

## Articles

■ NÉSTOR BOGAJO  
■ SANTIAGO GOROSTIZA  
■ ELIA HERRANZ  
■ LLUÍS ISERN  
■ ELOI LATORRE

■ AMANDO MARTÍN ZURRO  
■ ANGEL PUYOL  
■ ANNA ROMAGOSA  
■ COMISSIÓ EN DEFENSA DE LA SANITAT PÚBLICA DE LA FAVB

## Fotografia

■ ALBERT-9B IMATGE  
■ DANI CODINA  
■ MARC JAVIERRE  
■ JOAN LINUX-9B IMATGE  
■ JOAN MOREJÓN

■ IGNASI R. RENOM  
■ MANEL SALA 'ULLS' -9B IMATGE

La salut entesa en un sentit ampli és un important indicador del nivell d'equitat d'una societat. Dels anys 70 a l'actualitat, la defensa del dret a la salut ha impulsat lluites lligades a la mobilitat, l'urbanisme, el medi ambient o la demanda d'equipaments

# Història i lluites veïnals pel dret a la salut

**SANTIAGO GOROSTIZA**  
HISTORIADOR (ICTA-UAB)

“Salvemos nuestros pulmones, fuera la planta”. És el mes de gener de 1977, i la pancarta encapçala la manifestació de veïns i veïnes de Nou Barris que protesten contra l'Ajuntament per la instal·lació d'una planta asfàltica a Roquetes i Trinitat Nova. Erigida sobre terrenys forestals i transgredint la normativa de proximitat a habitatges, la planta asfàltica només funcionarà una vegada. Constatades les molèsties causades per la contaminació de la planta i la nul·la voluntat de l'Ajuntament per respondre a les demandes de les veïnes, aquestes passaran a l'acció. El 9 de gener de 1977, una assemblea veïnal decideix ocupar i desmantellar la planta asfàltica. Vora dues-centes persones inutilitzen xemeneies i dipòsits, fent impossible l'ús de les instal·lacions i deixant les naus ja construïdes sense ús. La reclamació d'aquestes per a usos socials i culturals és immediata. L'Ateneu Popular de 9 Barris fa les seves primeres passes reclamant el dret a la salut dels barris amb menys recursos i espais públics i de trobada per als veïns.

## Un parc abans que pisos i fàbriques

“Queremos parques para el barrio, paso libre”. A final del mateix any 1977, a l'altre extrem de la ciutat, a la Zona Franca de Barcelona, una pintada sobre un cartell publicitari que tapa l'accés al solar de l'antiga fàbrica Farrero SA testimonia el desig del veïnat. Vora el passeig de la Zona Franca, la paciència de les veïnes de l'associació de Nostra Senyora del Port amb l'Ajuntament i la immobiliària Far-

**El dret a la salut, particularment vulnerat en els barris més pobres, ha estat combustible de moltes de les seves lluites**

ro SA s'esgota. Les successives llicències de construcció concedides a l'empresa van reduint l'espai en un solar que, segons el Pla Comarcal, havia de ser zona verda en un 75%. La construcció que la va encerclant ja ha adquirit forma d'U, i ara s'acaba d'autoritzar el tancament de la mateixa amb un nou bloc de pisos i la construcció d'una planta industrial en l'espai interior del solar. Davant d'aquesta situació, el veïnat organitzat obre el pas a la finca, ocupa la zona verda interior i la comença a habilitar. I per commemorar la data, pinta a la paret lliure d'un dels blocs: “En el día de hoy 13-11-1977 se inaugura este parque”. La lluita amb la immobiliària portarà l'associació als jutjats, però acabarà per quedar-se no només amb la zona verda interior sinó també amb alguns edificis de l'antiga fàbrica, que seran destinats a usos socials i culturals. La Casa del Relloige, per exemple, esdevindrà centre cívic del barri.

Els exemples d'aquestes lluites veïnals a Nou Barris i Can Farrero, que han estat documentades respectivament per la Co-



ARXIU FAVB-1979

A dalt (1979), la planta asfàltica de Nou Barris ocupada per reclamar un ateneu; a sota (1977), el veïnat de la Zona Franca tenia clares quines eren les preferències per a l'antic solar de la fàbrica Farrero SA



missió de Memòria dels 40 anys de l'Ateneu Popular 9 Barris i pel Centre d'Estudis de Montjuïc, no són excepcionals ni únics en els darrers cinquanta anys d'història de la ciutat de Barcelona i la seva zona metropolitana. La lluita pel dret a la salut, vulnerat particularment en els

**Sovint partint de reclamacions bàsiques, “l'ecologisme de classe treballadora” ha connectat justícia social i ambiental**

barris d'habitants amb menys recursos, ha estat el combustible de les lluites a molts altres espais des dels darrers anys de la dictadura franquista. Les veïnes del barri de Can Sant Joan a Montcada i Reixach protestaren contra la contaminació causada per la cimentera d'Asland des dels anys 60. L'any 1966, prop de 2.000

dones protagonitzaren a Badalona una manifestació convocada boca a boca per protestar contra el “polsim negre” causat per la combustió de carbó a la central tèrmica de la FECSA, i atragueren l'atenció de la Brigada Social de la Policia, tal i com mostren els informes conservats a l'Arxiu de la Subdelegació del Govern a Barcelona. Ambdues lluites arriben ben bé fins als nostres dies.

## Espais segurs i saludables

Darrere diversos parcs i horts ocupats de la ciutat hi ha tenaces reclamacions veïnals pel dret a un espai lliure de contaminació, segur per créixer i viure. Una concepció de seguretat i de benestar que atorga un paper central al dret a un medi ambient saludable. Reclamacions amb un component significatiu d'arrelament, empès a l'acció pel desig de millorar l'espai en què un vol romandre, créixer i donar a néixer. Lluny de les lluites ecologistes tradicionals, més preocupades per la conservació d'espais naturals, les lluites pel dret a la salut mostren l'íntima connexió entre

la justícia social i la justícia ambiental, sovint partint de reclamacions bàsiques com la conversió de solars abandonats en horts i parcs, la millora de la qualitat de l'aire o la recuperació per al barri d'edificis amenaçats per l'especulació.

Avui, una de les lluites més emblemàtiques d'aquest dret a la salut ambiental és el conflicte pel CAP Raval Nord. Les veïnes -moltes d'elles persones migrades- i les professionals del CAP demanen un nou centre de salut a la Capella de la Misericòrdia, on el Macba ha previst construir la seva ampliació, i es neguen a renunciar a altres espais verds públics. Un conflicte que no està lluny d'altres reivindicacions a Ciutat Vella, com per exemple la lluita l'any 2000 al Forat de la Vergonya / Pou de la Figuera, quan el veïnat es mobilitzà per obtenir un espai verd enlloc d'un parking i un hotel destinat al turisme.

## Un patrimoni comú

Potser inadvertidament, aquest reguitzell de petites i grans històries per respirar aire no contaminat, per reclamar pedaços d'espai verd, horts, recuperar edificis, o millorar els equipaments de salut pública sense comprometre l'accés al verd urbà, configuren ja una tradició de lluita pel dret a la salut i contra les injustícies socials i ambientals que té més de cinquanta anys i segueix molt viva avui. És part d'allò que la investigadora italiana Stefania Barca ha denominat “ecologisme de classe treballadora”, caracteritzant les lluites organitzades per millorar l'entorn de les treballadores en els seus llocs de treball i els barris on viuen amb les seves famílies i comunitats. En perspectiva històrica, doncs, molts d'aquests espais i equipaments es poden concebre com un patrimoni comú, alliberat i ocupat mitjançant lluites veïnals pel dret a la salut. Un patrimoni urbà, cívic i social, que s'ha erigit precisament a partir d'aquestes lluites socials i ambientals; un patrimoni a defensar i ampliar.



# Contaminats per terra, mar i aire

ELOI LATORRE

**E**n plena irrupció del moviment Fridays For Future, la paraula “contaminació” s’ha tornat a situar amb força a l’agenda de Barcelona. Però l’emergència per diverses formes de contaminació fa temps que plana sobre la capital catalana. Segons un estudi de l’Institut de Salut Global, si es reduïssin els nivells de contaminació a la conurbació de Barcelona als límits recomanats per l’Organització Mundial de la Salut, cada any s’evitarien 659 decessos prematurs.

