

Anàlisi provisional des de la Direcció de Programes del COIB sobre el

***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***

Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona (COIB)

Barcelona, 5 de juliol de 2012

COL·LEGI OFICIAL
INFERMERES I INFERMERS
BARCELONA



Arran de l'aprovació de les darreres mesures adoptades pel Govern d'Espanya que afecten la naturalesa, prestacions i, en conseqüència a l'atenció per a la salut dels ciutadans i les ciutadanes de Catalunya i de tot l'Estat espanyol, el Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers (COIB) us convida a la següent reflexió.

1. El decret col·lisiona amb el codi d'ètica de la professió infermera

El sistema de salut és un factor essencial de cohesió social i en el manteniment de la salut pública. És en situacions de crisi, com l'actual, on professions com la Infermeria prenen una rellevància essencial ja que la cura infermera, centrada en les persones, ajuda a equilibrar les diferències socials i per tant esdevé un criteri bàsic de contribució a la justícia social.

Les mesures adoptades a través d'aquest decret llei sense oportunitat de ser, ni tant sols, una norma tramitada per la via de projecte de llei d'urgència amb el corresponent debat parlamentari, suposen uns canvis substancials en la manera d'entendre la protecció de la salut i la responsabilitat de l'Estat i, per tant, cal una reflexió acurada de l'impacte que poden tenir en la ciutadania i en la pròpia professió, que, en el nostre cas, ve donat per la responsabilitat i el compromís de les infermeres vers la societat.

Aquesta norma contradiu els fonaments essencials que donen sentit a la professió infermera, que se sustenten en la dignitat humana i contradiuen preceptes deontològics que, en el cas de les infermeres de Catalunya, es concreten en aspectes tant importants com el principi general recollit en l'**Article 2** del Codi d'Ètica d'Infermeria de Catalunya que diu "*La cura i promoció de la salut i el respecte a tots els drets humans i socials de l'individu, la família i la comunitat han de constituir l'actitud ètica fonamental de la consciència professional*". També se li afegeix l'**Article 3**, que diu que les infermeres i els infermers, dins dels límits de la nostra competència, "*han de vetllar perquè el sistema sanitari arribi a tota la població i gaudeixi d'un alt grau de qualitat*". **Aquest decret vulnera els drets humans que constitueixen el fonament de la consciència i l'actitud professional infermera**. Perquè podent fer, no es fa. Podent garantir l'atenció per a la salut a tothom, es restringeix i es discrimina.

La vulneració dels drets humans és molt greu en un Estat que es consideri Estat de dret, perquè atemptar contra els drets fonamentals és atemptar contra els fonaments del propi l'Estat de dret. No es pot demanar a un col·lectiu professional que actuï en contra dels drets humans – i encara més greu si qui ho demana és el mateix Estat que és qui ha de garantir, precisament, el respecte i la protecció a aquests drets.

Altres col·lisions entre el decret de mesures que s'analitza i el Codi d'Ètica de la nostra professió:

Article 5. *Cap professional d'Infermeria¹ no serà discriminat professionalment, ni discriminarà ningú, per raó de les seves conviccions, sexe, raça, etc. o per altres criteris aliens a l'ètica i a la capacitat professional.*

Article 7. *La primera lleialtat del professional d'Infermeria és la deguda al malalt/usuari; la salut d'aquest, per tant, ha d'anar per davant de qualsevol conveniència o interès personal.*

Article 9. *El professional d'Infermeria haurà de protegir els drets del malalt/usuari dins dels límits de la seva competència, i reconèixer la vulnerabilitat d'aquest.*

Aquests tres articles (5, 7 i 9) del Codi Deontològic entren en col·lisió amb el decret llei, ja que defineixen com a deure professional d'obligatori compliment el tracte per igual a totes les persones, la defensa dels seus drets i la resposta que han de rebre de les infermeres.

Article 11. *El professional d'Infermeria ha de protegir el malalt/usuari i el públic en general quan la seva salut i seguretat es vegin amenaçades per pràctiques deshonestes, incompetents, il·legals o contràries a l'ètica. Importantíssim article que recull el deure de garant de les infermeres i els infermers.*

Article 17. *El professional d'Infermeria tindrà present que el malalt forma part d'una família i d'una comunitat. Què farem quan entenguem que hem d'actuar sobre un membre de la família i/o entorn significatiu i aquest membre no tingui la condició d'assegurat o beneficiari?.*

Perquè, ans al contrari, **l'Article 38** diu: *El professional d'Infermeria ha d'exigir les condicions de treball necessàries que li permetin exercir dignament i responsablement la seva professió, en cas contrari ha de procurar utilitzar les vies professionals, socials i jurídiques que rectifiquin aquesta situació.*

En aquest sentit, preocupa el conflicte de valors que genera aquesta mesura legislativa i que ja està provocant postures d'incompliment anunciat, desobediència i/o objecció de consciència (professional), entenent com aquesta el fet de negar-se a complir una ordre determinada — exigida per una llei o un reglament/protocol institucional— per raons morals o de consciència.

