

Compareixença FoCAP al Parlament

Bona tarda a tothom,

En primer lloc volem agrair aquesta invitació al Fòrum Català d'Atenció Primària a participar en la discussió sobre el projecte de Llei d'universalització de l'assistència sanitària a Catalunya.

El Fòrum Català d'Atenció Primària, FoCAP, és una associació de professionals (infermeres, treballadores socials, llevadores, personal d'administració i metgesses), que treballem en el primer nivell de l'atenció sanitària, on s'atenen i resolen el 90% dels problemes de salut de les persones. És des d'aquesta situació privilegiada des d'on veiem el que està passant cada dia i des d'on vam impulsar, juntament amb altres entitats, la creació de la Plataforma per una Atenció Sanitària Universal a Catalunya (Pasucat) de la qual seguim formant part. Hem defensat sempre la derogació del RDL 16/2012 i, mentre això no passi, el seu incompliment, i ara donem suport a la proposta d'aquesta llei catalana.

La implantació del RD 16/2012 ha tingut conseqüències greus per la vida i la salut dels col·lectius exclosos tant a nivell de l'Estat Espanyol com també a Catalunya. Volem remarcar que la normativa catalana, a través de la vigent instrucció 08/2015, ha actuat únicament com a pal·liatiu, però no ha aconseguit revertir les situacions d'exclusió sanitària ni els efectes nocius del RD 16/2012. Efectes nocius que aquesta llei ha tingut sobre el sistema sanitari, sobre la salut de les persones, sobre la feina dels professionals i, finalment, sobre la sostenibilitat del sistema. Així ho exposem a continuació.

1. En primer lloc, sobre el nostre model de sistema sanitari. El RD torpedina la línia de flotació del Sistema Nacional de Salut i acaba amb dos dels seus trets fonamentals, l'equitat i la universalitat. Suposa, en definitiva, un canvi radical en el model sanitari espanyol. Els sistemes sanitaris tipus Sistema Nacional de Salut, com era el cas espanyol abans del RD, es basen en el finançament solidari a través d'impostos directes i indirectes que paguem tots els que vivim al país, també les persones que han quedat excloses amb l'aplicació d'aquesta llei. Cal recordar que ja fa molts anys que les cotitzacions a la seguretat social es van desvincular del finançament del nostre sistema de salut. Malgrat això, El RD té com a rerefons la filosofia que "qui treballa aquí serà atès i qui no treballa no tindrà aquest dret" i per tant suposa una regressió cap a un model tipus Seguretat Social, com el que teníem abans de la Llei General de Sanitat promulgada el 1986. En els països en què imperen el sistema de seguretat social, s'ha demostrat que aquests són molt poc equitatius perquè fomenten l'exclusió de les persones menys afavorides i també de les persones més riques, fet aquest últim que te com a conseqüència una disminució de la qualitat dels serveis sanitaris públics.

Així doncs, cal tornar a un veritable sistema de tipus Sistema Nacional de Salut i deslligar novament el dret a la salut, un dret vinculat a la ciutadania, de la situació laboral, administrativa o econòmica de les persones.

2. En segon lloc, el RDL i les successives instruccions catalanes tenen efectes nocius sobre la salut de les persones perquè trenquen la continuïtat i la longitudinalitat de l'atenció, és a dir de l'atenció per part del mateix professional de referència al llarg del temps. Està científicament comprovat que la continuïtat i l'atenció longitudinal pel mateix professional de referència beneficien la salut de les persones. La continuïtat i longitudinalitat són particularment importants en les persones més vulnerables. Les dificultats socio-econòmiques i idiomàtiques que tenen bona part de les persones excloses pel RD són un factor més de vulnerabilitat. Això fa que encara siguin més perjudicades per la fragmentació i discontinuïtat de la seva atenció.

Volem aquí també destacar els riscos afegits per la salut individual i col·lectiva d'excloure sanitàriament col·lectius en risc d'exclusió social, per aquest motiu més vulnerables a la malaltia. Recordem el cas d'Alpha Pam, que va morir de tuberculosi després de repetits contactes amb dispositius sanitaris que van negar o limitar la seva atenció.

3. En tercer lloc, el RDL i les successives instruccions catalanes tenen efectes nocius sobre la feina diària dels professionals sanitaris i sobre el funcionament dels centres. El RD i la seva aplicació a Catalunya ha complicat molt el treball als centres. Els professionals de gestió i serveis dels centres han vist com passaven d'estar al servei de la ciutadania com a part important de l'atenció a la salut de les persones a gastar energia i temps en fer de policies del sistema. Una burocràcia enrevessada, la manca d'instruccions clares i un ambient social en què les persones immigrades en situació administrativa irregular no són subjectes de drets, ha fet que en els taulells del centres l'arbitrarietat no sigui excepcional.

Voldríem esmentar també la situació d'inseguretat jurídica en què el RD deixa els professionals. Per una banda treballem immersos en un clima on l'administració espanyola i catalana dificulten amb burocràcia l'assistència, de tal manera que l'arbitrarietat es converteix en quotidiana, arribant en alguns casos a la negació de l'assistència. Per altra banda, quan alguns d'aquests casos han tingut conseqüències tràgiques i han arribat als tribunals, els únics condemnats han estat els professionals que han intervingut en la no-assistència o l'assistència deficient.

