COLEGIO OFICIAL DE
DIPLOMADOS EN ENFERMERÍA
DE PONTEVEDRA

Colexio Oficial de
Enfermaría de Pontevedra
23 NOV. 2012
Entrada Nº | Saída Nº 315

XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE
28 NOV. 2012
Rexistro de E N T R A D A
N.º 32352

26.11.12
Correos
36 VIGO SUC. 1

SECRETARÍA XERAL TÉCNICA

D. ANTONIO FERNÁNDEZ-CAMPA GARCÍA-BERNARDO

CONSELLERÍA DE SANIDADE
XUNTA DE GALICIA.
Edificio Administrativo San Lázaro
15703 Santiago de Compostela

Por medio de la presente, conforme lo establecido en el artículo 42.3 de la Ley 16/2010 de 17 de diciembre y en atención al emplazamiento dirigido a esta institución colegial con fecha de 5 de noviembre de 2012, damos puntual cumplimiento al emplazamiento que nos dirigen a fin de que por esta Entidad Colegial, se libren las **ALEGACIONES** que estimemos oportunas sobre el borrador del ANTEPROYECTO DE LA LEY DE GARANTÍAS DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS

En virtud de las competencias que nos corresponden y en aras del interés del colectivo al que representamos, nos complace alegar lo siguiente:

CONSIDERACIÓN PRELIMINAR: La Exposición de Motivos del Anteproyecto objeto de las presentes alegaciones concreta su objetivo en "otorgar las garantías necesarias a los usuarios del Sistema Público de Salud de Galicia para el ejercicio de los derechos de atención sanitaria en los plazos establecidos, la libre elección de médico de familia, pediatra y de personal de enfermería, así como de centro hospitalario, la solicitud de una segunda opinión médica, la formulación de las instrucciones previas y de información de los

derechos, deberes, servicios y programas del Sistema Público de Salud de Galicia".

De tal modo que el articulado de la norma se estructura – **según su Exposición de Motivos** – en un "Título Preliminar" en el que se fija el objeto, los beneficiarios y las definiciones de los términos empleados en la misma. Para a continuación regular cada uno de los referidos derechos en "cinco Títulos". Aunque sorprende que, pese a esta previsión, la norma transforma esta estructura en **seis Capítulos**.

Sin tomar en cuenta lo que parece ser un mero error de redacción, siguiendo la estructura de la norma – según lo manifestado en su Exposición de Motivos – estimamos procedente efectuar las siguientes **ALEGACIONES** al texto propuesto:

I.- TIEMPOS MÁXIMOS DE ACCESO Y SISTEMAS DE GARANTÍAS.

La regulación existente hasta la fecha en nuestra Comunidad Autónoma en esta materia, contenida en el Decreto 104/2005, de 6 de mayo, es manifiestamente deficitaria pues se limita a establecer dos previsiones respecto a las intervenciones quirúrgicas de carácter no urgente:

a) Que el tiempo máximo de espera estructural será de 180 días naturales.
b) Que transcurrido este tiempo o 140 días en intervenciones quirúrgicas, el usuario podrá optar por continuar en la lista de espera del centro o requerir la atención sanitaria en cualquier otro centro sanitario que disponga de la correspondiente acreditación de la Comunidad Autónoma de Galicia.

Frente a ello el texto propuesto parece mejorar esta regulación en su artículo 5 (Fijación de tiempos máximos de acceso) al reducir a 60 días el tiempo máximo de espera en intervenciones quirúrgicas, e introducir como novedad un plazo de 45 días de espera en las consultas externas y en las pruebas diagnósticas y/o terapéuticas.

Pero ello resulta sólo en apariencia, puesto que a continuación se introduce una salvedad en el apartado 2 del artículo que remite la determinación de los procedimientos y situaciones clínicas en los que se aplicarán los tiempos máximos de espera a la normativa de desarrollo. De lo que cabe intuir que dicha garantía podría no tener virtualidad práctica, quedándose esta norma en un mero **"programa de intenciones"** carente de toda eficacia para garantizar los derechos que constituyen su objeto.

