera que es desvinculi de la Seguretat Social i s'adapti al Sistema Nacional de la Salut.

La manca d'universalització efectiva de l'assistència sanitària ja prevista en l'LGS ha estat denunciada pel Síndic en diferents ocasions a través de diverses actuacions.

Ja l'any 2004, arran de les queixes que arribaven a la institució de persones amb recursos econòmics suficients que havien d'abonar l'assistència sanitària que rebien del sistema de salut públic, i pel fet de considerar anacrònica la situació de les persones sense dret a l'assistència sanitària en condicions d'igualtat amb la resta —malgrat la universalització prevista en l'LGS—, es va considerar oportú obrir una actuació d'ofici en què se subratllava que es tractava de definir el concepte i l'abast del dret a l'assistència sanitària com un dret públic subjectiu, personal i no contributiu, de manera que es garanteixi el principi d'igualtat i d'accés equitatiu en el marc de la universalització predicada de l'LGS. Així, per mitjà del Defensor del Poble, el Síndic va recomanar al llavors Ministeri de Sanitat i Consum l'extensió del dret a l'assistència sanitària a tota la ciutadania, en condicions d'igualtat, independentment dels recursos econòmics dels ciutadans i de la seva afiliació a la Seguretat Social o no, en el marc del sistema sense desigualtats fixat en la Llei 16/2003 de cohesió. Tot i les seves competències, es va dirigir al Departament de Salut en el mateix sentit.

Tant el Departament de Salut com el Defensor del Poble van acceptar les recomanacions i van avalar les raons d'ordre legal que justifiquen la

universalització plena i efectiva del dret a l'assistència sanitària.

L'any 2007, davant la persistència del problema després de més de vint anys des de l'aprovació de l'LGS, es va obrir una altra actuació d'ofici en què es tornava a recomanar als poders públics sanitaris l'extensió total i efectiva de l'assistència sanitària, és a dir, una universalització real i efectiva d'aquesta prestació a totes les persones espanyoles o estrangeres pel sol fet de viure a l'Estat. El Defensor del Poble va correspondre als suggeriments i va indicar que havia recomanat als ministeris implicats la realització de les reformes legals adequades per fer efectiva i plena la universalització.

Posteriorment, però, l'Estat espanyol va aprovar l'RDL 16/2012, que suposa un canvi de model del Sistema Nacional de Salut existent fins llavors i el retorn a un sistema d'assegurament que deixa moltes persones sense la possibilitat d'accedir a l'assistència sanitària. Es torna a la figura de persona assegurada i beneficiària enfront de la de persona.

Amb aquesta nova regulació, doncs, hi ha persones que no tenen accés a l'atenció primària (ni, per tant, als programes de prevenció que s'hi desenvolupen) ni a l'atenció especialitzada, amb els efectes negatius que això pot tenir en la salut de les persones afectades, en la de la resta de persones que hi estan en contacte en funció del tipus de malaltia que pugui desenvolupar o en el sistema mateix, que després les haurà d'atendre d'urgència (amb el problema afegit de saturació en aquests serveis en determinats centres hospitalaris) quan les persones ja es troben en condicions pitjors, en una situació greu o fins i tot en una situació irreversible.

Així, davant d'aquesta nova situació, el Síndic és del parer que cal valorar els perjudicis que es poden produir individualment en la salut de les persones, però també els riscos de manera general en l'àmbit de la salut pública de la societat en deixar part de la població empadronada a Catalunya sense seguiment mèdic. Això, a banda de l'augment inevitable de la

vulnerabilitat dels col·lectius més exposats i en risc d'exclusió social.

La publicació de l'RDL 16/2012 també ha donat lloc a confusió i desconeixement vers la nova situació tant entre el conjunt de professionals del sistema sanitari com entre la població en general i la població afectada en particular, fins i tot a les comunitats autònomes en què per mitjà d'instruccions o altres instruments normatius es dona cabuda a supòsits que havien deixat de tenir cobertura amb l'RDL 16/2012.

I és que, malgrat la competència de l'INSS per reconèixer la condició de persona assegurada i de persona beneficiària del Sistema Nacional de Salut, són les comunitats autònomes les que tenen la competència per prestar els serveis sanitaris, i és per això que, per minimitzar l'impacte de la publicació de l'RDL 16/2012, diverses comunitats autònomes han anat introduint mesures diferents tendents a continuar atenent les persones immigrants en situació administrativa irregular i sense recursos, amb la finalitat d'eludir els efectes negatius de l'aplicació de l'RDL 16/2012 en els seus territoris.

