

TREBALL FINAL DE GRAU

**RECERCA SOBRE L'IMPACTE DE LA CRISI ECONÒMICA VERS
EL SISTEMA PÚBLIC DE SALUT A CATALUNYA**

Francesc Piñero Fernández
(francesc.pinero@uvic.cat)

Àmbit acadèmic: **Salut Pública**
Tutora: **Sandra Ezquerria Samper**
Curs: **INFERMERIA 2014/15**
Facultat de Ciències de la Salut i el Benestar

ÍNDEX

1. Introducció / Abstract	3
2. Antecedents i estat actual de la qüestió: Problema d'estudi.....	4
2.1. Context Político-econòmic.....	4
2.1.1. Successió de reformes político-econòmiques a partir de l'any 2008.....	9
2.2. Context Socio-sanitari	14
2.2.1. Ítems d'accés als sistema públic de salut.....	21
2.3. Experiències comunitàries emergents en salut.....	26
3. Propòsit i objectius de l'estudi.....	31
3.1. Objectiu general.....	31
3.2. Objectius específics.....	31
4. Investigació a realitzar.....	34
5. Justificació i rellevància del treball: Utilitat pràctica dels resultats.....	35
5.1. Per llegir-ne més.....	36
6. Metodologia.....	37
7.1. Àmbit d'estudi.....	37
7.2. Disseny.....	37
7.3. Població i mostra de participants.....	38
7.4. Criteris d'inclusió/exclusió.....	38
7.5. Mètodes de mesura.....	51
7.6. Anàlisi dels registres.....	52
7.7. Limitacions de l'estudi.....	53
7.8. Aspectes ètics.....	54
7. Bibliografia.....	55
8. Annexes.....	69
9. Agraïments i nota final de l'autor (TFG com experiència docent).....	74

1. Introducció

Introducció: L'eclosió de la crisi econòmica sorgeix com a fenomen d'impacte mediàtic i s'introdueix a l'ordre del dia de tots els debats polítics, econòmics i socials en el transcurs dels darrers anys. Resulta oportú, doncs, furgar entre les repercussions que ha produït aquest esdeveniment en un àmbit d'interès notable com és el sanitari.

Aquest fenomen marca un punt d'inflexió en la distribució i dispensació dels recursos, posa en entredit el marc institucional, polític, social i econòmic a través del qual s'articulaven els serveis d'abast públic, incloent l'atenció sanitària i els pilars de l'anomenat estat del benestar, i, conseqüentment, empeny les institucions a reformular els criteris i les actuacions que el determinaven. **Objectiu:** És en aquesta tessitura, i prenent com a centre d'atenció la salut pública i la provisió de serveis sanitaris, on resulta imprescindible explorar quines manifestacions específiques presenta aquest canvi sobre el mateix sistema i, de manera més concreta, sobre les persones i grups que se'n serveixen mitjançant les seves prestacions en el marc del territori català, **així com els canvis en els àmbits comunitaris de la població respecte l'estat de salut que aquest fenomen comporta.** **Metodologia:** Mitjançant la realització d'un estudi compost de dos anàlisi des d'aproximacions quantitatives descriptives i qualitatives en forma d'entrevista, s'ha volgut realitzar un abordatge a dues bandes per obtenir una visió més completa de la problemàtica.

Abstract

Introduction: The outbreak of the economic crisis emerges as a phenomenon inserted into the agenda of all political, economic and social debates in the course of recent years. It is appropriate, therefore, to seek into the impacts that this event has provoked in an area of remarkable interest such as health care.

This phenomenon marks a turning point in the distribution and dispensing of resources, has put into question the institutional, political, social and economic framework from which the public services are managed, including health care and the pillars of the so-called welfare state, and consequently pushes institutions to reformulate the criteria and actions that determined it. **Objective:** It is in this situation, and taking as the focus of attention the public health and health services, that becomes essential to explore what specific manifestations presents this change on the system itself and, more

specifically, on people who use it through their services all along the Catalan territory, including the community changes in the health status that this phenomenon inflict.

Methodology: By conducting a double study consisting of two parallel analysis, one of those quantitative description and the other one carrying out a qualitative approach in the form of interview, we've tried to pursue a more complete picture of the problem exposed.

2. Antecedents i estat actual de la qüestió: Problema d'estudi.

2.1. Context Político-econòmic

Per mostrar una panoràmica mínimament intel·ligible de l'estructura de organització sanitària a Catalunya cal, en primera instància, entendre quina és la traducció funcional de l'aplicació de les polítiques que la precedeixen i quin esquema polític segueixen.

L'actual sistema sanitari públic espanyol (*Sistema Nacional de Salud*) sorgeix històricament a mitjans del segle XX inspirat en models continentals europeus de Seguretat Social, malgrat que, a diferència d'aquests, crea una extensa xarxa pròpia de centres i organitzacions de caràcter ambulatori i hospitalari. L'INSALUD (*Instituto Nacional de Salud*), creat al 1978 com un òrgan gestor de la ASSS (*Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social*), acull aquesta estructura d'oferta, configurant-se com una gran organització fortament centralitzada que proveeix cobertura sanitària directa a més del 84% de la població del conjunt del territori de l'Estat espanyol.

Realitzada la transició política de finals dels anys 1970, i aprovada la Constitució de 1978, la Llei General de Sanitat de 1986 va iniciar el procés de transformació del sistema de Seguretat Social en un model tipus Sistema Nacional de Salut, definit al seu article 44.2 com “*el conjunt dels serveis de salut de la administració de l'estat i dels serveis de salut de les Comunitats Autònomes (CCAA) en els termes establerts per la present llei*” identificant com a principis fonamentals i fundacionals: la universalitat en l'accés, la descentralització de la gestió, l'equitat en l'accés als serveis i prestacions, el finançament públic i la participació social (Boletín Oficial del Estado, 1986).

De manera progressiva, el sistema sanitari va evolucionar des d'un model que delimitava l'accés a les prestacions sanitàries en funció de l'aportació econòmica al fons estatal de Seguretat Social i del grau d'ocupació laboral o acreditació de funcionariat de l'estat, a un model finançat per impostos generals, de cobertura i recaptació universal que permetia estendre l'abast de les prestacions fins a un 99,5% de la població d'aquell moment gràcies a la intervenció de l'administració de l'Estat com a finançador compensatori per aquelles persones que no es trobaven en disposició d'aportar impostos a través de la renda o del fons de Seguretat Social. Cal destacar, junt amb aquesta llei de 1986, la reforma fiscal que la va acompanyar amb el propòsit de casar aquest increment en el finançament públic del sistema de salut per garantir l'oferta de prestacions i cobertura que introduïa amb la recaptació estatal dels impostos que el finançarien (Boletín Oficial del Estado, 1987). Això també suposava vincular la recaptació pública al nivell de renda estatal o a la capacitat de expedir deute públic al mercat financer. Aquesta reforma sanitària aconseguiria situar el percentatge d'inversió pública en salut d'aleshores fins al 78% de la despesa total en salut a l'Estat espanyol, segons dades de l'Organització per a la Cooperació i el Desenvolupament Econòmic (OCDE, 2011), i coexistir amb un important sector d'assegurances de figura jurídica privada, que encara avui es manté. De fet, a data de 2010, el sistema privat de salut cobria, en xifres aproximades, un de cada cinc ciutadans de l'Estat (incloent treballadors a través de contractes col·lectius o les mutualitats dels treballadors públics o alt funcionariat de l'estat), segons dades de UNESPA (Associació Empresarial de l'Assegurança, 2010). Això, per una banda, ha permès una disminució de la pressió de demanda dels serveis sanitaris en l'àmbit públic, però per l'altra ha possibilitat estratègies de trasllat de costos del sector assegurador privat al públic.

Mitjançant el traspàs competencial, la Llei General de Sanitat (1986) també va atorgar a les Comunitats Autònomes la responsabilitat exclusiva de l'organització dels seus serveis de salut, creant progressivament una estructura d'organització i gestió sanitària marcadament descentralitzada que es va iniciar al 1983 amb la creació del Servei Basc de Salut/ Osakidetza, i va concloure l'any 2001 amb la constitució del Servei Càntabre de Salut i amb la culminació del procés de transferència de la ASSS a les CCAA a l'any 2002.

Aquesta estructura estatal centralitzada no va anar acompanyada d'un disseny institucional acord amb les necessitats de govern del SNS, de manera que, a la pràctica, aquest SNS no va anar més enllà de la suma de les actuacions dels diferents Serveis Regionals de Salut i dels acords adoptats per unanimitat al Consell

Interterritorial del SNS. Aquest últim és l'òrgan permanent de coordinació, cooperació, comunicació i informació dels Serveis de Salut amb l'Administració general de l'Estat, que té com a finalitat promoure la cohesió del Sistema Nacional de Salut garantint de manera efectiva i equitativa els drets de la ciutadania en tot el territori de l'Estat. Aquest dèficit de govern de l'Estat respecte el SNS, tanmateix, s'ha manifestat en importants mancances, tant d'eficiència com d'equitat entre territoris (Repullo i Freire, 2009). Dades il·lustratives d'això en l'actualitat encara serien el diferencial de fins a 600€ en la inversió pública per habitant en salut respecte les CCAA a l'Estat (Fundación BBVA, 2015). Aquesta feblesa es va intentar pal·liar amb la llei 16/2003 de Cohesió i Qualitat del SNS (BOE, 2003), que recull tant l'objectiu d'igualtat efectiva i de qualitat en la prestació dels serveis en tot el territori de l'Estat, com el principi de coordinació i cooperació de les administracions públiques per tal de superar les desigualtats en salut. La llei esmentada defineix sis àmbits de col·laboració entre Estat i CCAA: prestacions del sistema, farmàcia, professionals, investigació, sistema d'informació i qualitat. El seu desenvolupament ha permès alguns avenços en la coordinació del sistema, en particular l'aprovació el 2006 del primer Pla de Qualitat del SNS 2006-2010, o els acords del Consell Interterritorial del SNS del 18 de març de 2010, aprovats en un entorn de crisi econòmica, i que plantegen 24 mesures per garantir la coordinació i sostenibilitat del sistema (Ministerio de Sanidad, 2006).

Tot i el ventall d'iniciatives legislatives que s'apliquen per acompanyar el canvi de model sanitari arreu de l'Estat, les dades d'inversió pública a l'Estat Espanyol en termes de Producte Interior Brut (PIB) són inferiors a la mitjana de l'Europa dels quinze (països membres de la Unió Europea amb similar nivell de desenvolupament econòmic respecte l'Estat espanyol), situant-se en un percentatge del 6,5% a l'any 2008, primer any de recessió econòmica, respecte la mitjana de 7,3% de la UE-15 i quedant-se, tal i com es mostra en la Taula 1, estancada des de llavors:

Taula 1. Percentatge del PIB destinat al finançament públic de la salut a l'Estat espanyol, 2003-2012, %

2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
5,73	5,80	5,88	6,01	6,10	6,51	7,20	7,17	6,93	6,67

Font: elaboració pròpia a partir de les dades de l'Eurostat (consulta 25 de febrer de 2015).

Així mateix, les xifres en despesa pública sanitària per habitant també se situen a la cua del grup segons dades de l'administració comunitària europea (Eurostat, 2011) i, tal i com es mostra en la Taula 2, van deixar de créixer i fins i tot retrocediren a partir de l'esclat de la crisi econòmica l'any 2008:

Taula 2. Despesa anual en salut per habitant a l'Estat espanyol, 2003-2012, Euros.

2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
1,526.54	1,625.13	1,740.68	1,878.99	1,996.25	2,126.00	2,172.94	2,170.14	2,117.61	2,043.44

Font: elaboració pròpia a partir de les dades de l'Eurostat (consulta 25 de febrer de 2015).

Un altre tret característic del SNS és, en el context descrit, la forta innovació organitzativa esdevinguda en les últimes dècades, la qual s'ha substantivat en quatre línies estratègiques:

- a. El desenvolupament d'estratègies gerencialistes mitjançant la introducció de contractes programa i contractes de gestió als serveis regionals de salut, unit al desenvolupament de la gestió clínica i de processos.
- b. La transformació en empreses públiques dels serveis de salut de varies CCAA davant la seva caracterització habitual d'organitzacions subjectes a dret públic, encara que amb personalitat jurídica pròpia.
- c. La dotació de personalitat jurídica individual a hospitals i centres sanitaris nous mitjançant diferents fórmules, fonamentalment empreses públiques, fundacions públiques i consorcis.
- d. El desenvolupament de formes de contractació externa o gestió indirecta de la atenció sanitària pública amb proveïdors privats comercials mitjançant fórmules de concessió administrativa d'atenció a tota la població d'una àrea de salut. Aquestes fórmules de finançament públic via administració sanitària amb vigències de concessió de fins a 30 anys s'estan desenvolupant de manera característica a comunitats com Madrid, València o Catalunya amb diferents experiències en curs (Martín i López del Almo, 2011).

En definitiva, es desenvolupen al llarg de les últimes tres dècades sistemes variats d'associació públic-privada de la gestió i provisió de la sanitat de manera paral·lela a l'exercici estrictament públic (de servei, finançament i patrimoni) de l'oferta de l'atenció sanitària tant a nivell d'assistència primària com especialitzada. Això possibilita, mitjançant la mateixa Llei General de Sanitat, l'entrada d'entitats de titularitat privada i d'estatut jurídic divers al cercle d'oferta sanitària arreu del territori (Erviti i Leiva, 1995), així com l'entrada en vigor de manera paral·lela de legislació que avala la separació o desvinculació del finançament dels serveis de salut respecte les vies de provisió d'aquest serveis a efectes de l'àmbit que respecta Catalunya (Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, 1990).

Aquest fenomen obre la veta del debat sobre si la viabilitat del model públic de salut en les seves condicions d'ençà que es va aprovar la LGS al 1986 és vigent, o per contra, la liberalització d'aquest servei pot garantir la seva eficiència, amb partidaris i detractors, respectivament. Trobem, d'una banda, una part de la literatura que alerta del perill de ponderar les decisions polítiques en base a criteris exclusivament econòmics (Rovira, 2004), així com revisions sistemàtiques que posen en entredit l'estreta vinculació entre eficiència i ampliació de l'oferta sanitària a l'àmbit empresarial i estudiant experiències empreses en altres territoris d'àmbit europeu en les que els resultats no han estat concloents pel que fa la hipòtesi de millora de la gestió indirecta respecte la gestió directa de l'administració pública (Basu et al, 2012). Apareixen altres veus que revisen la relació entre titularitat del servei i resultats econòmics i en termes de salut (Herrera et al, 2014) sol·licitant una permanent actualització en la investigació d'aquest fet per monitoritzar de manera acurada els efectes que poden tenir **ambdues opcions. De manera sintètica, doncs, trobem diferents versions sobre l'adequació de la gestió pública o privada, però en tots els casos reclamant una permanent actualització i estudi dels resultats de les diferents formules instaurades al sistema per tenir-ne dades objectives que puguin corroborar o desmentir les hipòtesis al voltant d'aquest debat.**

Aquest últim apunt posa de manifest la vital importància d'explorar i emprendre estudis sobre el grau d'incidència pràctica, tant en la inversió pública com en l'accés als serveis sanitaris, d'aquelles tecnologies, modalitats d'assistència o gestió, reformes legislatives o polítiques econòmiques que resultin influents en l'àmbit assistencial, tal com s'apunta des d'alguna revisió científica que promou el concepte de desinversió sanitària com a mesura de sostenibilitat estructural (Peiró, 2014).

Referent al debat sobre la inversió en major o menor mesura a nivell públic en l'àmbit sanitari, s'han realitzat diversos estudis pels quals les projeccions de la inversió pública en salut a nivell espanyol per a les properes dècades mostren o deixen entreveure dos aspectes a destacar: en primera instància, que el creixement de la despesa sanitària pública respecte el PIB serà, amb tota probabilitat, inferior al creixement continuat que presentava en intervals anuals anteriors al 2008; i en segon lloc, l'augment de la proporció del PIB destinat al finançament sanitari dependrà, en major mesura, del ritme d'augment dels anomenats factors endògens, més dependents de la gestió, tals com els preus relatius als inputs, el canvi tecnològic, les noves prestacions, la major utilització de serveis, l'augment de la intensitat de recursos per acte mèdic o assistencial o les variacions demogràfiques de la població (OCDE, 2013).

Què pot suposar això, segons aquestes projeccions? Aquesta situació pot sotmetre el Sistema Nacional de Salut (SNS) a considerables tensions i al risc d'un deteriorament clar de l'oferta de serveis sanitaris públics, i inclús a un procés de privatització accelerada dels mateixos, com ja succeeix en algunes Comunitats Autònomes (CCAA). És per tant previsible, afirmen alguns autors, que les severes restriccions pressupostàries suposin un deteriorament, tant en la inversió en tecnologies, com en les rentes dels professionals sanitaris, així com en les polítiques orientades a corregir les desigualtats socials en salut (Puig-Junoy et al: 2004 i Anh et al: 2005). És en relació a aquest últim apartat on centrarem l'exposició de les últimes reformes legislatives empreses pel govern de l'Estat espanyol en l'escenari de crisi econòmica plantejat anteriorment, no abans sense posar de relleu, altra vegada, l'estreta relació que s'estableix entre el nivell de creixement econòmic del país i la seva disposició de fons públics destinats a partides de sanitat.