Lo que además ha de ponerse en relación con las previsiones contenidas en el Plan de Ordenación de Recursos Humanos del SERGAS publicado por Orden de 8 de mayo de 2012 (D.O.G. núm 94 de 18 de mayo). La carestía que venimos acusando en las plantillas de personal sanitario, la indisponibilidad de profesionales de determinadas especialidades, la aplicación de la tasa de reposición del 10% y en particular por lo que se refiere a la **drástica reducción en la contratación de personal sustituto – que particularmente resienten los diplomados en enfermería** –, se proyecta en la consiguiente sobrecarga inasumible para el personal que actualmente viene prestando servicios con vinculo estable, así como en una dramática situación para los profesionales sanitarios que engrosan las listas de vinculaciones temporales del SERGAS sin atisbar llamamientos en un futuro próximo. Y finalmente es el propio paciente de la sanidad pública de Galicia el que se ve perjudicado por una tardía asistencia sanitaria, más perjudicada actualmente por los recientes recortes que hacen del todo imposible garantizar una prestación universal, pública y de calidad.

La consecuencia lógica de todo ello es que la sanidad pública no podrá cumplir con los plazos de 60 y 45 días que la norma pretende garantizar. Y aquí es donde entraría en juego la previsión introducida en el artículo 7 del Anteproyecto, no por casualidad, y que, viene a ser **una derivación del paciente a la sanidad privada**. Y en definitiva, una **privatización encubierta de nuestro sistema sanitario público de salud**.

Se aprecia una laguna normativa que puede dejar vacío de contenido ya no solo el sistema de garantías previsto sobre los tiempos máximos de acceso, sino la propia garantía establecida sobre la prestación sanitaria pública. En la anterior normativa, el llamado tiempo máximo de espera estructural estaba sometido a una garantía taxativa en la que la voluntad del usuario era vinculante, toda vez terminado ese tiempo o, en intervenciones quirúrgicas, antes de que terminase ese tiempo de espera pero una vez superada la mayor parte de su extensión, (140 días de 180), el usuario podía optar por recibir atención sanitaria de otro centro público o acreditado.

Sin embargo, conforme la nueva redacción propuesta, para el ejercicio de esta opción, es preciso que ésta sea ofrecida por la propia Administración siempre que se haya superado el tiempo máximo de acceso establecido y nunca antes de su fin; y sólo cuando se ha superado ese tiempo y tal oferta no llega, entonces podrá el usuario optar por centro privado de su elección, pero en el ejercicio de esta opción, solo tiene derecho a que le sean reembolsadas las tarifas establecidas reglamentariamente.

Es decir, que en consecuencia, para optar a otra atención sanitaria alternativa a una lista de espera que supera el tiempo máximo de acceso que se pretende garantizar, en primer lugar, opera como condición suspensiva que tal plazo se supere, por lo que se parte del presupuesto asistencial de que tal garantía ya esté vulnerada y por otra parte, no se garantiza que se pueda mantener la atención sanitaria dentro del ámbito público o incluso concertado, pues tal garantía sólo existe si se ofrece por la Administración y no si el usuario se acoge a ella, conforme la anterior regulación. Y por otro lado, tal opción no

tiene por qué existir necesariamente y esto sin despreciar la legalidad proyectada pues la propia regulación objeto de análisis contempla en la regla 4ª del artículo 7º, el supuesto de que, efectivamente, no se reciba tal oferta. Y sólo en este último supuesto, el usuario sólo puedo imponer conforme su voluntad, el acudir a la sanidad privada, con renuncia implícita de la pública o concertada, con pago anticipado a su cargo y es posible que compartido, en el supuesto previsible que las tarifas reglamentariamente establecidas sean insuficientes para cubrir los costes habituales de la sanidad privada.

Esta regulación es ampliamente peligrosa , como se ha dicho, puede llevar a una corrupción ya no de un sistema de plazos de acceso garantizados, sino de la propia asistencia sanitaria pública, puesto que en un ejercicio pernicioso del sistema de garantías que se pretende, se podría someter a los usuarios a una demora excesiva en la asistencia que, sin ser acompañada de oferta para acudir a otro centro, abocaría al particular que no quisiera resignarse a una lista de espera excedida, a costearse particular y quizá principalmente su asistencia y todo ello, dentro del marco legislativo cuya aprobación se pretende y con perfecto respeto a su contenido.

En consecuencia, la posibilidad novedosa de acudir a la asistencia sanitaria privada con pago financiado, (o insuficientemente cofinanciado), a cargo de tarifas públicas y asumido en estas condiciones por el usuario, debería de añadirse como una posibilidad establecida a mayores de la garantizada en la regulación anterior, conforme el usuario podía optar de acuerdo con su iniciativa vinculante por otro centro público o acreditado, pero no configurarlo como la única opción con la que cuenta un usuario sometido a una lista de espera que ya haya incumplido los plazos establecidos.