Això, però, també ha servit per posar de manifest les desigualtats que pateixen les persones que no tenen accés a la sanitat pública, d'acord amb l'RDL 16/2012, en funció de la comunitat autònoma en què es trobin i l'impacte que això pot tenir en la seva salut.

Pel que fa a la motivació del canvi normatiu que suposa l'aplicació de l'RDL 16/2012, han estat diverses les raons que s'han esgrimit. La sostenibilitat del Sistema Nacional de Salut, recollit en el títol mateix de l'RDL 16/2012 va ser un dels arguments més repetits. Algunes fonts apuntaven que l'aplicació de l'RDL 16/2012 hauria de suposar un estalvi de cinc-cents milions d'euros. Tanmateix, altres veus dubten dels càlculs fets, ja que no es va acompanyar el text normatiu de cap memòria econòmica que permetés saber, encara que fos aproximadament, que la xifra anunciada es corresponia amb la despesa ocasionada per les persones que a partir d'aquell moment deixaven de tenir dret a l'assistència sanitària.

Així mateix, hi ha estudis que demostren que no hi ha una sobreutilització de la sanitat per part de les persones immigrants, i encara menys de les que es troben en situació irregular, tenint en compte que venen, majoritàriament, en busca de feina i, a més, que la despesa sanitària més elevada correspon a les persones grans, no a les joves.

Un altre dels arguments també al·legats amb força per justificar la reforma va ser el de la lluita contra el turisme sanitari. Tot i que, sense cap mena de dubte, cal introduir mesures per evitar l'abús del sistema sanitari en general i el turisme sanitari fraudulent en particular, també cal tenir en compte que les persones immigrants en situació irregular que es troben al nostre país no han vingut a rebre tractament mèdic, sinó, en general, a buscar feina i optar a un futur millor que se'ls nega al seu país d'origen.

D'altra banda, cal afegir que han estat diversos els organismes internacionals que han ressaltat en els seus informes la regressió dels drets de les persones immigrants a l'Estat espanyol i l'incompliment de les obligacions de l'Estat en matèria de drets humans.

A tall d'exemple, el Comitè Europeu de Drets Socials va concloure que la decisió de l'Estat espanyol de restringir l'accés a l'atenció mèdica gratuïta per a les persones immigrants indocumentades infringeix la legislació europea de drets humans. En termes similars també s'havia pronunciat el Comitè de Drets Econòmics i Socials de l'ONU.

Per la seva banda, el Defensor del Poble, tot i que va decidir no interposar cap recurs d'inconstitucionalitat contra el reial decret llei esmentat, es va dirigir al llavors Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat per recomanar-li, d'una banda, que es garantís l'accés efectiu a la protecció de la salut per a col·lectius en situació vulnerable que havien quedat exclosos del concepte de persona assegurada i de persona beneficiària, per assegurar la coherència global del Sistema Nacional de Salut i que les administracions públiques complissin amb la seva obligació en matèria de protecció de salut pública. I,

d'altra banda, que s'habilités l'atenció adequada de les persones amb patiments greus, per evitar la possible responsabilitat d'Espanya per l'incompliment d'obligacions internacionals, entre d'altres, les derivades del Conveni europeu de drets humans, la Carta de drets fonamentals de la UE i altres instruments que estableixen obligacions positives.

Amb la publicació a Catalunya de la Llei 9/2017, i d'acord amb amb tots els antecedents legals esmentats, tot apunta que ens trobem davant una efectiva universalització del dret a l'assistència sanitària que dona cabuda a tots els col·lectius de persones que resideixen a Catalunya.

A parer del Síndic de Greuges, una de les aportacions importants que recull aquesta llei d'universalització de l'assistència sanitària és el manament al Servei Català de la Salut d'elaborar i de desenvolupar un programa de formació adreçat al personal administratiu i sanitari de tots els centres, serveis i establiments del Servei Català de la Salut per garantir i fer efectiu el dret d'accés que regula.

I és que són moltes les ocasions en què s'han detectat incidències respecte de qüestions que, tot i regulades, no han estat ben resoltes per desconeixement del personal administratiu o sanitari que les

ha d'aplicar. En aquests casos, les recomanacions i els suggeriments del Síndic no han estat orientats a regular o corregir aquella determinada qüestió, ja regulada, sinó a formar i informar les persones que, per la seva intervenció, n'han de tenir coneixement, tant per aplicar les directrius correctament com per poder, al seu torn, proporcionar una informació veraç i completa a les persones usuàries de la sanitat pública.