L'exercici de l'objecció de consciència de les infermeres queda recollida en **l'Article 41** *Tot professional d'Infermeria té el dret de negar-se a col·laborar en accions contràries a la seva consciència, sense que perdi el seu lloc de treball ni els seus drets professionals. En situacions d'urgència procurarà que els drets del malalt/usuari siguin atesos degudament.*

¹ Es conserva la denominació "professional d'Infermeria" perquè es reproduïx literalment el text de l'actual Codi d'Ètica d'Infermeria de Catalunya, tot i que el COIB utilitza el de "infermera" per denominar professionals d'ambdós sexes o la forma desdoblada "infermeres i infermers". Per a més informació sobre aquesta qüestió consulteu: <http://www.coib.cat/Detall.aspx?tipus=noticia&idDetall=381&idPagina=79&idMenu=79&Pagina=4&Inici=4>

És clar que per a l'exercici de l'objecció de consciència no és suficient manifestar el desacord o fer saber que s'actua segons les pròpies conviccions, creences o valors, sinó que cal d'una bona argumentació i cal exercir-les amb responsabilitat i coneixement de quins són els límits. Tampoc garanteix que l'organització en la que la infermera o infermer està contractada, prengui mesures disciplinàries per desobediència civil.

Tot i que no és motiu d'anàlisi en aquest document, el COIB emplaça a la Comissió Deontològica a treballar posteriorment en una reflexió sobre l'objecció de consciència de les infermeres i la possible la diferència amb el concepte de desobediència civil.

2. El Sistema Nacional de Salud passa de ser de "caràcter" universal a tenir "vocació" universal

El que diu el decret...

*La creación del Sistema Nacional de Salud ha sido uno de los grandes logros de nuestro Estado del bienestar, dada su calidad, **su vocación universal**, la amplitud de sus prestaciones, su sustentación en el esquema progresivo de los impuestos y la solidaridad con los menos favorecidos, lo que le ha situado en la vanguardia sanitaria como un modelo de referencia mundial.*

El "caràcter universal" d'anteriors disposicions legals passa a expressar-se com a "vocació universal". Passem de tenir un sistema de "caràcter" (indicador de la seva naturalesa) universal, a un sistema amb "vocació" (que indica inclinació, interès cap a...) de ser-ho. La universalitat és, entre d'altres, un principi general de la Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut (a partir d'ara Llei de cohesió i qualitat del SNS) l'assegurament universal i públic per part de l'Estat reconegut en el seu article 2. Preocupa que tot i que des de la Llei General de Sanitat de 1986 a l'actualitat, totes les normatives relacionades² han suposat un avenç cap a la plena universalitat del sistema, ara no es reconegui aquesta naturalesa d'universal i se substitueixi per a la inclinació o la intenció que ho sigui.

Cal tenir ben present que l'Organització Mundial de la Salut (OMS) parla de les "causes de les causes" per expressar els determinants socials de la salut com la distribució de la riquesa, l'educació, la situació laboral, etc. Tots ells són factors que determinen la salut de la ciutadania, per la qual cosa preocupa que lluny d'avançar en la plena universalització en l'accés gratuït a l'atenció sanitària, les conseqüències d'aquestes mesures faran augmentar el nombre de persones sense el dret a aquest accés gratuït.

La universalització afavoreix el reequilibri dels determinants socials de salut i posar-la en risc o disminuir-la és augmentar els desequilibris. L'aplicació d'aquest decret comporta un alt impacte en les persones de classes socials més desfavorides, que reben el pes de la reforma en formes com ara un alt increment en el copagament del medicaments, la reducció o limitació de les prestacions a les que tenen dret. És en aquest sentit que la norma pot fer més grossa la fractura social de la situació de crisi actual. La racionalització del sistema de salut s'ha convertit en un increment de la càrrega econòmica per les persones que menys tenen i en una limitació dels serveis d'atenció de salut que queden lligats a patir malalties, situacions d'urgència sanitària i atenció hospitalària de manera preferent.

² Normes estatals com: Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social [Art. 12]; Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias [Arts. 25, 26, 29, DT 5,^a]; Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud [Arts. 3, 3 bis, 3 ter, 8, 8 bis, 8 ter, 8 quáter, 8 quinquies, 20, 21.1 y 2, DA 10.^a] o autonòmiques com Llei 21/2010, del 7 de juliol, d'accés a l'assistència sanitària de cobertura pública a càrrec del Servei Català de la Salut.

L'OMS també assenyala: "El dret a la salut obliga als Estats, a generar les condicions en les que tota la ciutadania pugui viure de la manera més saludable possible". De la mateixa manera, ho fa la Constitució espanyola en el seu article 43 diu: "1. Es reconeix el dret a la protecció de la salut. 2. Correspon als poders públics, organitzar i tutelar la salut pública a través de mesures preventives i de les prestacions i serveis necessaris..."

L'Estatut d'Autonomia de Catalunya té diversos articles sobre el mateix dret i les funcions del Govern, mentre que la Llei General de Sanitat i la Llei de Salut Pública regulen les obligacions de l'Estat i de les comunitats autònomes en la vigilància, control i prevenció dels factors no personals sinó socials que poden afectar la salut, fent èmfasi en la necessitat de tenir en compte la salut en totes les polítiques.

3. El dret a l'atenció sanitària es veu discriminada per la situació laboral i social de la persona

El que diu el decret...