2.1.1. Successió de reformes político-econòmiques a partir de l'any 2008

D'ençà de l'any 2008, les exigències dels mercats financers i les institucions internacionals van accelerar la reestructuració dels dictats econòmics de diferents països. Això, políticament, s'ha vist traduït en vàries reformes, una de les quals és, a l'Estat espanyol, la modificació constitucional l'any 2011 que redefineix l'ordre de prioritats de pagament del gruix del deute i reducció del dèficit comptable de les administracions de les comunitats autònomes i de l'Estat (Boletín Oficial del Estado, 2011).

A partir de 2011, la dotació econòmica designada a través dels ens polítics de decisió envers el CatSalut (Servei Català de la Salut) es veu reduïda en un 6,45% del seu pressupost anual (Generalitat de Catalunya, 2012). Es parla d'un escenari present i futur de reforma de les institucions i sistema sanitari subjacent a les condicions de finançament públic, posant en entredit els fonaments pels quals s'havia regit fins aleshores, posant llums i taquígrafs sobre els condicionants de l'actual situació i demanda social dels serveis sanitaris, tals com l'envelliment progressiu de la població, l'increment de la cronicitat, uns estils de vida poc saludables i les majors expectatives de la població pel que fa qualitat de vida (Peiró i Barrubés, 2012), i situant les administracions públiques en una nova disjuntiva.

De manera paral·lela, l'abril de 2012 entra en vigor un Reial Decret Llei (RDL) 16/2012 (Boletín Oficial del Estado, 2012) tramitat pel govern de l'estat espanyol, i amb afectació directa a les bases legislatives autonòmiques, pel qual s'introdueixen canvis en tres eixos de les polítiques sanitàries (els objectius de les quals són incrementar els recursos financers del sistema públic, controlar la despesa, i augmentar l'eficiència) (Gallo i Gené-Badia, 2013):

a) Polítiques destinades a canviar el nivell de contribució al sistema sanitari públic

En primer lloc, el govern central introdueix modificacions fiscals per mitjà de l'increment del Impost sobre el Valor Afegit (IVA) en productes i taxacions sanitàries, sense definir específicament si aquest increment anirà destinat al sistema sanitari.

En segon lloc, cal fer esment de les constriccions pressupostàries esdevingudes en els últims tres anys relatives a salut, tan a nivell nacional com autonòmic. L'any 2012 i 2013 el govern central disminueix les partides destinades a salut en un 13,7 i 22,6%, respectivament. Cal afegir, no obstant, que és competència principalment regional la provisió de serveis de salut als territoris i també la gestió i desplegament dels recursos pertinents. En termes globals (Estat espanyol), les disset comunitats autònomes varen distribuir un total de 56.740 milions d'euros en despesa sanitària l'any 2012, acumulant una reducció de fins el 5% sobre el total respecte el 2010.

Finalment, en referència de manera específica a les mesures adoptades en el RDL, s'han produït canvis substancials en els cobraments per ús d'alguns serveis. És el cas dels productes farmacèutics, als quals s'hi aplica una taxa

extraordinària calculada segons barems i nombre d'adquisicions, que actua com a complement del preu ja assumit per l'administració prèviament. A aquesta modalitat se l'anomena col·loquialment *copagament farmacèutic*. Dos detalls resulten importants quant a aquesta modificació. Per una banda, vinculant aquesta taxa al nivell de renda, el legislador (govern central en aquest cas) presenta la modificació com una aplicació de progressivitat fiscal. Per altra banda, no queda clar quina quantitat es preveu obtenir a través d'aquesta mesura ni quin nombre de medicaments o grups de població s'hi veuran afectats.

b) Polítiques destinades a modificar el volum i qualitat dels serveis del sistema sanitari públic

La despesa pública en sanitat està àmpliament condicionada per la cartera de serveis que cobreixen les seves administracions i organitzacions provadores, i per analogia, al gruix de població al qual garanteix aquesta oferta. En aquest sentit, el RDL redefineix aquesta cartera de serveis, del que en destaca un apèndix anomenat "cartera comuna" i que té abast estatal. Aquesta cartera se subdivideix en tres paquets: bàsic, suplementari i secundari. El paquet bàsic de serveis es refereix a tots els productes i serveis disponibles a la gent assegurada (per l'administració) i als seus beneficiaris. El segon paquet fa esment a tots aquells serveis que consten d'alguna fórmula de compartiment de la despesa entre administració i usuari benefactor, tals com medicaments o productes ortopèdics i dietètics. I en tercer lloc, el paquet secundari implica altres serveis i productes en gran mesura coadjuvants, per als quals el copagament encara resta per definir i estipular.

En un futur, segons aquesta iniciativa legislativa, medicació específica i serveis del tipus "no urgents" com ambulàncies, determinats productes farmacèutics d'administració hospitalària, cadires de rodes, pròtesis, o tractaments de VIH podrien quedar exclosos del finançament públic.

Una segona agrupació de serveis queda definida com a complementària, i fa referència a aquelles prestacions i productes definits per les administracions regionals i que queden a expenses de ser coberts per aquestes amb recursos autonòmics, com són els tractaments de fertilitat o la cirurgia de reassignació sexual, entre d'altres. Algunes fonts mostren la disparitat d'accés (en la ubicació geogràfica dels centres especialitzats o en els requisits, per exemple)

o l'infrafinançament d'aquest tipus de serveis entre comunitats autònomes arreu de l'espai territorial estatal (De Antonio et al, 2012). Exemple d'això és l'exclusivitat de parelles heterosexuales estèrils com a requisit per optar al procés d'atenció en tractaments de fertilitat en la xarxa sanitària d'utilització pública, segons estableix el protocol del Departament de Salut (Generalitat de Catalunya, 2011).

Quines novetats presenta, aleshores, aquesta legislació respecte la prèvia? D'entrada, observem que *un nombre de serveis i productes originàriament coberts públicament (per tant, assumits íntegrament per mitjà de l'aportació de l'Estat) en el moment d'ús ja no esdevenen exempts de taxes des del moment en què s'inclouen tan en el paquet secundari com al suplementari. Ambdós paquets suposen un tipus de copagament implícit respecte els seus serveis adscrits. Aquest és un canvi significatiu pel que fa al volum de cobertura pública de serveis sanitaris.*

En segon lloc, aquest RDL redefineix qui queda disposat a dret de cobertura sanitària i qui no (Boletín Oficial del Estado, agost 2012). Abans de la seva tramitació, tota persona resident al territori espanyol era dipositària del dret de cobertura i atenció sanitària –cobertura universal- indistriablement del seu origen o estatus legal. El decret relaciona explícitament la cobertura sanitària amb la contribució al sistema de finançament, i estableix dues categories de nova implantació que substitueixen el concepte de *residència*, i que es descriuen com assegurat/da (aquella persona que paga o ha pagat algun tipus de contribució al sistema a través de la Seguretat Social) i els (seus) beneficiaris (cònjuges i joves d'edat inferior als 26 anys). Això suposa que joves d'edat per sobre dels 26 que no hagin cotitzat o que no estiguin inserits en el mercat laboral de manera formal, i persones immigrants en situació administrativa no regularitzada queden exclosos, segons aquest precepte, del dret de cobertura universal dels serveis sanitaris tipificats en els paquets descrits al Decret Llei. Aquest, a la vegada, també conté un reguitzell de mesures destinades a prevenir l'ús extralimitat del serveis de salut per part de estrangers visitants a l'estat espanyol.

c) Polítiques d'afectació de costos del sistema sanitari públic

Una de les principals línies polítiques de reducció de la despesa pública en sanitat ha recaigut en la reducció de les condicions laborals i salarials dels professionals del sector. Respecte això, s'han aplicat mesures tant a nivell nacional com regional.

A efectes de l'Estat espanyol, entre les accions més importants cal destacar una reducció salarial del 7,1% de mitjana, una reducció de les hores de representació sindical i de vacances, i un augment en el nombre d'hores de treball (de 35 a 37,5h) per setmana en personal d'atenció primària.

A nivell autonòmic, Catalunya – principalment el Servei Català de la Salut, a través del seu proveïdor, Institut Català de la Salut (ICS) – ha restringit els suplementos salarials com l'exclusivitat, la docència, la dedicació complerta, les substitucions, els reforços de personal, l'activitat de tarda i les hores extraordinàries. A més, el col·lectiu mèdic i d'infermeria han experimentat un endarreriment en el pagament dels objectius de desenvolupament professional i una reducció del 50% en incentius vinculats a l'assistència (DPO – Direcció per Objectius) (Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, 2012).

Altres mesures instaurades a través d'aquest Reial Decret Llei tenen com a fil comú l'augment de l'eficiència dins les estructures del sistema sanitari, incloent-hi la centralització de la compra de subministraments, l'estalvi energètic, l'adequació dels envasos farmacèutics, i la congelació de preus per determinats medicaments. Encara una altra mesura o criteri d'eficiència introduït és la menció específica que fa el RDL al criteri de cost-efectivitat en la decisió o empresa de programes i serveis finançats públicament.

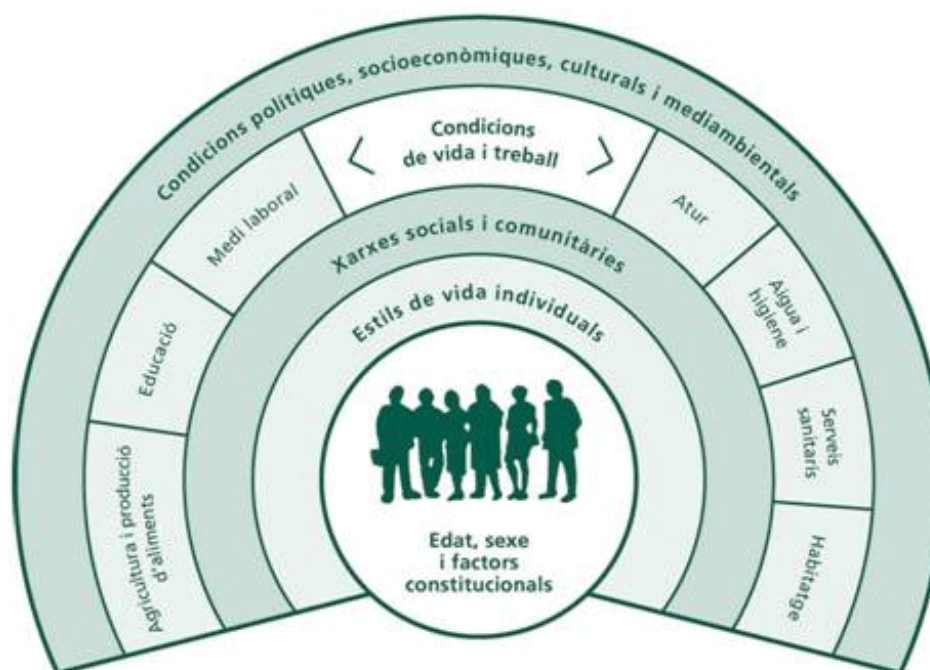
En termes generals, els canvis legislatius de més rellevància dels darrers dos anys exposats en aquestes línies tenen un impacte en l'assegurança pública i la seva població diana, en quins serveis són coberts pel sistema públic, en quin nivell de repartiment de costos entre administració i població respecte algunes prestacions, i en l'afectació de condicions laborals i de treball dels professionals del sector.

L'adaptació a l'entorn social, econòmic i polític es revela com una prioritat de la sanitat en tant que la interacció entre aquests espais determina en gran mesura el nivell de necessitat i demanda que generarà als serveis d'atenció i assistència.

2.2. Context Socio-sanitari

Cal situar el sistema sanitari i els seus serveis d'abast públic com eix central del que Lalonde (1974) descrivia dècades enrere com l'*organització dels sistemes de salut*, darrer dels quatre epígrafs que conformen els determinants de la salut, categories utilitzades per descriure els principals factors d'influència sobre la salut de les persones i les poblacions i que anys endavant serien actualitzats per Dahlgren i Whitehead (Figura 1).

Figura 1: Model de determinants de la salut de Dahlgren i Whitehead, 1991. Modificat per l'ASPB.



Font: Agència de Salut Pública de Barcelona (Consultat 24 febrer 2015).

El funcionament i organització d'aquests sistemes és característicament complex si ens atenem a la quantitat de gent a la qual atenen, i la diversitat d'espais, territoris i graus de coneixement i especialització que els conformen. Aquesta complexitat dificulta en gran mesura l'obtenció d'una lectura nítida i clara de les funcions que realitza i de la correcta gestió dels seus recursos i persones. Malgrat les dificultats, resulta d'especial importància establir mecanismes i dispositius d'estudi d'aquests

fenòmens amb l'objectiu de preservar o potenciar allò establert en la carta de drets i deures dels ciutadans en relació a la salut i l'atenció sanitària (Generalitat de Catalunya, 2002), i així assistir aquelles persones que pels motius que sigui puguin precisar de l'atenció necessària en qualsevol moment, tal com ja es ve advertint des d'instàncies polítiques internacionals referenciades a continuació.

Esdevé també d'especial importància en aquest context posar sobre la taula el paper dels determinants socials de la salut, definits segons la mateixa Organització Mundial de la Salut (OMS), com les circumstàncies en què les persones neixen, creixen, viuen, treballen i envelleixen, inclòs el sistema de salut. Aquestes circumstàncies són el resultat de la distribució desigual dels diners, el poder i els recursos a nivell mundial, nacional i local, la qual depèn al seu torn de les polítiques adoptades (Marmot et al, 2012).

Els determinants socials de la salut expliquen la major part de les desigualtats sanitàries, és a dir, les diferències injustes i evitables observades en i entre els països pel que fa a la situació sanitària. L'estat de salut de les poblacions, doncs, segueix un gradient social (World Health Organization, 2012).

Existeixen diferents marcs conceptuals que intenten posar en evidència els factors socials que tenen relació amb la salut i les desigualtats en salut de les poblacions.

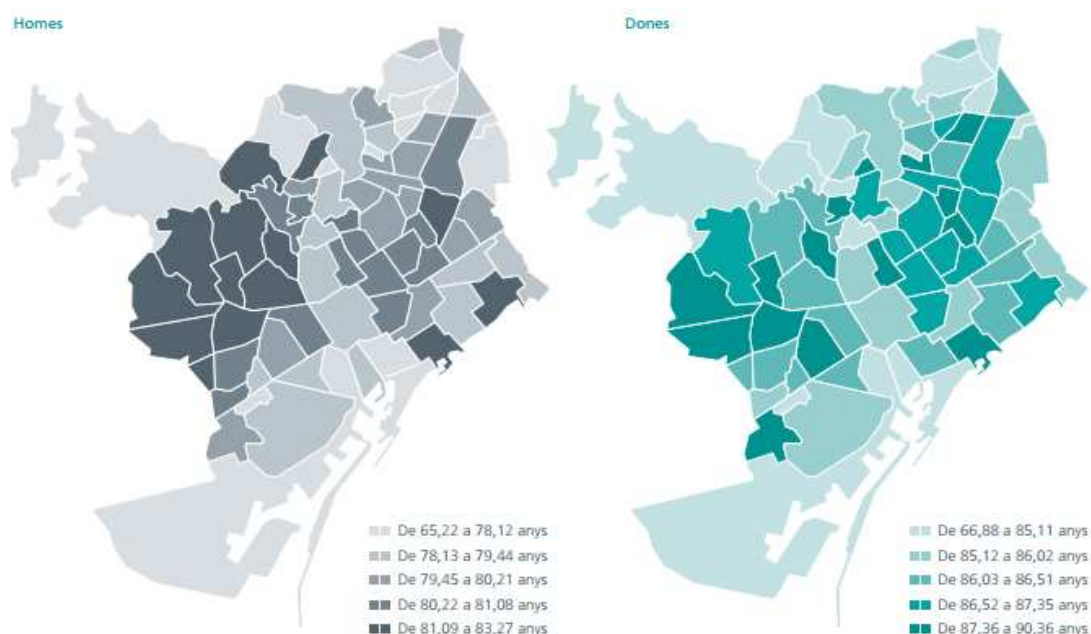
Figura 2: Model de determinants de la salut i desigualtats en salut a les àrees urbanes.



Font: Elaborat pel projecte Ineq-cities: <https://www.ucl.ac.uk/ineqcities> (Borrell et al, 2013). Consultat a 24 de febrer 2015.

El marc conceptual de la figura 2 intenta descriure els factors relacionats amb la salut i les desigualtats en salut a les àrees urbanes. Mostra representativa d'això a casa nostra és l'existència de desigualtats en l'esperança de vida a la ciutat de Barcelona, segons la situació socioeconòmica i l'àrea de residència, de manera que les persones de nivell socioeconòmic baix i residents en àrees amb més privació socioeconòmica en presenten una més de més baixa. Segons algunes dades disponibles, aquestes desigualtats persisteixen (Rodríguez-Fonseca et al, 2013) i en algun cas tendeixen a augmentar els darrers anys, establint-se notables diferències entre districtes i barris pel que fa l'esperança de vida (figura 3).

Figura 3: Esperança de vida en homes i dones als barris. Barcelona, 2008-2012.



Font: Registre de Mortalitat de Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona. Consultat a 24 de febrer 2015.

Així, per exemple, destaca Nou Barris amb una variació d'aproximadament 8 anys entre els barris amb menys i més esperança de vida. En aquest sentit, destaquen alguns barris amb una esperança de vida en homes molt per sota del global de la ciutat, com la Marina del Prat Vermell (amb un valor extrem atesa la inestabilitat de les dades per la poca població del barri, situat a Sants-Montjuïc), els barris de Torre Baró, Can Peguera i la Trinitat Nova (a Nou Barris), el Baró de Viver (a Sant Andreu), el Raval i la Barceloneta (a Ciutat Vella) i Montbau (a Horta-Guinardó), amb menys de 76

anys d'esperança de vida de mitjana. Per contra, els homes dels barris de Pedralbes (a Les Corts) i les Tres Torres (a Sarrià – Sant Gervasi) presentaven els valors més alts d'esperança de vida, de més de 83 anys. També en dones existeixen desigualtats en l'esperança de vida segons els barris, i malgrat que aquestes diferències són, en general, menors que les observades en els homes, destaquen Nou Barris, Horta-Guinardó i Sarrià – Sant Gervasi com els districtes amb variacions en els barris properes als 8 anys.