A més, el RD i la normativa catalana ens enfronten als professionals sanitaris amb el nostre codi deontològic i els nostres principis ètics. Bona part de les societats científiques i col·legis professionals s'han manifestat en contra del RD i alguns fins i tot han iniciat campanyes d'objecció de consciència. D'entre els organismes que s'han oposat al RD volem destacar l'OMC (Organización médica colegial), que és l'òrgan que

representa tots els col·legis mèdics professionals de l'estat espanyol, el Consejo General del Trabajo Social, el COIB (Col·legi oficial d'infermers i infermeres de Barcelona), la Semfyc i la Camfic (Societats espanyola i catalana de medicina familiar i comunitària), SESPAS (Sociedad española de Salud Pública y administración sanitaria), GESIDA (Grupo de Trabajo sobre SIDA, referent a l'estat espanyol sobre la SIDA) o SEMI (Sociedad española de medicina interna). Aquests són només alguns dels exemples que reflecteixen el desacord unànime amb el RD de la major part dels i les professionals sanitaris de Catalunya i l'estat espanyol.

4. En quart lloc, el RDL i les successives instruccions catalanes han tingut efectes nocius sobre la sostenibilitat del sistema. La fragmentació i discontinuïtat de l'atenció no només perjudica la salut de les persones sinó que és més cara. Els dispositius d'urgències, on s'obliga les persones excloses pel RD a anar en cas de necessitar atenció, especialment si són hospitalaris, gasten més recursos en l'atenció de problemes que en condicions normals podrien ser resolts a l'atenció primària.

El conjunt d'institucions espanyoles de Defensores del Pueblo -incloent el Síndic de Greuges de Catalunya- va elaborar l'estudi "**Las urgencias hospitalarias en el Sistema Nacional de Salud: derechos y garantías de los pacientes**". Aquest document destaca dos problemes que dificulten l'accés a l'atenció sanitària urgent a la població immigrant en situació irregular i l'exercici d'un dret que té legalment reconegut. Aquests problemes són: 1) la pràctica freqüent de **supeditar l'atenció sanitària urgent a un compromís de pagament i l'emissió de factures** -sovint prèviament a la dispensació de l'atenció- i 2) la **ruptura de la continuïtat assistencial**. L'estudi adverteix que aquestes retallades de drets no suposaran un estalvi econòmic sinó al contrari, ja que a llarg termini l'atenció urgent és molt més costosa que l'atenció preventiva o curativa que es pot dispensar des de l'atenció primària. També recorda que **no s'ha de confondre l'alta d'urgències amb l'alta mèdica** i que l'atenció només finalitza un cop s'ha resolt el problema de salut.

No podem deixar de mencionar en aquest punt, el cas de Sabrina Piras, una dona de nacionalitat italiana, que el 2015 va acudir als serveis d'urgències d'un hospital públic de Barcelona derivada per la seva metgessa de capçalera per sospita d'una malaltia greu. Com que no podia pagar els 250 euros que li exigien per la visita, Sabrina va marxar sense ser visitada. 3 mesos després va ingressar en aquest mateix hospital, diagnosticada d'un càncer limfàtic grau IV, és a dir en fase avançada, del qual actualment encara s'està recuperant.

Considerem que els arguments econòmics que es van fer servir per justificar el RD no tenen cap fonament i que responen a un posicionament ideològic. Tot i el possible estalvi econòmic derivat del RD a molt curt termini, aquesta és una mesura que resultarà més costosa pel sistema a mig i llarg termini i que tindrà conseqüències molt

negatives per a la salut pública i la salut individual. 4 anys després de l'entrada en vigor del RD, seguim esperant que algun govern o administració ofereixi dades concretes sobre el seu suposat impacte en la sostenibilitat del sistema sanitari espanyol.

En aquest sentit, considerem que el RD és una mesura que amaga el cap sota l'ala, perquè evita l'abordatge profund dels problemes reals de finançament i de manca d'eficiència que pateix el nostre sistema sanitari. És a dir, esquiva les qüestions de fons i utilitza la població immigrada com a cap de turc d'uns problemes que són multicausals, complexos, que ja vénen de lluny i que requereixen de mesures estructurals que la majoria de responsables polítics no han tingut la valentia d'afrontar fins ara.

Segons un informe del 2011 del tribunal de comptes, l'Estat Espanyol i les CCAA deixen d'ingressar el 40% del total del que haurien de facturar als estats europeus i als estats amb els quals tenen convenis i dret a facturar per l'atenció sanitària als ciutadans d'aquests països. Una pèrdua que el tribunal de comptes estima en 600 milions d'euros anuals. No entenem que el RD s'oblidi de qüestions com aquesta i, en canvi, plantegi directament una retallada de drets i una regressió del nostre model sanitari.

En resum, el RD 16/2012 i la seva aplicació a Catalunya, suposen un canvi perillós en el model de sistema sanitari, que deixa de ser un SNS per esdevenir un sistema de SS, exclou a ciutadans amb perills per a la seva atenció (i la de tota la societat), i genera indefensió i entrebancs en la tasca dels professionals. I tot això, sense aconseguir els suposats estalvis econòmics que pretenia. És per tot això que acabem la nostra intervenció demanant al Parlament que aprovi aquesta llei que té per objecte garantir a totes les persones estrangeres residents a Catalunya, sense distinció per raó d'origen o per la seva situació legal i administrativa, l'assistència sanitària i farmacèutica pel Sistema Català de Salut, que insti al govern central a la derogació del RD 16/2012 perquè és inhumà, injust, innecessari i ineficient, i mentre arriba la seva derogació que prengui les mesures necessàries per a retornar el dret a la salut a totes les persones que viuen a Catalunya, mitjançant una llei garantista, que simplifiqui i clarifiqui al màxim els tràmits per accedir a l'atenció i la targeta sanitària, que no deixi marge per a eventuais interpretacions arbitràries per part dels diferents proveïdors i que contempli altres formes de poder demostrar la residència a Catalunya a més del padró. És a dir, una llei capaç de garantir l'accés a la sanitat de forma efectiva i real i no només sobre el paper.