*"La asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, se garantizará a aquellas personas que ostenten la **condición de asegurado**". Tendrán la **condición de beneficiarios de un asegurado**, siempre que residan en España, el cónyuge o persona con análoga relación de afectividad, que deberá acreditar la inscripción oficial correspondiente, el ex cónyuge a cargo del asegurado, así como los descendientes a cargo del mismo que sean menores de 26 años o que tengan una discapacidad en grado igual o superior al 65%.*

El decret llei modifica l'article 3 de la Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del SNS. Els ciutadans i les ciutadanes **passem de ser "titulars dels drets a la protecció de la salut i a l'atenció sanitària"** a **"asegurados"** o **"beneficiarios de un asegurado"**. El dret a l'atenció sanitària pública a tots els ciutadans i ciutadanes es veu ara discriminada per la seva situació laboral i social. És "l'assegurat" qui converteix en el seu/seus "beneficiaris" (cònjuge, fill, etc) i, per tant, en subjecte susceptible d'atenció sanitària i no el propi Sistema Nacional de Salut.

D'aquesta manera, reapareix el caràcter de beneficència. Preocupa i costa molt d'acceptar, per exemple, com una persona perd la condició de "titular de dret" per passar a ser "beneficiari/a" del seu cònjuge (l'assegurat). Caldria aprofundir des de la perspectiva de gènere perquè fa por imaginar la situació en que es poden trobar moltes dones que depenen de "l'assegurat". La desigualtat entre homes i dones en el treball persisteix en el moment actual i s'agreuja en situació de crisi.

També cal denunciar la situació en que es poden trobar els joves majors de 26 anys o amb una discapacitat fins el 35% que no cotitzin a la seguretat social. Pensar que, de manera general, els joves no treballen és perquè no volen és perversa. Deixar aquestes generacions, que no troben lloc al mercat laboral o ho fan sense cobertura mancats assistència sanitària a no ser que algú els pagui una assegurança (si poden), agreuja les diferències socials.

Només un apunt per acabar aquest apartat per recordar els conceptes de "universalitat" —és a dir per a tothom- i "gratuïta" que s'utilitza en referència al sistema sanitari per a dir que no es paga en el punt de dispensació, és a dir, on es rep l'assistència perquè ja està pagada a través dels impostos de tots els ciutadans. A l'apartat següent en tornarem a fer referència.

4. El Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) recupera el protagonisme i el control sobre l'atenció sanitària

El que diu el decret...

Es modifica la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, «Artículo 3 bis. Reconocimiento y control de la condición de asegurado.

1. El reconocimiento y control de la condición de asegurado o de beneficiario del mismo corresponderá al Instituto Nacional de la Seguridad Social, a través de sus direcciones provinciales, que establecerá los requisitos documentales a presentar en cada caso.

2. Una vez reconocida la condición de asegurado o de beneficiario del mismo, el derecho a la asistencia sanitaria se hará efectivo por las administraciones sanitarias competentes, que facilitarán el acceso de los ciudadanos a las prestaciones de asistencia sanitaria mediante la expedición de la tarjeta sanitaria individual.

A proposta d'aquest reial decret llei, el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) recupera el protagonisme i el control sobre l'atenció sanitària des que ja estava desvinculat. Això significa un retrocés. L'INSS, entitat gestora adscrita al Ministeri d'Ocupació i Seguretat Social (no al Ministeri de Sanitat) determinarà qui pot rebre o no assistència sanitària i ho indicarà a les comunitats autònomes, que a partir d'ara esdevindran administracions purament "tramitadores" de la targeta sanitària.

La Llei General de Sanitat de 1986 i posteriorment el 1999³, l'Estat va assumir totalment el finançament de l'assistència sanitària, suprimint-se l'aportació de cotitzacions socials i produint-se la desvinculació total de la Sanitat i la Seguretat Social. És a dir, a partir d'aquest moment l'atenció sanitària i la Seguretat Social van separar definitivament els seus camins, passant a finançar-se la sanitat, íntegrament, amb impostos generals. D'aquesta manera, s'aconseguia fer un pas important cap a la sanitat com a dret i prestació universal i gratuïta als ciutadans. A Catalunya, aquesta vinculació va quedar definitivament trencada amb l'última llei de Salut Pública, de 2011, que estableix que han d'acabar-se les excepcions perquè tot espanyol, pel fet de ser-ho, tingui dret a l'atenció independentment del que guanyi o declari (d'alguna manera, el DNI hauria de ser la cartilla sanitària).

No hem d'oblidar que un Sistema Nacional de Salut com el nostre, es finança amb els impostos de tots els ciutadans i ciutadanes al servei dels qui ho necessiten. L'Estat es nodreix d'impostos com l'IRPF, societats, capital, IVA, i impostos especials i ho transfereix a Comunitats Autònomes

³ Presupuestos Generales del Estado para 1999. Ley 49/1998 de 30 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 313, (31-12-1998).

(CCAA) perquè aquestes, que suporten la despesa sanitària, responguin a les necessitats dels ciutadans. A diferència del Sistema de Seguretat Social (com el que teníem fa 30 anys) que es finançava a través de les quotes empresarials i dels treballadors i treballadores i de la que només en gaudia qui hi estava afiliat.