El Síndic també es congratula de la previsió de la cobertura sanitària de les persones catalanes residents a l'exterior en els desplaçaments a Catalunya, ja que va ser objecte d'una actuació d'ofici iniciada ja l'any 2010, en què el Síndic encoratjava l'Administració a continuar endavant amb les actuacions fixades fins aconseguir la cobertura d'assistència sanitària de totes les persones catalanes que resideixen a l'exterior en els desplaçaments a Catalunya.

Després de la publicació de la Llei 9/2017, la resolució del director del Servei Català de la Salut de 29 de juny de 2017 va determinar mantenir l'aplicació del procediment que recollia la Instrucció 8/2015, amb les adaptacions que s'expliciten, mentre no s'aprovi el reglament previst en la Llei 9/2017 per establir el procediment per al reconeixement del dret d'assistència sanitària.

7. EFECTES DEL RECURS D'INCONSTITUCIONALITAT

Tanmateix, el 23 de març de 2018, el Consell de Ministres del Govern de l'Estat espanyol va acordar interposar un recurs d'inconstitucionalitat contra 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. En invocar el president del Govern l'article 161.2 de la Constitució, es produeix la suspensió de la vigència i aplicació dels preceptes impugnats.

Segons fonts del Departament de Salut, l'acord s'ha pres un cop el Govern de l'Estat espanyol va decidir desistir de la negociació bilateral que havia proposat la Generalitat i que no s'ha pogut dur a terme arran de l'aplicació a Catalunya de l'article 155 de la Constitució espanyola.

Així mateix, l'Administració sanitària catalana ja ha anunciat que aquest recurs no canviarà la situació a Catalunya i, tal com ja es va fer immediatament després de la publicació de l'RDL 16/2012, el Servei Català de la Salut donarà instruccions als centres sanitaris que integren el Sistema Sanitari Integral d'Utilització Pública de Catalunya (SISCAT) perquè continuïn garantint l'atenció sanitària a tota la població resident a Catalunya. I per als casos particulars en què la situació excepcional ho requereixi es preveu continuar emprant l'autorització excepcional que signa el director del Servei Català de la Salut mateix.

En qualsevol cas, a parer del Síndic de Greuges, l'admissió a tràmit del recurs i una hipotètica futura sentència que exclouï l'accés a l'assistència sanitària de persones que, amb la normativa autonòmica, hi podien accedir, com tot apunta que pot ocórrer atesos els antecedents d'altres comunitats autònomes, és sens dubte un pas enrere, tenint en compte les consideracions recollides fins ara en aquest informe.

Diversos estudis fan referència al fet que un sistema sanitari amb cobertura universal finançat amb impostos reverteix en un

millor nivell de salut de la població, ja que que permet mantenir la salut de les persones amb actuacions preventives a què tothom té accés i que, sens dubte, permetran que la població no emmalalteixi tant. De la mateixa manera, davant la malaltia, l'accés universal permet una atenció des del moment inicial, amb el tractament i el seguiment oportuns. Altrament, l'exclusió de determinats col·lectius, els més vulnerables, pot tenir efectes molt negatius no només en la salut de la persona mateixa, sinó també en la dels seus familiars, la de les persones que s'hi relacionen i, en última instància, en la societat en general.

En aquest assumpte, a més, resulta cabdal el vessant econòmic, ja que barrar l'accés a un col·lectiu que ja presenta dificultats econòmiques en general, i sovint greus, evidencia encara més les desigualtats entre la població benestant i aquella que difícilment pot abonar l'assistència sanitària que li faria falta, la qual cosa posa de manifest un conflicte ètic rellevant. Així, hi poden haver persones afectades, amb situacions econòmiques molt compromeses, que pateixen malalties greus o cròniques que hagin de suspendre els tractaments prescrits perquè no disposen de recursos econòmics suficients per fer-hi front.

En aquesta mateixa línia, l'accessibilitat universal i el finançament públic dels serveis fa que el sistema sanitari català sigui un instrument important de cohesió social tendent a disminuir les desigualtats socials i que facilita que les persones puguin ser ateses quan ho necessiten, amb independència del seu poder adquisitiu i amb el mateix nivell de qualitat perquè l'assistència que s'ofereix és la mateixa per a totes les persones.

Cal destacar, a més, que fins i tot a Catalunya, on des del moment mateix de la publicació de l'RDL 16/2012 el Govern de la Generalitat ja va anunciar que continuaria oferint atenció sanitària a totes les persones que hi resideixen (de la mateixa manera que ho ha anunciat recentment arran del recurs d'inconstitucionalitat) s'han generat situacions que han provocat aplicacions deficientes que s'han d'evitar i que, malauradament, es poden tornar a repetir

en cas que prosperi el recurs d'inconstitucionalitat.