El texto propuesto se caracteriza también por una redacción ambigua y confusa, como se puede apreciar en el enunciado de la Disposición final primera: Autorización para actualizar los tiempos máximos de acceso. Puesto que del análisis del contenido de esta disposición lo que se extrae como consecuencia lógica no es una autorización al Consejo de la Xunta de Galicia

para que **actualice** los tiempos máximos de acceso, en el sentido de mejorar los tiempos propuestos, sino que en su redacción se ha sustituido por el término "adaptar" los tiempos máximos de acceso en concreto " a la realidad sanitaria de cada momento, a las necesidades de los usuarios y a la evolución de los indicadores socioeconómicos de la Comunidad Autónoma de Galicia". Por tanto, supone una autorización expresa para **dejar sin efecto o incluso incrementar** los tiempos que esta norma pretende garantizar en su artículo 6.

Al margen de lo expuesto, y en el hipotético supuesto de que esta norma sirviera a los fines que constituyen su objeto, la reciente actualidad demuestra que incluso antes de ver la luz ya resulta manifiestamente insuficiente puesto que **convierte a ciudadanía de la Comunidad Autónoma Gallega en pacientes de peor condición frente a los beneficiarios de los servicios públicos de salud de otras Comunidades Autónomas.**

Así se acaba de constatar en un reciente informe de la OCU que revela que nuestra Comunidad Autónoma encabeza el ranking de las Comunidades más deficitarias de nuestro país con una media de tiempos de espera de 80 días, únicamente por debajo de Canarias y de Castilla La Mancha, con tiempos de espera de 105 y 82 días. En el extremo contrario se encuentra Baleares, Comunidad Autónoma en la que la cita para la primera visita tarda en realizarse unos 20 días.

II.- LIBRE ELECCIÓN.

En esta materia destaca la exclusión de la atención sanitaria domiciliaria y la de urgencia del derecho a la libre elección. Precisamente porque si atendemos a las peculiaridades de nuestra Comunidad Autónoma, caracterizada por una importante dispersión geográfica, la antedicha exclusión

sirve de justificación para la eliminación de Puntos de Atención Continuada, hospitales comarcales e incluso de áreas sanitarias.

No obstante, de nuevo se repite la remisión reglamentaria advertida en el apartado anterior, privando por tanto de contenido material y eficacia práctica al ejercicio del derecho a la libre elección con lo que se advierte un carácter excesivamente programático de la norma..

Finalmente también resulta sorprendente constatar la ausencia de cualquier previsión respecto a los criterios con los que se pretende garantizar la calidad asistencial regulada en el artículo 14. Siendo altamente preocupante que no se incluya previsión alguna respecto a la participación de los profesionales sanitarios en la determinación de lo que se considera un "número adecuado de usuarios" para cada médico de familia, pediatra y personal de enfermería en el ámbito de la asistencia primaria. Pues es indudable que si lo que se pretende es garantizar la calidad asistencial, dichos criterios deben establecerse con la participación de los propios profesionales sanitarios responsables de la prestación de los servicios. Primando la **calidad asistencial** sobre la cantidad, lo que nuevamente pasa por una adecuada política de recursos humanos que refuerce debidamente las mermadas plantillas de personal. Lo que de nuevo nos lleva a concluir la ineficacia de esta regulación de mantenerse la actual tasa de reposición de efectivos en la Administración Pública del 10%, y la política de reducción de las contrataciones de personal temporal. Porque es precisamente este otro criterio real y existente de reducción de contrataciones por razones principalmente presupuestarias que no asistenciales, lo que a la postre puede determinar, -a falta de otros criterios y otras posibles intervenciones de entes ajenos al de la propia dirección de la Administración sanitaria o, cuando menos, críticas o imparciales a ella-, que el número de profesionales de la sanidad pública asignados a la población usuaria sea siempre insuficiente, con la correspondiente tentación de que se acudan a formas alternativas de prestación sanitaria que derivarían en la prestación privada; que rechazamos por vulnerar

un esencial principio de calidad asistencial igualitario para una población con derecho a recibir asistencia sanitaria pública conforme el mismo rango de calidad.

III.- SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA.

También en este particular la normativa propuesta admite reproche. En primer lugar, porque en lugar de ampliar los supuestos previstos en el Decreto 205/2007, de 27 de septiembre, se suprime uno de los que hasta ahora estaban incluidos relativo a "enfermedades graves con causa hereditaria claramente definida".