Però la ciutat sembla lluny d’aquesta agenda. Barcelona i el seu entorn supera de forma ininterrompuda, des del 2010, els límits màxims de diòxid de nitrogen (NO<sub>2</sub>) en l’aire fixats per les normatives europees; i el 95% dels barcelonins respiren un índex de partícules en suspensió superior al recomanat per l’OMS, segons l’Agència de Salut Pública de Catalunya.

## Cotxes: antiguitat o quantitat?

Segons l’Ajuntament, el trànsit és el causant del 65% de les emissions contaminants. Quasi 1,1 milions de vehicles privats entraven cada dia a Barcelona el 2016, segons l’anuari estadístic de la ciutat. La fórmula per aconseguir-ne una reducció dràstica passa per la prohibició de

**Si es reduís la contaminació de la conurbació de Barcelona als nivells recomanats per l’OMS es podrien estalviar 659 morts prematures a l’any**

**El 95% de la ciutadania barcelonina respira un nivell de partícules en suspensió superior al recomanat per les autoritats sanitàries**

circular per l’anomenada Zona de Baixes Emissions els dies feiners de tots aquells vehicles que no tinguin cap dels distintius de qualitat ambiental de la Direcció General de Trànsit. Aquesta mesura, que s’ha de fer efectiva l’1 de gener del 2020, afectarà els 125.000 turismes de matriculació més antiga.

Però el model no és del tot ben vist per algunes persones del moviment ecologista. Maria García, membre d’Ecologistes en Acció i de la Plataforma per la Qualitat de l’Aire, creu que “el problema no són els cotxes antics, sinó la quantitat. Més que renovar el parc, el que cal fer és reduir-lo”. Per tot plegat, es reclama un peatge urbà, que haurien d’abonar els vehicles privats que traspassin el perímetre de baixes emissions, com ja s’ha aplicat en diverses ciutats europees i recentment a Madrid; una mesura que el darrer equip de govern de la ciutat va assegurar tenir en estudi, però sense concreció.

## Fins a 105 bucs turístics el 2017

Ara bé, la contaminació atmosfèrica no viatja només sobre rodes. La que arriba per via marítima també ha esdevingut una preocupació creixent en una ciutat que s’ha situat amb força en el mapa del turisme de grans creuers. Segons un estudi de l’ONG Transport and Environment, la capital catalana s’ha erigit en la segona conurbació europea més contaminada pel tràfic marítim, només superada per Venècia. Segons aquest treball, els 105 bucs turístics de grans dimensions



Les entitats ecologistes reclamen un peatge urbà per reduir el volum de trànsit

IGNASI R. RENOM



Després de Venècia, Barcelona és la ciutat europea més contaminada pel tràfic marítim



que van atracar al port de Barcelona el 2017 van abocar a l'atmosfera 700 tones de diòxid de nitrogen, 13 tones de micro-partícules i 700 tones de diòxid de sofre (SO<sub>2</sub>), dada aquesta darrera que quintuplica el que aboca tot el parc de vehicles terrestres en un any.

### La incineració de residus

Una darrera via d'emissió de gasos tòxics a l'atmosfera són les plantes de tractament i incineració de residus. En aquest capítol destaca la incineradora de Sant Adrià del Besòs, inaugurada el 1983, gestionada pel consorci TERSA, participat per l'Àrea Metropolitana de Barcelona i l'ajuntament de la capital a través de Barcelona Serveis Municipals. Com recorda Jordi Bigues, portaveu del Centre d'Ecologia i Projectes Alternatius (CEPA) "crema cada hora 40 tones de residus domèstics i municipals, 363.000 tones anuals. Hi ha un augment del 26% respecte del que es cremava el 2014".

"Els residus no s'eliminen amb la incineració. Un 20% es converteix en escòria que s'ha de dur a abocadors i també es generen fums i aigües tòxiques", apunta Bigues. L'Acord Metropolità de Residu Zero que els municipis de l'AMB van subscriure el març passat preveu un tancament d'alguns forns de la planta a partir del 2025, mitjançant un sistema més eficient de recollida de deixalles que assoleixi l'objectiu del 50% de reciclatge, tal com exigeix la Unió Europea (actualment se situa al voltant del 35%); però Silvínia Frucella, portaveu de la plataforma Aire Net, reclama concreció: "una data definitiva per clausurar la incine-

### La incineradora de Sant Adrià crema cada hora 40 tones de residus domèstics i municipals, un augment del 26% respecte el 2014

radora i un cronograma de la reducció prevista de la generació de residus".

La incineració de residus va provocar un episodi de tensió entre el consistori i l'activisme ambiental l'estiu passat, quan l'Ajuntament va presentar Barcelona Energia, operador elèctric públic que abasteix els equipaments municipals, l'enllumenat dels carrers, i des del gener, també comercialitza serveis a llars particulars. 25 entitats veïnals i ecologistes van respondre amb un manifest molt crític amb el fet que "només un percentatge molt petit de la producció de Barcelona Energia prové de fonts verdes i més d'un 90% de la incineradora de TERSA". Segons els càlculs de Jordi Bigues, "per cada kilowatt / hora que produïu, la incineradora generaria 1,08 quilos de CO<sub>2</sub>". Finalment, la regidoria de Medi Ambient de Barcelona va anunciar que la nova societat municipal no actuaria com a proveïdor d'energia sinó tan sols com a comercialitzador i que tota l'energia que es compri comptarà amb un certificat de garantia d'ús de fonts d'energia renovables, excloent la incineració.



DANI CODINA

Cobertura d'uralita al mercat de l'Abaceria de Gràcia

## Amiant, el veí indesitjat

El fibrociment, fabricat amb fibres d'amiant, va ser molt popular en la construcció entre els anys 50 i 70 pel seu baix cost i la facilitat d'instal·lació. A Barcelona, és present en multitud de teulades, parets mitgeres o baixants. El 1977 l'OMS va declarar la pols d'amiant, o asbest, un element cancerígen equiparable al tabac. A Catalunya, s'han presentat més de 500 reclamacions judicials contra fabricants de components amb amiant de persones afectades per càncers i altres malalties pulmonars; en la gran majoria s'ha donat la raó als demandants, sobretot extreballadors de les plantes, però també a veïns. A l'Estat espanyol no s'ha desenvolupat una legislació específica per retirar l'amiant com recomana el Consell Europeu i sovint ha estat l'activisme dels col·lectius afectats el que ha servit per visualitzar el problema.

El més actiu, els darrers mesos, ha estat la lluita dels treballadors del metro de Barcelona, que des de l'abril duen a terme jornades de vaga periòdiques per exigir un pla de retirada de les peces dels vagons cobertes amb pintura d'amiant. Segons els principals sindicats de TMB, un 37% de la plantilla pot tenir afectacions per aquesta causa. Però no

és l'únic cas. L'associació de Jubilats de Macosa-Alstom ha estat una de les més persistents en la lluita contra el rastre de l'asbest. Aquesta fàbrica del Poblenou va produir ciment microfibrós des dels anys 70 fins que va tancar el 1994, sense cap mesura de prevenció. "Hi ha més de trenta companys que han mort per l'amiant, i dels vius uns deu estan malalts", explica Miguel Moreno, portaveu del col·lectiu. El problema és que l'efecte de l'exposició se sol manifestar a molt llarg termini i l'associació tem que es disparin els casos en els pròxims anys.

L'any passat van promoure una recollida de firmes per reclamar a l'Ajuntament un inventari de tots els edificis amb amiant i un programa de retirada. Des del consistori a l'únic que s'obliga és a desamiantar els solars on es tramiten nous permisos d'obres amb un sistema de protecció homologat per evitar el desprendiment de partícules. S'ha vist, recentment, amb la retirada de la coberta del mercat de l'Abaceria, a Gràcia. La Plataforma Can Baró també ha estat molt activa a l'hora de denunciar que els accessos al Turó de la Rovira són plens de runa de ciment amiantat, provinent de les antigues barraques de la zona.

