

VALORACIÓ DE LES APORTACIONS DE LA CONSULTA PÚBLICA A L'ELABORACIÓ D'UN PROJECTE DE DECRET PEL QUAL ES MODIFICA PARCIALMENT EL DECRET 196/2010, DE 14 DE DESEMBRE, DEL SISTEMA SANITARI INTEGRAL D'UTILITZACIÓ PÚBLICA DE CATALUNYA (SISCAT).

1. INFORMACIÓ QUANTITATIVA SOBRE LA PARTICIPACIÓ:

Durant la fase propositiva de la consulta pública prèvia, s'han rebut 2 aportacions a través del portal Participa gencat.cat, ambdues corresponen a una persona usuària que s'identifica com a Maria Àngels i entenem que es la mateixa persona.

La patronal ACES i el sindicat SATSE han presentat al·legacions trameses directament al Departament de Salut, les quals s'han incorporat també al portal Participa.

2. INFORMACIÓ QUALITATIVA SOBRE LA PARTICIPACIÓ I VALORACIÓ DE LES APORTACIONS I PROPOSTES EFECTUADES:

De les 4 aportacions rebudes se n'identifiquen dues: SATSE i ACES. El primer és un sindicat i el segon una entitat patronal, ambdues de l'àmbit sanitari.

Les altres dues participacions es dedueix que són a títol individual com a ciutadania o com a professionals amb algun tipus de vinculació amb la realitat actual en aquesta matèria (professionals del sector sanitari) i sembla que corresponen a la mateixa persona, que s'identifica com a Maria Àngels.

A continuació es realitza una valoració de cadascuna de les aportacions:

2.1 Aportació SATSE

El Sindicat SATSE, en relació amb el canvi de denominació de “xarxa d'atenció socio sanitària” a “xarxa d'atenció intermèdia”, indica que no pot ser només un canvi de nom. En aquest sentit, proposa abordar primer l'actualització de les ràtios de personal de les diferents categories per donar l'adequada atenció al pacient abans de donar un nom al dispositiu que potser no respon a la realitat de cures que pot assumir.

En relació a aquesta aportació, s'ha d'agrair l'interès que el sindicat manifesta per aquest sector i perquè la transformació sigui substancial i englobi diferents aspectes i no sigui “solament un canvi de nom”. En aquest sentit, la intenció actual del Departament de Salut i del Servei Català de la Salut és justament que no es tracti d'un canvi exclusivament de la denominació, sinó que pugui ser un canvi d'orientació conceptual i de diferents aspectes que portin a modernitzar la xarxa, d'acord amb els Plans estratègics a què SATSE ja fa esment al seu escrit.

El canvi d'orientació està sobretot dirigit a un model més centrat en la persona i preventiu, treballant de forma coordinada amb atenció primària de salut i no només de manera reactiva amb els hospitals d'aguts; però sense que suposi assumir funcions d'hospitals d'aguts.

Aquest canvi de model ja està en curs, així que el canvi de denominació sembla del tot coherent i va en paral·lel a accions concretes de reorientació assistencial de la xarxa en fase de desplegament. Per exemple, s'ha anat treballant per a la sistematització de bones pràctiques d'accés directe del pacient des del domicili, o en la revisió del funcionament de les UFISS, perquè recuperin un rol clínic i proactiu als hospitals d'aguts.

Per altra part, s'han assolit alguns reptes rellevants, com la modificació del sistema d'informació assistencial (Conjunt Mínim Basic de Dades [CMBD] d'atenció intermèdia), amb l'objectiu de simplificar-ho i donar-li robustesa, tal i com SATSE reclama en el seu escrit. Així, amb la idea de minimitzar la "burocràcia", simplificar i donar valor a la feina dels professionals, des del mes de gener del 2024, ja s'està emprant el nou CMBD, més àgil i basat sobre eines de registre utilitzades habitualment en la pràctica clínica, més en línia amb les pràctiques més resolutives i eficients establertes des de fa uns anys a l'atenció intermèdia. També compartim, evidentment, la intenció d'enfortir cada vegada més la base professional de l'atenció intermèdia, i des del Departament i el Servei es faran accions en aquesta direcció.

D'acord amb això, el canvi de denominació és adequat i necessari per poder avançar en altres aspectes de la transformació en els aspectes que indica SATSE en el seu escrit.

2.2 Aportació ACES

La patronal ACCES, abans d'analitzar la proposta, fa unes observacions prèvies sobre aspectes formals i de competència.