Com casen aquests condicionants socials de salut amb l'aplicació de les reformes en curs descrites a l'apartat anterior? Alguns autors sostenen que les crisis econòmiques contribueixen a empitjorar l'estat de salut de la població en termes de disminució de capacitat adquisitiva i pertinent accés a béns i serveis de primer ordre, així com de precarització dels estils de vida (Dávila i González, 2009).

Per visualitzar aquesta tendència a escala més longitudinal, observem en les dades de l'Eurostat (figura 4), a partir de l'any 2011, una disminució lleugera però indicativa de l'esperança de vida en termes absoluts a l'Estat espanyol a partir de la introducció de la restricció pressupostària en l'àmbit de la salut.

Figura 4: Esperança de vida en termes absoluts al néixer (2007-2012).

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
European Union (28 countries)	:	:	:	71.4	71.6	71.6
European Union (27 countries)	69.9	70.8	71.0	71.5	:	:
Spain	70.8	73.7	73.2	74.0	74.6	74.2

Font: Eurostat. *Health expectancy in absolute values at birth*. Consultat a 25 de febrer 2015.

Altres xifres a tenir presents, com la percepció subjectiva d'insatisfacció de necessitats d'ordre mèdic ens mostren, segons dades comunitàries, un augment del percentatge absolut del gruix poblacional entre els anys 2006 i 2012 (figura 5) i de grups focals particulars com la joventut compresa entre 16 i 29 anys (figura 6).

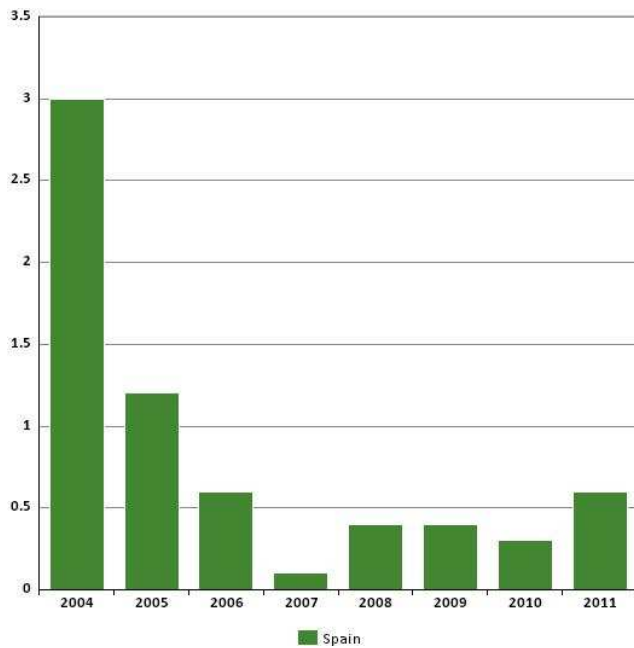
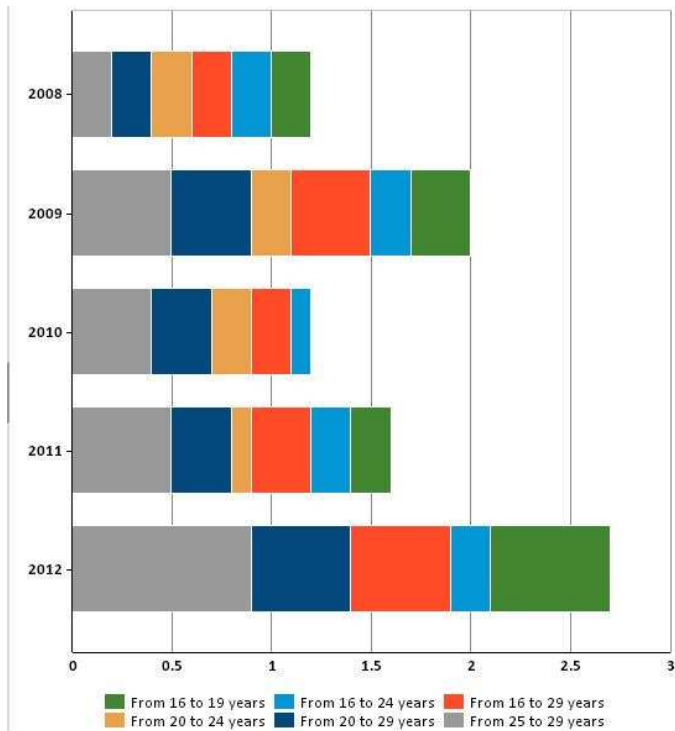


Figura 5: percepció subjectiva de insatisfacció de necessitats d'ordre mèdic per sexe, edat i motiu. Motiu: cost elevat, desplaçament econòmicament inaccessible o llista d'espera a l'Estat espanyol.

Font: Eurostat. *Self-reported unmet needs for medical examination, by sex, age and reason (%) -Too expensive or too far to travel or waiting list (Spain)*. Consultat a 25 de febrer 2015.

Figura 6: Percepció subjectiva de insatisfacció de necessitats d'ordre mèdic per edat. Motiu: cost elevat, desplaçament econòmicament inaccessible o llista d'espera a l'Estat espanyol entre joves de 16 i 29 anys entre els anys 2008 i 2012.

Font: Eurostat. *Self-reported unmet needs for medical examination, by sex, age and reason (%) -Too expensive or too far to travel or waiting list between youngsters (Spain)*. Consultat a 25 de febrer 2015.



Si aquesta situació es tradueix en un increment de la demanda sanitària derivada de factors sociodemogràfics (Brauna et al, 2013) com l'atur, amb una taxa del 24,47% al juliol de 2014 al conjunt de l'Estat espanyol i del 19,1% a Catalunya (Instituto Nacional de Estadística, 2014), combinada amb una desinversió o disminució de la prestació pública, l'escenari més plausible es preveu, a grans trets, d'incertesa respecte la garantia de drets sanitaris, i concretament, sobre les condicions d'accés als serveis

públics per part d'aquells col·lectius més desfavorits o proclius a la vulnerabilitat social i econòmica.

Dávila i González (2009) estableixen que les crisis econòmiques tenen guanyadors i perdedors, canvien les regles del joc institucional i els grups ostentadors del poder econòmic. Generalment, també solen fer variar la distribució de la renda i, per analogia, dels recursos posats a disposició de les comunitats polítiques o socials agrupades. Durant les crisis econòmiques, afirmen altres autors, augmenta la proporció de ciutadans/es en situació de vulnerabilitat social i econòmica o, dit d'una altra manera, aquells amb major exposició a diferents riscos deguts a algunes de les característiques socials compartides (Frohlich i Potvin, 2008), com la fragilitat en els vincles relacionals i la precarietat en la inserció laboral i conseqüent limitació d'accés a recursos; és a dir, augmenta la proporció de grups de població susceptibles d'experimentar un empitjorament en la qualitat de vida, per partir de condicions prèvies precàries o per estar ocupats en sectors més afectats per la recessió (Suhrcke et al, 2009).

Així doncs, Dávila i González defensen que els efectes de la crisi depenen fortament del context institucional i de la vertebració de la societat civil. Pel que fa al context institucional, insisteixen, l'estat del benestar, amb els seus mecanismes de protecció dels ciutadans/es, té un paper de inflexió sobre aquest fenomen. Donat que les polítiques socials i sanitàries afecten els principals determinants poblacionals de salut, tal com s'ha exposat anteriorment, l'extensió d'aquestes polítiques universals dirigides als grups més vulnerables s'associa a una millor salut global.

Quins factors destaquen entre aquests determinants i quina implicació tenen en la salut? La renda personal i familiar, així com la pèrdua d'aquesta, condiciona en gran mesura les pautes d'accés i distribució de béns com l'alimentació, les condicions de vida o la pròpia salut mental (Stuckler et al, 2013). És per aquests motius, afirmen Dávila i Quintana, que mai les polítiques socials resulten tan essencials i juguen un paper tan determinant com durant les crisis econòmiques. Adverteixen que el sector públic té un paper fonamental en les crisis, no només per les polítiques, sanitàries o no, sinó també per la capacitat de distribuir en el temps els efectes econòmics (plans d'inversió, dèficit corrent per enfrontar les polítiques socials i redistributives). Així doncs, la pròpia política econòmica té capacitat d'influència sobre l'estat de la salut de la població en funció de si endarrereix o accelera les vies de sortida de la crisi per mitjà dels instruments que disposi.

En aquest sentit, si examinem anàlisis d'altres realitats temporals, territorials, político-econòmiques, demogràfiques i poblacionals, trobem revisions que conclouen que, en les crisis econòmiques resulta imprescindible estudiar i projectar, amb anticipació i profunditat, la seva evolució en temps, espai i àmbits. Tal com s'ha descrit fins ara, els efectes de les crisis econòmiques depenen del punt de partida de l'economia i la política sanitària i social. S'assumeix doncs, que: la inversió social, en etapes d'intercrisi, constitueix la intervenció d'elecció per millorar la salut i els seus determinants i per mitigar els efectes sobre la salut que aquestes produeixen. Aquesta revisió (Hadad i Llanes, 2010), posa el focus d'atenció en tres elements bàsics en les seves observacions:

- a) En moments de crisi s'accentua la necessitat de l'administració pública de prendre protagonisme com a garant de la salut, les regulacions i el control; del Govern com a executor de les polítiques socials i econòmiques; del Ministeri de Salut en la identificació de necessitats, establiment de prioritats, assignació de recursos, disseny i conducció de les intervencions, seguiment i vigilància de la situació de salut, avaluació de resultats i impactes, coordinació entre els serveis i generalització de les bones pràctiques.
- b) La participació social, comunitària i intersectorial és encara més important en les etapes de crisi, quan es requereix d'una major capacitat per fer diagnòstics i anàlisi, definir prioritats i estratègies, involucrar amb autoritat els actors i exercir el seguiment i l'avaluació.
- c) Es reforça la importància de l'atenció primària de salut i el seu enfocament de promoció i prevenció, amb tecnologies efectives i de baix cost a l'abast de tots els ciutadans, com l'opció d'elecció en l'enfrontament i recuperació de la crisi pel que fa a la salut.

Altres casos estudiats, significatius de menció, són els de Rússia i Finlàndia. Arrel de la desintegració del règim soviètic i de la posterior posada en marxa d'estratègies de teràpia de xoc orientades a incorporar aquests territoris al predominant sistema capitalista, afirmen Dávila i Quintana novament en la seva revisió, molts dels països europeus del bloc oriental van patir un augment considerable de la mortalitat, amb xifres d'augment de la mortalitat estandaritzada del 30% i una reducció de 6 anys de mitjana en l'esperança de vida a Rússia (Notzon, 1998).

Com a contrapunt a Rússia, la veïna Finlàndia va patir una severa recessió econòmica en aquells mateixos anys (1990-94), amb un augment de l'atur del 2 al 18%. No obstant això, no va acusar d'igual manera, en termes de salut, els efectes de la seva veïna Rússia, car durant la crisi va disminuir el consum d'alcohol, amb efectes positius sobre la mortalitat, varen disminuir els suïcidis i les temptatives i es va reduir el gradient socioeconòmic de la mortalitat. Les prestacions de l'estat del benestar en matèria de política de protecció social van esmorteir els efectes de la crisi (Valkonen et al, 2000), mentre que la desintegració institucional a Rússia els va agreujar.

Aquestes efemèrides consoliden la idea del paper crucial que juguen, tant els determinants socials de la salut com l'acció política subjacent, en els efectes sobre la salut i els sistemes sanitaris que tenen els períodes de crisi econòmica (Lundberg et al, 2008).

2.2.1. Ítems d'accés als sistema públic de salut

Quant als indicadors concrets d'accés a la salut en situacions de crisi econòmica, centrarem l'estat de la qüestió en els tres ítems d'estudi: **cobertura bàsica universal, llistes d'espera per intervenció quirúrgica programada, i copagament farmacèutic.**

En referència a aquest últim, trobem revisions recents en l'àmbit europeu, i concretament en indrets on la recessió econòmica ha fet estralls, com és el cas de Grècia, on de l'estudi de les reformes del finançament públic i l'aplicació del copagament farmacèutic en escales semblants a les de l'Estat espanyol, en resulten conclusions de l'ordre de:

- Malgrat presentar xifres positives respecte la reducció de la demanda de productes farmacèutics i, per tant, reforçar la idea de contenció de la despesa en farmàcia del sistema sanitari públic, la crítica respecte l'assumpció compartida del cost dels medicaments diu que això podria actuar com a element dissuasori a l'hora d'atendre cures, assistències o tractaments imprescindibles, majoritàriament en persones amb baixos ingressos, amb implicacions en l'equitat del finançament públic. A resultes d'això, les consultes de gent amb malalties cròniques a les Organitzacions No Governamentals (ONG's) d'ajuda humanitària i altres entitats d'ajut social s'han vist incrementades, amb xifres de l'ordre d'un 23% d'increment segons Metges del Món.

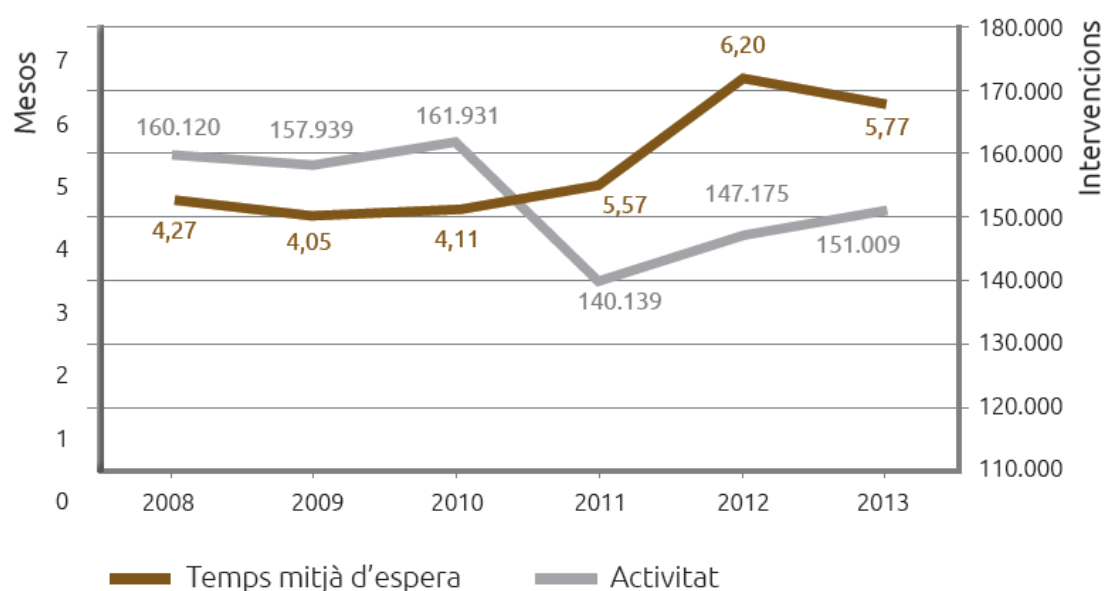
Els principals arguments que al·leguen són manca de recursos per fer front als costos dels tractaments mitjançant les noves fórmules de copagament (Zafiropoulou et al, 2014).

Al mateix temps, el cost compartit mostra un grau d'incertesa respecte l'impacte en la contenció de costos. La demanda de despesa farmacèutica està impulsada principalment per part del proveïdor, i les polítiques podrien mostrar-se més eficaces si es centressin en el costat de l'ofertor. Si el sistema està dissenyat per evitar el sobre consum de productes, ha de procurar alhora evitar la infrautilització de medicaments essencials, especialment els destinats a grups de risc o de situació de vulnerabilitat socioeconòmica (Siskou et al, 2014). En aquest sentit, la Comissió Regional de l'OMS ha fet esmena repetida i insistent als estats membres respecte la creació de sistemes de monitoratge dels canvis i polítiques aplicades en els darrers anys per avaluar les reformes en els serveis sanitaris i articular respostes econòmiques i polítiques encaminades a pal·liar els efectes negatius que la crisi econòmica pot estar produint en la salut i les condicions de les seves respectives poblacions (Economou et al, 2014). Resulta d'especial interès determinar en quin grau poden esdevenir-se efectes semblants o concomitants al nostre territori.

De retorn a la conjuntura pròpia catalana, pel que fa a l'evolució dels **temps d'espera per a la pràctica d'intervenció quirúrgica** a través del servei sanitari públic, entre els anys 2008-2013, amb consideració del context econòmic i polític de crisi descrit en apartats anteriors i en base a la cartera de serveis del Servei Català de la Salut en vigència (Boletín Oficial del Estado, 2006), s'observen variacions respecte els anys d'inici de la crisi, i els anys immediatament posteriors a la posada en marxa de les reformes d'impacte en polítiques de salut descrites (Figura 4).

Figura 4: Activitat quirúrgica programada i temps mitjà d'espera per als catorze procediments garantits, 2008-2013.

Activitat quirúrgica programada i temps mitjà d'espera per als catorze procediments garantits, 2008-2013



Font: CatSalut

Font: CatSalut.

