

El projecte de llei de d'agilitat i reestructuració administrativa¹

El canvi de sistema sanitari públic que representa

1. Exclusió de ciutadans i ciutadanes de les prestacions de la sanitat pública

S'exigeix una antiguitat mínima de 6 mesos d'empadronament per tenir *accés a l'assistència sanitària de cobertura pública a càrrec del Servei Català de la Salut (SCS)*.

Valoració: L'art 42 de la *lleï d'agilitat i reestructuració* que modifica l'apartat 2 de l'article 2 de la *Llei 21/2010, de 7 de juliol* no es pot dir que sigui per eliminar el turisme sanitari ja que si aquest fos l'únic objectiu estaria redactat d'altre manera, no en termes de retallada simplista de drets sinó en termes de clarificació i articulació, orientada a la salut, de les referències a residència habitual i a dret a assistència d'urgència explícites en l'art 12 de la *Llei d'estrangeria (Llei 4/2000 sobre drets i llibertats dels estrangers a Espanya i llur integració social)*. **El redactat representa un atac xenòfob als nous vinguts i als sentiments de molts catalans**, ja que:

- és contrari al principi d'universalitat del sistema sanitari en deixar temporalment sense assistència a ciutadans i ciutadanes pel fet de ser nous vinguts i, per tant, contrari a l'esperit de la Constitució (art 43) i a l'Estatut (art 23)
- deixa a l'arbitri dels professionals el fet d'atendre o no a persones amb risc d'exclusió social
- en fer una interpretació restrictiva de la *Llei d'estrangeria* i de la *Llei de Cohesió i Qualitat del Sistema Nacional de Salut*, ambdues d'àmbit estatal, mostra que el primer acte sobiranista del nou govern consisteix en situar-nos en els nivells més baixos d'integració social de la Unió Europea per aquelles persones nou vingudes en situació de vulnerabilitat

2. Programa pel desmantellament de l'Institut Català de la Salut (ICS)²

2.1. Canvi radical en la distribució de competències dels òrgans màxims de govern

- S'elimina la referència a quin òrgan de govern té competència per aprovar o modificar contractes plurianuals (art 8.2.i) i s'eleva *a un milió d'euros* la competència del director/a-gerent per signar contractes amb tercers (8.2.j)

¹ Segons el text presentat al Parlament el 6-07-2011. Aquí en referirem a aquest projecte com "lleï d'agilitat" i per referir-nos a algun article concret del projecte de lleï el citarem com (LAR xx) i parlarem de "lleï ómnibus" per referir-nos a l'avantprojecte de lleï sotmès a informació pública el mes de juny i que ara s'ha dividit en tres lleïs, una d'elles la LAR.

² En aquest apartat 2 les referències a articles, que es citen entre parèntesi, són als de la vigent Llei 8/2007 de l'ICS

- El Consell d'Administració passa a ser com una Junta general d'accionistes que sols serveix per beneir el que ja s'ha fet i cobrar dietes. Temes que són d'habitual competència dels consells d'administració d'una empresa i en els que, en qualsevol cas, convé hi hagi participació social, com són: *aprovar la memòria anual i la liquidació del pressupost* (8.2.g), *ratificar acords o convenis de col·laboració amb altre entitats* que podrien ser de centenars de milions d'euros (8.2.j), *la construcció o la remodelació total de centres* (8.2.n), *aprovar el règim retributiu i les retribucions dels càrrecs directius* (8.2.s) passen a la comissió executiva on estatutàriament poden no haver-hi, i en la realitat no hi ha, persones proposades pels sindicats, els ajuntaments o representants del Consell dels professionals o d'entitats de pacients; una comissió executiva que tampoc està obligada a informar dels seus acords al Consell d'administració
- La capacitat de control sobre la direcció-gerència per part del Consell d'Administració o de la seva executiva queda enormement reduïda (canvis o supressions a l'art 8.2 j,l,n,o). Cal notar també que des de gener hi ha un President que no es limita a presidir el Consell d'Administració sinó també òrgans executius, una funció exercida individualment que no està reglada ni per la Llei de l'ICS ni pels seus estatuts i, per tant, jurídicament descontrolada
- El/la Director/a gerent, o també una persona de rang inferior si ho vol la gerència o la presidència, podrà adjudicar qualsevol activitat que fins ara feia l'ICS a tercers sense que ni ho hagi de ratificar el Consell d'administració (supressió 8.3k)
- El conjunt de canvis de competències tenen en la *lleï d'agilitat* una redacció que dificultarà un text refós de la Llei de l'ICS que permeti conèixer les competències dels diferents òrgans de govern o exigirà un nou canvi formal de la Llei. Tampoc resol els problemes que la mateixa Llei de l'ICS (2007) va generar per a un nou text refós de la resultant Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LOSC) en simplement dir, en aspectes concrets, que quedava derogada la LOSC *en tot allò que afecta directament a l'ICS*. En tot cas, els canvis requereixen, però no es diu, canvis en els estatuts de l'ICS