En aquest sentit, les infermeres i tots els professionals de la salut hem fet una tasca pedagògica important per explicar que la quantitat per a "Seguretat Social" que es descompta de les nòmines no està destinada a pagar l'atenció sanitària, sinó les prestacions econòmiques de la Seguretat Social, per exemple, pensions de jubilació, viduitat, orfanat, prestacions de maternitat i paternitat, i les prestacions derivades d'accidents de treball i malalties professionals. És a dir, NO es paga un impost específic per ser atès per la sanitat pública, sinó que ho fem a través dels impostos generals. La sanitat pública no depèn ni a nivell jurídic ni a nivell econòmic de la Seguretat Social.

Preocupa molt també els costos relacionats amb l'adequació de les targetes sanitàries de tots els ciutadans i ciutadanes espanyols, qui carregarà amb aquests costos i què suposarà de millora de "la eficacia en la gestión de los recursos disponibles", argument fonamental per a justificar les mesures adoptades, expressat en el preàmbul d'aquest decret llei.

5. Els immigrants en situació irregular sense cobertura sanitària

El que diu el decret...

Es modifica la *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*.

Se añade un nuevo artículo 3 ter, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 3 ter. Asistencia sanitaria en situaciones especiales.

Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades:

a) De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica.

b) De asistencia al embarazo, parto y postparto.

En todo caso, los extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles».

La mesura deixa fora als immigrants no regularitzats i els imposa condicions més rígides per tenir accés a les Targetes Sanitàries Individuals (fins el 31/8/2012), sense tenir en compte tampoc els efectes negatius que sobre la salut pública pot tenir aquesta mesura. Preocupa encara més perquè en realitat afectarà, principalment, persones regulars que han treballat i cotitzat a la Seguretat Social, però que per causa de l'atur no poden renovar els seus permisos de residència i cauen en la irregularitat. La Seguretat Social serà l'organisme encarregat d'acreditar l'accés a la sanitat previ compliment dels requisits establerts en cada cas. Els immigrants irregulars amb targeta sanitària tenen fins al 31 d'agost per regularitzar-se i això equival a assegurar-se en la Seguretat Social o perdre la targeta definitivament.

També preocupa –i preocupa molt- la divulgació que se'n fa susceptible de ser interpretada com que és voluntat del govern que recursos que són dels ciutadans i ciutadanes "regulars" espanyols es dediquin a ciutadans i ciutadanes "irregulars" estrangers, en detriment dels drets dels "regulars" espanyols.

Ara, el Govern espanyol ho traspasa a les comunitats autònomes que han mostrat el seu desacord amb aquesta mesura (fins ara Andalusia, Euzkadi i Catalunya). Es tracta d'un exemple de "cohesió Estatal" i que obre un mar de dubtes respecte a com es garantirà aquesta atenció de forma equitativa.

Pel que fa a les conseqüències des del punt de vista assistencial, situen als serveis d'urgències en la impossibilitat de tractar persones sense cobertura amb una malaltia que requereix d'un mínim control i/o seguiment posterior i, òbviament, ha generat tot un moviment d'insubmissió

i/o objecció de consciència generalitzada per part dels professionals de la salut i d'altres ocupacions relacionades (administratius, zeladors, etc) a l'aplicació del decret llei.

Quan el decret diu: *Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades (...) De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica*, cal prestar especial atenció en els conceptes "enfermedad grave" i "alta médica". Cal que ens preguntem què és una malaltia "greu" i què es vol dir quan s'utilitza el concepte "alta mèdica".

A més cal pensar amb les malalties transmissibles i la feina de prevenció primària i secundària (atenció a les famílies i persones properes...) i que al separar entre "legals" i "il·legals" o "regulars" i "irregulars", s'agreugen les dificultats que tenim en el nostre país perquè persones d'altres cultures, accedeixin al sistema de salut.

6. Però no només als immigrants irregulars, sinó a d'altres col·lectius "no immigrants" i molt "regulars"

El que diu el decret...

*Tendrán la **condición de beneficiarios de un asegurado**, siempre que residan en España, el cónyuge o persona con análoga relación de afectividad, que deberá acreditar la inscripción oficial correspondiente, el ex cónyuge a cargo del asegurado, así como los descendientes a cargo del mismo que sean menores de 26 años o que tengan una discapacidad en grado igual o superior al 65%.*

En el decret llei s'exclou tots aquells que hagin superat els 26 anys i que no hagin cotitzat a la Seguretat Social, inclosos les persones amb algun grau de discapacitat que no aconseguixin el 65%. A partir d'aquesta edat deixen de ser beneficiaris de l' "assegurat" (pare o la mare) per la qual cosa, per rebre assistència sanitària hauran de demostrar que no tenen ingressos que "no superin el límit d'ingressos determinats reglamentàriament". És a dir, que no tenen recursos. Els que superin aquest límit, però no hagin cotitzat a la Seguretat Social, com el cas dels "rentistes", hauran de pagar l'assistència sanitària. També les professions liberals, recentment incorporades al sistema d'assistència universal.