Les operacions quirúrgiques programades (no urgents o sense risc vital) són les que tenen un temps màxim d'espera garantit, és a dir, que el sistema sanitari públic hauria de proveir la intervenció abans d'aquest temps d'espera màxim que actualment està fixat en sis mesos.

El canvi de tendència en el volum d'intervencions esmentat ha tingut un impacte negatiu en les llistes d'espera. En els darrers anys, el temps d'espera de les persones que han estat intervingudes ha augmentat considerablement. Els terminis per als catorze procediments amb períodes garantits ha passat de 4,3 a 5,8 mesos entre 2008

i 2013, i ha estat lleugerament inferior, de 5,6 mesos al juny de 2014. Aquest comportament s'observa també en el temps mitjà d'espera per a cada procediment (Figura 5).

Figura 5: Activitat quirúrgica. Procediments garantits, 2008-2013

Activitat quirúrgica. Procediments garantits. Diferències 2008-2013

	Temps mitjà d'espera, pacients intervinguts 2008 (mesos)	Activitat 2008	Temps mitjà d'espera, pacients intervinguts 2013 (mesos)	Activitat 2013	Variació activitat entre 2013 i 2008 (%)	Variació temps mitjà d'espera entre 2013 i 2008 (mesos)	Temps mitjà d'espera, pacients intervinguts (Juny 2014)	Activitat juny 2014
Cataractes	3,18	54.142	5,83	51.927	-4,1%	2,65	5,6	28.569
Varices	3,07	11.060	5,33	9.303	-15,9%	2,26	5,2	4.987
Hèrnies	2,99	15.066	4,71	13.544	-10,1%	1,72	4,9	7.121
Colecistectomies	2,96	10.022	4,68	10.610	5,9%	1,72	4,88	5.601
Artroscòpies	3,58	11.005	5,79	10.700	-2,8%	2,21	5,28	5.599
Prostatectomies	2,87	4.695	4,52	4.784	1,9%	1,65	4,37	2.609
Canals carpians	2,51	7.036	4,60	6.725	-4,4%	2,09	4,53	3.796
Amigdalectomies	4,11	6.083	6,28	5.786	-4,9%	2,17	5,71	3.199
Circumcisions	3,73	6.492	5,31	6.226	-4,1%	1,58	5,02	3.029
Pròtesis de maluc	4,19	7.188	6,99	7.237	0,7%	2,80	6,88	3.947
Pròtesis de genoll	4,12	9.584	9,55	8.340	-13,0%	5,43	9,38	4.944
Histerectomies	2,88	4.472	3,61	4.378	-2,1%	0,73	3,62	2.333
Galindons	4,11	9.920	7,09	8.640	-12,9%	2,98	7,12	4.441
Quists o sins pilonidals	2,57	3.355	4,44	2.809	-16,3%	1,87	4,19	1.582
TOTAL	4,27	160.120	5,77	151.009	-5,7%	1,5	5,64	81.657

Font: CatSalut. Informe Setembre 2014 sobre Determinants Socials i Econòmics de la Salut: Efectes de la crisi econòmica en la salut de la població de Catalunya. Observatori del sistema de salut de Catalunya (Agència de Salut Pública de Catalunya, 2014).

Aquestes tendències mostrades poden respondre a varies raons, com podrien ser l'augment de la demanda (casos susceptibles) d'intervenció quirúrgica o la reducció en la disposició de recursos d'intervenció (ja sigui via personal qualificat o via quiròfans). El seu seguiment i estudi pot ajudar a esvaire els dubtes que en sorgeixin i aportar més dades significatives.

Seguint els ítems d'estudi a realitzar, quant a la situació d'actualitat pel que concerneix a la **cobertura bàsica universal** d'accés als serveis públics, afegim alguns apunts de l'Informe SESPAS 2014 (Vázquez et al, 2014):

Entre els col·lectius i individus susceptibles de concórrer en situacions de dèficit sanitari trobem els immigrants no regularitzats administrativament i, un cop instaurat el Reial Decret Llei de reforma dels assegurats als serveis públics de salut, també aquells joves majors de 26 anys no beneficiaris d'assegurats i que no figurin a l'extracte de aportacions al sistema de seguretat social passen a quedar exclosos del sistema d'assegurança pública de cobertura bàsica universal.

A pesar de la importància i l'interès que genera l'assumpte, són encara escassos els estudis originals sobre l'impacte de la crisi econòmica i de les polítiques impulsades en aquest context sobre la salut i la atenció sanitària de la població a Espanya i Catalunya, i es centren en l'anàlisi dels canvis en el sistema sanitari i en alguns dels possibles efectes sobre la població en general. Els seus efectes específics sobre la població diana de les reformes impulsades i que exclouen de l'accés públic directe a les prestacions sanitàries ha estat objecte d'estudi molt limitat (Agudelo-Suárez et al, 2013).

No obstant això, pel que fa la població immigrant (entenent per immigrant tota aquella persona que resideix fora del país de naixement, ja sigui refugiat, sol·licitant d'asil, víctima de tràfic, estudiant, treballador i/o familiar, que puguin estar en situació administrativa regular o irregular, segons la definició que adopta l'OMS), disposem d'experiències examinades com és el cas novament de Grècia, on el seu context senyala un increment en les barreres d'atenció degut a la reducció pressupostària actual: un augment dels temps d'espera i de les dificultats d'accés geogràfic per tancament de centres i reducció de personal sanitari, així com la reducció de programes comunitaris i de serveis preventius dels quals aquest col·lectiu se'n beneficia característicament (Kentikelenis et al, 2012). Alguns estudis quantitius descriptius basats en enquestes a professionals assenyalen dificultats en l'atenció a aquest conjunt de població, mentre els pocs estudis qualitius amb població immigrant existents descriuen barreres tant en l'entrada al sistema de salut com en l'accés i la utilització dels serveis (com la insuficient provisió d'informació, llargues distàncies per accedir als centres i temps d'espera, i l'actitud del personal), així com també factors relacionats amb els propis immigrants (coneixement limitat de les prestacions,

dificultats per el pagament del transport o medicació, impossibilitat d'acudir als serveis en horaris coincidents amb la jornada laboral per les condicions de treball limitades, i per desconeixement de l'idioma) (Terraza-Núñez et al, 2010).

En aquest sentit, resultats preliminars d'un estudi qualitatiu sobre l'accés a serveis de salut assenyalen, per exemple, l'augment dels requisits exigits per obtenir la targeta sanitària i la exigència del pagament per l'atenció prestada inclús per a consultes d'urgència (Llosada et al, 2013).

Queda per avaluar, doncs, la incidència real i concreta en termes de nombre de persones i tipus de prestacions que seran expulsades del sistema, i en quines situacions derivarà aquest fenomen a nivell social i de salut a Catalunya **al llarg dels propers anys**.

Fan èmfasi en aquests aspectes diversos informes o estudis d'entitats no governamentals o de caire social com el recent Informe septennal FOESSA (Fundación FOESSA, 2014), l'estudi anual de l'Observatori de la Vulnerabilitat de Creu Roja (Creu Roja Catalunya, 2014) o dossiers com el recent impulsat per la Fundació Víctor Grífols de Bioètica (Fundació Víctor Grífols, 2014), en els quals es posen de relleu i de manera detallada les conseqüències sistèmiques de l'impàs econòmic i social, quins grups estan patint de manera més acusada i en quines formes la crisi econòmica, i quines formes de vulnerabilitat esdevenen en aquesta conjuntura respecte els indicadors i les condicions de salut de la població a nivell del territori de Catalunya.

2.3. Experiències comunitàries emergents en salut

Enmig de tot aquest procés de canvi, de reformes, de subordinació als condicionants polítics i econòmics, es precis veure quins processos o iniciatives nascudes al si dels mateixos actors participants i beneficiaris dels serveis públics de salut sorgeixen per tal d'incidir en l'estat de salut de la població i millorar-ne les condicions i capacitats, a la vegada que fan front a la situació de xoc politico-econòmic que pateixen els sistemes públics d'atenció.

Albert Jovell (2006) ens aporta algunes observacions sociològiques sobre la configuració del perfil de pacient al segle XXI i dels canvis que experimenta el sistema sanitari públic català en els darrers deu anys. Prenent com a referències autors com

Bauman (2006) o Beck (2006), l'autor presenta un conjunt de fenòmens relacionats amb el sistema sanitari que s'estan produint en aquests últims anys, que responen a la classificació de transicions sanitàries. Algunes d'aquestes transicions sanitàries determinants del canvi social són la demogràfica, l'epidemiològica, l'econòmica, l'educativa, la laboral, la tecnològica, la mediàtica, l'ètica o la política.

La rapidesa amb què s'efectuen aquests canvis, o la variabilitat amb què es desplacen dificulta en gran mesura la reacció dels agents sanitaris. Així, i segons els anàlisis d'aquests autors, les característiques més rellevants d'aquest impàs social es resumeixen en un augment del nivell d'alfabetització formal, major nivell d'educació reglada, augment de les necessitats d'atenció social i sanitària, escassa educació cívica en relació a l'ús dels béns públics, un canvi en la categoria de pacient a client i un accés a major informació mitjançant Internet. A l'Estat espanyol, continua Jovell, s'ha configurat un nou model d'usuari de la sanitat que condiciona els patrons d'utilització dels serveis sanitaris i augmenta la complexitat de l'enfocament de les visites.

Una complexitat que, de fet, està influenciada per unes condicions de pressió assistencial, difusió ràpida de noves tecnologies, escassa preparació dels professionals de la medicina en habilitats de relació i comunicació amb els pacients, major exigència dels usuaris, *burnout* dels professionals de l'atenció mèdica derivada dels aspectes anteriors, i unes elevades expectatives en la capacitat de resolució dels serveis de salut i en el benefici potencial dels avenços científics.

Des de la Fundació Biblioteca Josep Laporte, entre els anys 2001-2006 es varen emprendre estudis genèrics en pacients i usuaris de la sanitat amb l'objectiu de valorar la percepció i experiència d'aquests respecte el Sistema Nacional de Salut. Entre els estudis destacats hi figura un d'internacional anomenat *El Paciente del Futuro* (Picker Institute, Oxford 2001), que neixia amb el propòsit d'esbrinar quines particularitats es mostraven en les relacions ciutadania-serveis de salut i quins canvis es feien patents en el context social del moment per oferir propostes d'adaptació a les demandes. Aquest estudi conclouria amb uns resultats que indiquen que alguns dels trets característics del nou pacient tipus a Espanya eren: una exigència de tracte més personalitzat en la visita mèdica (major dedicació de temps i informació), la massificació com a problema de salut, la necessitat d'una millor relació metge-pacient, l'ús d'internet només valorat positivament com a instrument de gestió burocràtica i escassa atenció al tema dels drets dels pacients.

Arrel d'aquestes conclusions, des de la mateixa fundació s'inicia la promoció i suport d'iniciatives encaminades a donar resposta a aquesta demanda, com foren la creació de la *Declaració de Barcelona de les Associacions de Pacients*, el *Foro Español de Pacientes*, el *Fòrum Català de Pacients* o la *Universidad de los Pacientes*, amb ànim d'incrementar i oferir instruments d'alfabetització sanitària a la societat civil i als col·lectius sensibles a requerir-ne (Jovell, 2008).

Altres autores, com Angela Coulter, pionera en l'estudi de l'apoderament comunitari en salut, i forta defensora del model d'atenció integrada, suporten la idea de que la incorporació dels pacients ens els processos de decisió terapèutics i l'alfabetització sanitària reporten beneficis en termes indicatius de salut poblacional, i alhora ofereixen vies d'alternativa a les situacions d'ofegament econòmic dels sistemes públics de sanitat, a més d'oferir una perspectiva innovadora en el paper dels pacients respecte els seus propis mitjans de salut (Coulter, 2007).

Recollint la idea de model d'atenció integrada, diversos estudis i col·lectius sanitaris de l'àmbit català ja fa diversos anys que treballen, amb perspectiva de trobar metodologies o implantar models d'atenció de noves necessitats com la creixent taxa d'envelliment poblacional i la cronicitat que l'acompanya. Es posa en el punt de mira novament l'element de la corresponsabilitat de pacients i persones cuidadores en els processos d'atenció. La responsabilitat compartida del pacient, es declara, ha de concretar-se en una estratègia clara de foment de l'autocura ja que la majoria del temps és el propi pacient el que realitza el maneig propi dels seus processos de salut. S'han de promoure iniciatives com és el cas dels programes de Pacient Expert que, primer als Estats Units i Anglaterra i ara al nostre territori, s'estan concretant en diverses comunitats autònomes. Experiències com les desenvolupades a Catalunya, amb l'esmentat Programa Pacient Expert de l'ICS (Departament de Salut: Document definitori del Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat), així com l'escola de pacients d'Andalusia en són clars exemples. En el cas de Catalunya, s'observen alguns resultats preliminars positius en relació amb la satisfacció, el coneixement, les habilitats i la qualitat de vida dels participants del programa (Contel et al, 2011).

En aquest acostament esdevé d'especial interès analitzar críticament quin rol s'estableix entre l'aparició d'aquestes experiències i el context que les precedeix.

En anàlisis sociològics, algunes autores (Ezquerria i Iglesias, 2013) exposen les diferents concepcions de capital social com a concepte i element troncal de moltes experiències sorgides en els últims anys i que promouen un transvasament de

responsabilitat i participació entre les administracions públiques i les comunitats del si de la població com a resultat de la interacció dels tres actors protagonistes: les susdites administració pública i comunitat, i el mercat (aquest últim en forma de empresa amb fins lucratiu o capital financer).

Encunyant aquest concepte de capital social, Putnam l'atribuïa a la idea de comunitat i participació cívica, aquella en la que la ciutadania té un alt compromís cívic, on s'assumeix i s'actua com a subjectes polítics iguals, i que són capaços d'una elevada solidaritat, confiança i tolerància, i que es donen entre elles un fort impuls a l'associacionisme en la vida pública (Putnam, 1993). Per la seva banda, el sociòleg francès Bourdieu establia en relació al mateix capital social, que aquest està constituït per recursos potencials o actuals associats a la possessió d'una xarxa duradora de relacions més o menys institucionalitzades de coneixement i reconeixement mutu. Es tracta aquí, doncs, de la totalitat de recursos basats en la pertinença a un grup (Bourdieu, 2000). Aquesta segona perspectiva parteix de l'anàlisi del capital social com un mecanisme de reproducció de diferenciació social i de possibilitats econòmiques asimètriques i consistent en recursos desigualment distribuïts tant entre grups com en el sí dels mateixos, indistintament del sector sobre el qual actua

D'aquesta manera, l'evolució observada per Ezquerria i Iglesias durant un període de l'etapa de crisi econòmica que ens ateny posa de manifest una tendència al que anomenen la "comunitarització i llarització" de les fonts de inclusió social o atenció, definit pel trasllat de la funció activa i d'atenció des dels ens públics de l'estat cap a l'organització comunitària (2013). Apunten també a un creixent assistencialisme per part de moltes entitats socials com a exemple per reflectir aquests processos de reducció de responsabilitats cap al benestar de la població per part dels ens públics en temps de limitació econòmica, o aportant xifres com l'increment de població atesa per entitats del tercer sector entre el 2007 i el 2012, la qual va augmentar en 430.000 persones (Observatori del Tercer Sector, 2013).

En les seves conclusions, Ezquerria i Iglesias alerten sobre els riscos de mobilització o instrumentalització del capital social, així com de les xarxes comunitàries i socials que el componen i generen, com a substitut o alternatiu a la noció d'allò "públic" en el seu principi redistributiu i com a garant de drets universals i de ciutadania. Si bé consideren aquestes xarxes com a fonts rellevants de benestar i inclusió social, lluny de delegar en elles, la posició de les administracions públiques ha de ser la de reforçar-les sense

descarregar-se de la seva responsabilitat respecte el benestar de la ciutadania mateixa, per tres raons fonamentals:

- a) A pesar de l'enorme replegament al que l'estat del benestar s'ha vist sotmès en temps recents, sentencien, segueix sent l'únic actor que, tan pels principis que l'han guiat fins fa poc com per la seva estructura, té la capacitat de garantir la universalitat de drets, fet més rellevant, si pot, en tessitures com la d'emergència social actual.
- b) En segon lloc, les xarxes socials no poden substituir l'Estat per una senzilla raó, i és perquè no tothom disposa d'elles i, per tant, no constitueix una alternativa universal.
- c) Per últim, reprenent la mirada de Bordieu al capital social i les xarxes socials des del conflicte i la reproducció de desigualtats, l'única manera d'evitar processos de major estratificació social en funció de l'accés de cada persona a un nombre i tipus determinat de xarxes, és mitjançant la presència de l'Estat en el seu paper de nivellador en la creació i provisió de recursos i suport. (Ezquerria i Inglesias, 2013)

Malgrat que aquestes aproximacions referides als processos de inclusió social comunitàries realitzades per les citades autores estan enfocades des d'una perspectiva de gènere, l'analogia amb els processos de inclusió i participació comunitària en àmbits de salut és equiparable en termes d'influència i interrelació entre els actors comentats, més quan el paper dels determinants socials adquireixen un rol preponderant, com en el cas de l'estudi present. Interpel·len, per tant, a tots aquells àmbits de l'atenció ciutadana provinents de l'administració pública i que es vegin afectats, pertinentment, per la crisi econòmica.