Pel que fa a aspectes formals, ACES considera que no s'ha aplicat correctament l'apartat 4.2 b) de la Instrucció per a la tramitació d'una consulta pública prèvia a l'elaboració d'una norma i la seva publicació al Portal Participa.gencat.cat dictada pel Departament de Presidència.

Aquest apartat indica que "S'han d'identificar i buscar una participació ampla i equilibrada d'aquests (es refereix als actors interessats o potencialment afectats) pels mitjans més adequats. Es recomana que les unitats promotores siguin proactives per incentivar la participació dels grups específicament afectats per la iniciativa."

ACES no identifica que actors interessats considera que no han estat requerits a participar i omet que la consulta pública prèvia va passar pel Consell de Direcció del Servei Català de la Salut, en el qual estan representades les tres patronals del sector sanitari.

Pel que fa a l'àmbit competencial, ACES considera que els possibles canvis en el Decret que regula el SISCAT i les diferents xarxes que ho integren podria entrar en col·lisió competencial amb el Reial Decret 1030/2006 de 15 de setembre, pel qual s'estableix la Cartera de Serveis comuns del Sistema Nacional de Salut i el procediment per a la seva actualització.

A aquest respecte, s'ha de fer avinent que l'article 162.1 de l'Estatut d'autonomia de Catalunya estableix que correspon a la Generalitat en matèria de sanitat i salut pública la competència exclusiva sobre l'organització, el funcionament intern, l'avaluació, la inspecció i el control de centres, serveis i establiments sanitaris; mentre que els apartats a) i b) de l'article 162.3 afegeixen que correspon a la Generalitat la competència compartida, d'una banda, en l'àmbit de l'ordenació, la planificació, la determinació, la regulació i l'execució de les prestacions i els serveis sanitaris, sociosanitaris i de salut mental de caràcter públic en tots els nivells i per a tota la ciutadania i, d'altra banda, en l'ordenació, la planificació, la determinació, la regulació i l'execució de les mesures i les actuacions destinades a preservar, protegir i promoure la salut pública en tots els àmbits.

Aquests títols competencials son els que ja s'expressen en l'exposició de motius del Decret 196/2010, de 14 de desembre, del sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT) i els que han d'emparar qualsevol modificació posterior.

Pel que fa al contingut de la proposta, la patronal ACES fa les observacions següents:

1. Qüestiona la base estadística i documental d'extracció de les problemàtiques plantejades.
2. Entenen que la desigualtat en el desenvolupament de la cartera de rehabilitació hospitalària no ha estat gestionada de forma eficaç fins l'actualitat i que abans de qualsevol modificació normativa hauria de ser objecte d'una revisió interna de la seva gestió per part de les regions sanitàries. Afegint que l'opció normativa que es planteja aguditzaria aquestes mancances que han de ser solucionades per mig d'un bon control de gestió dels Hospitals.
3. Entenen que el canvi a un model biopsicosocial s'ha de regular des de la implementació del nou Pla de Rehabilitació de Catalunya amb les instruccions del CatSalut i les clàusules i plecs contractuals de cada proveïdor, ja que aquests són els instruments més adients i adequats per a aconseguir la pràctica clínica orientada cap la visió de la prestació desitjada.
4. Rebutgen que hi hagi problemes en la percepció de la qualitat rebuda i dels resultats de les intervencions, ja que consideren que les dades recollides manquen d'objectivitat.
5. Entenen que la proposta formulada comporta una major fragmentació de la prestació dels serveis de rehabilitació, una minva de la efectivitat, rapidesa i qualitat dels serveis de rehabilitació així com un problema d'accés per als serveis de logopèdia de baixa complexitat en tant que no contemplats per la cartera d'APiC, amb la conseqüent

pèrdua de drets pels ciutadans.