Valoració:

- **Una àmplia majoria dels canvis no estan justificats per raó d'agilitat** i alguns provoquen que el Govern tingui menys control sobre el director/a gerent de l'ICS que sobre les decisions d'un conseller/a i, per tant, n'informarà menys públicament
- Ens agradaria que ens digui el Banc d'Espanya, el Cercle d'Economia, o qualsevol catedràtic de ciències empresarials (no implicat en interessos de mercat) si és raonable el **descontrol i confusió** en alguns canvis, fins i tot, parlant en termes mercantils, aquesta **capacitat de transferir les activitats pròpies a la competència per part de no se sap qui en una empresa tan gran**.
- En l'anterior etapa de CiU no van ni arribar al Parlament els intents d'una Llei de l'ICS. En l'etapa del tripartit el consens per una llei que va ser aprovada per unanimitat va requerir més de tres anys i mig. Ara una *lleï d'agilitat i racionalització*, tramitada urgentment, **serà per l'ICS una llei d'arbitrarietat i "campi qui pugui"**. No cal ni parlar de transparència, ni de que estem parlant de l'empres més gran de Catalunya, ni recordar que fins 2010, ha estat 100% finançada amb impostos i cotitzacions de la ciutadania i que compta amb una alta i demostrable valoració per part de la ciutadania.

2.2. Pèrdua de la naturalesa jurídica de l'ICS i dels seus centres

- Es desnaturalitzen tots els actuals centres de l'ICS. Amb la derogació de la disposició transitòria 2^a passen als llimbs, no se sabrà, o costarà saber, quina personalitat jurídica tenen (com, de fet i malauradament, ja passa en molts altres centres del SISCAT)
- Es modifica l'art 22 relatiu al patrimoni adscrit a l'ICS. El patrimoni de la Generalitat, del Servei Català de la Salut o de la Seguretat Social on hi ha centres de l'ICS ara està adscrit a l'ICS, amb la nova redacció, podrà adscriure's a qualsevol altre entitat. Això té dues repercussions:
 - Atès que s'ha acordat la transferència a la Generalitat dels edificis propietat de la Seguretat Social, que inclou els 8 hospitals de l'ICS, aquests es podran adscriure o transferir a d'altres entitats, vendre'ls o establir-ne censos amb tercers i això podria generar costos imputats a l'ICS i, per tant, gravar el pressupost de la sanitat, es a dir dels serveis de salut, amb costos generats pel finançament de la Generalitat com ja ara passa amb costos financers en els centres públics concertats. Es pot descapitalitzar la sanitat i augmentar-hi costos de contribució nul·la per a la salut
 - Altres centres que avui no són patrimoni propi de l'ICS sinó que són exclusivament edificis d'altres organismes de la Generalitat "adscrits" a l'ICS demà podran adscriure's a d'altres entitats públiques o privades
- Els centres i serveis de l'ICS podran tenir qualsevol forma jurídica o passar a forma part d'altres *consorcis i entitats* en que hi participi l'ICS (nou redactat de l'art 12.3)
- Ja no es preveu que cap altre centre o entitat s'integri a l'ICS (supressió art 12.5).
- S'anul·la el programa d'integració de l'Institut de Diagnòstic per la Imatge (IDI) en l'ICS en el que s'estava treballant fa més de dos anys, programa que era norma legal³

