

AL·LEGACIONS EN REFERÈNCIA A LA CONSULTA PÚBLICA SOBRE LA MODIFICACIÓ PARCIAL DEL DECRET 196/2010 DEL SISCAT

Aquesta entitat, seguint el procediment establert per l'art. 133 de la LPAC, un cop revisada la documentació aportada per la Administració Sanitària en el portal participa.gencat.cat, compareix i presenta el present informe d'anàlisi de la proposta de modificació normativa objecte de consulta.

ASPECTES FORMALS I DE COMPETÈNCIA:

Pel que fa a aspectes formals, la consulta pública plantejada incompleix el contingut mínim especificat en la pròpia *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 al no preveure i analitzar allò establert per l'art. 4.2. b) relativament als actors interessats i/o potencialment afectats.

En segona instància, la proposta de modificació del Decret, en el sentit de l'atribució de la cartera de serveis domiciliària a les entitats amb internament i en el sentit de la atribució de la prestació de la logopèdia a l'àmbit d'atenció primària, pot vulnerar allò establert per al RD 1030/2006 de 15 de setembre, que estableix la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, sense que el Govern de la Generalitat tingui competències al respecte.

Finalment, la proposta normativa preferida, en la mesura en la que atribueix la rehabilitació domiciliària als centres amb internament, vulneraria l'art. 5 de l'Annex II del RD 1030/2016, així com la atribució de la logopèdia de baixa complexitat a l'Atenció Primària no queda coberta per l'esmentat article, ja que aquesta especialitat queda totalment assignada a la rehabilitació especialitzada d'àmbit hospitalari.

ANÀLISI DELS CONTINGUTS

A. Delimitació dels serveis inclosos en la xarxa d'internament.

A.1 ANÀLISI DELS PROBLEMES PLANTEJATS

A.1.a Problemes en l'atenció integral i continuïtat assistencial

En primer lloc cal posar en dubte la base estadística i documental d'extracció de les problemàtiques plantejades. L'únic estudi realitzat per part del Departament de Salut va ser presentat al Desembre 2021 en el marc de l'elaboració del Nou Pla de Rehabilitació de l'any 2022 i va ser elaborat sobre una base de només 45 pacients, 20 professionals, i 4 experts.

Es tracta d'una manca de significativitat científica que no permet realment establir unes directrius que poden avalar qualsevol variació normativa o diagnòstica seria prèvia a una reordenació dels serveis.

Per altra banda la esgrimida enquesta PLAENSA només recull dades dels serveis de Rehabilitació física ambulatoria, que representa només 1 de les 4 línies de prestació dels serveis de rehabilitació, deixant al marge tota la activitat domiciliària i la logopèdia en la seva totalitat. Això comporta que els resultat siguin totalment fal·laços quantitativament i qualitativament.

Cal revalorar i dissenyar una nova estratègia diagnòstica que valori els serveis conjuntament amb els prestadors i proveïdors

En aquest sentit s'ha de concloure que els problemes detectats, en la seva totalitat, han de ser rebutjats per manca d'una metodologia de recollida de dades i anàlisi basada en la evidència científica i per tant la valoració dels problemes plantejats ha de ser reformulada per improcedent.

No existeixen, a més, estudis que relacionin la quantitat de proveïdors de rehabilitació en un territori amb la qualitat percebuda o altres indicadors de satisfacció i/o eficàcia, la qual cosa ens torna a ubicar en la manca de rigor de la diagnòstica d'aquesta consulta.

Al contrari, les enquestes de satisfacció i els indicadors de contraprestació de resultats (CPR) valorats de forma independent per part de les pròpies Regions Sanitàries del Servei Català de la Salut conforme la normativa contractual indiquen un compliment del 100% d'assoliment dels indicadors i del pagament de la contraprestació per resultats corresponent de forma ininterrompuda des de fa 10 anys.

És més, l'adscripció dels serveis de rehabilitació, ara concentrats per raons evidents de continuum assistencial en un únic proveïdor per a cada territori (SR, segons el Nou Pla de Rehabilitació del 2022), comportaria la multiplicació de proveïdors dins del sistema, ja que segons el plantejament de la consulta, en cada territori la prestació de rehabilitació s'atomitzarà de forma desigual entre proveïdors hospitalaris i proveïdors d'atenció primària.