A Catalunya, l'aprovació per unanimitat de la Llei 21/2010, del 7 de juliol, d'accés a l'assistència sanitària de cobertura pública a càrrec del Servei Català de la Salut –anomenada també "Llei d'Universalització" va suposar l'extensió real a tota la població catalana de la gratuïtat de l'assistència sanitària. De conformitat amb l'article 1 de la Llei 21/2010, de 7 de juliol, que estableix que "*todas las personas residentes en Cataluña tienen derecho a la asistencia sanitaria pública a cargo del Servicio Catalán de la Salud, de acuerdo con lo establecido por la presente ley*". Fins aquell moment, en quedaven exclosos els col·lectius de professionals liberals que no tenien l'obligació de cotitzar a la Seguretat Social, els membres de congregacions religioses, les persones en risc d'exclusió social, les persones aturades que havien esgotat la prestació amb ingressos i les persones que perceben rendes, especialment aquelles (moltes d'edat avançada) que depenen d'elles per a sobreviure. També clarificava el dret dels treballadors i les treballadores transfronterers/es, col·lectiu format per 2.500 persones aproximadament, que viuen en municipis catalans del Pirineu però que treballen a Andorra, Estat no membre de la Unió Europea.

Preocupa molt pensar com es garantirà l'accés gratuït a l'atenció sanitària d'aquests col·lectius que, en el moment de l'aprovació de la llei, suposava el 0,7% del total de la població catalana.

7. El decret acaba amb el turisme sanitari?

Barrejar conceptes com "turisme sanitari" amb "immigració" i voler resoldre el turisme sanitari retirant el dret a l'atenció sanitària als immigrants il·legals sembla, si més no, perillós i èticament reprovable. Entre d'altres perquè aquest el col·lectiu d'immigrants sense papers difícilment podrà fer valer el seu rebuig a aquesta reforma.

Segons la semFYC, el consum de farmàcia, la freqüentació hospitalària i l'ús d'urgències és menor en el cas de les persones immigrades. En general, els immigrants que arriben de països extracomunitaris són persones joves i fortes. Cal diferenciar aquells que provenen de la UE i on realitzant els tràmits pertinents seguiran venint a Espanya segons l'acord que els seus països d'origen tinguin establerts, que rebran l'assistència i un o un altre Estat la pagarà. Aquest és el cas de situacions dels quals n'hem tingut coneixement molts professionals de la salut i que afecta a persones grans, algunes procedents d'Alemanya que venen amb l'objectiu, per exemple, d'operar-se d'una pròtesis de maluc.

Però la despesa del veritable "turisme sanitari", la que generen els ciutadans europeus amb bon poder adquisitiu que s'empadronen a Espanya per resoldre problemes de salut, té solució amb acords entre els països a fi que no deixin sense assistència sanitària a ningú. Cal habilitar mecanismes que permetin el cobrament als seus països pels procediments que existeixen per a això. I en això sí es pot estalviar.

En el decret llei no s'identifica cap mesura ni per prevenir la seva identificació, ni per corregir la falta de diligència de les administracions públiques per identificar i facturar adequadament l'atenció sanitària prestada a aquests ciutadans estrangers que els seus països d'origen poden pagar la factura en virtut dels respectius acords. Cal esbrinar també, com afectarà aquesta mesura als espanyols a l'estranger.

8. Com afecta el decret a la cartera de serveis

El que diu el decret...

- La bàsica: *todas las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o socio sanitarios, así como el transporte sanitario urgente, cubiertos de forma completa por financiación pública.*
- La suplementària: *Prestación ortoprotésica i Prestación con productos dietéticos (...)* cuya provisión se realiza mediante dispensación ambulatoria y están sujetas a aportación del usuario (...) **sin que se aplique ningún límite de cuantía a esta aportación.** Aquesta inclou el transport sanitari no urgent, és a dir, aquell que s'utilitza sota **prescripción facultativa** en persones amb malalties importants i dificultats pel desplaçament que precisen trasllat setmanal (o més freqüentment) a centres sanitaris per a tractaments de diàlisi, rehabilitació, quimio o radioteràpia, etc. També inclou la prestació farmacèutica però aquesta es regula a part.

Aquest copagament afecta també a cadires de rodes, croses, etc. i es regirà per les mateixes condicions que els medicaments però, en aquest cas, no existiran els màxims d'aportació per l'usuari, és a dir, que els pensionistes pagaran el 10% del cost real (sense topall en l'aportació) i la resta, entre els quals convé recordar s'inclouen els aturats que no han esgotat la prestació, pagaran percentatges entre el 40 i el 60% sense topall en l'aportació.

- La de Servicios accesorios: *todas aquellas actividades, servicios o técnicas, sin carácter de prestación, que no se consideran esenciales y/o que son coadyuvantes o de apoyo para la mejora de una patología de carácter crónico, estando sujetas a aportación y/o reembolso por parte del usuario.*
- La complementària: *Aquella que las comunidades autónomas podrán incorporar en sus carteras de servicios una técnica, tecnología o procedimiento no contemplado en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, para lo cual establecerán los recursos adicionales necesarios.* Però necessitaran preceptivament *la garantía previa de suficiencia financiera de la misma en el marco del cumplimiento de los criterios de estabilidad presupuestaria.*

La cartera de serveis es fragmenta en tres modalitats: bàsica, accessòria i suplementària. Deixa molt clar que únicament la bàsica tindrà caràcter gratuït en el moment de l'ús, introduint mecanismes de copagament en les altres dues. I una quarta modalitat: la complementària.