6. Consideren que l'objectiu d'aplicar l'evidència científica en els tractaments de rehabilitació no és vàlid perquè aquest es pot aconseguir només amb la implementació i el seguiment del Nou Pla de Rehabilitació per part dels responsables de la planificació i de la provisió de serveis i que aquesta matèria ha de ser regulada contractualment i amb la supervisió contínua de l'òrgan competent de la Administració Sanitària.
7. En relació amb l'objectiu de garantir una informació continuada al pacient, indiquen que només és possible dins de l'entorn de prestació més integrat i menys fragmentat.
8. En relació amb l'objectiu de garantir la prestació del servei de forma equitativa a tots els territoris, manifesten que les desigualtats que el Departament de Salut ha detectat en el desenvolupament de la cartera de serveis hospitalaris s'ha de solucionar prèviament a qualsevol modificació normativa, ja que entenen que seria molt perjudicial atribuir més activitat a un sistema hospitalari que encara no ha solucionat aquestes inequitats.
9. En relació amb l'experiència dels pacients, entenen que no es necessària la modificació de decret sinó que es podria portar a terme a través dels contractes amb les entitats.
10. En relació amb l'objectiu de millorar l'eficàcia i l'eficiència en la utilització dels recursos sanitaris, aplicant el principi de subsidiarietat, consideren que aquest s'assoleix millor amb uns serveis territorials amb els serveis ambulatoris i domiciliaris unificats.
11. En relació amb l'objectiu de millorar la satisfacció dels professionals sanitaris, consideren que el que s'ha de fer és reconèixer-los com a agents estables del sistema, ampliant l'àmbit funcional del conveni de la sanitat concertada, així com la inclusió de les actuals entitats prestadores de serveis com a proveïdors concertats amb conveni dins del sistema sanitari.
12. En relació amb l'objectiu de millorar el treball en equip, manifesten que requereix d'una xarxa estable que aprofiti la expertesa acumulada en 50 anys i que sigui capaç de crear circuits assistencials estables amb interlocutors que poden ser resolutius relativament a la totalitat de la cartera, i no pas relativament a una part d'ella de forma desigual.
13. Consideren també que no cal cap canvi normatiu per tal que el Departament de Salut pugui potenciar la seguretat clínica i la qualitat assistencial.
14. Defensen la continuïtat de l'actual sistema de provisió actual, que al seu entendre permet la justa millora del servei, amb la fórmula no normativa de la regulació contractual, seguint els mecanismes de la lliure concurrència i de la contractació pública dels serveis de rehabilitació i logopèdia que sempre han avançat cap a una major i millor cobertura.

15. Qüestiona les competències de la Generalitat en matèria de regulació dels serveis de rehabilitació, en relació amb el Reial Decret 1030/2006 de 15 de setembre, pel qual s'estableix la Cartera de Serveis comuns del Sistema Nacional de Salut i el procediment per a la seva actualització.

Aquesta observació ja s'ha plantejat com a qüestió prèvia i ha estat contestada.

16. Per últim, en relació als impactes econòmics, socials o ambientals rellevants, indiquen que la integració dels sistemes d'informació no comporta cap cost pel sistema sanitari ja que els proveïdors de rehabilitació ja es troben integrats en la Xarxa HC3 i IS3 i que, en tot cas, es podria regular en seu contractual la obligació d'integració i suggereix que la prestació de la Logopèdia Domiciliària sigui contemplada com a prestació complementària de la CCAA.

Pel que fa a aquestes observacions, s'ha de manifestar:

Les al·legacions posen en dubte l'anàlisi de situació basal per manca de casuística suficient en l'anàlisi qualitatiu i per només tenir en compte la modalitat ambulatoria.

Si bé és cert que l'estudi presentat pel Departament de Salut es va basar en una mostra relativament petita, tot i així proporciona informació valuosa sobre les problemàtiques en qüestió i els resultats obtinguts poden ser indicatius de tendències generals i àrees de preocupació que requereixen atenció. La participació de professionals i pacients ha proporcionat perspectives úniques que no es poden obtenir altrament i les conclusions de l'estudi poden ajudar a la presa de decisions i la implementació de canvis normatius.

Quan a l'enquesta PLAENSA, si bé es cert que només recull dades de l'activitat ambulatoria, cal remarcar que aquesta és la modalitat àmpliament majoritària que representa més del 75 % de l'activitat contractada i que dona resultats representatius de la població atesa. En les darreres onades de l'enquesta queda palesa una diferència força significativa entre les puntuacions de satisfacció dels ciutadans entre el model de base hospitalària (que és el que recull la opció preferida) i el model de base comunitària. Malgrat que aquesta no pot ser la única motivació que orienti la proposta de modificació, és obligat pel Departament de Salut tenir en compte aquestes fonts d'informació alhora de planificar modificacions en els models assistencials i de provisió de serveis.