## Ones electromagnètiques, la indústria s'imposa a la llei

La implantació de la telefonia mòbil i les xarxes wi-fi han omplert el nostre entorn d'ones electromagnètiques que fan possible un món altament interconnectat. L'impacte nociu sobre la salut d'aquesta sobresaturació de camps de radiació és objecte d'una encesa

discussió científica i des de la indústria electrònica es dediquen grans esforços a demostrar que no en té cap. Però hi ha col·lectius que adverteixen dels perills d'una escalada que sembla no tenir aturador. Principalment les persones que pateixen hipersensibilitat electromagnètica, una afectació que les institucions sanitàries també són reticents a reconèixer. Núria Marín, portaveu de l'entitat que les aplega a Barcelona, Electro Químico Sensibles pel Dret a la Salut (EQSDS), diu que "reclamem un principi de prevenció, perquè cada cop hi ha més emissions: tenim el 2G, el 3G, el 4G i aviat el 5G. Es van sumant. I malgrat tots els estudis que alerten que a la llarga poden comportar problemes de salut, no s'està fent res. Es diu que es compleix la llei, però és una llei obsoleta, es basa en una directiva europea del 1999 implantada a l'Estat el 2006. Es van desplegar

les antenes sense cap regulació. La indústria va molt per davant de les administracions". Des d'Ecologistes en Acció també s'ha criticat, en un comunicat recent, que s'hagi posat en marxa a nivell estatal el pla de desplegament de la nova tecnologia 5G sense que s'hagi avaluat l'impacte sobre la salut que pot representar l'increment exponencial d'antenes i emissions electromagnètiques.

Antena wifi instal·lada per l'Ajuntament al Poblenou com a prova pilot



MANEL SALA "ULLS"-9BARRIS IMATGE



# Qui té un bon metge té un tresor

AMANDO MARTÍN ZURRO  
METGE DE FAMÍLIA

La medicina moderna és cada cop més complexa i sofisticada, els aparells i altres mitjans tècnics de què disposa ajuden a aconseguir solucionar malalties que fins fa relativament poc temps eren considerades mortals de necessitat, i el progrés científic i tecnològic avança cada cop a més velocitat. En els països desenvolupats com el nostre els responsables dels sistemes sanitaris han de facilitar la incorporació d'aquests avenços continus i espectaculars de la ciència mèdica però, al mateix temps, no han d'oblidar l'altre gran pilar de l'atenció sanitària: l'atenció familiar desenvolupada pels metges, infermeres i la resta de professionals que treballen en els centres de salut (CAP).

Un bon sistema sanitari és aquell que sap guardar un equilibri correcte entre el progrés científic i tecnològic i una òptima assistència personal i col·lectiva dirigida a solucionar els problemes i les necessitats de la salut més freqüents, i a coordinar i seguir el curs, amb la col·laboració d'altres especialistes de l'hospital, d'aquells que per la seva complexitat o urgència hagin requerit l'actuació d'altres centres assistencials.

## Medicina de família

El metge i l'infermer de família han de ser els responsables de la direcció de l'assistència de tots i cadascun dels problemes de salut que tinguin les persones assignades, però aquest objectiu és a vegades difícil d'aconseguir davant la fragmentació recent de l'atenció entre diferents especialistes, generalment radicats als hospitals. Fins i tot dintre de la mateixa atenció primària obligatòria també es propicia aquesta divisió de l'assistència, per exemple, amb la posada en marxa de programes específics per a l'atenció de persones amb problemes de salut crònics

## La fragmentació sanitària impedeix als professionals de la medicina de família oferir l'atenció global que precisen les persones al seu càrrec

o terminals. Cal tornar a posar èmfasi en la conveniència que totes les persones del mateix grup familiar o de convivència siguin ateses pels mateixos professionals de la medicina i infermeria de família i que cadascun dels seus components els tingui com a referents experts per al diagnòstic i tractament de tots els seus problemes de salut.

## Continuïtat en l'atenció

Molts problemes de salut requereixen l'actuació conjunta de serveis i professionals d'altres sectors diferents del sanitari, sobretot en el camp social. L'exemple més clar el tenim habitualment en les persones amb problemes crònics que pateixen algun tipus de discapacitat que les dificulta, fins i tot impedeix, tenir l'autonomia necessària per portar a terme totes o part de les activitats pròpies de la vida diària. En aquests casos és imprescindible un treball coordinat dels professionals de medicina de família amb els treballadors socials (del CAP i del territori). Però no hem d'oblidar que també pot ser necessària la col·laboració assistencial d'altres professionals com, per exemple, els fisioterapeutes i rehabilitadors.

L'atenció domiciliària és un dels components essencials del treball dels professionals de la medicina i la infermeria de família, així com dels treballadors socials, aspecte que, a vegades, no es valora



ALBERT-9 BARRIS IMATGE

## Acte informatiu i reivindicatiu a Nou Barris en defensa de l'atenció primària

suficientment per part dels responsables de la gestió sanitària. Un funcionament adequat d'aquesta modalitat assistencial pot garantir una millor salut i satisfacció de les persones i, a més, evitar ingressos hospitalaris innecessaris. L'atenció domiciliària ha de ser responsabilitat dels professionals de l'atenció primària de salut, dels mateixos que presten l'assistència a les consultes dels CAP. Quan s'assigna a altres sanitaris diferents, es corre el risc de lesionar greument dues característiques essencials de les cures que presta l'atenció primària i comunitària ambulatoria: la longitudinalitat i la continuïtat. La primera es garanteix quan són els mateixos professionals sanitaris els que presten l'assistència a cada persona o grup familiar durant tota la vida, des de la infància fins a l'ancianitat i mort. La continuïtat implica que els professionals de salut familiar són sempre els responsables últims de l'assistència i seguiment de tots els problemes i necessitats de salut de la seva població assignada, amb independència del lloc en què reben atenció (hospital, CAP, urgències...). Per això és important saber i defensar que l'atenció primària ambulatoria no sigui només la "porta d'entrada"

per la qual s'ha de passar per rebre assistència al sistema sanitari, sinó la seva columna vertebral, l'eix principal sobre el qual s'assenta i que el travessa i sosté des de la base fins al vèrtex.

## No es tracta només de la salut

La salut forma part d'un concepte més ampli, que és el de la qualitat de vida, i aquesta ve determinada per múltiples factors, alguns dels quals estan efectivament relacionats amb la primera: són els anomenats determinants de la salut (nivell socioeconòmic, atur, habitatge i urbanisme, cultura, hàbits vitals, etc.), sobre els quals s'ha d'actuar si volem incidir de forma efectiva i suficient sobre ella. Per aconseguir aquest objectiu és essencial el concurs d'altres sectors diferents al sanitari presents al teixit comunitari. Sota aquesta perspectiva, és essencial comptar amb la participació activa de la població. Aquesta participació ha de dissenyar-se de forma flexible i adaptada a les característiques de cada àmbit comunitari, fugint en tot cas de fórmules rígides d'aplicació universal, sense dubte una de les causes del fracàs dels consells de salut en tot el territori espanyol i català. Cal que els gestors i

professionals sanitaris assumeixin que les accions dirigides a millorar la qualitat de vida, i dintre d'aquesta la salut, no poden estar centrades i protagonitzades en exclusiva pel sistema sanitari. S'ha de dissenyar i fer operatiu el terreny de les estratègies intersectorials, en les quals la salut estigui present però que no girin només al voltant d'aquesta. Avançar en la implantació real del concepte de "salut en totes les polítiques" i fer-ho de forma participativa amb els actius i líders co-

## La medicina i infermeria de família han de poder donar una solució satisfactòria a més del 90% dels problemes de salut de les persones

munitaris, sense pretendre assumir com a sector sanitari la direcció única dels processos, pot permetre avançar significativament en aquest camp.

Un dels problemes més greus amb els quals s'enfronta avui l'atenció primària ambulatoria al nostre país és el de la fragmentació de l'assistència, en part propiciada per la superespecialització tecnològica i dels professionals de la medicina. És necessari que la ciutadania prengui consciència clara de la importància que té poder rebre assessorament preventiu, diagnòstic i terapèutic per als seus problemes a través d'un sol punt d'assistència sense haver de ser visitat (excepte quan sigui estrictament necessari) en diferents llocs i per professionals d'especialitats diferents que, en moltes ocasions, no mantenen contacte habitual entre ells i que, a més, no tenen una visió global del conjunt de problemes i necessitats de salut de cada persona, una visió que només pot tenir el seu metge o infermer de família.