Ara caldrà veure quines prestacions sortiran de la cartera bàsica per anar a parar a les carteres accessòria i/o complementària, subjectes per tant a copagaments, o senzillament, saltaran i, per tant, quedaran excloses de totes tres i per tant pagades íntegrament per qui necessitin aquestes prestacions.

9. Amb el decret es creen noves taxes per als medicaments

El que diu el decret...

«Artículo 94 bis. Aportación de los beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria.

La prestación farmacéutica ambulatoria estará sujeta a aportación del usuario. La aportación del usuario se efectuará en el momento de la dispensación del medicamento o producto sanitario (...) será proporcional al nivel de renta que se actualizará, como máximo, anualmente.

Con carácter general, el porcentaje de aportación del usuario seguirá el siguiente esquema:

a) Un 60 % del PVP para los usuarios y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 100.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.

b) Un 50 % del PVP para las personas que ostenten la condición de asegurado activo y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 18.000 euros e inferior a 100.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.

c) Un 40 % para las personas que ostenten la condición de asegurado activo y sus beneficiarios y no se encuentren incluidos en los apartados a) o b) anteriores.

d) Un 10 % del PVP para las personas que ostenten la condición de asegurado como pensionistas de la Seguridad Social, con excepción de las personas incluidas en el apartado a).

Tot el capítol IV és el més extens i complex de tot el text, ja que afecta a molts aspectes de regulació farmacèutica, tot i que destaca la introducció del copagament de medicaments per a persones "assegurades pensionistes" i una regulació totalment nova del copagament per a les persones "assegurades en actiu" que determina la seva quantia i topalls segons trams de renda.

A la injustícia de la mesura, se li afegeix la complexitat i la despesa que requerirà la seva posada en marxa. Preocupa que es facin pagar els plats trencats i no se sigui capaç d'articular mesures organitzatives que redueixin aquesta despesa, moltes d'elles proposades des de la professió infermera a favor de la desmedicalització. També preocupa el cost que suposarà la complexitat de posar en marxa tot aquest sistema.

Pel que fa a la situació a Catalunya, la càrrega és doble. La situació **s'agreuja amb 1€/recepta** fins a 60€/any que obliga el Govern català a través de la *Llei 5/2012, de mesures fiscals, financeres i administratives i de creació de l'impost sobre les estades en establiments*

turístics (DOGC 6094 de 23 de març de 2012). Cal recordar que **aquesta llei entra en vigor el 23 de juny**.

Per tant la preocupació també és doble. Al cobrament de l'euro per recepta a Catalunya s'afegeix la dificultat d'articular el cobrament dels percentatges dictats pel Govern central. No és difícil imaginar el risc de possibles problemes que es plantejaran en el procés des de la receptació a la dispensació (control de la cobertura de l'usuari, receptes encara en format paper, etc.), si és que es vol fer amb garanties per l'usuari que no se li cobrarà més del què li correspon. Cal recordar que la taxa catalana és per recepta i no per envàs.

Sembla que tot plegat no grava sobre qui més té si no sobre qui més ho necessita.

Tampoco se financiarán los medicamentos indicados en el tratamiento de síndromes y/o síntomas de gravedad menor, ni aquellos que, aun habiendo sido autorizados de acuerdo a la normativa vigente en su momento, no respondan a las necesidades terapéuticas actuales, entendiéndose por tal un balance beneficio/riesgo desfavorable en las enfermedades para las que estén indicados».

Entre els quals s'inclouen mucolítics, antidiarreics, llàgrima artificial, etc. i aquells medicaments equivalents a d'altres que ja es venguin sense recepta i alguns fàrmacs de baix preu (per exemple el paracetamol o l'íbuprofè).

A Catalunya la qüestió s'agreuja amb el manteniment de l'anomenat "tiquet moderador". Davant de l'anunci d'imposar una taxa sobre la recepta mèdica, el COIB ja va fer una crida als usuaris perquè es preguntin i exigeixin una resposta sobre si correspon als ciutadans assumir el cost de la decisió del seu metge de capçalera, professional amb el qual confia.

En el cas de ser així, aquest fet suposaria el reconeixement oficial del monopoli i de la pressió que històricament han exercit el poders que han regulat sobre la recepta mèdica i que han impedit, reiteradament, el desenvolupament de la prescripció infermera.

L'aplicació d'aquesta taxa mostra la incapacitat del sistema de salut per implantar mesures de racionalització alternatives per reduir l'ús de medicaments, evitar duplicitats o promoure l'ús de les noves tecnologies com a suport a la pràctica professional. Mesures com aquesta pot acabar obligant a l'usuari a pagar els plats trencats, assumint la despesa sobre receptes mèdiques, una prestació sobre la qual no pot decidir.

Lluny de responsabilitzar a les persones de la seva salut, la mesura té (i ho reconeixen així qui les han promogudes) caràcter "dissuasori". La "dissuasió" en aquest cas és injusta i perillosa. Aquests "repagaments" –contraris a qualsevol plantejament promotor de la salut o preventiu de la malaltia- produirà que persones amb símptomes aparentment banals no s'adrecin als dispositius sanitaris amb el perill que això comporta per a la seva salut.