Es fa referència a l'assoliment dels objectius de contraprestació per resultats (CPR), no es posa en dubte i es reconeix que els indicadors de contraprestació per resultats han estat ben valorats en els darrers anys, però això no es contradiu amb el fet que el desplegament del nou Pla de Rehabilitació proposi un model organitzatiu diferent, que també implicarà una revisió substancial de l'avaluació de resultats.

Impacte de la organització de la provisió sobre la integració o la fragmentació de la prestació

En primer lloc, cal puntualitzar que l'atribució que es fa al document d'al·legacions sobre el que s'entén per serveis de rehabilitació (SR) al document del Pla de rehabilitació de Catalunya no és correcta. Així, es dona a entendre que el concepte SR només fa referència als serveis d'àmbit extrahospitalari quan en realitat fa referència a qualsevol servei especialitzat (tan si pertany a l'àmbit hospitalari com de l'àmbit extrahospitalari) per diferenciar-lo de la rehabilitació en l'àmbit d'APiC. Aquesta interpretació errònia condiona al llarg del document algunes afirmacions distorsionades respecte del que emana del Pla de Rehabilitació.

Actualment, hi ha una gran part del territori on la provisió de rehabilitació de major complexitat en totes les seves modalitats és prestat per proveïdors d'àmbit hospitalari. Aquest model obté, en conjunt, els millors resultats de satisfacció en enquestes representatives de la població atesa en l'àmbit ambulatori. El desenvolupament de la cartera de serveis d'atenció primària és una decisió estratègica que dona resposta al que es defineix en el RD 1030/2006 com a cartera de serveis bàsica del SNS i, a més, dona compliment al Pla de Rehabilitació quan descriu el paper d'APiC en l'atenció a la discapacitat (Capítol 6.3) i és la millor manera d'afrontar els reptes de futur que ens planteja el creixement de la discapacitat de la població. En vistes d'aquesta qüestió prèvia i donat que el desplegament d'aquesta cartera ja és un fet, la opció preferida és la que garanteix que a un territori hi hagi el mínim de proveïdors possibles per assegurar totes les modalitats de prestació de l'àmbit especialitzat. És més, la prestació coordinada des de l'àmbit hospitalari és la única que permet una continuïtat assistencial en tots els processos que requereixen d'una valoració per part dels serveis de rehabilitació d'àmbit especialitzat i és la que, a l'entendre del Departament, garanteix millor el treball interdisciplinari amb les especialitats mèdiques i quirúrgiques que tracten patologies amb alt potencial discapacitant.

Al nostre entendre, segons la opció normativa preferida, qualsevol ciutadà amb risc de discapacitat i discapacitat instaurada serà atès en tot allò que correspon a la cartera de serveis bàsica d'APiC en el seu propi centre de salut i pel seu propi EAP i comptarà amb un únic proveïdor d'àmbit hospitalari especialitzat (SR) quan el requereixi, assegurant la integració de l'atenció i el contínuum assistencial.

En relació als problemes en l'equitat a l'accés, la provisió de servei de rehabilitació a Catalunya s'ha caracteritzat per una gran heterogeneïtat entre territoris, amb més a o menys presència de proveïdors hospitalaris i comunitaris en diferents Regions Sanitàries. Si bé es cert que el propi article 7.1 el Decret 196/2010 garanteix que la Xarxa amb Internament pugui prestar els serveis de rehabilitació que li son propis i amb els recursos propis d'un centres hospitalari, aquest desplegament no ha estat equitatiu. Les al·legacions rebudes argumenten que la opció normativa preferida podria aprofundir en la inequitat territorial. El desplegament del programa de fisioterapeutes a APiC s'ha fet d'una manera equitativa al territori, amb ratis de professionals que tenen en compte condicionants de discapacitat com l'edat i la situació socioeconòmica de la població. Segons el parer del Departament de Salut, la organització de la prestació de la rehabilitació d'àmbit especialitzat gestionada des de la xarxa d'hospitals d'internament es la que millor garanteix l'equitat d'accés i de resultats en salut, especialment en vistes

de la creixent complexitat i necessitats de treball interdisciplinari.