Arribats a aquest punt, posar el focus en el vincle que aquests fenòmens, tals com els descrits a l'inici de l'apartat, guarden amb la crisi econòmica esdevé clau en l'anàlisi de les possibilitats que en poden resultar per a l'accés i provisió dels serveis públics de salut en aquells col·lectius que puguin precisar-los, així com l'atenció a l'advertència que es llança des d'alguns estudis acadèmics com el consultat i d'àmbits relacionats com la protecció i inclusió social pot resultar clau en la descripció de la situació actual quant al sistema sanitari es refereix.

El conjunt d'apunts descrits condueixen a formular qüestions de l'ordre de:

- Quines vies d'adaptació adquireix la comunitat davant situacions de limitació dels recursos públics?
- Quins canvis paradigmàtics en el paper i significats de les administracions públiques es produeixen davant aquest fenomen de crisi econòmica?
- Quines concepcions de salut i pacient es veuen alterades?
- Quines millores objectives i subjectives de salut poden edificar-se en base a aquestes experiències?

Apareixen aquests interrogants amb ànim de obrir nous espais d'estudi que no s'emmarquen en la present recerca, però que sí que guarden relació estreta amb les repercussions o conclusions que puguin aparèixer fruit d'aquesta.

3. Propòsit i objectius de l'estudi

Formulats els fonaments teòrics de la recerca, i l'estat de la qüestió en relació a la problemàtica definida, la finalitat d'aquest estudi rau, doncs, en la investigació i determinació de les implicacions a curt, mitjà i llarg termini que té la contenció econòmica i de recursos en el sistema sanitari públic i els seus serveis vers la població, establint:

3.1. Objectiu general

- a. Avaluar l'impacte de la crisi econòmica sobre el sistema públic de salut en l'actualitat a Catalunya.

3.2. Objectius específics

- a. Xifrar i explicar quins efectes es relacionen entre aquesta crisi econòmica i l'accés de les persones als serveis de salut en les següents dimensions:
 - Cobertura bàsica universal.
 - Llistes i temps d'espera per intervenció quirúrgica programada i assistència immediata urgent.
 - Copagament farmacèutic.
- b. Explorar i descriure les relacions que s'estableixen entre Sistema Públic de Salut i les experiències comunitàries emergents en aquest context de dificultat econòmica.
 - b.1) Observar quins canvis es produeixen dins l'àmbit comunitari arran de l'impacte de la crisi.
 - b.2) Conèixer de la mà de gent vinculada a l'àmbit associatiu quines relacions s'estableixen entre l'administració pública i el sector comunitari en termes d'abordatge de problemàtiques de salut.
 - b.3) Esbrinar quin espectre de experiències i reptes sorgeixen arran del context de crisi econòmica envers l'acció comunitària a Catalunya.

4. Investigació a realitzar

La recerca a realitzar vol basar la seva metodologia en un estudi de tipus descriptiu/exploratori sobre els efectes de la crisi econòmica vers el sistema sanitari públic i l'accés de la població als seus serveis, així com en les experiències comunitàries que es despleguen arreu del territori català per fer front a la situació de xoc policito-econòmic que pateixen els sistemes públics d'atenció en salut. La monitorització mitjançant indicadors a partir del marc conceptual dels determinants socials i de salut proposats al marc teòric serà l'eix principal del treball. Els indicadors escollits faran referència als ítems objecte d'estudi definits a l'apartat 3 i quedaran descrits i desglossats en la metodologia del treball. Els indicadors que es defineixin tindran per objectiu avançar en la vigilància dels efectes de la crisi econòmica sobre la salut i les desigualtats en salut al territori català, tal com s'estableix en els objectius de la recerca.

5. Justificació i rellevància del treball: Utilitat pràctica dels resultats.

De la intervenció d'una reconeguda sociòloga americana se'n desprèn una interessant reflexió: *els mitjans que té la societat per interpretar i comunicar no estan igualment a l'abast de tothom qui la compon* (Fraser, 2012). Aquesta asseveració interpel·la directament a aquelles persones que tenen la sort de conèixer i estar formades en un àmbit, el sanitari, que esdevé de primer ordre entre les disciplines que transcendeixen sobre les vides i quotidianitats de la ciutadania. Així doncs, d'entrada, corol·lari de tal impacte, i en exercici de la funció docent i investigadora atribuïda a la professió infermera, s'ha decidit emprendre aquest projecte de recerca amb el propòsit de desgranar i conèixer les transformacions específiques que colpegen l'actual situació socioeconòmica i de salubritat de la població a Catalunya i a l'Estat Espanyol.

Tal com posa de manifest la recerca consultada fins al moment, els efectes concrets i particulars de les reformes posades en marxa i de la conjuntura socio-econòmica que ho acompanya encara resten per ampliar i establir conclusions feaents i d'ampli abast en criteris d'espai i de temps.

En termes generals, però en un marc centrat en el territori i població de Catalunya, detectar quines implicacions poden ser considerades i exposades esdevé d'importància puntal per tal de, en un futur, poder fonamentar i impulsar accions restauratives o preventives de calat en les condicions de salut de la població, especialment d'aquella més propensa a la vulnerabilitat. D'aquesta manera, resulta imprescindible estar a l'ordre del dia i conèixer de primera mà els condicionants i interlocutors estructurals amb els quals els futurs professionals (a totes les escales) hauran d'enfrontar o vetllar per transformar, així com els escenaris i conflictes morals que puguin sorgir-ne a expenses d'això i els canvis i debats sobre l'assignació dels recursos comuns (en aquest cas els recursos prenen cos en forma d'atenció en situacions de vulnerabilitat, deteriorament o risc de dèficit de salubritat) en què desemboquin.

Tanmateix, s'affirma la importància de veure quins processos o iniciatives nascudes al si dels mateixos actors participants i beneficiaris dels serveis públics de salut (o com a resultat de la seva interacció), sorgeixen per tal d'incidir en l'estat de salut de la població i fer front a la situació de xoc policito-econòmic que pateixen els sistemes públics d'atenció i assistència.

5.1. PER LLEGIR-NE MÉS

En aquest epígraf oferirem enllaços sobre retalls de premsa relacionats amb la temàtica d'estudi que s'han publicat durant la realització del treball, així com alguna lectura recomanada per aprofundir en l'estudi.

- Ara Barcelona (2015, Febrer). El CatSalut fixa tres temps d'espera segons la prioritat de l'operació: 90, 180 o 365 dies. *Diari Ara*, 1512 (42). Obtingut de: http://www.ara.cat/societat/CatSalut-aprovara-prioritzar-llistes-despera_0_1298870239.html
- Ara Barcelona (2015, Febrer). El CatSalut fixarà temps màxims per a proves i visites al metge però ampliarà l'espera d'11 cirurgies. *Diari Ara*, 1515 (45). Obtingut de: http://www.ara.cat/societat/CatSalut-aprovara-prioritzar-llistes-despera_0_1298870239.html
- Ara Barcelona (2014, Juliol). Prop de 17.000 s'han d'esperar més del límit legal per passar pel quiròfan. *Diari Ara*, 1378 (43). Obtingut de: http://www.ara.cat/premium/societat/Prop-pacients-sesperen-Del-quiroman_0_1177082385.html
- Quintans J.M. (2015, Febrer). “L'austeritat està provocant un problema greu de salut pública”. *Diari El País – Catalunya*, 5689 (35). Obtingut de: http://cat.elpais.com/cat/2015/02/14/catalunya/1423935995_172809.html
- Stuckler, D. & Basu, S. (2013). *Por qué la austeridad mata: El coste humano de las políticas de recorte*. Madrid: Editorial Taurus.
- Del Castillo, J.R. (2015). *Análisis y propuestas para la regeneración de la Sanidad Pública en España*. Fundación Alternativas. Obtingut de: <http://www.falternativas.org/laboratorio/documentos/documentos-de-trabajo/analisis-y-propuestas-para-la-regeneracion-de-la-sanidad-publica-en-espana>

6. METODOLOGIA

6.1. Àmbit d'estudi (lloc o context)

L'àmbit d'estudi de la recerca en qüestió es concreta al territori de Catalunya, en el context dels serveis públics de salut i sobre el conjunt total de la població resident a la regió susceptible de precisar atenció sanitària de qualsevol modalitat.

6.2. Disseny

L'elecció del disseny ve determinada pel propòsit d'explorar els dos objectius específics d'estudi des d'aproximacions diferents, tenint en compte la varietat d'enfocaments que pot presentar la recerca en una disciplina com la Salut Pública.

En primer lloc, per determinar quantitativament l'impacte a nivell poblacional dels efectes de la crisi econòmica en l'accés de les persones als serveis públics de salut, es definiran tres dimensions sobre les quals realitzar l'anàlisi:

- a) Cobertura bàsica universal
- b) Llistes d'espera per intervenció quirúrgica programada
- c) Copagament farmacèutic.

A través d'un estudi de tipus quantitatiu observacional descriptiu de caràcter retrospectiu i longitudinal, es durà a terme la desagregació de dades recollides al marc teòric segons **franja d'edat, situació administrativa i àmbit de residència (segons magnitud demogràfica)** de la població mostral que permeti estratificar la dimensió d'aquests efectes (*anàlisi 1*). La funció d'aquest tipus d'estudi és descriure com es distribueix un esdeveniment en certa població, en un lloc i durant un període de temps determinat. Del caràcter longitudinal de la recerca hi destaca l'element de canvi que vol ser objecte de descripció en aquest treball.

En segona instància, l'abordatge del segon objectiu específic plantejat, és a dir, l'exploració de noves experiències emergents en l'àmbit comunitari, es durà a terme mitjançant recerca qualitativa fent ús de la tècnica d'entrevista oberta a varies persones vinculades a l'entorn i sota criteris de selecció preestablerts (*anàlisi 2*).

6.3. Població i la mostra/participants.

La mostra de participants en la consecució de *l'anàlisi 1* es configurarà a través d'un estudi descriptiu del tipus estratificat. Degut a l'ús de dades longitudinals tant de base (marc teòric) com en resultats esperats, es pretén desglossar xifres disponibles segons variables escollides per il·lustrar el comportament dels efectes sobre les tres dimensions descrites en els objectius envers la mostra del marc d'estudi, en aquest cas els grups diana que s'adeqüin als criteris de classificació que es descriuran en el següent apartat.

La mostra de participants en l'empresa de *l'anàlisi 2* constarà de vint membres i la durada de la recollida de dades tindrà una extensió màxima de dues hores per membre en l'execució de l'entrevista.

7.4. Criteris d'inclusió/exclusió i variables.

- En l'anàlisi 1 s'han escollit tres variables (***franja d'edat, situació administrativa i àmbit de residència (rural/urbà segons magnitud demogràfica)***) sobre les quals es pretén estudiar l'efecte en termes d'accés a l'atenció sanitària pública dels tres elements consignats en els objectius de la recerca, que són: la cobertura bàsica universal, les llistes d'espera per intervenció quirúrgica programada i el copagament farmacèutic. El propòsit d'aquesta desagregació de dades rau en l'avaluació del comportament o variabilitat d'aquests elements entre els diferents grups o característiques que puguin presentar els conjunts de població seleccionats en el marc temporal de crisi econòmica que s'ha descrit en la fonamentació teòrica. És sobre aquest fenomen que pivota aquesta primera aproximació de la recerca. La conjunció de variables i ítems de recerca és vol realitzar a través de la bateria d'indicadors que ofereixin una relació directa entre determinants socials de salut i característiques pròpies del sistema públic d'atenció.

Les fonts d'extracció d'informació a consultar durant la realització d'aquest primer anàlisi seran bases de dades oficials, d'accés públic en format digital i gestionades per diferents administracions a escala territorial. Tanmateix, l'estructuració de les variables ha estat constituïda conforme els estàndards d'ús de les fonts en qüestió, que són:

- a) IDESCAT (2) (*Generalitat de Catalunya*)

- b) INE BASE (1) (*Gobierno de España*)
- c) EUROSTAT (4) (*European Union*)

De manera paral·lela, també s'utilitzaran recursos provinents de la *Encuesta Nacional de Salud*, de la *European Health Interview Survey (EHIS)*, així com informes corporatius del *Servei Català de la Salut (asseguradora pública d'atenció sanitària)*(5) o del *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad* (3) com a fonts d'extracció de dades o d'indicadors puntuals requerits en la recerca.

Les variables en qüestió queden fixades en:

a) Franja d'edat: variable subdividida en tres intervals d'edat per valorar grau d'incidència segons grups. Càlcul anual en cinc temps: 2008, 2009, 2010, 2011 i 2012 (afegit 2013 en cas que estiguin disponibles).

	Cobertura Bàsica Universal	Temps d'espera per intervenció quirúrgica programada/ Temps d'espera en l'assistència immediata	Copagament farmacèutic
Individus entre 0-14 anys		<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'intervencions amb temps màxim d'espera garantit en proveïdor públic (indicador anual fins a 2013). (5) - Temps mitjà d'espera per intervencions quirúrgiques programades amb temps màxim d'espera garantit des de 2008 a 2013. (5) - Temps transcorregut entre la petició d'assistència urgent i la prestació l'assistència segons sexe i grup d'edat. (1) - Població que ha utilitzat algun servei d'urgències els últims 12 mesos. (2) 	<ul style="list-style-type: none"> - Percentatge d'increment de la despesa farmacèutica a través de la facturació de receptes mèdiques del SNS. (3) - Percentatge de variació de despesa farmacèutica per CCAA. (3) - Evolució de l'increment (%) mensual del nombre de receptes mèdiques del SNS facturades. (3) - Població assegurada (titulars i beneficiaris) del SNS i nivell d'aportació dels usuaris en la prestació farmacèutica. (3)

<p>Individus entre 15-24 anys</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Modalitat de cobertura sanitària (exclusiva) segons gènere, país de naixement i grup d'edat. (1) - Modalitat de cobertura sanitària (exclusiva) segons gènere i relació amb l'activitat econòmica actual. Població de 15 anys o més. (1) - Inaccessibilitat a l'assistència mèdica els últims 12 mesos segons gènere i país de naixement. (1) 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'intervencions amb temps màxim d'espera garantit en proveïdor públic (indicador anual fins a 2013). (5) - Temps mitjà d'espera per intervencions quirúrgiques programades amb temps màxim d'espera garantit des de 2008 a 2013. (5) - Temps transcorregut entre la petició d'assistència urgent i la prestació l'assistència segons sexe i grup d'edat. (1) - Població que ha utilitzat algun servei d'urgències els últims 12 mesos. (2) 	<ul style="list-style-type: none"> - Percentatge d'increment de la despesa farmacèutica a través de la facturació de receptes mèdiques del SNS. (3) - Percentatge de variació de despesa farmacèutica per CCAA. - Evolució de l'increment (%) mensual del nombre de receptes mèdiques del SNS facturades. (3) - Població assegurada (titulars i beneficiaris) del SNS i nivell d'aportació dels usuaris en la prestació farmacèutica. (3)
<p>Individus entre 25-49 anys</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Modalitat de cobertura sanitària (exclusiva) segons gènere, país de naixement i grup d'edat. - Modalitat de cobertura sanitària (exclusiva) segons gènere i relació amb l'activitat econòmica actual. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'intervencions amb temps màxim d'espera garantit en proveïdor públic (indicador anual fins a 2013). - Temps mitjà d'espera per intervencions quirúrgiques programades amb temps màxim d'espera garantit des de 2008 a 2013. 	<ul style="list-style-type: none"> - Percentatge d'increment de la despesa farmacèutica a través de la facturació de receptes mèdiques del SNS. - Percentatge de variació de despesa farmacèutica per CCAA. - Evolució de l'increment (%) mensual del nombre de receptes mèdiques del SNS facturades.

	<p>Població de 15 anys o més.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inaccessibilitat a l'assistència mèdica els últims 12 mesos segons gènere i país de naixement. 	<ul style="list-style-type: none"> - Temps transcorregut entre la petició d'assistència urgent i la prestació l'assistència segons sexe i grup d'edat. - Població que ha utilitzat algun servei d'urgències els últims 12 mesos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Població assegurada (titulars i beneficiaris) del SNS i nivell d'aportació dels usuaris en la prestació farmacèutica.
<p>Individus entre 50-64 anys</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Modalitat de cobertura sanitària (exclusiva) segons gènere, país de naixement i grup d'edat. - Modalitat de cobertura sanitària (exclusiva) segons gènere i relació amb l'activitat econòmica actual. Població de 15 anys o més. - Inaccessibilitat a l'assistència mèdica els últims 12 mesos segons gènere i país de naixement. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'intervencions amb temps màxim d'espera garantit en proveïdor públic (indicador anual fins a 2013). - Temps mitjà d'espera per intervencions quirúrgiques programades amb temps màxim d'espera garantit des de 2008 a 2013. - Temps transcorregut entre la petició d'assistència urgent i la prestació l'assistència segons sexe i grup d'edat. - Població que ha utilitzat algun servei d'urgències els últims 12 mesos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Percentatge d'increment de la despesa farmacèutica a través de la facturació de receptes mèdiques del SNS. - Percentatge de variació de despesa farmacèutica per CCAA. - Evolució de l'increment (%) mensual del nombre de receptes mèdiques del SNS facturades. - Població assegurada (titulars i beneficiaris) del SNS i nivell d'aportació dels usuaris en la prestació farmacèutica.