Així, dins d'un mateix territori en el que actualment el servei de rehabilitació i logopèdia es concentren un únic proveïdor de rehabilitació territorial (SR), segons la modificació plantejada, el nombre de prestadors de serveis es fragmentaria, ja que la mateixa cartera es dividirà en allò que es competència de l'Atenció Primària i allò que és competència dels centres d'internament segons una distribució totalment anòmala, no equitativa i desigual, amb elevat risc d'una màxima heterogeneïtat en el desenvolupament de la cartera en virtut de la autonomia dels centres, sancionada per la LOSC.

A.1.b Problemes l'equitat d'accés als serveis

No és certa l'afirmació de que el desplegament de la rehabilitació en l'àmbit hospitalari és limitada. El propi art. 7.1 del Decret 196/2010 que es pretén modificar garanteix que la Xarxa amb Internament pugui prestar els serveis de rehabilitació que li son propi segons la complexitat que pertoca a l'àmbit hospitalari.

De fet l'art. esmentat diu que

7.1 La xarxa de centres d'internament d'utilització pública de Catalunya inclou els centres que presten assistència sanitària a les persones que pateixen una malaltia aguda o crònica, i la finalitat principal d'aquests centres és el diagnòstic o el tractament i la rehabilitació de les persones malaltes que hagin de ser prestats amb **recursos propis d'un centre hospitalari**. Aquesta assistència sanitària es presta en règim d'internament, i també es pot prestar de manera ambulatoria, per tal de garantir l'atenció integral de les persones malaltes.

Això implica que l'àmbit hospitalari pot i deu prestar aquells serveis de rehabilitació que són propi de l'ús intensiu dels seus recursos, que són altament tecnificats. El decret actual per tant no s'ha de modificar per a aconseguir aquest presumpte objectiu sinó que el que cal és major control del desplegament per part dels Gerents de les Regions Sanitàries i les corresponents Direccions de Sector. El desplegament desigual, per tant, no pot ser a càrrec d'una reordenació i/o ampliació de cartera de serveis de la rehabilitació hospitalària, sinó que ha de ser a càrrec d'una bona gestió i control de la cartera hospitalària actualment assignada. El risc seria de sobrecarregar una cartera desenvolupada de forma desigual amb més activitat assistencial sense mesures correctores prèvies.

Coincidim amb la visió de que la rehabilitació hospitalària té ineficàcies locals que s'han de solucionar abans de qualsevol modificació normativa que pugui empitjorar la situació amb més pacients i volum d'activitat.

Per tant s'ha de concloure que la desigualtat en el desenvolupament de la cartera de rehabilitació hospitalària, tot i ser habilitada de forma igualitària per l'art. 7.1 del actual decret, no ha estat gestionada de forma eficaç fins l'actualitat i per tant abans de qualsevol modificació normativa ha de ser objecte d'una revisió interna de la seva gestió per part de les regions sanitàries. La opció normativa que es planteja des de l'Administració només aguditzaria aquestes mancances que han de ser solucionades per mig d'un bon control de gestió dels Hospitals.

A.1.c Problemes en l'atenció integral en visió biopsicosocial

Els problemes relatius a un canvi cap a un model biopsicosocial de rehabilitació no haurien de ser objecte de regulació per part de la normativa organitzativa ja que aquestes temàtiques han de ser objecte d'instrucció d'obligat compliment per part del Departament de Salut i CatSalut per a tots els proveïdors. De fet, en la actualitat, aquesta matèria ha estat revisada i regulada en el Nou Pla de Rehabilitació de Catalunya de forma suficient i totalment exhaustiva, amb la força del consens de tota la comunitat científica catalana. El Nou Pla de Rehabilitació de Catalunya, en cadascun dels grups de patologia de la cartera de serveis coberta, de fet estableix les diverses dimensions que els experts han detectat com a elements a treballar segons allò establert per el codi ICF. Amb aquesta base resulta evident que **l'instrument adequat per a la concreció dels criteris tecnico-clínic és el contractual de cada línia assistencial que, a més, constitueix el document tècnic per al seguiment del compliment del mateix.**

La visió biopsicosocial com a orientació científicoclinica del Departament de Salut per al desenvolupament dels serveis de rehabilitació s'ha tractat i plasmat dins de l'oportú document que, segons la pròpia LOSC, s'identifica amb el Pla de Salut i que, juntament amb l'esmentat Pla de Rehabilitació, ha de orientar la pràctica clínica i la compra de serveis. No és un decret de ordenació i organització de serveis

Per tant s'ha de concloure que la modificació del decret no és l'instrument adequat per a la implementació del canvi a un model biopsicosocial, sinó que aquest canvi 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.