La medicina i la infermeria de família han de poder donar solució satisfactòria a més del 90% dels problemes de salut de les persones. Són els professionals més importants per a la cura de la seva salut i en els quals han de dipositar la seva confiança. Realment és certa l'afirmació que "qui té un bon metge i infermer de família té un tresor".



JOAN MOREJÓN

El CAP no és "la porta d'entrada" al sistema, sinó la columna vertebral





JOAN LINUX-9 BARRIS IMATGE

Digues-me en quin barri vius i et diré quina esperança de vida tens o et queda

## El codi postal dels barcelonins mata

ANGEL PUYOL  
FILÒSOF (UAB)

**E**l codi postal determina la salut dels ciutadans. Dit amb altres paraules, digues-me en quin barri vius i et diré quina esperança de vida tens o et queda. Això és així perquè les desigualtats en salut estan fortament condicionades per les desigualtats socials i econòmiques, de manera que els habitants d'un barri pobre com Torre Baró moriran de mitjana onze anys abans que els residents a Pedralbes. Aquesta desigualtat no s'explica només per la pobresa. Els habitants de barris mitjans com Gràcia o l'Eixample viuran menys que els de Pedralbes i més que els de Trinitat Nova o Ciutat Meridiana. La principal causa de la desigualtat en salut no és biològica o genètica, però tampoc no és la pobresa; la causa principal és la desigualtat social i econòmica. Podem afirmar, com fa un dels epidemiòlegs més importants del món en l'actualitat, Richard Wilkinson, que la desigualtat mata.

### L'accés a la sanitat no ho és tot

En l'últim segle, l'accés universal a l'atenció sanitària només explica el 20% dels anys guanyats en l'esperança de vida en els països que en disposen. La resta s'ha degut fonamentalment a les millores en les condicions de vida, sobretot les higièniques. L'accés universal a una assistència sanitària de qualitat (bons hospitals per a tothom) és un requisit necessari però insuficient per pal·liar les grans desigualtats en salut. Encara que segueix sent cert que l'equitat en l'accés al sistema sanitari de qualitat és una condició de la justícia social, la veritable equitat en salut no s'aconsegueix ni solament ni principalment amb l'accés universal als serveis sanitaris de qualitat, sinó sobretot amb una redistribució justa dels determinants socials de la salut. A més dels mitjans materials de subsistència, els determinants essencials inclouen factors psicosocials com el control i l'autonomia sobre el treball i la pròpia vida, el suport social (a través, bàsicament, de les xarxes socials de la família, els amics i els veïns), i l'absència d'ansietat i estrès causats per la manca o l'escassetat de reconeixement



MARC JAVIERRE

### Blocs de pisos a Ciutat Meridiana

social. Aquests factors expliquen que les societats (a tot arreu) amb més desigualtat social siguin també les societats amb major desigualtat en salut.

En conseqüència, la millor estratègia per reduir les desigualtats en salut de les ciutats, és a dir, per l'augment de la justícia o equitat en la salut de la ciutadania, s'aconsegueix quan l'exposició a la malaltia és igual des d'un punt de vista social, i no només quan s'iguali l'accés als tractaments mèdics de qualitat. La raó és que, tot i que l'accés al sistema sanitari sigui just, els determinants socials de la salut demostren que pot ser que els individus hi arribin ja malalts per raons socialment injustes que no tenen a veure només amb l'exposició a agents externs tòxics (que és l'explicació de l'epidemiologia clàssi-

ca), sinó sobretot amb l'impacte de l'estructura social desigual en l'aparició i desenvolupament de les malalties (l'explicació de la moderna epidemiologia social). Si els determinants socials de la salut no es distribueixen equitativament entre la població, el poder de l'equitat en l'accés al sistema sanitari es limita a no augmentar encara més aquesta injustícia prèvia, però no pot eliminar, ni tan sols reduir, aquesta injustícia. El resultat és que, tot i que l'accés al sistema sanitari es faci per necessitat sanitària i no, per exemple, per capacitat de pagament dels individus, la població que més pateix les desigualtats socials no té garantida ni l'equitat en salut ni la igualtat d'oportunitats.

### Enormes desigualtats

La justícia en temes de salut està encara molt lluny de ser respectada. Malgrat les declaracions de l'Organització Mundial de la Salut a

favor del dret a la salut, la veritat és que aquest dret està molt lluny de realitzar-se en gairebé tot el món. Les desigualtats en salut són enormes. Per exemple, un català o un japonès en néixer poden esperar complir -de mitjana- els vuitanta anys, el doble que un swazi-landès. I cal afegir que tals desigualtats s'acarnissen sobretot en les dones i els nens. Així, una dona que dona a llum a l'Àfrica subsahariana té 100 vegades més probabilitats de morir en el part que si ho fa en un país industrialitzat, i un nen que neix a Angola té una probabilitat de morir abans dels cinc anys d'edat 73 vegades més que si nasqués a Noruega. Més d'11 milions de nens moren cada any al món per malalties tractables amb èxit com la diarrea o la ma-

lària. Només la tuberculosi mata a l'any gairebé dos milions de persones als països pobres. Amb aquestes dades sobre la taula, no cal dir que les qüestions de justícia són i han de ser una prioritat de les polítiques d'ara en endavant.

### Determinants socials de la salut

Els determinants socials de la salut ens mostren que la seva distribució és tremendament injusta a la nostra ciutat, que els factors socials que determinen l'aparició i desenvolupament de les malalties no estan repartits amb igualtat ni obeeixen a un patró distributiu just. En un model epidemiològic clàssic o biològicista, les diferències en salut s'expliquen per factors que no són susceptibles de ser justos ni injustos; al cap i a la fi, la naturalesa biològica de cada individu no obeeix a patrons morals. No obstant això, amb la constatació que la salut i la malaltia tenen molt a veure amb l'acció dels determinants socials de la salut, la distribució entre la població és clarament desigual sense que els in-

**Per pal·liar les desigualtats en salut, la prioritat política hauria de ser la reducció de les desigualtats socials i econòmiques a cada ciutat**

dividus i grups socials més malparats en siguin responsables directes. Aleshores, els problemes de justícia es tornen evidents. Si volem aplicar el dret a la salut i, per tant, si volem eliminar o reduir les desigualtats injustes en salut, la prioritat política hauria de ser la reducció de les desigualtats socials i econòmiques dins de cada ciutat. Si -segons dades publicades aquest any per l'Agència de Salut Pública de Barcelona: <https://www.aspb.cat/docs/infobarris/>- una jubilada de la Marina del Port (al barri de Sants-Montjuïc) té dret a viure fins als 87'7 anys d'edat, per què les jubilades de la Marina del Prat Vermell (residents al mateix barri de Sants-Montjuïc), s'han de conformar amb una esperança de vida de deu anys menys (77'3)?



# De l'angoixa i el patiment a la consciència i l'apoderament

**LLUÍS ISERN**  
PSIQUIATRE I PSICOANALISTA

**L**es reflexions d'aquest article es basen en un enfoc des de la psicologia individual i dels grups i en l'experiència de treball en la xarxa de Salut Mental i amb col·lectius de persones en situació d'atur i amb grups de gent gran.

No em centraré en els trastorns mentals, una població i una assistència que ha donat un gran gir des de l'exclusió en manicomis a una integració en un territori urbà, amb serveis oberts i propers, i amb polítiques residencials, laborals i d'integració social, i de participació dels afectats i de les famílies, que, malgrat les seves dificultats i limitacions, és un model a seguir i a aprendre'n.