<p>Individus entre 65-79 anys</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Modalitat de cobertura sanitària (exclusiva) segons gènere, país de naixement i grup d'edat. - Modalitat de cobertura sanitària (exclusiva) segons gènere i relació amb l'activitat econòmica actual. Població de 15 anys o més. - Inaccessibilitat a l'assistència mèdica els últims 12 mesos segons gènere i país de naixement. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'intervencions amb temps màxim d'espera garantit en proveïdor públic (indicador anual fins a 2013). - Temps mitjà d'espera per intervencions quirúrgiques programades amb temps màxim d'espera garantit des de 2008 a 2013. - Temps transcorregut entre la petició d'assistència urgent i la prestació l'assistència segons sexe i grup d'edat. - Població que ha utilitzat algun servei d'urgències els últims 12 mesos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Percentatge d'increment de la despesa farmacèutica a través de la facturació de receptes mèdiques del SNS. - Percentatge de variació de despesa farmacèutica per CCAA. - Evolució de l'increment (%) mensual del nombre de receptes mèdiques del SNS facturades. - Població assegurada (titulars i beneficiaris) del SNS i nivell d'aportació dels usuaris en la prestació farmacèutica.
<p>Individus de 80 anys i més</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Modalitat de cobertura sanitària (exclusiva) segons gènere, país de naixement i grup d'edat. - Modalitat de cobertura sanitària (exclusiva) segons gènere i relació amb l'activitat econòmica actual. Població de 15 anys o més. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'intervencions amb temps màxim d'espera garantit en proveïdor públic (indicador anual fins a 2013). - Temps mitjà d'espera per intervencions quirúrgiques programades amb temps màxim d'espera garantit des de 2008 a 2013. - Temps transcorregut entre la petició d'assistència urgent i la prestació l'assistència segons sexe i grup d'edat. 	<ul style="list-style-type: none"> - Percentatge d'increment de la despesa farmacèutica a través de la facturació de receptes mèdiques del SNS. - Percentatge de variació de despesa farmacèutica per CCAA. - Evolució de l'increment (%) mensual del nombre de receptes mèdiques del SNS facturades.

	<ul style="list-style-type: none"> - Inaccessibilitat a l'assistència mèdica els últims 12 mesos segons gènere i país de naixement. 	<ul style="list-style-type: none"> - Població que ha utilitzat algun servei d'urgències els últims 12 mesos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Població assegurada (titulars i beneficiaris) del SNS i nivell d'aportació dels usuaris en la prestació farmacèutica.
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

a) Situació administrativa: variable dividida en tres subgrups segons rang legal per valorar grau d'incidència segons situació administrativa. Càlcul anual en cinc temps: 2008, 2009, 2010, 2011 i 2012 (afegit 2013 en algun cas).

	Cobertura Bàsica Universal	Temps d'espera per intervenció quirúrgica programada/ Temps d'espera en l'assistència immediata	Copagament farmacèutic
<p>Individus en residència permanent A l'Estat Espanyol</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estrangers amb certificat de registre o targeta de residència en vigor. - Inaccessibilitat a l'assistència mèdica els últims 12 mesos segons gènere i país de naixement. - Modalitat de cobertura sanitària (exclusiva) segons gènere i relació amb l'activitat econòmica 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'intervencions amb temps màxim d'espera garantit en proveïdor públic (indicador anual fins a 2013). - Temps mitjà d'espera per intervencions quirúrgiques programades amb temps màxim d'espera garantit des de 2008 a 2013. - Temps transcorregut entre la petició d'assistència urgent i la prestació l'assistència segons sexe i grup d'edat. 	<ul style="list-style-type: none"> - Percentatge d'increment de la despesa farmacèutica a través de la facturació de receptes mèdiques del SNS. - Percentatge de variació de despesa farmacèutica per CCAA. - Evolució de l'increment (%) mensual del nombre de receptes mèdiques del SNS facturades.

	<p>actual. Població de 15 anys o més.</p>	<p>- Població que ha utilitzat algun servei d'urgències els últims 12 mesos.</p>	<p>- Població assegurada (titulars i beneficiaris) del SNS i nivell d'aportació dels usuaris en la prestació farmacèutica.</p>
<p>Individus en residència temporal a l'Estat Espanyol</p>	<p>- Inaccessibilitat a l'assistència mèdica els últims 12 mesos segons gènere i país de naixement.</p> <p>- Modalitat de cobertura sanitària (exclusiva) segons gènere i relació amb l'activitat econòmica actual. Població de 15 anys o més.</p>	<p>- Nombre d'intervencions amb temps màxim d'espera garantit en proveïdor públic (indicador anual fins a 2013).</p> <p>- Temps mitjà d'espera per intervencions quirúrgiques programades amb temps màxim d'espera garantit des de 2008 a 2013.</p> <p>- Temps transcorregut entre la petició d'assistència urgent i la prestació l'assistència segons sexe i grup d'edat.</p> <p>- Població que ha utilitzat algun servei d'urgències els últims 12 mesos.</p>	<p>- Percentatge d'increment de la despesa farmacèutica a través de la facturació de receptes mèdiques del SNS.</p> <p>- Percentatge de variació de despesa farmacèutica per CCAA.</p> <p>- Evolució de l'increment (%) mensual del nombre de receptes mèdiques del SNS facturades.</p> <p>- Població assegurada (titulars i beneficiaris) del SNS i nivell d'aportació dels usuaris en la prestació farmacèutica.</p>
<p>Individus amb situació administrativa no regularitzada.</p>	<p>- Inaccessibilitat a l'assistència mèdica els últims 12 mesos segons gènere i país de naixement.</p>	<p>- Nombre d'intervencions amb temps màxim d'espera garantit en proveïdor públic (indicador anual fins a 2013).</p>	<p>- Percentatge d'increment de la despesa farmacèutica a través de la facturació de receptes mèdiques del SNS.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Modalitat de cobertura sanitària (exclusiva) segons gènere i relació amb l'activitat econòmica actual. Població de 15 anys o més. 	<ul style="list-style-type: none"> - Temps mitjà d'espera per intervencions quirúrgiques programades amb temps màxim d'espera garantit des de 2008 a 2013. - Temps transcorregut entre la petició d'assistència urgent i la prestació l'assistència segons sexe i grup d'edat. - Població que ha utilitzat algun servei d'urgències els últims 12 mesos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Percentatge de variació de despesa farmacèutica per CCAA. - Evolució de l'increment (%) mensual del nombre de receptes mèdiques del SNS facturades. - Població assegurada (titulars i beneficiaris) del SNS i nivell d'aportació dels usuaris en la prestació farmacèutica.
<p>Individus amb residència i nacionalitat/ciutadania espanyola</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Inaccessibilitat a l'assistència mèdica els últims 12 mesos segons gènere i país de naixement. - Modalitat de cobertura sanitària (exclusiva) segons gènere i relació amb l'activitat econòmica actual. Població de 15 anys o més. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'intervencions amb temps màxim d'espera garantit en proveïdor públic (indicador anual fins a 2013). - Temps mitjà d'espera per intervencions quirúrgiques programades amb temps màxim d'espera garantit des de 2008 a 2013. - Temps transcorregut entre la petició d'assistència urgent i la prestació l'assistència segons sexe i grup d'edat. - Població que ha utilitzat algun servei d'urgències els últims 12 mesos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Percentatge d'increment de la despesa farmacèutica a través de la facturació de receptes mèdiques del SNS. - Percentatge de variació de despesa farmacèutica per CCAA. - Evolució de l'increment (%) mensual del nombre de receptes mèdiques del SNS facturades. - Població assegurada (titulars i beneficiaris) del SNS i nivell d'aportació dels usuaris en la prestació farmacèutica.

b) Àmbit de residència (rural/urbà segons magnitud demogràfica): variable dividida en quatre subunitats poblacionals segons nombre d'habitants per valorar incidència segons densitat demogràfica. Càlcul anual en cinc temps: 2008, 2009, 2010, 2011 i 2012 (afegit 2013 en algun cas).

* Es considerarà àmbit rural aquelles poblacions amb nombre màxim d'habitants fixat en 5000 o menor; i àmbit urbà aquelles poblacions amb nombre mínim d'habitants fixat en 5000 o major.

	Cobertura Bàsica Universal	Temps d'espera per intervenció quirúrgica programada/ Temps d'espera en l'assistència immediata	Copagament farmacèutic
Població menor o igual a 10.000 habitants	<ul style="list-style-type: none"> - Inaccessibilitat a l'assistència mèdica els últims 12 mesos segons gènere i país de naixement. - Modalitat de cobertura sanitària (exclusiva) segons gènere i relació amb l'activitat econòmica actual. Població de 15 anys o més. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'intervencions amb temps màxim d'espera garantit en proveïdor públic (indicador anual fins a 2013). - Temps mitjà d'espera per intervencions quirúrgiques programades amb temps màxim d'espera garantit des de 2008 a 2013. - Temps transcorregut entre la petició d'assistència urgent i la prestació l'assistència segons sexe i grup d'edat. - Població que ha utilitzat algun servei d'urgències els últims 12 mesos. - Temps mitjà d'espera per intervencions quirúrgiques programades amb temps màxim d'espera garantit des de 2008 a 2013. 	<ul style="list-style-type: none"> -- Percentatge d'increment de la despesa farmacèutica a través de la facturació de receptes mèdiques del SNS. - Percentatge de variació de despesa farmacèutica per CCAA. - Evolució de l'increment (%) mensual del nombre de receptes mèdiques del SNS facturades. - Població assegurada (titulars i beneficiaris) del SNS i nivell d'aportació dels usuaris en la prestació farmacèutica.

		.	
Població de 10.001 a 50.000 habitants	<ul style="list-style-type: none"> - Inaccessibilitat a l'assistència mèdica els últims 12 mesos segons gènere i país de naixement. - Modalitat de cobertura sanitària (exclusiva) segons gènere i relació amb l'activitat econòmica actual. Població de 15 anys o més. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'intervencions amb temps màxim d'espera garantit en proveïdor públic (indicador anual fins a 2013). - Temps mitjà d'espera per intervencions quirúrgiques programades amb temps màxim d'espera garantit des de 2008 a 2013. - Temps transcorregut entre la petició d'assistència urgent i la prestació l'assistència segons sexe i grup d'edat. - Població que ha utilitzat algun servei d'urgències els últims 12 mesos. - Temps mitjà d'espera per intervencions quirúrgiques programades amb temps màxim d'espera garantit des de 2008 a 2013. 	<ul style="list-style-type: none"> - Percentatge d'increment de la despesa farmacèutica a través de la facturació de receptes mèdiques del SNS. - Percentatge de variació de despesa farmacèutica per CCAA. - Evolució de l'increment (%) mensual del nombre de receptes mèdiques del SNS facturades. - Població assegurada (titulars i beneficiaris) del SNS i nivell d'aportació dels usuaris en la prestació farmacèutica.
Població de 50.001 a 100.000 habitants	<ul style="list-style-type: none"> Inaccessibilitat a l'assistència mèdica els últims 12 mesos segons gènere i país 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'intervencions amb temps màxim d'espera garantit en proveïdor públic (indicador anual fins a 2013). 	<ul style="list-style-type: none"> - Percentatge d'increment de la despesa farmacèutica a través de la facturació de receptes mèdiques del SNS.

	<p>de naixement.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Modalitat de cobertura sanitària (exclusiva) segons gènere i relació amb l'activitat econòmica actual. Població de 15 anys o més. 	<ul style="list-style-type: none"> - Temps mitjà d'espera per intervencions quirúrgiques programades amb temps màxim d'espera garantit des de 2008 a 2013. - Temps transcorregut entre la petició d'assistència urgent i la prestació l'assistència segons sexe i grup d'edat. - Població que ha utilitzat algun servei d'urgències els últims 12 mesos. - Temps mitjà d'espera per intervencions quirúrgiques programades amb temps màxim d'espera garantit des de 2008 a 2013. 	<p>SNS.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Percentatge de variació de despesa farmacèutica per CCAA. - Evolució de l'increment (%) mensual del nombre de receptes mèdiques del SNS facturades. - Població assegurada (titulars i beneficiaris) del SNS i nivell d'aportació dels usuaris en la prestació farmacèutica.
<p>Població de 100.001 habitants o més.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Inaccessibilitat a l'assistència mèdica els últims 12 mesos segons gènere i país de naixement. - Modalitat de cobertura sanitària (exclusiva) segons gènere i relació amb l'activitat econòmica actual. Població de 15 anys o més. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'intervencions amb temps màxim d'espera garantit en proveïdor públic (indicador anual fins a 2013). - Temps mitjà d'espera per intervencions quirúrgiques programades amb temps màxim d'espera garantit des de 2008 a 2013. - Temps transcorregut entre la petició d'assistència urgent i la prestació l'assistència segons sexe i grup d'edat. 	<ul style="list-style-type: none"> - Percentatge d'increment de la despesa farmacèutica a través de la facturació de receptes mèdiques del SNS. - Percentatge de variació de despesa farmacèutica per CCAA. - Evolució de l'increment (%) mensual del nombre de receptes mèdiques del SNS facturades.

		<ul style="list-style-type: none"> - Població que ha utilitzat algun servei d'urgències els últims 12 mesos. - Temps mitjà d'espera per intervencions quirúrgiques programades amb temps màxim d'espera garantit des de 2008 a 2013. 	<ul style="list-style-type: none"> - Població assegurada (titulars i beneficiaris) del SNS i nivell d'aportació dels usuaris en la prestació farmacèutica.
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Quedaran exclosos de valoració i participació en la recerca aquells/es individus que no compleixin criteris indicatius segons les variables exposades.

- En *l'anàlisi 2* s'han escollit dos preceptes inicials a l'hora de seleccionar les personalitats a les quals realitzar l'entrevista: *vinculació amb l'àmbit sanitari comunitari (per experiència professional assistencial o de gestió), i/o, principalment, participació en xarxes comunitàries del territori català amb activitat associativa o institucional relacionada amb temàtiques sociosanitàries*. A banda d'aquest condicionant, s'han fixat els següents criteris d'inclusió/exclusió per determinar el *target* de la mostra:

Criteris d'inclusió

- Majoria d'edat (>18 anys).
- Persones catalanoparlants/hispanoparlants
- Resident a Catalunya.
- Residència mínima de cinc mesos al municipi on desenvolupa la seva activitat comunitària.
- Persones de vint municipis diferents (una entrevistada per municipi) i de densitats poblacionals d'acord amb els ítems de l'anàlisi 1 (cinc entrevistats per franja).
- Signar el consentiment informat conforme s'accepten les condicions de realització, registre i posterior publicació (si s'escau) de les afirmacions que s'efectuïn garantint la confidencialitat de les dades en custòdia segons la llei de protecció de dades (Llei Orgànica 15/1999). Aquest punt serà d'especial rellevància a l'hora d'acceptar la participació en l'estudi.

Criteris d'exclusió

Es descartarà la participació d'aquelles persones:

- Sense experiència en l'àmbit comunitari i associatiu.
- Amb dificultats cognitives o de comprensió/expressió oral.
- Sense perícia o coneixement relacionats amb la temàtica proposada en l'entrevista.
- Sense coneixements de la llengua catalana o castellana

Destacar que no existeix cap criteri d'exclusió relacionat amb el sexe o l'ètnia.

En aquesta segona aproximació, de caire qualitatiu, es vol abordar el fenomen de la crisi econòmica i el seu impacte en la provisió de serveis públics de salut des d'un punt de vista més interpretatiu i descriptiu en termes d'observació i implicació social, però no per això menys vàlid a l'hora de valorar els processos de relació ciutadania – administracions que envolten els efectes de salubritat de la població en el context en qüestió. És per aquest motiu que s'opta per plasmar l'experiència i perspectives de vint persones relacionades a l'àmbit per apuntar quines dinàmiques sorgeixen i quines característiques rellevants per a l'àmbit d'estudi les envolten.

L'investigador ha de motivar als participants a expressar-se amb llibertat sobre els temes que es tractaran, i s'han de registrar les respostes, mitjançant l'ús d'una gravadora de veu i la posterior transcripció. *El model d'entrevista es pot trobar adjunt a l'annex de la memòria (Annex 1).*

Un tret que diferencia aquest tipus d'entrevista semiestructurada és que l'ordre en què es formulen les preguntes, així com la manera de formular-les es deixen a la lliure elecció i valoració del propi entrevistador. D'aquesta manera, aquest pot plantejar la conversa com així ho cregui convenient, dedicar a cada qüestió els termes que estimi convenient, demanar a l'entrevistat/da aclariments quan no entengui en algun punt, aprofundir en algun punt concret quan li sembli necessari o fins i tot establir un estil propi i personal de conversa que permeti optimitzar la informació aportada.

El contacte amb les persones entrevistades es realitzarà a través de contacte de referents recomanats o aleatoris via mail, telèfon o terceres persones en espais de difusió web, registres d'associacions municipals, comarcals o territorials, junt amb la

promoció de participació via xarxes socials digitals i premsa escrita. El punt de trobada serà el municipi de la persona entrevistada i el trajecte s'efectuarà en transport públic per part de l'entrevistador/investigador.

El tipus de mostreig utilitzat en aquest anàlisi serà del tipus no probabilístic intencional donada la selecció dels participants en funció dels criteris descrits. En aquest tipus de mostra, cada element és seleccionat per un propòsit degut a la posició o status particular que aquest ocupa dins els elements d'un grup o conjunt. Un mostreig intencional pot ser una enquesta informativa clau, que es dirigeix a aquells individus que estan particularment informats respecte l'assumpte d'estudi.

Tal que com s'exposa als criteris d'inclusió i exclusió de l'estudi, els informants requereixen de:

- Coneixement sobre l'esfera cultural o situació/experiència objecte d'estudi.
- Voluntat per respondre i aportar el seu punt de vista.
- Representativitat del rang de punts de vista sobre el tema en qüestió.