Seria bo reflexionar per què Catalunya i tot l'Estat espanyol segueix ocupant el segon lloc en el rànquing mundial del consum de fàrmacs? Cal castigar els col·lectius de població més vulnerables i fer pagar a tothom per l'abús que algunes persones fan del sistema de salut?

A partir d'aquí tot un seguit de qüestions que el decret aborda i que no s'entén la seva relació amb la sostenibilitat del Sistema Nacional de Salud i amb l'objectiu de millorar la qualitat i seguretat de les seves prestacions

- **Impacte en les categories professionals**

El que diu el decret...

Se presenta así como una verdadera urgencia definir homogéneamente para todo el Sistema Nacional de Salud la regulación actual de aspectos vinculados a las categorías profesionales, los criterios generales reguladores del sistema retributivo o de la acción social.

Cal una valoració jurídica acurada de l'impacte.

- **Es modifica la Llei de les professions sanitàries (LOPS), el desenvolupament de la formació sanitària especialitzada i el desenvolupament de les àrees de capacitació específiques**

El que diu el decret...

Preàmbul: *La inminente aplicación de la troncalidad en la formación de especialistas del Sistema Nacional de Salud hace urgente realizar determinadas modificaciones en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, en lo relativo a la regulación de las Áreas de Capacitación Específica, **la clarificación de las competencias en la formación de especialistas, la resolución de las solicitudes de acreditación de centros docentes y su auditoría y evaluación.***

*La creación de Áreas de Capacitación Específica no admite demora para dar respuesta a las necesidades del progreso científico y al derecho y deber que tienen los profesionales en orden a su desarrollo profesional. Este desarrollo es una petición unánime de los profesionales sanitarios, del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, de las sociedades científicas y de las administraciones sanitarias. Sin embargo, al haber transcurrido más de 8 años desde la aprobación de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, **es necesario adaptar el desarrollo de las Áreas de Capacitación Específica a las nuevas necesidades del sistema sanitario y a la evolución que la formación sanitaria especializada está experimentando tanto a nivel interno (introducción de criterios***

de troncalidad en la formación de especialistas) como en el ámbito de la Unión Europea.

Artículo 8. *Modificación de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.*

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, queda modificada en los siguientes términos:

Uno. Se modifica el artículo 25, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 25. Áreas de Capacitación Específica.

1. La formación especializada en áreas de capacitación específica tendrá, en todo caso, carácter programado y se llevará a cabo por el sistema de residencia con las especificidades y adaptaciones que reglamentariamente se determinen en el régimen jurídico que regula dicho sistema formativo.

2. Reglamentariamente se establecerán los supuestos y requisitos para que los Especialistas en Ciencias de la Salud puedan acceder, mediante convocatoria del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a los diplomas de Área de Capacitación Específica, siempre que dichas áreas se hubieran constituido en la especialidad correspondiente y se acrediten, al menos, dos años de ejercicio profesional en la especialidad.

3. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, previo informe del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud y de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, podrá eliminar, disminuir o aumentar los años de ejercicio profesional a los que se refiere el apartado 1 de este artículo».

Es modifica la Llei 44/2003, de 21 de novembre, d'ordenació de les professions sanitàries, pel que fa a les **Àrees de Capacitació Específica** (articles 25 i 29 i disposició transitòria 5a de la Llei 44/2003). Cal destacar que la **formació** en les mateixes tindrà sempre **caràcter programat** i es durà a terme pel sistema de residència i, per un altre, que reglamentàriament s'establirà la forma d'accedir als diplomes, mitjançant convocatòria del Ministeri de Sanitat, sempre que s'acreditin **almenys dos anys d'exercici professional** en l'especialitat (abans cinc anys), **habilitant-se al Ministeri per eliminar, disminuir o augmentar el nombre d'anys d'exercici professional requerit**.

L'article 25 de la LOPS establia, pel que fa a la formació en àrees de capacitació específica, els requisits perquè els especialistes en ciències de la salut puguin accedir al diploma d'àrea de capacitació específica, acreditant **com a mínim cinc anys** d'exercici professional en l'especialitat.

També, la LOPS permetia l'accés a aquest diploma mitjançant una formació programada, **o a través de l'exercici professional específicament orientat a**

l'àrea corresponent, acompanyat d'activitats docents o discents de formació continuada en l'esmentada àrea i, en tot cas, després de l'avaluació de la competència professional de l'interessat d'acord amb els requeriments que preveu l'article 29 de la mateixa LOPS. **Ara només pot ser de caràcter programat.**

Tot i que cal una valoració jurídica en profunditat, fa patir que es tingui tant interès en regular les àrees de capacitació específica sense fer-ho primer, ni fer esment, en la troncalitat de la formació d'especialistes, especialment perquè en el preàmbul es parla de la "*clarificación de las competencias en la formación de especialistas*".