Em centraré en la salut mental d'altres poblacions que, no patint trastorns mentals, viuen situacions que les afecten emocionalment i que posen en risc la seva vida laboral, familiar i ciutadana. Unes situacions que comporten ansietats intenses -desesperació, por, culpes...- i dificultats en el pensament realista, amarat d'aquests sentiments catastròfics que posen en marxa maneres de viure evitatives, aïllades, insolidàries, victimistes. Amb un patiment que paguen amb el deteriorament de la seva salut i la dels seus familiars. Unes ansietats i conflictes que cal poder contenir: personal, familiar i col·lectivament, per obrir pas a la consciència i l'apoderament. Aquest és un procés -la contenció del dolor emocional-, que requereix temps i ajuda mútua. La família hi té un rol bàsic, no exempt de conflictes i problemes, i d'insuficiències. Però és cosa de tots.

## L'origen del problema

Contenir el propi patiment emocional no sempre és possible, i quan es desborda afecta el cos, i els altres. Els sistemes de salut i de serveis socials estan a vessar d'aquests "pacients" i famílies que viuen situacions emocionals penoses, confoses amb "trastorns mentals" depressius o ansiosos. Però no és la seva reacció emocional allò patològic, ho són les condicions socials en les quals viuen. Aquestes persones sovint no s'adonen que tenen problemes en comú que han de poder encarar en grup. Viuen el seu problema com una cosa individual i biològica, a resoldre amb fàrmacs, no com la càrrega de patiment lligat a l'atur o la precarietat, o lligat a ser víctima d'abús en la parella, l'escola o el lloc de treball... que fora el veritable problema a resoldre. Patint les pèrdues i els dols propis de la senectut. O ser membre d'una família amb funcions parentals afectades per l'exclusió i la pobresa. I podríem continuar...

Aquests "pacients" (sic) afectats emocionalment i amb una consciència feble de la seva realitat bio-psico-social, es troben sovint amb metges que responen a les demandes de tractar els seus mals amb medicaments. Una quarta part de les persones ateses a les nostres ABS eren medicades amb ansiolítics, antidepressius o neuroleptics (o amb tots ells) sense patir cap problema psiquiàtric. L'estudi és de 2007, just abans de la crisi. La ia-



ARXIU FAVB

**L'ansietat i els conflictes que repercuteixen en la nostra salut cal encarar-los personalment i col·lectivament**

trogènia que això comporta (dany que el malalt no tenia anteriorment i que adquireix per causa de l'actuació del metge) és un problema de primer ordre. I que segur que està augmentant al ritme que augmenten les desigualtats i la pobresa, com augmenta també l'assistència parcial i biològica resultat de les retallades i la sobrecàrrega a la qual estan sotmesos els professionals sanitaris.

## Com es promou la salut mental?

Aquest món és una "vall de llàgrimes". La realitat fa patir, des del naixement. Les coses no són com voldríem (omnipotentment). Les pèrdues i injustícies són omnipresents. I malgrat tot, l'ésser humà reacciona davant les pèrdues fent el dol d'allò perdut, "apoderant-se" de la seva realitat, creixent i fent-se fort en l'adversitat. Aquesta seria "la part sana de la personalitat", la que connecta amb la realitat, sense mentides, i és capaç de treballar i col·laborar amb els altres per entendre-la i canviar-la.

Però aquesta és una feina no sempre reeixida. Una altra part de la personalitat, la immadura, reacciona davant els problemes negant-se a acceptar la realitat. És la part que l'odia perquè és frustrant i fereix, i ofèn. Aquesta part de la personalitat (i de la mentalitat grupal) nega el problema, amb ràbia, i busca qui l'hagi de pagar. O amb depressió i autoretretos, amb afebliment quasi sempre de l'autoestima i de la vitalitat relacional. Evitar la consciència de realitat, aïllar-se en refu-

gis interiors, amb l'ús de drogues o medicaments (per evitar el dolor), porta al deteriorament de la pròpia dignitat individual i col·lectiva. La lluita per la salut serà sempre una lluita contra aquestes tendències a negar els problemes, a fer-se il·lusions espúries, al relat victimista (mare de tots els fanatismes). Una lluita per acceptar que no cuidem bé les nostres necessitats emocionals i que hem de trobar sortides personals i comunitàries.

Fer el dol és sempre una feina emocional subjectiva, però que necessita acompanyament i solidaritat. Vèncer la desesperació o el victimisme requereix poder accedir a grups en els quals es pugui rebre suport i aportar la pròpia experiència i reflexió, orientats a ajudar-se mútuament. Penso en l'experiència de les PHA, en els grups d'ajuda mútua de persones en situació d'atur, en les psicoteràpies de grup amb gent gran, en el suport prestat per tants pro-

una societat sana. I una metodologia de treball en xarxa i d'integració dels recursos de Salut i Benestar social en cada territori. Música celestial?

Aquesta salut comunitària és present a l'ICS i a l'Ajuntament, però no ha aconseguit imposar-se a la deriva dominant del sistema, centrat en les malalties i el seu tractament. El professional de la salut hauria de poder "prescriure" altres coses, a part de fàrmacs: associacions de veïns i centres cívics, grups de suport emocional, ajuda a les famílies, a les organitzacions d'ajuda mútua, en fi: recursos comunitaris, molt incipients i encallats des de fa anys.

Cal potenciar el treball amb grups, i el treball en xarxa dels serveis públics de cada territori. I cal una direcció i un suport institucional (i econòmic) per fer-ho efectiu. Amb programes de formació i suport als professionals contra la medicalització iatrogènica de les afectacions emocionals, i en la creació i implementació de recursos comunitaris d'integració i suport emocional.

## Cap a un canvi de model

L'Ajuntament pot liderar en els barris aquest canvi de model de salut, centrat en el benestar i el territori. Les seves competències en salut comunitària i en Serveis Socials, i la seva política de barris, el situen en un lloc de responsabilitat i d'iniciatives en la promoció de la salut de la ciutadania, i d'integració de professionals i entitats del territori. Em consta el seu treball en aquesta direcció.

Des de fora, però, i pensant amb aquestes poblacions a les que m'he estat referint, crec que cal assumir que estem molt per sota d'allò necessari i que cal fer un pas endavant en la recerca sobre el treball de camp, en la programació, en la formació a l'entorn de les afectacions emocionals per raons socials, en la formació i suport al treball amb grups, i en la participació activa dels professionals i de la ciutadania en la construcció d'aquestes respostes comunitàries a la ciutat.

## Una quarta part de les persones tractades amb ansiolítics, antidepressius o neuroleptics no pateixen cap problema psiquiàtric

fessionals i institucions comunitàries, malgrat totes les limitacions.

En altres articles d'aquesta revista es parla de salut comunitària. La salut entesa com aquella manera de viure de forma autònoma, solidària i joiosa, com en Jordi Gol va definir. La salut comunitària s'orienta a la prevenció de la pèrdua de salut, a l'estudi dels "condicionants socials de la salut" de determinades poblacions, que necessiten programes específics que integrin els recursos d'un territori a l'entorn d'uns objectius determinats. Amb la necessària participació activa dels afectats en la lluita per agrupar-se i treballar per





# “L’Ajuntament no ha dut a terme cap política per buscar espais per als centres de salut”

— Anna Romagosa  
Directora del CAP Raval Nord

NÉSTOR BOGAJO

**E**ls veïns del Raval segueixen esperant. Poc abans de l’últim ple de l’Ajuntament, en què es podia revocar la cessió de la capella de la Misericòrdia al Macba per a l’ampliació del museu, el CatSalut proposava ubicar el nou Centre d’Atenció Primària (CAP) Raval Nord al *cub*, un edifici que s’hauria d’aixecar en el solar que hi ha al davant del mural de Keith Haring sobre la sida, recentment restaurat. Una solució que planteja dubtes als veïns i als professionals del centre. “El CatSalut fa una anàlisi sobre un paper: no valora les conseqüències de posar un edifici en aquest espai. Els condicionants de salut de la població són molts, i un d’ells és que el barri disposi d’espais verds, oberts, lliures d’edificis”, argumenta Anna Romagosa, directora del CAP Raval Nord.

— A la consellera de Salut, Alba Vergés, li sembla bé l’opció del *cub* perquè hi haurien més consultes que a la capella de la Misericòrdia.