Així, cal destacar la inseguretat important, del tot comprensible, que es genera en les persones que no tenen la condició d'assegurades ni de beneficiàries quan es va aprovar l'RDL 16/2012, ja que desconeixien amb exactitud quina seria la seva situació a partir d'aquell moment, tot i disposar d'una targeta sanitària que acreditava el seu dret a l'assistència sanitària; no sabien si podrien continuar rebent assistència més enllà dels casos en què es preveu en la legislació estatal (atenció urgent) o bé si se'ls restringiria o si l'haurien d'abonar.

En aquesta mateixa línia, el fet que en alguns centres se'ls faci signar un requeriment de pagament, que fins i tot en alguns casos s'ha enviat posteriorment al seu domicili per reclamar-los-en l'abonament, provoca un efecte fre indiscutible.

Això fa que sovint aquestes persones hagin manifestat el seu temor d'acudir a un centre sanitari i hagin optat per no fer-ho,

especialment quan es tracta de persones que, com que es troben en situació administrativa irregular, temen que la seva atenció en un centre sanitari els pugui generar algun tipus de problema burocràtic o perjudici en el futur quan vulguin regularitzar la seva situació i consti que tenen un deute amb l'Administració.

Una altra de les incidències més comunes sembla que és la derivació de les persones que no tenen reconegut el dret a l'assistència sanitària d'acord amb els paràmetres de l'RDL 16/2012 des dels centres d'atenció primària a l'INSS, quan precisament ha estat aquesta nova regulació la que els n'ha expulsat i és l'INSS qui no els ha acreditat com a persones assegurades o beneficiàries.

En definitiva, el desconeixement i la informació errònia o defectuosa sobre els seus drets fa que sovint es provoqui un efecte dissuasiu amb els problemes ja esmentats anteriorment, la qual cosa suposa que aquestes persones no siguin ateses.

8. PERFIL DE LES PERSONES USUÀRIES DEL CATSALUT QUE NO TENEN LA CONDICIÓ D'ASSEGURADES O BENEFICIÀRIES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUT

Tot apunta que el col·lectiu que quedarà més afectat en cas que prosperi el recurs d'inconstitucionalitat seran les persones immigrants en situació administrativa irregular, que són el col·lectiu més nombrós.

Una publicació molt recent del CatSalut (d'abril de 2018) recull que en el darrer tall oficial, de març de 2018, s'han comptabilitzat cent catorze mil cinc-centes setanta-tres persones estrangeres empadronades a Catalunya que no estan acreditades com a assegurades ni beneficiàries, ni es troben dins dels supòsits d'assistència sanitària en situacions especials que regula la norma estatal. Aquestes persones, que representen l'1,53% de la població resident a Catalunya, seran les que es veuran afectades si prospera el recurs d'inconstitucionalitat esmentat, de manera que el seu accés a l'assistència sanitària es veurà limitat exclusivament a l'atenció urgent.

Aquest informe mostra que la majoria d'aquestes persones tenen entre vint i cinquanta anys, dada que sustenta la consideració del Síndic apuntada més amunt, en el sentit que majoritàriament es tracta de persones que han vingut al nostre país no amb la intenció de rebre assistència sanitària, sinó de treballar. Segons es recull, el 94% d'aquests col·lectius són una població sana o amb un risc molt baix d'emmalaltir i, per tant, amb poca necessitat d'utilització de serveis sanitaris.

De fet, s'afirma que, en general, aquest col·lectiu fa la meitat d'utilització dels diferents recursos sanitaris ambulatoris, visites a atenció primària, centres ambulatoris de salut mental, consultes externes i hospital de dia que la població catalana. De mitjana, també consumeixen la meitat de fàrmacs que la població de Catalunya. L'única excepció és en la mitjana de visites als serveis d'urgències,

que és molt similar. “La taxa d'ingressos a hospitals d'aguts és de 6,8 per cada 100 habitants. Aquesta taxa a la població global de Catalunya és gairebé el doble. Les taxes d'ingrés a recursos d'atenció socio sanitària són també menors i la d'ingressos a serveis de psiquiatria és molt semblant, encara que una mica més elevada”.

Pel que fa a la despesa sanitària, amb dades relatives a l'any 2016, s'assegura que la despesa per càpita d'aquest col·lectiu és de prop de la meitat de la despesa de la població catalana.

“En conjunt, durant l'any 2016, aquests pacients van fer una despesa de poc més de 31 milions d'euros, la qual cosa representa un 0,42% de la despesa sanitària del CatSalut, mentre que ells representen un 0,9% de la població.