6.5. Mètodes de mesura.

- Per l'anàlisi 1, al ser descriptiu, és de menester explicar quin tractament de dades utilitzen les bases consultades que actuen com a font.

Les dades numèriques que utilitza IDESCAT/ INE Base/ Eurostat provenen de dues fonts principals:

- Els registres administratius que tenen els diferents nivells de l'Administració municipal, comarcal, provincial, autonòmic o estatal-, i on consten dades diverses sobre els ciutadans (el padró, per exemple) o les empreses (registre civil o mercantil).
- Les operacions estadístiques (censos i enquestes) que es realitzen per conèixer l'opinió, els hàbits o les característiques de la població o de les empreses. En els censos s'estudien totes les unitats, és a dir, la població total i en les enquestes es recull només un nombre concret de dades que siguin representatives del conjunt de la població analitzada. En aquest últim cas, el mètode utilitzat per les bases de dades consultades és la recollida d'informació a través d'entrevistes efectuades amb el mètode CATI (*Computer Assisted Telephone Interview*) per a l'elaboració d'enquestes via telemàtica.

- Per a *l'anàlisi 2*, les dimensions i categories que defineixen l'estructura del model d'entrevista emprat són:

a) **La diagnosi sobre l'impacte de la crisi vers la salubritat comunitària:** l'abordatge d'aquesta dimensió mitjançant les preguntes preparades persegueix una imatge a peu de carrer de la repercussió social i de salut de la crisi en els moviments de les comunitats.

b) **La relació Administracions Públiques – Ciutadania:** en aquest apartat l'objectiu és generar una idea sobre el tipus de vinculació entre institucions i associacionisme ciutadà que acompanya durant la crisi en aquells espais que tenen influència en l'estat de salut de la població.

c) **Experiències i reptes que sorgeixen en aquest context respecte l'acció comunitària:** Un cop recollides les percepcions i visions respecte els blocs previs, interessa per a l'estudi un moment actual de la qüestió, exemples en curs d'experiències comunitàries que vetllin per fer front als problemes que pugui presentar el fenomen de la crisi, i una mirada cap al futur proper i de llarg termini d'aquests problemes.

Sobre aquests eixos girarà la conducció de l'entrevista mitjançant les preguntes preparades.

6.6. Anàlisis dels registres.

- En *l'anàlisi 1*, els registres obtinguts a través de la taula d'indicadors seleccionats s'analitzaran mitjançant la descripció i comparació de dades extretes de les bases i els informes, establint les diferències (si s'escauen) entre períodes o variables de les dimensions d'estudi i mostrant-les en format requadre suport digital o paper. Aquests indicadors seran ordenats per any amb l'objectiu de poder establir una imatge (si es dóna) dels canvis en les dimensions estudiades.

- Quant a *l'anàlisi 2*, les entrevistes s'enregistraran per mitjà de gravadores de veu i es realitzarà de manera posterior la transcripció d'aquesta utilitzant el programari *Soundsciber* de transcripció d'arxius digitals de veu. Al seu torn, es confeccionarà un

quadre per recollir aquelles cites o afirmacions de les entrevistes que permetin posar de relleu les dimensions de l'anàlisi més rellevants o clarificadores (*Annex 2*).

6.7. Limitacions de l'estudi.

Entre les limitacions que poden sorgir en la recerca trobem que molts d'aquests indicadors no són prou reactius o actualitzats als canvis ràpids, com succeeix en el context de la crisi econòmica, pel que és necessari seguir la seva evolució al llarg del temps relatiu a la recerca que es durà a terme. Destacar també l'enfocament multidisciplinari del que consta aquest treball, ja que recull interpretacions, dades i òptiques de diferents àmbits d'influència de la salut (polític, econòmic, sociològic, entre d'altres), fet que constitueix una dificultat afegida a l'hora d'elaborar la fonamentació teòrica i l'anàlisi de les dades qualitatives, però que a la vegada resulta un repte d'alt interès per abordar la temàtica des d'una globalitat imprescindible per a la seva lectura comprensible i en profunditat.

Afegit d'això, trobem que la variabilitat de formats entre diferents fonts de dades dificulta o impossibilita creuar dades entre indicadors ja que no poden relacionar-se de manera adequada tenint en compte els requisits de recerca si no volen veure's alterats el resultat. L'anàlisi dels registres queda limitat a la descripció dels indicadors respecte la variable d'estudi proposada.

Tanmateix, el caràcter lineal i latent dels processos descrits dificulta el fet de poder determinar amb exactitud els moments de canvi de les dimensions i variables d'estudi, així com els efectes totals de la crisi econòmica sobre el sistema públic i, en última instància sobre el conjunt de la població objecte d'estudi.

Per últim, fer referència a les limitacions que presentaran els resultats conseqüència de la mancança de dades existents al respecte. Davant d'això, es proposa com a objectiu de futur l'elaboració i proposta de nous indicadors en estudis posteriors i la corresponent recollida de dades primàries.

6.8. Aspectes ètics

És molt important l'avaluació constant de l'estudi per garantir que aquest aportï beneficis i no posi en perill o sota compromís a cap de les persones incloses dins l'estudi. És per aquest motiu que, abans d'emprendre la recerca, el projecte hauria de ser avaluat per un comitè d'ètica acreditat.

- En *l'anàlisi 1*, el caràcter anònim de les dades recollides garanteix que durant el seu tractament i registre aquestes quedin protegides de qualsevol ús fraudulent o de la revelació d'informació confidencial.

- En *l'anàlisi 2*, que consta d'entrevistes a individus concrets, s'assegurarà el coneixement de les condicions d'ús i publicació de les informacions i dades exposades durant els enregistraments mitjançant la lectura i entrega de còpia en suport escrit del consentiment informat, que haurà de ser signat lliurement i de manera degudament informada garantint la confidencialitat de les dades en custòdia segons la llei de protecció de dades (Llei Orgànica 15/1999). Aquest requisit esdevé imprescindible en l'elaboració de l'estudi (Veure model als annexes).

Així mateix, pel que respecte els beneficis que s'atribueix la posada a terme d'aquest estudi, aquests han d'incloure factors protectors per a la salut, disminució de desigualtats, afavorir la integració social i oferir una plataforma d'anàlisi de la realitat social vinculada al món sanitari a través del seguiment dels anàlisis. Els resultats que s'obtinguin poden aportar dades en el coneixement de la situació actual i poden servir de base per a futures aplicacions, modificacions o reafirmacions dels sistemes d'organització, gestió i assistència sanitària a nivell públic, així com perspectives d'abordatge de les necessitats de salut detectades en la població per part del col·lectiu d'infermeria des de la vessant professional, així com la promoció d'iniciatives a nivell comunitari per reforçar o incidir en aquells aspectes o dimensions que puguin ser considerades estratègiques en l'àmbit de la salut en totes les seves influències.

7. Bibliografia

- Agudelo-Suárez, A. A., Ronda, E., Vázquez-Navarrete, M. L., García, A. M., Martínez, J. M., & Benavides, F. G. (2013). *Impact of economic crisis on mental health of migrant workers: what happened with migrants who came to Spain to work?*. *International journal of public health*, 58(4), 627-631. [Accés 2 gener 2014]. Obtingut de: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00038-013-0475-0>

- Anh, N., Garcia, J.R., Herce, J.A. *Demographic uncertainty and healthcare expenditure in Spain: documento de trabajo 2005-2007*. [Accés el 12 de desembre 2014]. Obtingut de: <http://documentos.fedea.net/pubs/dt/2005/dt-2005-07.pdf>

- *Annual government finance statistics*. Eurostat. 2011. [Accés 20 de desembre 2014]. Obtingut de: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/government_finance_statistics/data/database

- Basu S, Andrews J, Kishore S, Panjabi R, Stuckler D. (2012). *Comparative Performance of Private and Public Healthcare Systems in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review*. *PLoS Med* 9(6): e1001244. [Accés 23 desembre 2014]. Obtingut de: <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1001244>

- Bauman, Z. (2006). *Vida líquida (2a edició)*. Barcelona: Editorial Paidós.

- Beck, U. (2006). *La sociedad del riesgo (3a edició)*. *Hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Editorial Paidós.

- Brauna, T., Castrillo-Riesgo, L.G., Kraffta, T., Vilches, G.D-R. (2013). *Frecuentación del servicio de urgencias y factores sociodemográficos*. Gaceta Sanitaria, 16: 139-144. [Accés 1 gener 2015]. Obtingut de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911102716452>

- Boletín Oficial del Estado, número 233 (2011). Constitución Española. Reforma del artículo 135 de la Constitución Española, de 27 de septiembre de 2011. Jefatura del Estado. [Accés el 23 de desembre de 2014]. Obtingut de: <http://www.boe.es/boe/dias/2011/09/27/pdfs/BOE-A-2011-15210.pdf>

- Boletín Oficial del Estado, número 98 (2012). *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*. Disposiciones generales. Jefatura del Estado. [Accés el 23 de desembre de 2014] Obtingut de: <http://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf>

- Boletín Oficial del Estado, número 128 (2003). *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*. Jefatura del Estado. Obtingut de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-10715-consolidado.pdf>

- Boletín Oficial del Estado, número 274 (1977). *LEY 50/1977, de 14 de noviembre, sobre medidas urgentes de reforma fiscal*. Jefatura del Estado. [Accés el 23 de desembre de 2014]. Obtingut de: <https://www.boe.es/boe/dias/1977/11/16/pdfs/A24945-24951.pdf>

- Boletín Oficial del Estado, número 102 (1986). *Llei 14/1986, de 25 d'abril, general de sanitat*. Jefatura del Estado. [Accés el 23 de desembre de 2014]. Obtingut de: https://www.boe.es/boe_catalan/dias/1986/12/31/pdfs/A00145-00166.pdf

- Boletín Oficial del Estado, número 186 (2012). *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*. Jefatura del Estado. [Accés 25 desembre 2014]. Obtingut de: http://www.boe.es/boe_catalan/dias/2012/08/04/pdfs/BOE-A-2012-10477-C.pdf

- Boletín Oficial del Estado, número 222 (2006). *REAL DECRETO 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Jefatura del Estado. [Accés 2 gener 2015]. Obtingut de: <http://www.boe.es/boe/dias/2006/09/16/pdfs/A32650-32679.pdf>

- Boletín Oficial del Estado, número 222 (2006). *REAL DECRETO 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Jefatura del Estado. [Accés 2 gener 2014]. Obtingut de: <http://www.boe.es/boe/dias/2006/09/16/pdfs/A32650-32679.pdf>

- Bourdieu, P. (2000). Las formas del capital. Capital económico, capital cultural i capital social: En *Poder, derecho y clases sociales*. Bilbao: Desclée de brouwer.

- Borrell, C., Pons-Vigués, M., Morrison, J., & Díez, È. (2013). *Factors and processes influencing health inequalities in urban areas*. Journal of epidemiology and community health, jech-2012. [Accés 12 gener 2015]. Obtingut de: <http://jech.bmj.com/content/early/2013/02/13/jech-2012-202014.short>

- *Carta de drets i deures dels ciutadans en relació amb la salut i l'atenció sanitària*. (2002). Departament de sanitat i seguretat social, actual Departament de Salut (Generalitat de Catalunya): 21-45. [Accés 9 desembre 2014]. Obtingut de: http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/ciudadania/drets_i_deures/normativa/enllasos/carta_drets_deures.pdf

- Coulter, A., & Ellins, J. (2007). *Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients*. *BMJ: British Medical Journal*, 335(7609), 24. [Accés 2 gener 2014]. Obtingut de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1910640/>

- Cutler, D. and Lleras-Muney, A. *Socioeconomic Status and Health: Dimensions and Mechanisms*. *Oxford Handbook of Health Economics*, 2011. [Accés 2 gener 2014]. Obtingut de: <http://www.nber.org/papers/w14333>

- Contel, J. C., Muntané, B., & Camp, L. (2012). *La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada*. *Atención Primaria*, 44(2), 107-113. [Accés 1 gener 2015]. Obtingut de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656711002204>

- Dávila, C. D., González, B. (2009). *Crisis económica y salud*. *Gaceta Sanitaria*, 23 (4), 261-5. [Accés 1 gener 2015]. Obtingut de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021391112009000400001&script=sci_artt_ext

- De Antonio, I. E., Gómez-Gil, E., Almaraz, M. C., Martínez-Tudela, J., Bergero, T., Oliveira, G., ... & GIDSEEN, G. (2012). Organización de la asistencia a la transexualidad en el sistema sanitario público español. *Gaceta Sanitaria*, 26(3), 203-209. [Accés 1 abril de 2014]. Obtingut de: <http://www.gacetasanitaria.org/es/organizacion-asistencia-transexualidad-el-sistema/articulo/S0213911112000581/>

- Diari Oficial de la Generalitat, número 1324. (1990). *LLEI 15/1990, DE 9 DE JULIOL, D'ORDENACIÓ SANITÀRIA DE CATALUNYA, 23-78*. [Accés 8 gener 2015]. Obtingut de: http://catsalut.gencat.cat/web/content/minisite/catsalut/ciudadania/serveis_atencio_salut/com_es_gestionen/normativa_relacionada/losc.pdf

- Economou, C., Kaitelidou, D., Kentikelenis, A., Sissouras, A., & Maresso, A. (2014). *The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece. Economic crisis, health systems and health in Europe: country experience*. Copenhagen: WHO/European Observatory on Health Systems and Policies. [Accés 2 de gener 2015]. Obtingut de: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/266380/The-impact-of-the-financial-crisis-on-the-health-system-and-health-in-Greece.pdf

- *Evolució del pressupost del CatSalut (2012)*. Informació econòmica Servei Català de la Salut (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut). [Accés 9 desembre 2014]. Obtingut de: http://catsalut.gencat.cat/ca/coneix_catsalut/informacio_economica/pressupost/pressupost_catsalut/evolucio_pressupost/

- *Encuesta de Población Activa (EPA), segundo trimestre 2014: Notas de prensa*. Instituto Nacional de Estadística. [Accés 1 gener 2015]. Obtingut de: <http://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epa0214.pdf>

- *Expenditure on health by type of financing 2011 statistics*. OCDE. [Accés 20 desembre 2014]. Obtingut de: http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2013/expenditure-on-health-by-type-of-financing-2011-or-nearest-year_health_glance-2013-graph162-en#page1

- ERVITI, J. E. & LEYVA, R F. *Social and Political Actors in the Formulation of Health Reform in Spain*. (1995). *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 11 (1): 34-44, Jan/Mar. [Accés 23 desembre 2014]. Obtingut de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&%20pid=S0102-311X1995000100010&lng=es&nrm=iso

- [redacted] *Estudi 7è sobre l'afectació de la crisi en la salut de les persones.* (2014). Observatori de la vulnerabilitat de Creu Roja Catalunya. Creu Roja Catalunya. [Accés 5 gener 2015]. Obtingut de: <http://www.creuroja.org/AP/CM.aspx?id=139>

- Ezquerria, S. & Iglesias, M. (2013). *Crisis económica y capital social: Comunitarización y Rehogarización de la inclusión.* Lan Harremanak, 29: 133-154.

- Fraser, N. *On Justice* (2012). Col·lecció Breus. Edició a càrrec del Centre de Cultura Contemporània de Barcelona, 57, 15-16.