Problemes en la percepció de la qualitat rebuda i dels resultats de les intervencions

Sobre la manca d'objectivitat de les dades recollides ens remetem a l'anàlisi del primer punt "Problemes en l'atenció integral i continuïtat assistencial".

Els resultats anuals de la valoració que el propi Servei Català de la Salut fa dels contractes de rehabilitació rep en la pràctica totalitat dels casos el percentatge del 100% dels objectius satisfets per part de les entitats prestadores des de fa més de 10 anys.

Això implica que els objectius de contraprestació per resultats fixats anualment pel propi CatSalut són sistemàticament avaluats i acomplerts pels proveïdors actuals que, per tant, segons el propi Departament, realitzen un treball totalment satisfactori.

A.2. ANÀLISI DELS OBJECTIUS QUE ES VOLEN ASSOLIR

La modificació de la delimitació dels serveis de rehabilitació dins de l'àmbit hospitalari no pot comportar la consecució dels objectius plantejats o bé perquè ja podem acreditar llurs compliment en la situació actual, bé perquè aquest ja estan contemplats en les fórmules contractuals existents o ***bé perquè la pròpia proposta de modificació normativa comporta la impossibilitat o empitjorament del seu grau de compliment per part del Sistema de Salut de Catalunya.*** Cal recordar que la modificació proposada no pot contradir allò establert per el RD 1030/2006 en matèria de cartera de serveis, la qual cosa impedeix l'atribució de la cartera de serveis de rehabilitació bàsica a la xarxa d'internament. Dit això passem a analitzar en detall els objectius plantejats:

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 fragmentació proposada per l'opció normativa preferida divideix els serveis de rehabilitació entre cartera de rehabilitació bàsica i especialitzada en els àmbits de APiC i Xarxa d'internament. Aquesta divisió, fragmentant la activitat assistencial entre els proveïdors territorials dels diversos nivells (APiC i dispositius amb Internament), **trenca la unitat de la provisió que actualment detenen i gestionen els centres de rehabilitació (SR o Servei de rehabilitació, segons l'actual Pla de Rehabilitació)**. En aquest sentit la unitat de la cartera en el que el propi Pla de Rehabilitació denomina com a **SR territorial** ja compleix amb la possibilitat d'una resposta ràpida i holística, tota vegada que el propi centre de rehabilitació té en la seva cartera les 4 línies assistencials (Rehabilitació Física Ambulatòria, Rehabilitació Física Domiciliària, Logopèdia Ambulatòria i Logopèdia Domiciliària) que, d'altra forma es trobarien dividides entre Atenció Primària i Hospitals, amb la possibilitat de la gestió indirecta de l'activitat hospitalària que introduiria un agent més a la Xarxa.

Aquesta multiplicitat, a més de ser contrària als objectius de la pròpia Consulta Pública, determina un impacte negatiu en l'efectivitat de la prestació, ja que la comentada fragmentació s'haurà de realitzar de forma desigual, al ser el servei domiciliari de rehabilitació, una prestació prevista legalment només per a l'àmbit comunitari i la rehabilitació bàsica.

No oblidem que la Logopèdia, segons allò establert per el RD 1030/2006, resulta de competència única dels serveis de rehabilitació especialitzada. Aquesta atribució impedeix al entorn hospitalari la prestació d'aquest servei en la modalitat domiciliària, de competència exclusiva de l'entorn comunitari. Això comportaria la impossibilitat de la realització de la activitat de logopèdia domiciliària tal i com s'està actualment prestant pels Serveis de Rehabilitació territorials en la actualitat, amb el conseqüent i greu perjudici per a la població.

Es tracta d'un efecte força lesiu que impactarà en els pacients de forma greu, sobretot si pensem que la logopèdia domiciliària es presta a persones amb un greu grau de discapacitat, sovint amb risc vital. La situació actual de serveis centralitzats en el proveïdor permet, a hores d'ara, la prestació amb garanties gràcies al caràcter híbrid del prestador i la prestació que, alhora, fomenta accessibilitat, unitat i *continuum*.