— Salut simplement diu que en aquest espai, i segons la normativa, hi pot anar un CAP de 51 consultes. Però el cert és que, si els requisits canviessin mig metre quadrat, el CAP ja no hi entraria. Està agafat amb pines. A més, no tenen en compte l’entorn. El Raval ja està prou lluny d’acomplir les recomanacions de l’Organització Mundial de la Salut en matèria d’àrees verdes. No em sembla adequat ocupar un espai lliure per mantenir els interessos de la Fundació

“És molt trist que no puguis entrar al teu CAP amb cadira de rodes elèctrica perquè no té porta automàtica”

Macba. Perjudicaria la salut del barri. És molt lícit que un museu es vulgui ampliar. Però em costa d’entendre que els interessos dels veïns vagin darrere dels d’un museu.

— L’espai on volen fer el *cub* és actualment una zona verda.

— Volen fer un canvi d’espais: el del solar del *cub* pel del pati del CAP actual, que està catalogat com a equipament, i on mai no s’edificarà, ja que està protegit. Per tant, no estan canviant una zona edificada per una zona no edificada. Crec que això és manipular les normatives.

— Què n’opina de la postura de l’Ajuntament?

— És qui té el poder de decisió. Els centres de salut s’edifiquen en solars que cedeix l’Ajuntament. Després, el CatSalut fa els



Anna Romagosa a la porta del CAP Raval Nord

DANI CODINA

informes sobre la idoneïtat dels espais que ofereix el Consistori. No sé perquè, però a l’Ajuntament no li interessa que el Macba es quedi sense l’ampliació a la Misericòrdia. Primer va proposar ampliar el CAP davant del centre actual; i el CatSalut va dir que no, entre altres motius perquè estaria sobre una subestació elèctrica. Després va proposar fer-la al mig de la universitat, al pati on es fan pràctiques d’arqueologia; allò no tenia ni cap ni peus. Ara, amb el *cub*, em costa de creure que la Diputació -propietària de gran part del solar on es faria- vulgui pagar per un espai que no volia -el de l’actual CAP- i que haurà de reformar sencer. A vegades, els interessos polítics pesen més que les necessitats de les Administracions, i potser al final ho accepten, però la realitat és que la Diputació ni necessita aquest espai -perquè no omple els espais del CCCB que resten lliures- ni té diners per fer-ho.

— Des del punt de vista mèdic, quins pros i contres té el *cub*?

— Seria un edifici estret i allargat, poc pràctic per a un CAP. Les sales d’espera serien justetes i seria complicat d’organitzar. A més, no tindrà 51 consultes, perquè s’haurà de destinar espai per a altres coses. I estaríem a l’ombra del Macba, literalment, amb poca ventilació.

— I la Misericòrdia?

És un edifici que està fet, tot i que caldria enderrocar gairebé tot menys la part que està catalogada. El cost, per tant, crec que seria més car. Tindria menys metres quadrats, però la distribució seria diferent, una mica més ampla. I tindria més

## Metgessa de família al Raval

Anna Romagosa és directora del Centre d’Atenció Primària (CAP) Raval Nord des del 2012. Nascuda a l’Eixample, va viure a Gràcia i ara ho fa a Sant Gervasi. La seva vinculació amb l’equipament va començar el 2003, quan va entrar-hi a fer la residència i s’hi va quedar. Somriu quan assegura que no té cap màster. I bromeja: estar tants anys al Raval, “és un bon màster de la vida”. Recorda quan va fer el canvi de xip que va fer que s’impliqués en la reivindicació del nou CAP: “Saps què és entrar en una consulta sense ventilació després d’una cura? L’olor és impressionant. Jo havia normalitzat la situació. Fins que una companya em va dir: ‘No podem seguir sent còmplices d’això’. I és que, si no la denúncies, estàs acceptant una situació que no és normal”.

ventilació i més llum que el *cub*. Però el motiu principal és que no li trauria una zona oberta al barri. El CatSalut ha dit que, a nivell arquitectònic, el CAP pot anar-hi; que tindria moltes més consultes que les que tenim ara. I el barri està d’acord. Quan es va fer el Macba, es va fer pensant en esponjar el barri. Ara tornarem a fer un edifici en un indret on ja n’hi havia un i el vam enderrocar per esponjar el barri?

— El Macba diu que també defensen el millor per al barri.

— I asseguruen que no hi haurà cap ampliació del Macba si no tenim un CAP. Però no accepten altres opcions d’ampliació, com la de fer-la pel pàrquing. (De fet, m’han arribat veus que diuen que el pàrquing el voldran després). Em sembla molt egoista no voler fer l’ampliació en una altra zona de la ciutat. O fins i tot de l’àrea metropolitana. Podria donar vida a altres barris. I tot perquè la gestió seria una mica més incòmoda i perquè probablement els costos serien una mica més elevats.

— L’ocupació de la Misericòrdia per la plataforma Raval digna ja, amb entitats, veïns i professionals del CAP, ja fa més de 100 dies que dura.

— La idea és mantenir-la fins que no hi hagi una solució definitiva. I que el barri hi estigui d’acord: si es decideix fer el CAP al *cub*, no crec que els veïns abandonin l’ocupació. Volen que la Misericòrdia sigui un equipament per al barri. Al Raval ja hi ha prou equipaments de ciutat i fins i tot de país.

— El CAP està molt condicionat per la catalogació de l’edifici racionalista de Sert, que en dificulta les reformes.

— Tenim un problema d’accessibilitat, des del primer dia. Fa uns anys potser s’entenia, però cada cop sobta més. És molt trist que arribis a tenir una cadira de rodes elèctrica, que et permeti ser més autònom, i no puguis entrar al teu CAP perquè no disposa de porta automàtica. Com que l’edifici està catalogat, la porta original s’hauria de mantenir, deixant-la oberta, fent un afegit per a l’automàtica. Tampoc no podem fer forats a la paret per fer finestres, ja que l’edifici s’ha de mantenir en les mateixes condicions, de manera que estem fent servir consultes sense ventilació. I les finestres han de ser del mateix material

“No em sembla adequat perdre un espai obert al Raval per mantenir l’interès de la Fundació Macba”

original, perquè està catalogat. Quan plou, l’aigua s’escola cap a dins. Les hem intentat segellar mil vegades. Patrimoni diu que es poden fer modificacions, però per fer-les cal fer un munt de paperassa perquè, sovint, després et diguin que no.

— També tenen un problema de manca d’espai.

— Les sales d’espera són els passadissos. I la sala d’extraccions és petita. No té les separacions adients i afavoreix les punxades accidentals. El nou CAP haurà de complir la normativa, amb separacions rígides.

— Ningú no va veure que en aquest edifici no hi podia anar un CAP?

— Va ser un error. És cert que l’edifici feia la seva funció com a dispensari de salut. Però el CAP s’hi va instal·lar després dels Jocs Paralímpics. Ja es parlava d’accessibilitat, i, encara que només fos per aquest tema, ja es podien haver plantejat que aquest no era el millor lloc per fer un CAP. No sé quins espais hi havia llavors, però sé que des de llavors ençà s’han cedit espais a altres entitats, públiques i privades, com ara la Universitat Ramon Llull: quan jo era resident, pensava que el solar on ara hi ha la biblioteca i la pista de basquet acolliria el nou CAP. A Barcelona tenim un problema greu de manca de sòl per a salut. El CatSalut no troba solars. El CAP del Gòtic, ubicat en uns baixos, ha hagut de tancar enguany dos o tres cops per inundacions per restes fecals. I busca al Gòtic un espai per a un CAP.



♦ VE DE LA PÀGINA 21

L'Ajuntament no ha dut a terme cap política per buscar espais per als centres de salut. Drassanes caurà d'aquí quatre dies. Casc Antic és relativament nou, però s'ha quedat petit. Després veus que per a centres de salut privats sí que n'han trobat: l'espai de la Quirón era municipal. I no crec que l'Ajuntament s'hagi de moure per a la Quirón.

— Quines són les necessitats del barri en matèria de salut?