El 31% d'aquesta despesa va ser deguda a activitat urgent i el 69% restant a l'activitat programada. És a dir, es va produir una despesa de 21 milions en activitat programada gràcies a l'existència de la Llei d'universalització de l'assistència sanitària. Això representa un 0,29% de la despesa global sanitària. S'ha de tenir en compte que si part d'aquesta activitat programada no s'hagués fet, segurament s'hauria traduït, a curt o a llarg termini, amb un increment en l'activitat urgent i amb l'atenció de processos sanitaris en estats més avançats. En el cas de malalties infeccioses, si no es produeix una assistència preventiva i un control acurat dels casos i dels possibles contactes, pot donar lloc a una disseminació de la malaltia”.

Així mateix, tot apunta que es tracta de persones amb un nivell de renda baix o molt baix i, tal com recull l'informe, “es coneix que el nivell de renda està estretament relacionat amb la mortalitat. El risc de morir augmenta a mesura que disminueix el nivell de renda. L'esperança de vida es redueix en 8 anys entre la població amb ingressos molt baixos en relació amb la població amb rendes més altes”.

Aquesta anàlisi, amb l'aportació de dades sobre el nombre de persones estrangeres empadronades a Catalunya que no estan

acreditades com a assegurades i beneficiàries ni es troben dins dels supòsits d'assistència sanitària en situacions especials, de les seves característiques, i també de la utilització que fan dels serveis sanitaris i la despesa

que això suposa, posa de manifest que aquest col·lectiu ni abusa del sistema sanitari, ni la despesa que genera és desproporcionada, i més encara tenint en compte els beneficis que comporta tenir atesa tota la població.

9. L'ORGANITZACIÓ MUNDIAL DE LA SALUT I LA COBERTURA SANITÀRIA UNIVERSAL

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) determina que la cobertura sanitària universal és essencial per a la salut i el benestar de les persones, i consisteix a garantir que totes les persones puguin rebre serveis sanitaris de qualitat en el lloc i el moment en què els necessitin, sense haver de patir dificultats econòmiques, de manera que ningú no hagi d'escollir entre una bona salut i altres necessitats vitals. Aquesta cobertura permet a totes les persones tenir accés a serveis que tracten les principals causes de morbiditat i mortalitat, i garanteix que la qualitat d'aquests serveis sigui suficientment bona per millorar la salut de les persones destinatàries.

També posa de manifest que l'accés de les persones a una assistència essencial i de qualitat, i a la protecció financera, no només millora la seva salut i esperança de vida, sinó que també protegeix els països d'epidèmies, redueix la pobresa, impulsa el creixement econòmic i promou la igualtat de gènere.

L'OMS destaca que quan es fa referència a *universal* en el context d'una cobertura sanitària universal, s'ha d'entendre que significa per a tothom, sense discriminació i sense que ningú en quedi exclòs. Qualsevol persona, en qualsevol lloc del món, té dret

a beneficiar-se dels serveis de salut que li calguin sense que s'hagi de veure abocada a la pobresa quan els empra.

L'OMS mateixa matisa que la cobertura sanitària universal no consisteix només a oferir tractaments mèdics a les persones individualment, sinó que inclou també serveis destinats al conjunt de la població, com ara campanyes de salut pública.

Partint de la base que cada país enfocarà la cobertura sanitària universal de manera diferent, entén que, perquè els serveis de salut puguin ser considerats realment universals, cal passar d'uns sistemes de salut concebuts al voltant de les malalties i les institucions a uns sistemes concebuts entorn de les persones i per a les persones.

D'acord amb aquesta concepció, aquest any 2018, en el Dia Mundial de la Salut, que es va celebrar el 7 d'abril, l'OMS va triar com a tema "Cobertura sanitària universal per a totes les persones, en qualsevol lloc" i el lema "La salut per a tothom", i es va dirigir als líders mundials per demanar que respectessin els compromisos que van contraure quan van acordar els Objectius de desenvolupament sostenible l'any 2015; concretament, adoptar mesures específiques per promoure la salut de totes les persones, tenint en compte que l'experiència ha demostrat que la cobertura sanitària universal s'assoleix quan hi ha una ferma determinació política.

10. DRET A L'ATENCIÓ SANITÀRIA D'INFANTS I ADOLESCENTS

El dret a la salut i a l'atenció sanitària universal en el cas d'infants i adolescents mereix una consideració especial en si mateix, ja que afecta altres drets fonamentals, com ara el dret a la vida, a l'educació i al ple desenvolupament, i el principi d'interès superior de l'infant, aplicable a tota acció que concerneix un infant. I és per aquest motiu que la regulació normativa no ha restringit en el cas d'infants i adolescents la universalitat de l'assistència sanitària durant tot el procés de modificació legislativa.