La proposta formulada comporta, per tant, 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.

b) *Garantir la continuïtat assistencial en el tractament.*

El mateix motiu de fragmentació que fa rebutjar la proposta de nova delimitació dels serveis de rehabilitació és el mateix que, en virtut de la al·legada fragmentació que empitjoraria el

panorama actual, ens ha de fer rebutjar la modificació proposada de cara al *continuum* assistencial que es veurà atomitzat entre APiC i Xarxa d'Internament. Pel que fa a la rehabilitació física, aquesta s'haurà de dividir entre la modalitat domiciliària, de competència de la APiC (art. 5 de l'Annex II del RD 1030/2006), i la hospitalària especialitzada (art. 8 del Annex III del RD 1030/2006) amb la conseqüència nefasta de que ***un mateix pacient que actualment és atès per un mateix SR amb un mateix equip de rehabilitació que l'acompanya al llarg de la seva evolució, segons la nova proposta haurà de fer més transicions no només entre serveis, sinó entre nivells assistencials.***

El propi Nou Pla de Rehabilitació preveu l'existència d'un Servei de Rehabilitació (SR) de base territorial que uneixi tota la prestació justament amb l'objectiu de fomentar el *continuum* assistencial. És més: canviar aquesta atribució produiria un perjudici en la accessibilitat de la rehabilitació a ciutadans amb graus de discapacitat greus per impossibilitat de la prestació en l'àmbit comunitari i hospitalari.

Així doncs:

- 1. per una banda l'objectiu de continuïtat es compleix millor amb la situació actual i la modificació normativa proposta produiria un greu perjudici per a la població en termes de continuïtat assistencial i fins i tot accés a la prestació dels serveis.**
- 2. per l'altra l'objectiu proposat es compleix millor amb la situació actual d'unificació de la prestació de la cartera i de les seves modalitats dins d'un proveïdor de rehabilitació de base territorial (SR).**

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

El propi Nou Pla de rehabilitació es proposa, entre d'altres, com a guia de pràctica clínica, tota vegada en què per a cada patologia i CIE proposa tant les millors pràctiques revisades per experts en base a la bibliografia recent, com l'eliminació de les pràctiques de poc valor o sense evidències.

No podem considerar aquest objectiu com a 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. A més, aquesta matèria ha de ser regulada contractualment i amb la supervisió contínua de l'òrgan competent de la Administració Sanitària.

d) Garantir una informació continuada al pacient.

La informació continuada és possible només dins de l'entorn de prestació més integrat i menys fragmentat. Ja que hem acreditat que la menor fragmentació és la relativa als serveis

de rehabilitació previstos en el Pla de Rehabilitació i que corresponen als SR actuals de base territorial, només podem considerar que l'objectiu es compleix si la normativa resta invariada.

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

Les desigualtats que el Departament de Salut ha detectat en el desenvolupament de la cartera de serveis hospitalaris en l'apartat "Problemes" s'ha de solucionar prèviament a qualsevol modificació normativa. Seria molt perjudicial atribuir més activitat a un sistema hospitalari que encara no ha solucionat aquestes inequitats.

f) Millorar l'experiència dels pacients i persones usuàries.

Aquest objectiu és transversal i imprescindible per a tot el Sistema de Salut, però no justifica per si sol la modificació del Decret que proposa la Consulta pública. Cal dir que aquest objectiu des d'enguany, ja ha estat solucionat amb una fórmula no normativa per mig de clàusules que obliguen als contractistes a la mesura de la experiència pacient que s'ha de comunicar al CatSalut de forma estructurada. A més, les instruccions vigents del CatSalut i el sistema de reclamacions i suggeriments de l'aplicatiu GRE ja preveuen procediments exhaustius i específics per a l'atenció al usuari de forma integral.

La necessitat de regular normativament una matèria que és transversal al sistema i que els òrgans de direcció de les regions sanitàries, juntament al propi CatSalut ha solucionat amb opcions no normatives en l'exercici de les seves competències i amb instruments més adequats que el canvi d'una norma d'ordenació del SISCAT.

No es pot instrumentar amb una modificació de decret sinó la matèria contractual que s'ha de regular.

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

El principi de subsidiarietat, en la seva definició més àmplia, disposa que un assumpte ha de ser resolt per l'autoritat (judicial, política o econòmica) més propera a l'objecte del problema. En aquest sentit la subsidiarietat suposa, en primer terme, reconeixement de l'autonomia de cada col·lectiu de l'estructura per establir els seus objectius i decidir els processos amb què s'intenta assolir-los.