■ La població té un nivell socioeconòmic baix. I això ja és un condicionant de salut important. També el fet que gairebé el 50% de la població sigui migrant. Això condiciona la manera d'arribar a la població. El principal problema és que el gruix de la població migrant no té consciència de malaltia crònica: costa molt que entenguin que ho seran per a tota la vida i que cal millorar els hàbits de salut. És cert que això és difícil en tota la població, no només la migrant, però entre la població autòctona està culturalment més acceptat que cal fer controls. La població migrant que ve de països on, probablement, s'han de preocupar més de les malalties agudes sol venir un o dos cops a la visita i després se n'obliden.

— I això com es pot combatre?

■ Cal adaptar-se més a la cultura de cada comunitat fent més atenció comunitària. Cal sortir més i fer xerrades dins la comunitat. Fer activitats per entendre'ls a ells i que ells ens entenguin a nosaltres.



ALBERT-9 BARRIS IMATGE

Pancarta exigint el trasllat del CAP a la Misericòrdia

— Hi ha problemàtiques concretes que afecten la població migrant?

■ N'hi ha alguna. Per exemple, el consum de shabú -una metamfetamina- afecta sobretot la comunitat filipina. És una droga que es consumeix per aguantar les dures condicions de treball

-hi ha persones que treballen un mes seguit. Es consumeix en un entorn lúdic, després de treballar, i l'efecte dura tres o quatre dies. Si no tornen a consumir, l'efecte es perd i és pitjor. Això fa que s'enganxin molt. El shabú ens està donant molts problemes: trastorns mentals, pro-

blemes cardiovasculars, ictus, miocardiopaties dilatades -cors que sembla que portin 100 anys treballant... I en gent molt jove, d'entre 35 i 45 anys, que potser porta 20 anys consumint, perquè comencen a treballar molt joves, a l'hostaleria.

— Com fan front a aquest repte?

■ El shabú és un tema tabú dins la comunitat. Si els preguntes si en consumeixen, la resposta sempre és que no. I molts cops estàs veient que sí, perquè venen al CAP per un problema relacionat amb això. Un estudi del Centre d'Estudis Africans deia que el 50% dels homes consumien shabú. I l'Hospital del Mar va detectar que el 4% de les dones d'aquesta comunitat n'havien consumit durant l'embaràs. És moltíssim.

— Hi ha qui diu que els migrants fan un ús abusiu del sistema públic.

■ Els migrants utilitzen menys el sistema. Els meus caps m'ho recorden quan els demano més recursos per atendre la població migrant. Em diuen que, com que venen menys, necessitaré menys. El que sí que fan els migrants és fer servir els circuits de manera diferent: com que sovint tenen problemes per demanar hores lliures a la feina per anar al metge, venen d'urgències, quan poden, en lloc de programar abans la visita. És un fet que no és distintiu dels migrants, sinó de la població treballadora.

— Perquè en fan un ús menor?

■ De vegades per por, si és que estan en situació irregular.

També perquè tenen menys concepte de malaltia. En general, les passen a casa. Fins i tot malalties greus. En general és gent que, si no és que necessita una baixa laboral, no acut mai al sistema sanitari a demanar res.

— Com són les condicions laborals dels professionals del CAP?

■ Els professionals de la pública, tal com està el país, no ens podem queixar. Però, per la feina que fem i la responsabilitat que tenim, hauríem de cobrar més. El col·lectiu d'administratius està molt mal pagat i poc reconegut. No poden cobrar

“Els migrants utilitzen menys el sistema; els meus caps m'ho recorden quan els demano més recursos”

jornada complementària; si doblem, ha de ser a canvi d'un dia: no poden treballar més i cobrar més. Són acords als quals van arribar els sindicats, perquè es contractés més. Però quan ets mileurista potser t'interessa fer hores extres i cobrar-les. Hi ha altres coses que encara estem amb insuficiència. Per exemple, tenim un odontòleg, mentre que a Drassanes, una zona amb només una mica més de població, en tenen dos; de manera que s'acaba creant un greuge comparatiu. Això ens passa també amb la treballadora social. Costa fer fórmules noves. Sempre ha de ser tot o “un” o “dos”. Potser necessitem “mig més”.

## La sanitat pública té qui la defensa

ELIA HERRANZ

**C**oneixement dels barris, visió de ciutat i capacitat d'entendre com funciona el sistema que gestiona un dret humà troncal, el dret a la salut. Organització i constància per denunciar -a l'estil “gota malaia”- les deficiències en els equipaments als barris, llistes d'espera, ràtios professionals o dotacions econòmiques. I segurament el més important: consciència política per no resignar-se a adoptar el rol de mers “usuaris” de la sanitat. Poden ser alguns trets que expliquin el paper que des dels anys 70 han jugat les vocalies de sanitat del moviment veïnal de Barcelona i la Comissió en Defensa de la Sanitat Pública de la Favb, que ja porta 23 anys com a espai de coordinació de les diferents lluites en defensa d'aquest servei bàsic.

Un treball de formigues. Ens ho explica la Marcel·la Güell, una de les responsables de la comissió, que ha viscut totes les reformes sanitàries de la democràcia i que coneix de primera mà, com a professional sanitària ara jubilada i com a activista, quant li costa al sistema acceptar el control i seguiment ciutadà.

Un sistema sanitari, el de Barcelona, gestionat per un consorci entre l'Ajuntament i la Generalitat que és un monstre que mou milions d'euros d'inversió (7.075.391,70 euros en l'exercici de 2017), està format per centenars d'equipaments (70 centres d'atenció primària, 7 hospitals, 14 centres sociosanitaris, més altres espais com els centres de



ALBERT-9 BARRIS IMATGE

El Raval s'ha mobilitzat per defensar un centre de salut al barri

salut mental o l'assistència sanitària de les residències geriàtriques), en els quals treballen milers de professionals que atenen una població de més d'1 milió i mig de persones.

Més enllà de les xifres, el sistema sanitari públic és juntament amb l'educatiu una eina essencial des de la qual promoure l'equitat social i combatre les

desigualtats. Les organitzacions veïnals ho han tingut molt clar des de la seva fundació i, com s'explica en altres articles d'aquest dossier, van assumir que la millora de la qualitat de vida de tot el veïnat tenia un important component de defensa de la salut. I que per poder incidir en el funcionament del sistema calia organització i establir complicitats

amb uns professionals sanitaris de tradició molt corporativa.

Els anys 1982 (en què Catalunya assumeix les competències en sanitat “sense diners ni hospitals públics”, afirma Güell), i 1985 (quan es fa la primera reforma de l'atenció primària) van ser dues dates que van marcar les lluites de les dècades posteriors. S'estaven assentant les bases del model sanitari i els activistes, a banda de demanar la construcció dels CAP als barris, denunciaven l'estat deplorable de molts centres o els primers col·lapses de les urgències dels hospitals, demanaven la total gestió pública de la xarxa sanitària, una oportunitat que es va perdre quan es va aprovar la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya, amb Xavier Trias com a conseller.

Des dels anys 70 les vocalies de sanitat s'han nodrit d'activistes que no s'han conformat amb ser mers usuaris del sistema

El Departament de Salut apostava per -i fins i tot finançava- les associacions d'usuaris com a interlocutores, mentre que les vocalies de sanitat reivindicaven el dret a participar des de la seva independència i assentament en el territori. De fet, apostaven perquè les comissions



➔ VE DE LA PÀGINA 22

de control estiguessin formades només per associacions veïnals per facilitar la unitat d'acció. A part de les denúncies i el control democràtic, les vocalies van tenir una important labor formativa per explicar el nou model d'atenció primària en els seus barris -que no va acabar la seva implantació fins al 2003-, acompanyant el veïnat per accedir correctament als serveis i a l'atenció o assessorant sobre com fer reclamacions per reivindicar els seus drets. "Tot això, sense correu electrònic ni mòbils; les nostres eines eren les assemblees, les xerrades als barris, concentracions, comunicats a la premsa...", recalca Güell.

En aquelles dates de canvi de segle, i després de fortes inversions, els equipaments sanitaris de Barcelona, amb algunes sonades excepcions, havien assolit un nivell més que acceptable. La lluita per la sanitat, que com tantes altres té molt de reactiva, es quedava a la base de les organitzacions sostinguda per un mínim d'activistes. Fins que el 2010 van arribar les retallades: un tsunami que va sacsejar la consciència de la població i la de molts professionals, en especial els treballadors hospitalaris, que van lluitar colze a colze amb els activistes al crit de "sanitat 100x100 pública".