Pel que fa a la perspectiva biopsicosocial de la discapacitat, el Pla de Rehabilitació conclou que la persona amb problemes de salut s'ha de considerar en el seu context social ja que l'entorn social i familiar i la història de la vida de la persona influeixen en la seva salut i en el seu procés d'atenció. Per millorar la qualitat de vida de les persones és clau treballar la participació social i comunitària i identificar els factors protectors o de risc de funcionament. Malgrat que aquesta necessitat no és exclusiva de l'àmbit d'APiC, aquest nivell assistencial es el que millor garanteix l'atenció a la ciutadania amb visió holística, comptant amb els recursos socials i comunitaris que li son propis i que es reforcen actualment amb el desenvolupament dels nous rols dels equips d'atenció primària. Per tant, el Pla de rehabilitació ha condicionat aquesta línia de contractació amb el desenvolupament de la cartera de serveis de rehabilitació, que finalment impacta en la organització global de la prestació de rehabilitació.

En relació a les observacions sobre els objectius, s'ha de puntualitzar el següent.

a) Garantir una correcta atenció a la ciutadania, per tal que puguin obtenir una resposta ràpida, efectiva i adaptada a cada situació individual de forma holística, per part dels professionals.

La definició i desplegament de la cartera de serveis pròpia de l'àmbit assistencial d' APiC i la dependència de la rehabilitació més complexa en un sol proveïdor d'àmbit especialitzat hospitalari (corresponent al SR representat en el Pla de rehabilitació) adjudica a cada nivell assistencial la responsabilitat en l'atenció entre els diferents processos treballats al Pla i promou l'accessibilitat, evita les demores, fomenta la subsidiarietat tot augmentant l'eficiència del sistema.

b) Garantir la continuïtat assistencial en el tractament

El model plantejat en la opció normativa preferida no només no augmenta la fragmentació del sistema sinó que constitueixen el model de provisió menys fragmentat i que possibilita millor l'atenció integral, holística i centrada en el pacient així com fomenta el treball interdisciplinari. Des d'aquesta perspectiva, la única transició prevista és la natural i pròpia de qualsevol procés d'atenció entre nivells assistencials. A més, el desenvolupament ja en marxa de professionals d'enllaç de l'àmbit de rehabilitació entre els dos nivells assistencials reforça encara més la fluïdesa i l'acompliment del contínuum assistencial.

c) Aplicar l'evidència científica en els tractaments de rehabilitació

Aquest objectiu no està influït pel model de prestació ja que es tracta d'un objectiu al qual cal donar compliment a través del seguiment de la implementació del nou Pla de Rehabilitació i sobre el qual la opció normativa preferida no ha d'incidir de manera negativa

d) Garantir la informació continuada del pacient

A través de la opció normativa preferida s'assegura que totes les innovacions en els sistemes d'informació compartits que esdevinguin en el sistema sanitari (desenvolupament del HES) beneficiaran tots els ciutadans atesos en serveis de rehabilitació sense necessitats de fer futures integracions.

e) Garantir la prestació del servei de forma equitativa a tots els territoris

La opció preferida, a diferència de l'estat actual, tendeix a unificar els criteris de planificació i de prestació dels la rehabilitació a tot el territori sota les mateixes premisses i, en conseqüència, ha de redundar en una prestació més equitativa.

f) Millorar l'experiència dels pacients i persones usuàries

Malgrat els mecanismes establerts per millorar la informació relativa a la satisfacció dels usuaris, les enquestes continuen detectant diferències significatives entre els diferents models de provisió. La opció normativa preferida promou els models de prestació que han sortit millor valorats pels ciutadans usuaris dels serveis més utilitzats de manera significativa.

g) Millorar l'eficàcia i l'eficiència en la utilització dels recursos sanitaris, aplicant el principi de subsidiarietat.

Com bé es comenta en el document d'al·legacions, el principi de subsidiarietat, en la seva definició més àmplia, disposa que un assumpte ha de ser resolt per l'autoritat més propera a l'objecte del problema. La nova proposta organitzativa desenvolupa la cartera de serveis bàsica als ciutadans per tal de garantir aquesta atenció propera i amb els professionals adequats i més resolutius en la gestió d'aquesta cartera.

h) Millorar la satisfacció dels professionals sanitaris, millorar el treball en equip i potenciar la seguretat clínica i la qualitat assistencial

L'opció preferida garanteix que el professionals sanitaris gaudeixin de l'estabilitat contractual, treball multidisciplinari, la qual cosa repercuteix en satisfacció laboral i la qualitat assistencial.