En l'escenari presentat, en què la major fragmentació correspon a la modificació proposada, el desplegament més beneficiós per al ciutadà d'aquest principi es pot realitzar en el contracte entre el Servei Català de la Salut i el propi proveïdor. En aquest sentit li correspon a l'element de jerarquia superior (el CatSalut) la definició i els requisits de la prestació i al proveïdor SR la prestació del servei en compliment d'allò pactat i en plena autonomia. A més, l'expressió més adequada del principi invocat resulta ser el propi Pla de Rehabilitació, emès pel Departament de Salut per mig dels professionals i que preveu clarament un SR territorial amb els serveis ambulatoris i domiciliaris unificats.

h) Millorar la satisfacció dels professionals sanitaris.

El professionals sanitaris han de ser objecte de clàusules socials dins de la contractació que permetin de garantir un bon servei i l'estabilitat de la ocupació. De fet la millor opció per a l'estabilitat i la satisfacció dels professionals 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 al que ja pertanyen des de fa 50 anys.

i) Millorar el treball en equip.

El millor treball en equip per a la prestació dels serveis de rehabilitació es promou de forma interna al proveïdor que gestiona en l'actualitat la cartera de forma transversal i multidisciplinària. Pel que fa a les xarxes territorials les Àrees Integral de Salut són instruments adequats i potents que a hores d'ara fomenten i aconseguen cohesió territorial amb els corresponents pactes territorials sota la supervisió de les regions sanitàries. **No veiem com una major fragmentació de la cartera pot suposar una millora del treball en equip.**

Per altra banda, el foment de noves figures i prestacions dins dels propis Serveis De Rehabilitació (SR) tal i com contempla el Propi Pla de Rehabilitació augmentaria el treball en equip. És el cas de Terapeutes Ocupacionals que actualment ja existeixen en els SR i en el cas de la figura del Psicòleg pels pacients de rehabilitació i Neuropsicòleg per als pacients de logopèdia. Només amb una contractació que disposi dels recursos per a augmentar prestacions i serveis en l'àmbit de la contractació es pot implementar l'esmentat Pla en tot el seu impacte.

Per tant el treball en xarxa només es pot instituir i cultivar amb 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.

j) Potenciar la seguretat clínica i la qualitat assistencial.

El Departament de Salut, amb la competència que té de control i inspecció, **sense cap modificació normativa** ja pot vetllar per a la seguretat clínica i la qualitat assistencial. En una òptica més proactiva, tampoc es requereix cap modificació per a la promoció de la seguretat clínica i la qualitat assistencial: recentment la pròpia Direcció General d'Ordenació i Regulació Sanitària ha presentat el document Pla Estratègic de Qualitat i Seguretat del Pacient que serà d'obligat compliment pels proveïdors.

En aquest sentit tampoc la modificació normativa implica el compliment de l'objectiu marcat.

A.3. LES POSSIBLES SOLUCIONS ALTERNATIVES

Davant la situació descrita en l'apartat 1 d'aquesta memòria, les alternatives que es tenen en compte per assolir els objectius perseguits en aquesta fase inicial serien:

a) L'opció de continuar amb la situació actual, que comporta:

Sense perjudici de la millora continua de la que és susceptible qualsevol procediment de provisió de serveis subjecte a les normes de contractació pública, ja hem demostrat que el sistema de provisió actual és eficient, més integrat, continu, eficaç i competitiu. A més, comporta l'avantatge que redueix els nivells assistencials i permet la prestació de totes les línies assistencials per un mateix proveïdor (SR), capaç de relacionar-se amb tota la Xarxa territorial sota la supervisió de les Regions Sanitàries.

Reduir el nombre de proveïdors no comporta una millora de la prestació del servei si la cartera d'aquest servei es troba dividida de forma ineficient entre els proveïdors existents. Resulta més beneficiós que un proveïdor específic sigui contractat per a gestionar de forma integrada tota la cartera i així garantir l'accessibilitat, el treball en equip i el *continuum*.

Només en el model de prestació actual es garanteix el desplegament de la figura unitària del SR territorial que pot centrar-se en el pacient per a una prestació integral.

Considerem que la fórmula de provisió actual és la que 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.