- **Sobre la vella aspiració d'un registre Estatal de professionals**

Preàmbul: *La necesidad de crear un Registro Estatal de Profesionales Sanitarios se basa en que se trata de una herramienta imprescindible para garantizar la información a la población y a las instituciones de la situación de los profesionales desde los diferentes aspectos que configuran la práctica profesional. La información respecto de la certificación de que el profesional no esté sometido a sanción disciplinaria o inhabilitación profesional se constituye en una garantía para la seguridad de los pacientes, y da cumplimiento **a la exigencia del derecho comunitario para acreditar la buena práctica de los profesionales en el ámbito del derecho a la libre circulación**, que tiene una gran incidencia en el sector salud.*

*Entenen que "Los registros autonómicos y colegiales no son suficientes para garantizar la necesaria **planificación y control de los recursos humanos** con los que cuenta el sistema sanitario. Este registro Estatal, al posibilitar una conexión con los registros autonómicos en tiempo real, permitirá que los datos de especial necesidad estén disponibles de modo inmediato, **desde la constancia de resolución de expedientes disciplinarios hasta la adecuada planificación de las necesidades de especialistas** en estrecha conexión con las ofertas anuales de plazas en formación.*

Cal una valoració jurídica de l'impacte del seu desenvolupament però sembla que serà un registre depenent del Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat, que es nodrirà dels registres del col·legis professionals, dels que tinguin les administracions públiques, centres sanitaris, entre d'altres. El registre serà públic i inclourà el nom, la titulació, l'especialitat, el lloc d'exercici, la categoria i la funció professional i la capacitació específica si n'hi ha.

- **Com afecta a la situació dels practicants i llevadors "de zona"**

El que diu el decret...

«Disposición adicional decimosexta. Integración del personal funcionario al servicio de instituciones sanitarias públicas.

1. Los médicos, practicantes y matronas titulares de los servicios sanitarios locales que presten sus servicios como médicos generales, practicantes y matronas de los servicios de salud, y el resto del personal funcionario que preste sus servicios en instituciones sanitarias públicas, dispondrán hasta el 31 de diciembre de 2012 para integrarse en los servicios de salud como personal estatutario fijo. A tal fin, las comunidades autónomas establecerán los procedimientos oportunos.

2. En caso de que este personal opte por permanecer en activo en su actual situación, en los cuerpos y escalas en los que ostenten la condición de personal funcionario, las comunidades autónomas adscribirán a este personal a órganos administrativos que no pertenezcan a las instituciones sanitarias públicas, conforme a las bases de los procesos de movilidad que, a tal fin, puedan articularse».

El Consejo General de Enfermería i l'Organización Médica Colegial s'han manifestat en el sentit que aquesta mesura introdueix una "greu inseguretats jurídica i causa indefensió als afectats" i a més consideren que es prescindeix del "respecte" als drets d'aquests professionals, que ostenten actuals llocs de treball. Es dubta sobre el fet d'haver de decidir la seva integració abans del 31 de desembre de 2012, i el futur d'aquests professionals que, en cas de no integrar-se, acabin adscrits a òrgans administratius que no pertanyin a les institucions sanitàries públiques, conforme determina la nova disposició. En el moment de tancar aquest document d'anàlisi s'ha prorrogat la data límit d'integració a 2013.

En poc més d'una setmana 5 pàgines i 200 correccions al text

El 15 de maig es publica en el BOE la *Corrección de errores del 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.*

Exemple: Artículo 4, apartado trece (apartado 1 del artículo 94 bis que se añade), On deia: *Se entiende por prestación farmacéutica ambulatoria la que se dispensa al paciente a través de oficina o servicio de farmacia* Ara diu: *...paciente, a través de receta médica, en oficina o servicio de farmacia*". Aquesta correcció implica, per exemple, que fàrmacs que es recullen a les farmàcies hospitalàries no estiguin subjectes a copagament, ja que es recullen a través d'una ordre de dispensació i no a través de recepta mèdica (ara subjectes a copagament). Aquesta modificació pot beneficiar a grups de persones malaltes que, al recollir la seva medicació a l'hospital, quedarien exemptes del gravamen.

Quines són les principals lleis que modifica el decret?

Les mesures aprovades pel Govern central i assumides per la Generalitat de Catalunya modifica les següents normatives:

- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud [Arts. 3, 3 bis, 3 ter, 8, 8 bis, 8 ter, 8 quáter, 8 quinquies, 20, 21.1 y 2, DA 10.^a].
- Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios [Arts. 85, 85 bis, 85 ter, 86.5, 89.1 y 2, 89 bis, 90, 90 bis, 91.6, 93, 93 bis, 94.1, 94 bis, 94 ter, 97 bis, 97 ter, DA 6.^a, DA 14.^a].
- Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo, por el que se establecen los márgenes, deducciones y descuentos correspondientes a la distribución y dispensación de medicamentos de uso humano [Art. 2.8 y 9].
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias [Arts. 25, 26, 29, DT 5.^a].
- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud [Arts. 15, 41.3, 4, 5, 6 y 7, DDAA 15.^a, 16.^a 17.^a, DT 3.^a y DD única].
- Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social [Art. 12].
- Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero, sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo [Art. 7].
- Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación [Arts. 5.1, 3, 6, 7 y 8 y 17.6].

I deroga el següent decret:

- Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social [Art. 115.1].
- Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria, art. 95.1.
- Real Decreto 1301/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos y se aprueban las normas de coordinación y funcionamiento para su uso en humanos, art. 4 i art. 30 bis.