Malgrat això, hi ha mancances en l'efectivitat d'aquest dret que han afectat aquest col·lectiu i de què la institució ha tingut coneixement.

El dret a l'atenció sanitària als infants i adolescents, independentment de la seva situació administrativa, està garantit en tots els textos normatius.

L'article 24 de la Convenció de les Nacions Unides sobre els drets de l'infant reconeix el dret de l'infant a gaudir del nivell de salut més alt possible i d'equipament de tractament de les malalties i de restabliment de la salut. Els estats membres s'han de esforçar a assegurar que cap infant no sigui privat del seu dret a accedir a aquests serveis, i també garantir la plena aplicació d'aquest dret.

Exigeix, entre d'altres, que els estats prenguin les mesures següents:

- Assegurar la prestació de l'assistència mèdica i atenció a la salut que siguin necessàries a tots els infants, amb èmfasi en el desenvolupament de l'atenció primària de la salut.
- Garantir l'atenció sanitària prenatal i postnatal a les mares.
- Vetllar perquè pares i mares, infants i tots els sectors de la societat tinguin accés a l'educació sanitària i a suport en l'ús dels coneixements bàsics sobre salut i nutrició dels infants, avantatges de l'alletament matern, higiene i sanitat ambiental, i prevenció d'accidents.

En aquesta mateixa línia, la normativa estatal és clara pel que fa a la cobertura de l'atenció i l'assistència sanitària dels infants i adolescents estrangers a Espanya, i també pel que fa a la cobertura sanitària de les mares embarassades durant l'embaràs, el part i el postpart.

No obstant això, la confusió generada arran de les modificacions implementades també va afectar el dret a l'atenció sanitària amb plenes garanties dels infants i adolescents menors de divuit anys i de les mares durant embaràs, part i postpart a Catalunya, dret que, en cap moment, havia quedat qüestionat per la normativa estatal ni tampoc per la catalana.

Molts supòsits de manca d'expedició de la targeta sanitària individual en el cas d'infants i adolescents menors d'edat sovint han derivat de la impossibilitat d'obtenir empadronament per manca de domicili fix de la família, ja que s'exigia acreditar d'aquesta manera la residència a Catalunya i atribuir un centre d'atenció sanitària de referència a aquest infant o adolescent, amb els efectes que aquesta mancança comporta pel que fa a la garantia de la prevenció, el seguiment i la derivació a especialistes i, per tant, de la cobertura dels diferents nivells de l'atenció sanitària a què té dret.

Pel que fa a la manca d'empadronament, competència municipal, el Síndic ja va fer arribar algunes recomanacions amb relació als requisits per a l'empadronament previstos en ordenances municipals que considerava contraris a l'ordenament vigent.

Com ja s'ha dit, amb l'aprovació de la Llei 9/2017 es clarifica i es garanteix l'accés a la sanitat pública en condicions d'igualtat efectiva a totes les persones residents a Catalunya amb independència de la seva situació administrativa, en la línia d'evitar les possibles mancances en l'efectivitat d'un dret que, en el cas dels infants i adolescents i les mares embarassades en l'embaràs, part i postpart, mai no havia estat qüestionat, però sí que havia presentat problemes d'efectivitat a la pràctica.

Han estat diverses les denúncies que s'han plantejat davant del Síndic de Greuges per

problemes amb relació a la garantia de l'atenció sanitària i la tramitació de la targeta sanitària individual a infants i adolescents menors de divuit anys a Espanya i també a Catalunya, especialment després de la publicació de l'RDL 16/2012.

La Plataforma per a una Atenció Sanitària Universal a Catalunya (PASUCAT) ha agrupat alguns dels problemes i situacions en què s'han trobat els infants i adolescents estrangers, i també espanyols, que els ha dificultat l'efectivitat d'aquest dret garantit.

Algunes de les situacions denunciades són les següents:

- La vinculació de l'obtenció de la targeta sanitària individual de l'infant o adolescent estranger i espanyol a obtenir determinada documentació, com ara l'empadronament, el passaport, el NIE, el document del país d'origen acreditatiu de no tenir cobertura d'assistència al país d'origen, etc.
- La derivació en alguns centres de primària de la persona menor d'edat a tramitar la inscripció a la Seguretat Social abans de l'emissió de la targeta sanitària.
- La manca d'assignació de professionals de referència a conseqüència de la manca

d'obtenció de la targeta sanitària individual i la manca de seguiment del Programa del nen sa.