Subsidiàriament, entenem que la modificació del Decret hauria d'anar en el sentit de la inclusió dels actuals prestadors de serveis de rehabilitació a tots els efectes en la Xarxa SISCAT en la que ja queden integrats, en les vessants contractuals i laborals.

b) ANÀLISI de l'opció normativa preferida

El pla de Rehabilitació de Catalunya de l'any 2023, com no pot ser d'una altra manera, preveu i vetlla pels mecanismes de integració entre els nivells assistencials i el propi contínuum entre tots els actors i agents participant de la xarxa de salut pública a Catalunya, el SISCAT.

El propi Decret que es pretén modificar, conjuntament amb l'esmentat Pla són instruments que recullen les instruccions normatives del RD 1030/2006.

De fet, si per una banda el RD relatiu a la cartera de serveis del SNS divideix la Rehabilitació entre la cartera d'Atenció Primària amb l'art.5 del Annex II i la cartera de serveis d'atenció especialitzada amb l'art. 8 del Annex III, la adscripció dels centres de rehabilitació per part del art. 11 del Decret 196/2010 que ara es pretén trastocar.

Aquesta configuració, juntament amb la compra pública que unificava en els Plecs de Prescripcions Tècniques les "dues" carteres en els Serveis de Rehabilitació contractats pel CatSalut justament unificava el gruix de la rehabilitació de les dues vessants per tal de que la fragmentació en el procés assistencial es reduís al mínim possible. I així va ser ja que el SR com Servei de Rehabilitació compareix com a element extern al APiC i a la Xarxa d'internament en el propi Pla de Rehabilitació que aquesta consulta pública pretén utilitzar com a base i que en la realitat dels fets xoca frontalment amb la modificació proposada pel Govern.

Resulta incontrovertible aquesta greu contradicció en base a les pròpies afirmacions contingudes en el Pla de Rehabilitació, que en tot el desenvolupament i disseny del procés assistencial preveu la existència d'un SR, separat de la APiC i dels Hospitals.

Quan defineix, de fet, la Xarxa en la que es desenvolupa l'atenció integrada de rehabilitació, el Pla defineix cadascun dels actors, preocupant-se de forma exhaustiva en diferència APiC, SR i Hospitals.

"En aquest sentit, a continuació s'enumera el conjunt bàsic d'entitats i serveis que formen part d'aquesta xarxa territorial:

- Els equips d'atenció primària (EAP).
- Els serveis de rehabilitació de referència (SR).
- Els serveis de salut mental.
- Les unitats d'expertesa clínica i altres unitats hospitalàries de referència.
- Els serveis socials bàsics i especialitzats (CDIAP, serveis de valoració i orientació, treball social, centres per a l'autonomia personal, entre d'altres).

- Els serveis educatius (equips d'assessorament pedagògic, centres de recursos educatius per a alumnes amb greus dificultats d'audició i/o llenguatge, centres de recursos educatius per a alumnes amb greus discapacitats visuals).
- Els serveis –públics i privats– adreçats a l'atenció i l'assessorament sobre l'autonomia personal: centres per a l'autonomia personal Sírius, bancs d'ajuts tècnics, ortopèdies, etc.
- Els serveis residencials per a gent gran públics i privats i per a persones amb discapacitat.
- Els equipaments municipals i activitats que siguin actius en salut.
- L'equip que elabora el mapa territorial d'actius de suport a les persones amb discapacitat i amb risc de patir-ne."

(Font: Pla de rehabilitació de Catalunya pag. 28).

Si això fos insuficient, la ordenació dels SR externs en el mapa sanitari es defineix clarament com a territorial, amb el mecanisme de garantia de contínuum i integració ja configurat, a saber, la figura d'enllaç, que ja s'ha desplegat en molts proveïdors de rehabilitació de tota mena de titularitat. Així de fet ho defineix el Pla:

"La funció d'enllaç es desenvolupa al territori de referència d'un SR, i compta amb la participació dels professionals del territori."(ibid.)

En aquest sentit resulta incomprensible com la proposta normativa pugui anar en contra del propi document tècnic consensuat per més de 200 professionals de tots els nivells assistencials que ja ha establert un disseny eficaç i eficient de Servei de Rehabilitació independent de l'entorn hospitalari en funció de la doble cartera que ha d'assumir, és a dir, la de rehabilitació bàsica que inclou en si mateixa la activitat de rehabilitació domiciliària i la pròpia de la rehabilitació especialitzada que, tal i com ja estableix l'art. 7.1 del Decret 196/2010, no necessiti dels recursos propis d'un centre hospitalari.