Por otra parte, se aprecia cierta ambigüedad en la redacción de la ley, pues tras la formulación del derecho a la segunda opinión médica como un derecho absoluto e indiscriminado, se concreta en la regla 2ª del artículo 16, no una relación de mínimos sino lo que se entiende como una relación excluyente. Por lo que el derecho quedaría configurado con una redacción más honesta con la comprensión que de tal derecho hace el legislador con una fórmula tipo: "Garántese aos pacientes o dereito a segunda opinión médica..... en los supuestos siguientes:....."Asimismo, de acuerdo con el carácter contingente y particular de cada proceso clínico, resulta excesivamente riguroso y taxativo el que el derecho a la segunda opinión médica se concrete por una única y sola vez, al primer diagnóstico o propuesta terapéutica, debiendo establecerse al menos una posibilidad legal de acogerse en supuestos excepcionales y debidamente justificadas, a esta posibilidad durante más ocasiones de un proceso asistencial, en una redacción suplementaria similar a la de la regla 4ª del artículo 16 y con eliminación de la regla 3ª del artículo 18.

Además, en consonancia con los derechos ya analizados, se relega la determinación de los efectos y del procedimiento para el ejercicio del derecho a una segunda opinión al correspondiente desarrollo reglamentario.

También ha desaparecido la mención expresa a la garantía de la propuesta de facultativo por el paciente.

Asimismo no parece viable que pueda garantizarse el ejercicio de este derecho si no se modifica el actual Plan de Ordenación de Recursos Humanos del SERGAS con el necesario incremento del número de profesionales. Lo contrario conduce de nuevo a la conclusión de que estamos ante una privatización encubierta de la sanidad pública.

IV.- INSTRUCCIONES PREVIAS.

El único aspecto digno de mención en este particular se contiene en el artículo 23 (Formalización y registro de las instrucciones previas) que introduce como novedad la posibilidad de formalizar el documento de instrucciones previas por escrito ante el personal del Registro Gallego de Instrucciones Previas. Aunque nuevamente se incluye una remisión al desarrollo reglamentario para la efectiva aplicación de este procedimiento, privándolo de eficacia material.

V.- INFORMACIÓN.

En materia de información la redacción propuesta también resulta ambigua e imprecisa. Puesto que se limita a indicar que todos los centros sanitarios del SERGAS tendrán a disposición de los usuarios información sobre las garantías recogidas en la Ley, pero sin especificar cómo se materializará esta puesta a disposición ni a quien compete suministrarla. Y tampoco se fijan plazos para el supuesto de que la información no pueda entregarse en el momento y deba ser remitida posteriormente al usuario.

La misma ambigüedad se manifiesta en cuanto a los sistemas de información a establecer por el órgano competente en materia de sanidad sobre la aplicación de esta Ley.

Si bien merece una valoración positiva la previsión contenida en el artículo 28 (Información general de los tiempos de acceso) por la que el SERGAS asume la obligación de facilitar **información semestral** a toda la ciudadanía, a través de su portal Web sobre el número de pacientes que figuran en espera y los tiempos medios de espera desglosados por especialidad y centro sanitario. Aunque debería completarse esta regulación con el correspondiente detalle respecto a los datos y criterios que se tomarán en consideración para su incorporación. Sobre todo lo que respecta a aquellos datos que no se tomarán en cuenta para el cómputo (Vg. plazos de espera para primeras consultas o también de consultas posteriores).

En definitiva, es preciso reiterar las advertencias anteriormente manifestadas acerca de la discutida eficacia y virtualidad práctica de esta norma, que se resumen en dos cuestiones:

1º.- Las ambigüedades del texto propuesto unidas a la reiterada remisión a la aprobación de la normativa de desarrollo que – según su Disposición Final Tercera – no se prevé hasta dentro un plazo de 6 meses posteriores a su entrada en vigor, determinan que se trate de un mero "programa de intenciones" y no de una auténtica disposición de derecho material que pueda servir a los fines que constituyen su objeto. Por lo que no viene a garantizar los derechos que enumera en su artículo 1, frustrando las legítimas aspiraciones de los usuarios del sistema público de salud de Galicia.

2º.- La Ley no incluye ninguna medida de acompañamiento relativa al necesario incremento del número de profesionales sanitarios adscritos al SERGAS tal y como su aplicación práctica requeriría. Pues la derivación a la

sanidad privada que se posibilita con el texto propuesto, supondría un fraude a los derechos de la ciudadanía gallega, que vería así como su necesaria contribución al sostenimiento de los servicios públicos derivaría en pingües beneficios privados con la consiguiente merma de la calidad de la asistencia sanitaria. Constituyendo, en suma, un paso más en el desmantelamiento de nuestros servicios públicos de salud.



Carlos Fernández Gómez
Presidente

En Vigo, a 23 de noviembre de 2012.