En l'anàlisi de les diferents opcions l'escrit d'al·legacions es constata de nou com s'ha malinterpretat el concepte de servei de rehabilitació (SR) com a un servei que únicament es pot situar fora de l'entorn especialitzat hospitalari, quan en realitat fa referència a qualsevol servei especialitat en contraposició a la cartera de serveis d'APiC. Aquest error de interpretació és el que condueix gran part de l'argumentari de les al·legacions, que com a conseqüència, resten desvirtuades. La proposta de mantenir unificades les "dues" carteres de serveis en un únic proveïdor va en contra de la decisió estratègica i ja implementada de desenvolupar la cartera de serveis d'APiC en tota la seva extensió i tal com es defineix en el RD de cartera de serveis bàsica del SNS 1030/2006. En el moment actual, per tant, aquesta opció no és replantejable.

2.3 Aportació individual d'una ciutadana.

La ciutadana que s'identifica com a Maria Àngels ha fet les observacions següents:

“Crear una línea de teléfono para personas con problemas de salud mental y soledad no deseada por qué hasta ahora solo existen líneas de atención para adultos en caso de suicidio pero estaría bien que una persona no necesite considerar el suicidio para poder hablar con un sicólogo también estaría bien que todos los centros de salud dispusieran de atención psicológica y que las listas de espera no sean tan largas creo que es importante que todo el mundo pueda acceder al sicólogo ya que es la mejor forma de prevenir el suicidio y otros problemas de salud mental y soledad gracias”

“Creo que es importante informar a los pacientes de sus derechos y obligaciones como pacientes y darles la posibilidad de acceder a su expediente y información médica al igual que informarles de con quién se comparte también es importante informarles de sus derechos en relación al tratamiento y a las posibles opciones disponibles y los resultados ventajas e inconvenientes de cada tratamiento y por supuesto creo que es importante escuchar a los pacientes y respetar sus derechos”

En relació amb aquestes observacions, pel que fa a la creació d'una línia telefònica per persones amb problemes de salut mental, indicar que la modificació del decret té entre els seus objectius assegurar una homogeneïtzació i una millor equitat en l'accés als serveis sanitaris, mitjançant la integració i coordinació assistencial, així com garantir la coordinació assistencial per millorar la integració social plena i satisfactòria de les persones pacients, amb una orientació comunitària. Aquest és un objectiu comú per l'atenció dels problemes de salut de la ciutadania incloent la malaltia mental. La proposta concreta de creació d'una línia telefònica no és una millora susceptible d'incorporar a través de l'actual proposta de modificació del Decret del SISCAT; sinó que s'aborden des de plans estratègics i de millora adreçat a problemes de salut. Al respecte, el Departament de Salut ha prioritzat l'atenció a la Salut Mental en els darrers anys, no només en l'atenció al suïcidi com es comenta en l'observació rebuda, sinó a tota la resta de malalties mentals. En concret s'ha focalitzat en la millora de l'accés a professionals de salut mental reduint el temps d'espera.

Per últim, pel que fa la informació sobre els drets i obligacions dels pacients, indicar que la Carta de Drets i Deures de la Ciutadania (<https://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/presentacio/drets-i-deures-de-la-ciutadania/>) ja recull el que se suggereix en aquestes observacions. Així, a l'esmentada Carta es reconeix:

- a) el dret a conèixer i disposar de la Carta de drets i deures: la persona té dret a conèixer la Carta de drets i deures, a accedir al seu contingut a través de diferents suports i canals de comunicació i a disposar-ne en tots els centres del sistema sanitari

- b) el dret a que la informació relativa a les dades dels actes sanitaris es mantingui dins del secret professional estricte i del dret a la intimitat. Això és especialment important en aquell tipus de dades que són més sensibles: les relatives a la pròpia salut, les creences, l'herència genètica, l'adopció, les malalties infeccioses, les relacions familiars i socials, ser subjecte de maltractaments, etc.

L'accés a les dades només el poden tenir aquells professionals sanitaris relacionats directament amb l'atenció de la persona, i no es poden facilitar a altres professionals o familiars o persones vinculades sense l'autorització de la persona interessada.

Així mateix, es reconeix el dret a que ningú accedeixi a aquesta informació si no compta amb l'autorització pertinent i d'acord amb les excepcions que preveu la normativa vigent. Alhora, i en cas que s'accedeixi a les dades, té dret a conèixer qui hi ha accedit, el motiu de l'accés i l'ús que se n'ha fet.

- c) el dret de la persona a escollir entre les diferents opcions terapèutiques i de renunciar a tractaments mèdics, cures infermeres o actuacions sanitàries proposades.

Barcelona,

El subdirector.