Aquesta segmentació, que no fragmentació, derivada de la obligada observació d'una llei estatal per la que el Govern no té suficients competències, permet la màxima integració i continuïtat assistencial en el proveïdor del Servei de Rehabilitació, tal i com ho estableix el Nou Pla de Rehabilitació, permeten la permeabilitat entre modalitats (ambulatoria i domiciliària) i entre complexitats, ja que a hores d'ara els SR realitzen assistències des de la Baixa Complexitat fins a la Alta Complexitat, amb la garantia d'un tractament integral de la persona en el que conflueixen Metges Rehabilitadors, Metges Especialistes, psicòlegs, logopedes, fisioterapeutes, terapeutes ocupacionals i nutricionistes.

La proposta de modificació normativa, al reduir la provisió de serveis en els àmbits de APiC i Xarxa d'internament, a més de provocar un conflicte de competències entre la modificació proposada i el vigent RD 1030/2006, provoca una total fragmentació de la rehabilitació entre rehabilitació bàsica, en la que figura la domiciliària en la seva totalitat, i la rehabilitació especialitzada. Aquests dos mons que ara conviuen de forma transversal en el SR establert pel propi Pla de Rehabilitació del Departament de Salut (que ara proposa tot el contrari que els seus

experts) es veurien atomitzats no només entra baixa i alta complexitat, sinó també entre àmbit ambulatori i àmbit domiciliari. En aquest sentit la modificació proposada, a més de contradir el propi pla en el que diu sustentar-se, fragmentaria encara més l'atenció de rehabilitació amb la paradoxa que tota l'activitat domiciliària només pivotaria en l'àmbit de APiC, provocant una insostenible pressió assistencial per a la realització de pràctiques de poc valor.

El cas de la logopèdia resultaria encara més greu: si per una banda la cartera de serveis del SNS preveu la logopèdia només en l'àmbit de la atenció especialitzada, aquesta es desenvolupa, tal i com reflecteix el Pla de Rehabilitació, també en la modalitat domiciliària que, normativament, resulta de competència de l'àmbit comunitari i AP. Això comportaria, tal i com hem explicat abans, que el pacient que actualment rep Logopedia a domicili podria veure minvat el seu dret a l'assistència.

En primer lloc, per tant, existeix una dificultat jurídica que permet al projecte de Decret legislar sobre una matèria de competència estatal exclusiva com la cartera de serveis del SNS, i existeix en segon lloc un greu perjudici per a pacients i sistema de salut en el cas d'una modificació que, amb l'objectiu de reduir proveïdor, ho fa de forma ineficient, centrifugant la cartera entre AP i Xarxa d'internament de forma no orgànica, deixant tota la activitat domiciliària a l'AP, oblidant per tant els criteris de complexitat.

Ni l'instrument de modificació resulta per tant l'adequat ni el contingut (d'obligat compliment per normativa estatal) de la modificació afavoreix els objectius de la consulta i per tant no solucionen els problemes detectats prèviament.

No oblidem que, a més, tota fórmula de gestió indirecta consentida al sector públic, a l'espera de la pròxima regulació de les fórmules no contractuals de gestió, deu regir-se per a la normativa de contractes del sector públic com a única via legal de foment de la lliure concurrència. En aquesta línia tornariem en un escenari de contractació pública amb un impacte econòmic negatiu per a l'erari (tal i com analitzarem més endavant) i una prestació més fragmentada a licitar, en total detriment pels principis i disseny del Nou Pla de Rehabilitació de Catalunya i el principi d'atenció integral i integrada.

Aquesta última opció sembla totalment contrària als principis i objectius de la consulta: cada centre que opti per una gestió indirecta generarà un procediment de contractació amb uns requeriments tècnics diferents i uns preus amb variables diferents. Això comportarà la màxima inequitat en el sistema en matèria de prestacions, pràctica clínica i cost del servei, el que irremediablement provocarà perjudicis per als pacients susceptibles de rebre prestacions desiguals en termes de qualitat i efectivitat.

A.4 ELS IMPACTES MÉS RELLEVANTS DE LES DIFERENTS OPCIONS CONSIDERADES

a) Impacte sobre l'Administració de la Generalitat.

La reorganització per a alguns proveïdors implicarà situacions de concurs d'acredors amb la conseqüent pèrdua del teixit empresarial (majorment PYMES) que contribueix amb impostos al creixement del País. El sistema de Salut de Catalunya perdrà definitivament la expertesa d'aquests proveïdors en la gestió i coneixement del territori, el pacients i els serveis a prestar així com la xarxa de proximitat que els centres de rehabilitació tenen el territori català.