**Treball constant i poc lluït**

Però a banda de moments crítics de reacció contra atacs directes a la línia de flotació del sistema públic de salut, la labor del dia a dia de les vocalies de sanitat és discreta, perseverant i sostinguda. Es mou entre un mar de dades sobre ràtios, estadístiques, gestors o responsables d'àrees, un coneixement que la Llei de Transparència està ajudant a fer més assequible i democràtic. Pot tenir més incidència en el funcionament de l'atenció primària -per altra banda, la base del sistema- que no en les directives poc accessibles del món hospitalari.

**Un dels objectius actuals és aconseguir representació veïnal en els consells dels CAP de manera semblant als consells escolars**

I que té "bona salut" organitzativa, com ho demostra per exemple la quinzena d'associacions veïnals de tot Barcelona que formen part activa de la comissió de la Favb i que es reuneixen regularment com a mínim un cop al mes.

Algunes de les lluites actuals passen per aconseguir representació veïnal en els CAP mitjançant els Consells de Centre; que es replantegi el funcionament dels Consells de Salut dels districtes per fer-los més participats, o aconseguir que les persones que viuen en les residències assistides per a la gent gran tinguin el mateix dret a ser atesos al CAP de zona que els seus veïns i veïnes: per tant, que els diners que Sanitat gasta en la privada Mutuam, que cobreix l'assistència sanitària a les residències, els inverteixi directament en l'atenció primària per absorbir aquesta població, massa aïllada i mal atesa, a la comunitat sanitària.

El rerefons de tot plegat és reivindicar precisament aquesta comunitat sanitària que, com l'escolar, per funcionar de manera més democràtica hauria de comptar amb la representació reglada de tots els actors i interessos implicats (gestors, professionals i usuaris).

Un tema bàsic, el de la participació, com també ho és el de continuar lluitant per una sanitat 100% pública, universal i de qualitat. És a dir, anar revertint els concerts amb la privada i assegurar una cobertura sanitària per a tota la ciutadania. Una cursa de fons amb molts objectius per assolir i temes pendents des de fa molts anys, però també amb molts avenços aconseguits.

**Un ampli marc legal que empara la participació**

• **Constitució espanyola.** Drets fonamentals, article 23.1: "Els ciutadans tenen dret a participar en els afers públics, directament o per mitjà de representants lliurement elegits en eleccions periòdiques per sufragi universal".

• **Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya (15/1990).** S'hi esmenta a la participació comunitària en la formulació de la política sanitària i en el control de l'execució. Configura els òrgans de participació comunitària adscrits al Servei Català de la Salut: Consell de Salut de Catalunya (òrgan central), consells de participació de les regions sanitàries i consells de participació dels sectors sanitaris (de caràcter territorial).

• **Recomanació del Consell d'Europa R (2000) 5,** relativa al desenvolupament d'estructures de participació dels ciutadans i pacients en el procés decisor i en l'àmbit sanitari.

• **Estatut d'Autonomia de Catalunya, 19 juliol de 2006.** L'article 43 estableix que la participació i la representació de la ciutadania han d'orientar els poders públics en l'exercici de les polítiques públiques.

• **Llei de mesures fiscals, administratives, financeres i del sector públic (2/2014), de 27 de gener (nou article -10 bis-).** Estableix que la participació de la societat civil en el sistema sanitari públic de Catalunya s'articula mitjançant el Consell de Salut de Catalunya i els consells de participació territorial de salut d'adscripció al Departament de Salut. La Llei 3/2015, de l'11 de març modifica els apartats 5 i 6 per introduir canvis en les funcions dels consells de regió i infraregió.

• **Llei de consultes populars no referendàries i d'altres formes de participació ciutadana (10/2014, del 26 de setembre).**

• **Llei de transparència, d'accés a la informació pública i bon govern (19/2014).**

• **El Decret dels òrgans de participació comunitària en el sistema públic de Catalunya (201/2015) de setembre** regula el desplegament d'òrgans de participació comunitària i de base territorial.

• **Llei del procediment administratiu comú de les administracions públiques (39/2015, d'1 d'octubre).**

• **Carta de drets i deures dels ciutadans en relació amb la salut i l'atenció sanitària (actualització de 2015).** Reconeix el dret de les persones a participar com a agents actius en el sistema sanitari, per mitjà de les institucions, els òrgans de representació comunitària i les organitzacions socials.



JOAN MOREJÓN

La ciutadania pot ser un agent actiu en la millora de la salut comunitària

**La participació ciutadana en salut**

**COMISSIÓ EN DEFENSA DE LA SANITAT PÚBLICA DE LA FAVB**

**D**es de 1978 la Conferència d'Alma Ata i l'OMS han promogut que la participació comunitària obrís a la ciutadania la possibilitat de ser agent del desenvolupament i la millora de la salut. Mitjançant el millor coneixement de la situació i amb l'intent de resoldre els problemes comuns, la participació comunitària s'entén des d'aleshores com l'inici d'un procés d'assumpció de responsabilitats per part dels individus i les famílies sobre el benestar propi i de la col·lectivitat i, en conseqüència, la promoció de les accions necessàries.

**Participació insuficient**

En el nostre entorn, la participació s'ha aturat a les institucions i els representants, però no arriba gaire més enllà. La participació en el CatSalut està organitzada per mitjà del Consell de Salut amb més de 30 persones i mínima i dubtosa participació ciutadana, i els Consells de Participació de les Regions Sanitàries. A la ciutat de Barcelona aquests darrers són els anomenats Consells de Salut dels Districtes Sanitaris i no acaben de complir la funció participativa, segons l'experiència de la Comissió de Sanitat de la Favb.

Creiem que hem d'anar més enllà, escurçar la distància entre els Consells de Salut dels Districtes i la comunitat. Creiem que un consell participatiu de centre pot ajudar a incidir des de la realitat immediata i des de les necessitats detectades als centres d'atenció sanitària. Per això demanem la implementació d'una reglamentació dels Consells de Centre d'Atenció Primària que incloguin un contingut i un funcionament que permetin avançar en millores. Una estructura similar ha sigut desenvolupada

per pel Departament de Serveis Socials en la reglamentació de les residències assistides i ha demostrat ser una bona eina perquè la comunitat incidís en el seu funcionament.

En línies generals, voldríem un consell amb contingut conegut amb anticipació suficient a la seva realització i acordat entre els seus components que es trobés dues o tres vegades a l'any si no hi ha una necessitat excepcional. Aquest consell hauria de servir en primer lloc per conèixer el funcionament del mateix centre, revisar paràmetres com l'accessibilitat, la coordinació amb els especialistes i centres de referència i el compliment dels acords del consell en les successives trobades. Les reunions

**Millorar el reglament dels consells dels centres de primària pot escurçar la distància entre institucions, representants i comunitat**

d'aquests consells haurien de ser obertes a les associacions de veïns i veïnes dependents del centre i els acords assolits haurien de ser públics.

Entenem que els Consells de Districte, que han de tenir continguts també coneguts amb anticipació, no han d'estar exempts de donar raó del compliment dels acords previs i han de servir per al debat i la informació dels principals problemes de salut de la ciutat, en col·laboració amb l'Agència de Salut Pública, en el format que els sembli més adient i productiu. Quedaria per als consells de centre l'aplicació que es pugui desprendre de les seves informacions, debats i conclusions.

**Propostes per als consells dels centres sanitaris**

- Consells regulars dos o tres cops a l'any i consells extraordinaris si hi ha motius que ho requereixin i són importants per als usuaris.
- Aquests consells haurien d'estar formats bàsicament per les associacions veïnals i els representants del centre, amb la possibilitat de convidar persones determinades segons el tema que es tracti o d'admetre la presència de

- persones particulars interessades.
- Paritat en la presència de totes les associacions de veïns i veïnes del barri que el tinguin com a centre de referència.
- Publicació de la composició del Consell de Participació a cada centre.
- Elaboració d'actes públics de cada reunió.
- Seguiment de les propostes acordades.
- Aportar les reclamacions greus.