- [redacted] Frohlich, K. L., & Potvin, L. (2008). *Transcending the known in public health practice: the inequality paradox: the population approach and vulnerable populations.* American journal of public health, 98 (2), 216. [Accés 2 gener 2015]. Obtingut de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2376882/>

- Gallo, P., Gené-Badia, J. (2013). *Cuts drive health system reforms in Spain.* Health Policy, 113, 1-7. [Accés 19 novembre 2014]. Obtingut de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851013001784>

- [redacted] Herrera, C. A., Rada, G., Kuhn-Barrientos, L., & Barrios, X. (2014). *Does Ownership Matter? An Overview of Systematic Reviews of the Performance of Private For-Profit, Private Not-For-Profit and Public Healthcare Providers.* PLoS ONE, 9(12). [Accés 23 desembre 2014]. Obtingut de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4249790/#>

- [redacted] Hadad, J.L., Llanes, E.V. (2010). *La protección social en salud como enfrentamiento a una crisis económica.* Revista Cubana de Salud Pública, 36 (3), 235-248. [Accés 2 gener 2014]. Obtingut de: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v36n3/spu08310.pdf>

- Informe Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud: Balance de actividades y acciones previstas. (2006). Ministerio de Sanidad; Gobierno de España. [Accés 23 desembre 2014]. Obtingut de: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/InformePlanCalidad_ESP.pdf

- Informe Setembre 2014 sobre Determinants socials i econòmics de la salut: Efectes de la crisi econòmica en la salut de la població de Catalunya. (2014). Observatori del sistema de salut de Catalunya. Agència de Salut Pública de Catalunya. [Accés 2 gener 2014]. Obtingut de: http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/contingutsadministratiu/observatori_efectes_crisi_salut_document.pdf

- Informe VII sobre exclusión y desarrollo social en España. (2014). Fundación FOESSA. [Accés 4 gener 2015]. Obtingut de: http://www.foessa2014.es/informe/uploaded/descargas/VII_INFORME.pdf

- Jovell, A. J. (2008, October). *El paciente del siglo XXI*. Anales del Sistema Sanitario de Navarra (Vol. 29, pp. 85-90). [Accés 4 gener 2014]. Obtingut de: <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/viewArticle/2452>

- Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Papanicolas, I., Basu, S., McKee, M., & Stuckler, D. (2011). *Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy*. The Lancet, 378(9801), 1457-1458. [Accés 2 gener 2014]. Obtingut de: <http://www.ygeianet.gr/box/cal/25355.pdf>

- Llosada Gistau, J., Vallverdú Duch, I., Miró Orpinell, M., Pijem Serra, C., & Guarga Rojas, À. (2012). *Acceso y uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes inmigrantes: la voz de los profesionales*. Atención Primaria, 44(2), 82-88. [Accés 2 gener 2014]. Obtingut de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656711000655>

- Lalonde M. (1974) *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa, Ontario (Canada): Minister of Supply and Services. Obtingut de: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd51/perspective/cap4.pdf>

- Lundberg, O., Yngwe, M. Å., Stjärne, M. K., Elstad, J. I., Ferrarini, T., Kangas, O... & Fritzell, J. (2008). *The role of welfare state principles and generosity in social policy programmes for public health: an international comparative study*. *The Lancet*, 372(9650), 1633-1640. [Accés 2 gener 2014]. Obtingut de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673608616864>

- Llei 1/2012, del 22 de febrer, de pressupostos de la Generalitat de Catalunya per al 2012. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. [Accés 25 desembre 2014]. Obtingut de: http://www15.gencat.cat/ecofin_wpres12/pdf/VOL_L_ART.pdf

- Memoria Social del Seguro Español. UNESPA (2011). [Accés 23 de desembre 2014]. Obtingut de: http://www.unespa.es/adjuntos/fichero_3413_20120518.pdf

- Molina-Mula, J., De Pedro-Gómez, J.E. (2013). *Impact of the politics of austerity in the quality of healthcare: ethical advice*. *Nursing philosophy*, 14, 53-60. Obtingut de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nup.12000/abstract;jsessionid=A60C83964818AC9FAAF913795E7AC813.f02t02?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>

- Martín, J.J. López del Amo, M.P. (2011). *La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud en España*. *Ciencia&Saúde Colectiva*, 16 (6): 2773-2782. [Accés 12 desembre 2014]. Obtingut de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232011000600016&script=sci_arttext

- Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E., & Goldblatt, P. (2012). *WHO European review of social determinants of health and the health divide*. The Lancet, 380 (9846), 1011-1029. [Accés 2 gener 2014]. Obtingut de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673612612288>

- Notzon FC, Komarov YM, Ermakov SP, et al. (1998). *Causes of declining life expectancy in Russia*. JAMA (Journal of the American Medical Association), 279: 793–800. [Accés 2 gener 2014]. Obtingut de: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=187318>

- Olga, S. C., Daphne, K. C., Panagiota, L. S., Georgia, G. S., Helen, A. A., Panagiotis, P. G., ... & Lycourgos, L. L. (2014). *Investigating the Economic Impacts of New Public Pharmaceutical Policies in Greece: Focusing on Price Reductions and Cost-Sharing Rates*. Value in Health Regional Issues, 4, 107-114. [Accés 2 gener 2014]. Obtingut de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212109914000570>

- Observatori del Tercer Sector (2013): *Anuari 2013 del Tercer Sector Social de Catalunya. Document de síntesi*. [Accés 16 gener 2014]. Obtingut de: <http://anuaritercersectorsocial.cat/wpcontent/uploads/2012/10/Document-de-s%C3%ADntesi-de-lAnuari-2013-del-Tercer-Sector-de-Catalunya.pdf>

- Peiró, S. (2014). *En atención sanitaria, más o menos, menos es más. Apuntes sobre desinversión sanitaria*. Revista Española de Sanidad Penitenciaria, 16, 68-74. Obtingut de: http://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v16n3/02_especial1.pdf

- Putnam, R. (1993). *Making democracy work. Civic traditions in Modern Italy*. New Jersey: Princenton.

- Puig-Junoy, J., Castellanos, A., Planas, I. (2004). *Análisis de los factores que inciden en la dinámica del crecimiento del gasto sanitario público. Registro histórico y proyecciones 2004-2013*. En: Puig-Junoy, J., López-Casanovas, G., Ortún, V. *¿Más recursos para la salud?* Barcelona: Editorial Masson.

- Peiró, M., Barrubés, J. (2012). *Nuevo contexto y viejos retos en el sistema sanitario*. Revista Española de Cardiología, 65, 651-655 (Publicat per Elseiver España, S.L.).[Accés el 7 de desembre 2014]. Obtingut de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2012.02.019>

- Pérez, F., Cucarella, V., Hernández, L. *Servicios públicos, diferencias territoriales e igualdad de oportunidades (2015)*. Fundación BBVA e IVIE. [Accés 15 Abril 2015]. Obtingut de: http://www.fbbva.es/TLFU/dat/Presentacion_gasto_publico_ivie.pdf

- *Public spending on health and long-term care: a new set of projections*. (2013). OCDE: Economic Policy Papers (6). [Accés 23 desembre 2014]. Obtingut de: http://www.actasanitaria.com/fileset/file_Health_FINAL_7944854244225186862.pdf

- *Programa Pacient Expert Catalunya: una estratègia per potenciar l'autoresponsabilitat del pacient i el foment de l'autocura*. (Pla de Salut 2011-2015). Programa de prevenció i atenció a la cronicitat. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. [Accés 4 gener 2014]. Obtingut de: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documents/arxius/programa_pacient_expert_catalunya.pdf

- Protocol d'Estudi i Tractament de l'Esterilitat (2011). Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. [Accés 1 abril 2015]. Obtingut de: http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/ciudadania/la_salut_de_la_a_a_la_z/r/reproduccio_assistida/documents/protoco_esterilitat.pdf

- Guarderns Fundació Víctor Grífols, número 32: *Ética y salud pública en tiempos de crisis*. (2014). Fundació Víctor Grífols. [Accés 4 gener 2015].
Obtingut de: <http://www.fundaciogrifols.org/polymitalmages/public/fundacio/Publicacions/PDF/cuaderno32.pdf>

- Repullo, J.R., Freire, J.M. (2008). *Gobernabilidad del Sistema Nacional de Salud: mejorando el balance entre los beneficios y los costes de la descentralización*. Informe SESPAS 2008: 22 (Suplemento 1): 118-125.
Obtingut de: <http://www.gacetasanitaria.org/es/gobernabilidad-del-sns-mejorando-el/articulo/S0213911108760837/>

- Rovira, J. (2004). *Evaluación económica en salud: de la investigación a la toma de decisiones*. Revista Española de Salud Pública, 78(3), 293-295. [Accés 24 desembre 2014].
Obtingut de: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S113557272004000300001&script=sci_arttext

- Rodríguez-Fonseca M, Palència L, Marí-Dell'Olmo M, Gandarillas A, Domínguez Berjón MF, Gotsens M, Rodríguez-Sanz M, Borrell C. (2013). *Evolution of socio-economic inequalities in mortality in small geographical areas of the two largest cities in Spain (Barcelona and Madrid), 1996-2007*. Public Health; 127(10):916-21. [Accés 29 desembre 2014].
Obtingut de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350613002369>

- Ruckert, A., & Labonte, R. (2012). *The global financial crisis and health equity: toward a conceptual framework*. Critical Public Health, 22(3), 267-279. [Accés 2 gener 2014].
Obtingut de: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09581596.2012.685053#.VKq0etKG-bM>

- Sánchez-Martínez, F.I., Abellán-Perpiñán, J., Oliva-Moreno, J. (2014). *La privatitzación de la gestión sanitaria: efecto secundario de la crisis y síntoma de mal gobierno. Informe SESPAS 2014*. La Gaceta Sanitaria, 28 (S1), 75-80. [Accés el 12 de desembre 2014]. Obtingut de: <http://gacetasanitaria.org/es/la-privatizacion-gestion-sanitaria-efecto/articulo/S021391111400082X/>

- *Social determinants of health (2012)*. Reporting by the secretariat. EB132/14 (ExecutiveBoard). World Health Organization. Obtingut de: http://www.who.int/social_determinants/implementation/B_132_14-en.pdf

- Stuckler, D., Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M. (2013). The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006-2010. *The European Journal of Public Health*, February 2013, 23 (1), 103-108. [Accés 2 gener 2014]. Obtingut de: <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/23/1/103.article-info#sec-7>

- Suhrcke, M., Stuckler, D., Basu, S., & McKee, M. (2009). *The health implications of financial crisis: a review of the evidence*. *The Ulster medical journal*, 78(3), 142. [Accés 2 gener 2014]. Obtingut de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2773609/>

- David Stuckler y Sanjay Basu. *Por qué la austeridad mata. El coste humano de las políticas de recorte*. Madrid: Santillana; 2013.

- Terraza-Núñez, R., Toledo, D., Vargas, I., & Vázquez, M. L. (2010). *Perception of the Ecuadorian population living in Barcelona regarding access to health services*. *International journal of public health*, 55(5), 381-390. [Accés 2 gener 2014]. Obtingut de: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00038-010-0180-1>

- [redacted] *The patient of the future. International Projecte: Focus Group Research in Spain.* (2001). Picker Institute and Fundació Biblioteca Josep Laporte. [Accés 3 de gener 2015]. Obtingut de: <http://www.fbioseplaporte.org/docs/repositori/070517121740.pdf>

- [redacted] Valkonen T, Martikainen P, Jalovaara M, et al. (2000) *Changes in socioeconomic inequalities in mortality during an economic boom and recession among middle-aged women in Finland.* Eur J Public Health, 10: 274–80. [Accés 2 de gener 2014]. Obtingut de: <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/10/4/274.short>

- [redacted] Vázquez, M. L., Vargas, I., & Aller, M. B. (2014). *Reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la atención sanitaria de la población inmigrante.* Informe SESPAS 2014. Gaceta Sanitaria, 28, 142-146. [Accés 2 de gener 2014]. Obtingut de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911114000727>

- [redacted] Zafiropoulou, M., Kaitelidou, D., Siskou, O., Economou, Ch. (2014). *Impacts of the crisi on accesss to healthcare services: country report on Greece.* European Foundation for the improvement of living and working conditions (European Union Agency). [Accés 2 de gener 2014]. Obtingut de: http://eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1442en.pdf

S'han consultat les bases de dades ScieLo, CUIDEN, LILACS, CINAHL, COCHRANE, SCOPUS I GOOGLE SCHOLAR, i articles de revistes indexades com ELSEIVER, PUBLIC HEALTH O BRITISH MEDICAL JOURNAL entre octubre 2014 i gener de 2015. S'han exclòs aquelles investigacions que no fossin d'accés gratuït o que requerissin un registre addicional, amb excepció d'aquelles bases de dades o enllaços coberts per conveni amb accés des del CERCATOT (portal de recursos electrònics) de la Uvic-Universitat Central Catalunya. S'ha utilitzat el programari Mendeley en la selecció i citació d'alguns documents.

Palabras clave (Castellà): *Recesión económica, salud, política de salud, crisis, sistema sanitario, política de salud.*

Keywords (English): *Austerity; Healthcare; Public Services; Economic impact; Public management; Social determinants; Healthcare reform; Public health policies; Health inequalities.*

8. ANNEX

ANNEX 1: QÜESTIONARI ENTREVISTA SEMIOBERTA

- 1) Quina valoració faria de l'estat actual de l'organització comunitària al voltant dels serveis sanitaris públics?
- 2) Quins col·lectius considera han estat els més perjudicats per la reducció dels recursos públics destinats a serveis sanitaris?
 - b) Amb quines conseqüències directes i indirectes?
- 3) Quin paper considera que adquireix el sector comunitari en aquest context? Quina cobertura ofereix?
- 4) Quines experiències comunitàries concretes emergeixen en aquest marc que tinguin una continuïtat durant aquests anys? (Exemples)
- 5) Quina relació s'estableix en aquest període de crisi econòmica entre administració sanitària i sector comunitari? Quins canvis observa?
- 6) **Quins factors considera que influeixen de manera més incisiva a nivell de salut en la seva comunitat?**
- 7) Per últim, quins reptes planteja la conjuntura actual respecte el futur de l'acció comunitària per una banda, i de la sanitat pública per l'altre?

ANNEX 2: QUADRE RECULL AFIRMACIONS D'ESPECIAL INTERÈS

DIMENSIONS D'ESTUDI/ CITES SUGGERENTS DELS PARTICIPANTS	IMPACTE de la CRISI	RELACIÓ Administracions - Ciutadania	EXPERIÈNCIES I REPTES EMERGENTS	RESPOSTES DE SÍNTESI
ENTREVISTA 1	Cita 1	Cita 2	Cita 3	
ENTREVISTA 2	Cita 1	Cita 2	Cita 3	
...	Cita 1	Cita 2	Cita 3	
ENTREVISTA 19	Cita 1	Cita 2	Cita 3	
ENTREVISTA 20	Cita 1	Cita 2	Cita 3	

En aquest quadrant quedaran escrites aquelles cites resultants de les qüestions tractades durant les entrevistes que facin referència directa o aportin respostes sobre les dimensions objecte d'estudi en aquest anàlisi.

L'elaboració d'aquest registre pretén aglutinar idees exposades al llarg de les entrevistes i que puguin mostrar punts representatius de les dimensions descrites a la metodologia. El format proposat de registre ajuda a sintetitzar per participant i dimensió les diferents aportacions i abreujar el seu contingut per tal de poder obtenir un recull menys dens i més concret de les respostes. Això facilita l'exposició de les idees i l'ús del quadre presentat permet obtenir una imatge més visual de les diferents versions dels participants en l'estudi. El registre de cites i síntesi es durà a terme a posteriori de l'entrevista, i a partir del text un cop obtinguda la transcripció digital a través del programari *Soundsciber*.

ANNEX 3. CONSENTIMENT INFORMAT I FULL MODEL

RECERCA SOBRE L'IMPACTE DE LA CRISI ECONÒMICA VERS EL SISTEMA PÚBLIC DE SALUT A CATALUNYA

NÚMERO D'ESTUDI:

NOM DE L'ESTUDI:

VERSIÓ DATA:

VERSIÓ N°: PROMOTOR DE L'ESTUDI:

Nom de l' investigació:

Direcció:.....

Telèfon:.....

INTRODUCCIÓ

L'investigador que realitza l'estudi ha determinat que compleix uns requisits per participar en un estudi d'investigació. Abans d'acceptar en participar, és important que llegeixis detingudament la informació que a continuació es presenta i alhora és important que ho entenguis. L'investigador responsable de l'estudi t'explicarà el significat de qualsevol paraula i intentarà resoldre qualsevol dubte que et pugui sorgir.

OBJECTIU D'ESTUDI

Aquest estudi té com objectiu principal descriure quines manifestacions presenta la crisi econòmica vers el sistema públic de salut i l'àmbit d'acció comunitària.

DESCRIPCIÓ

La tècnica de recollida de dades escollida, en el cas d'aquest anàlisi, ha estat l'entrevista semi-estructurada. En aquesta part de l'estudi hi participaran un total de 20 persones.

DADES

Cal dir que l'entrevista serà enregistrada en una gravadora de veu, per tal d'analitzar el teu discurs d'una manera còmode. Has de tenir clar que el què respongueu serà totalment vàlid. La informació obtinguda serà utilitzada per ús exclusiu del desenvolupament de la investigació, sense que aquesta informació pugui ser utilitzada amb altres finalitats i sempre tenint en compte la confidencialitat de les dades del participant. Així que les dades personals seran omeses o modificades.

RESPONSABILITAT DEL PARTICIPANT

La seva participació és totalment voluntària, i el tractament de les informacions ofertes pot ésser retirat o anul·lat en qualsevol moment del projecte si així ho manifesta.

CONFIDENCIALITAT DEL PARTICIPANT

La informació es recollirà conforme a la Llei Orgànica 15/1999 de 13 de desembre, de protecció de dades de Caràcter Personal. Les teves dades seran de manera permanent confidencials i no s'exposaran en públic.

FULL DE CONSENTIMENT INFORMAT

Jo, (nom i cognoms del participant)

- He llegit la informació que se'm ha lliurat.
- He pogut fer preguntes sobre l'estudi.
- He rebut suficient informació sobre l'estudi.
- He comprès que la meva participació és voluntària.
- He estat informat de què les meves dades personals seran protegides, que els resultats de la meva avaluació personal seran estrictament confidencials.

Tenint en compte aquestes consideracions dono lliurement el meu consentiment per participar en l'estudi i que les meves dades puguin ser utilitzades amb finalitats d'investigació. Rebré una còpia firmada d'aquesta fulla d'informació.

Data i signatura del/la participant:

Data i Signatura de l'investigador:

9. Agraïments i nota final de l'autor (TFG com experiència docent)

Arribat a aquest punt, esdevé imprescindible agrair la constància, el suport, així com la paciència i la orientació oferta per la tutora d'aquest Treball Final de Grau, la Dra. Sandra Ezquerria Samper. El seu coneixement i visió crítica m'ha permès afinar una mica més en molts aspectes del treball investigador com la disciplina o la concreció en la definició dels punts del treball. A més a més, la motivació mostrada tant en l'acolliment de la proposta com en el desenvolupament del projecte ha resultat important a l'hora de lidiar amb el treball.

Agrair per altra banda, el suport i companyia mostrada per la meua companya Núria, els meus familiars, amics i amigues durant el transcurs del projecte.

Com experiència, la realització d'aquest treball m'ha permès indagar en una temàtica d'interès personal i professional (fet que ja em sembla una sort, tenint en compte que s'ha de conviure durant vuit mesos amb aquest projecte), i descobrir aspectes i punts de vista sobre alguns dels fenòmens descrits que fins aleshores eren desconeguts per mi. Un projecte intens en alguns moments, però reconfortant de dur a terme. Agrair novament, i per últim, a totes aquelles persones que s'hi hagin vist involucrades.