En el mapa següent acreditem la pèrdua en termes d'accessibilitat dels serveis conformes les dades actuals. La pèrdua de proximitat correspon a pèrdua d'inversions i infraestructures que permeten accessibilitat i equitat en pro d'una tornada a la visió del hospitalcentrisme.

Pel que fa al personal l'impacte sobre l'erari és greu. Segons el propi document de treball consensuat entre les patronals de salut i el CatSalut tot el personal dels serveis, incloent els d'estructura, administració i serveis ha de ser subrogat en cas de reversió. Ja que actualment el conveni d'aplicació del personal afectat resulta aproximadament un 35% més baix que el conveni SISCAT, la subrogació del personal comportaria gairebé un sobrecost de vora 38% per a la provisió del mateix servei.

Tanmateix caldrà, en la oportuna memòria econòmica, valorar el cost addicional de **creació de centres i/o espais específics de rehabilitació ambulatoria així com el cost d'infraestructura i mitjans** (com per exemple de transport) per a la prestació dels serveis de rehabilitació i logopèdia domiciliària en tot el territori català.

Cal que la Administració detalli per tant l'impacte dels factors esmentats sobre un servei que no complirà amb el disseny del Pla de Rehabilitació i que fragmentarà més l'atenció a la persona.

Aquest sobrecost, calculat només pel que fa a la prestació del servei, a més d'objectivar la ineficiència de la mesura, comportaria la vulneració del principi de l'interès públic que anima la reversió i el principi d'equilibri pressupostari i de la bona administració que han de ser preceptius a l'hora de plantejar qualsevol modificació normativa.

c) Els impactes econòmics, socials o ambientals rellevants que no s'hagin valorat als apartats anteriors.

La atenció per part del SR de territori redueix majorment els costos i els temps de transferència al gestionar de forma transversal la cartera, tota vegada que s'anul·len els temps d'espera dins del mateix proveïdor territorial. En canvi en la proposta de canvi normatiu entre APiC i Xarxa d'internament es crearia un flux continu de transferències i derivacions que comportaria llargues esperes per a l'activació dels recursos, tal i com és evident en la situació actual del sistema sanitari públic.

Pel que fa a la integració dels sistemes d'informació aquest no comporta cap cost pel sistema sanitari ja que **els proveïdors de rehabilitació ja es troben integrats en la Xarxa HC3 i IS3. Tanmateix pot regular-se en seu contractual la obligació d'integració tal i com fins ara s'ha establert i aconseguit.**

Relativament a la prestació de la Logopèdia Domiciliària caldrà considerar allò establert pel Ministeri de Sanitat de l'Estat, tota vegada que, de no ser procedent en àmbit hospitalari ni

comunitari s'haurà de contemplar com a prestació complementària de la CCAA. En aquest sentit el Ministeri resulta clar quan afirma que:

Las comunidades autónomas y las mutualidades de funcionarios, en el ámbito de sus competencias, podrán aprobar sus respectivas Carteras de servicios, que incluirán, cuando menos, la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, la cual debe garantizarse a todos los usuarios del mismo.

Las comunidades autónomas podrán incorporar en sus Carteras de servicios, una técnica, tecnología o procedimiento no contemplado en la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, para lo cual establecerán los recursos adicionales necesarios. En todo caso, estos servicios complementarios, que deberán reunir los mismos requisitos establecidos para la inclusión en la Cartera de servicios comunes, no estarán incluidos en la financiación general de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud conocerá, debatirá y, en su caso, emitirá recomendaciones, sobre el establecimiento por parte de las comunidades autónomas de prestaciones sanitarias complementarias a las prestaciones comunes del Sistema Nacional de Salud.

Las comunidades autónomas pondrán en conocimiento del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad los servicios complementarios no contemplados en la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud que hubieran sido incorporados a la Cartera de servicios específicos de la comunidad autónoma, que se recogerán en el sistema de información.

Per tant si per una banda cal valorar l'impacte pressupostari i onerós de la prestació, per l'altra s'ha de valorar que la nova ordenació per mig de la proposta de modificació comportarà un itinerari jurídic administratiu de llarga duració, previ a la modificació objecte de la present consulta pública.



Anna Zarzosa Güell
Directora General de l'ACES