- La dificultat de derivació a l'especialista sense centre de referència previ assignat.
- L'emissió per part d'alguns hospitals d'una possible factura quan un infant o adolescent acudeix a urgències, la qual cosa dissuadeix les famílies a l'hora de sol·licitar l'atenció.

En general, també es destaca la manca d'homogeneïtat de criteris i d'atenció a tot el territori català en funció del proveïdor del servei, tant en centres d'atenció primària com en centres hospitalaris.

Atès que la situació de vulneració del dret a l'accés a la salut d'infants i adolescents no es deu a un problema de regulació normativa, ja que el dret a l'assistència sanitària a les persones menors d'edat, estrangeres o no, s'ha reconegut en tot moment, sinó a un problema de confusió i manca d'informació adequada, el Síndic va emetre recomanacions en el sentit de clarificar aquesta informació a tots els nivells del sistema sanitari d'utilització pública de Catalunya.

11. RESUM DE CONSIDERACIONS

La universalització de l'assistència sanitària és un deure moral ineludible i també una obligació derivada de les normes internacionals.

L'exclusió de part de la població del sistema públic de salut impacta clarament en les persones que es troben en una situació de vulnerabilitat i disposen de recursos econòmics molt minsos o nuls.

Les desigualtats entre la població benestant i aquella que té dificultats per abonar l'assistència sanitària no gratuïta que li faria falta posen de manifest un conflicte ètic rellevant.

L'accés a l'atenció primària, porta d'accés al sistema sanitari, és un element clau en l'assistència sanitària.

Diversos estudis consideren que un sistema sanitari amb cobertura universal finançat amb impostos reverteix en un millor nivell de salut de la població, ja que permet mantenir la salut de les persones amb actuacions preventives i, davant la malaltia, permet una atenció des del moment inicial, amb el tractament i el seguiment oportuns, i amb la seguretat que això comporta.

Els resultats de l'anàlisi del CatSalut sobre el nombre de persones estrangeres empadronades a Catalunya que no estan acreditades com a assegurades o beneficiàries ni es troben dins dels supòsits d'assistència sanitària en situacions especials, la utilització que fan dels serveis sanitaris i la despesa que això suposa, posen de manifest que aquest col·lectiu ni n'abusa ni la despesa que genera és desproporcionada, i més encara tenint en compte els beneficis que comporta tenir atesa tota la població.

La Llei general de sanitat de 1986 va aportar les bases per a un sistema sanitari universal i gratuït a l'Estat espanyol. A Catalunya, la Llei d'ordenació sanitària de 1990 ja preveu la universalització dels serveis sanitaris de caràcter individual o col·lectiu per a totes les persones residents a Catalunya, com a principi informador de la protecció de la salut i l'ordenació de sistema sanitari.

La normativa posterior ja preveu la separació financera, de manera que les prestacions de naturalesa no contributiva i d'extensió universal, com ara l'assistència sanitària, passen a ser finançades per mitjà d'aportacions de l'Estat i no de cotitzacions a la Seguretat Social.

La Llei de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut de 2003 reafirma el principi d'universalització de l'assistència sanitària.

No obstant la previsió normativa, la manca de la universalització efectiva de l'assistència sanitària ha fet que el Síndic ho hagi posat de manifest en diverses actuacions d'ofici i ho hagi recollit en els informes anuals davant al Parlament.

La publicació de l'RDL 16/2012 suposa un canvi de model del Sistema Nacional de Salut i el retorn a la figura de persona assegurada i beneficiària de la Seguretat Social enfront de la de persona, per determinar l'accessibilitat a l'assistència sanitària. Això fa que es deixi un col·lectiu de població que majoritàriament es troba en situació d'especial vulnerabilitat sense la possibilitat d'accedir a l'assistència sanitària ordinària.

Arran de l'RDL 16/2012, es crea una situació de confusió important entre les persones afectades que s'incrementa davant la manca d'informació o la informació defectuosa que se'ls proporciona, la qual cosa afavoreix l'aparició de noves situacions de vulnerabilitat.

Diverses comunitats autònomes, entre les quals hi ha Catalunya, Navarra, Andalusia, Canàries i País Basc, han promogut un recurs d'inconstitucionalitat contra l'RDL 16/2012.

Diverses comunitats autònomes han legislat per facilitar l'accés a l'assistència sanitària de les persones que, en aplicació de l'RDL 16/2012, en queden fora. El Govern espanyol ha presentat, fins ara, recurs d'inconstitucionalitat contra aquesta regulació en cinc casos.

La regulació autonòmica posa de manifest desigualtats entre les persones que no tenen accés a la sanitat pública d'acord

amb l'RDL 16/2012, en funció del lloc de l'Estat espanyol en què es trobin, amb l'impacte diferent (i rellevant en alguns casos) que això pot tenir en la seva salut.

La regulació i posterior impugnació d'aquestes normes afegeix encara més confusió i desinformació a la que ja es va causar amb la publicació de l'RDL 16/2012, la qual cosa afavoreix encara més les situacions de vulnerabilitat.

Amb l'aprovació de Llei catalana 9/2017, i d'acord amb tots els antecedents legals esmentats, tot apunta a una efectiva universalització del dret a l'assistència sanitària que donaria cabuda a tots els col·lectius de persones que resideixen a Catalunya.

El Síndic valora molt positivament que la Llei 9/2017 prevegi un programa de formació

adreçat a tot el personal administratiu i sanitari per garantir i fer efectiu el dret d'accés que es regula.

El Síndic es congratula de la previsió de la cobertura sanitària de les persones catalanes residents a l'exterior en els desplaçaments a Catalunya, ja que va ser objecte d'una actuació d'ofici iniciada per la institució l'any 2010.

A parer del Síndic de Greuges, l'admissió a tràmit del recurs d'inconstitucionalitat contra la Llei 9/2017 i una hipotètica futura sentència que exclogui l'accés a l'assistència sanitària de persones que amb la normativa autonòmica hi podien accedir, com tot apunta que pot ocórrer atesos els antecedents d'altres comunitats autònomes, sens dubte és un pas enrere, ateses les consideracions recollides en aquest informe.

12. RECOMANACIONS

1. El dret a l'assistència sanitària s'ha de considerar com un dret públic subjectiu, personal, no contributiu i d'accés equitatiu, en el marc de la universalització establerta en l'LGS.

2. S'ha de legislar perquè, en el marc del principi d'igualtat i de no-discriminació, el dret a l'assistència sanitària sigui per a tothom i en condicions d'igualtat.

3. És imprescindible desplegar les accions informatives i formatives dirigides al personal dels centres per garantir i fer efectiu el dret d'accés universal a l'assistència sanitària a Catalunya.

4. Cal facilitar l'accés a l'assistència en els casos en què està previst, sense afegir cap trava.

5. És necessari valorar amb rigor els perjudicis i els riscos que es poden derivar de deixar part de la població sense seguiment mèdic, tant individualment com col·lectiva en relació amb la salut pública de la població en general.

6. S'ha de desvincular el dret a l'assistència sanitària del concepte de persona assegurada o beneficiària de la Seguretat Social que es va introduir arran de l'aprovació de l'RDL 16/2012.

7. A l'efecte de lluitar amb l'estigma generalitzat que les persones immigrants n'abusen, cal elaborar estudis i difondre informacions reals, serioses i contrastades sobre l'ús que fan les persones estrangeres de la sanitat pública.

8. Les persones al servei de l'Administració sanitària implicades han de proporcionar una informació veraç i clara, i han d'intentar

resoldre els dubtes que els puguin plantejar d'una manera resolutiva i segura. Alhora haurien de mostrar una actitud empàtica.

9. Cal evitar les incidències que es produeixen arran de situacions d'inseguretat provocades pel desconeixement i la informació errònia o defectuosa que es facilita sobre els seus drets a les persones afectades, i que pot tenir un efecte dissuasiu.

10. Davant les possibles incidències que es puguin haver produït arran d'una aplicació defectuosa, s'ha de proporcionar una solució immediata.

11. S'ha de combatre el turisme sanitari fraudulent, que no s'ha de confondre amb l'accés universal a l'assistència sanitària.

12. Pel que fa a específicament als infants i adolescents, el Síndic ha suggerit al Departament de Salut que la informació que ofereixen els centres del sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT) respecte al dret de totes les persones menors d'edat sigui clara, independentment de la documentació que aportin, i que cal un acompanyament als serveis socials municipals perquè es clarifiqui i es promogui l'efectivitat d'aquest dret als col·lectius més vulnerables, com ara infants o adolescents estrangers no acompanyats o famílies itinerants o que es troben en situació d'irregularitat administrativa, que poden sentir temor a l'hora d'acudir als serveis sanitaris.

En definitiva, s'han de dur a terme les actuacions polítiques, legislatives i pressupostàries necessàries per retornar al model d'universalització de l'assistència sanitària i deixar de prendre com a referència les figures de persona assegurada o beneficiària.

SÍNDIC

EL DEFENSOR
DE LES
PERSONES

Síndic de Greuges de Catalunya
Passeig Lluís Companys, 7
08003 Barcelona
Tel 933 018 075 Fax 933 013 187
sindic@sindic.cat
www.sindic.cat