Valoració: **L'objectiu d'aquests canvis** – i no estem fent una interpretació sinó que ho diem en funció de paraules que s'han dit per instàncies del govern – és **convertir a l'ICS en un mer *holding* d'empreses de diferent forma jurídica**, 100% de la *holding* i que potser segueixin mantenint la imatge de que són part de l'ICS o, també, en les que l'ICS hi tingui un percentatge de participació i es doni la imatge, i potser la realitat a efectes de no control, de que no són de l'ICS⁴. Els motius, al·legats o no, i les conseqüències son o seran aviat:

- “Fer caixa” venent parts de l'ICS o de les entitats que són de l'ICS. Un exemple ja seria vendre part de l'IDI qui, en un futur, vendria els seus serveis a l'ICS, amb més cost total que en l'actualitat

³ En la Llei d'agilitat totes les reformes del la Llei de l'ICS s'estableixen entre els articles 21 i 31 llevat de la integració de l'IDI en l'ICS que es suprimeix en l'art. 142 de la Llei d'agilitat en anular la disposició addicional 5^a del *Decret llei 4/2010, de 3 d'agost, de mesures de racionalització i simplificació de l'estructura del sector públic de la Generalitat de Catalunya*

⁴ Aquesta situació ja es dona en consorcis de centres d'atenció primària dels que l'ICS es membre. Encara que sigui el soci majoritari no se'n fa menció, ni les seves dades s'inclouen, en les memòries de l'ICS, ni se'n dona compte als òrgans màxims de govern del mateix

- **Dividir l'ICS en múltiples empreses per disminuir, o reduir a qüestions de mercat, el control públic** (ni que sigui a nivell informatiu).
- Fer “aliances estratègiques” amb altres entitats creant empreses, nous consorcis, UTEs (Unions temporals d'empreses que es converteixen en permanents), **per evitar “la temptació” d'absorbir cap altre activitat** i per reduir el control públic. A remarcar: no ens referim a control procedimental, administratiu, sinó a control transparent emprant tecnologies de la informació de les que utilitzen els nens.
- S'al·lega, de paraula, que cal treure la major part possible de l'ICS dels mecanismes “burocratitzants i esterilitzants” de la funció pública. Un apriorisme intencionat que no resisteix cap anàlisi basada en la realitat i en la voluntat de racionalitzar-la. Una racionalització que **no s'hauria de fer fa precisament amb aquesta llei d'agilitat i reestructuració sinó amb l'ús avançat dels actuals sistemes i tecnologies de la informació, tal com ha estat fet l'ICS els darrers anys convertint-se en un exemple a copiar pels centres concertats i així, de fet, ho va explicitar el Parlament recentment per unanimitat** en una moció el passat 9 de juny
- **S'accentuarà** una de les més grans lacres del nostre sistema sanitari de finançament públic: **la gestió basada en el caciquisme** (\neq agilitat)
- Però potser el motiu no declarat i el de conseqüències més rellevants estigui en el que comentarem en l'apartat següent d'aquest document (apartat 2.3)

A recordar i tenir present:

- Els consorcis son les úniques empreses per les que no existeix un registre públic on s'hi puguin consultar les seves memòries i comptes anuals. Dels consorcis sanitaris en que la Generalitat en té la majoria⁵ el seu pressupost és aprovat pel Parlament però els seus comptes no són d'accés públic fins que la Sindicatura de comptes, quan pot i vol, els fiscalitza i n'emet el corresponent informe que sí que és d'accés públic. En el millor dels casos poden passar anys
- Ara fa 6 anys, un *Grup de treball sobre bon govern i transparència administrativa* presidit per l'ex Síndic de Greuges i ex President de l'Institut Europeu d'Ombudsman Sr. Anton Cañellas, que va comptar amb reconegudes personalitats de la universitat i l'empresa, deia: *“Recomanem l'adopció d'un criteri dràsticament restrictiu a l'hora de constituir noves empreses i consorcis públics, evitant la proliferació d'unes i altres, la burla del control administratiu que facilita el “maquillatge” comptable – financer i provoca que se'n dilueixin les responsabilitats polítiques”*.
- Fa poc més d'un any, un nou i exhaustiu *Estudi del sector públic de la Generalitat de Catalunya* proposava que nombroses i concretes entitats de l'àmbit sanitari públic havien de desaparèixer per integrar-se en d'altres
- Per facilitar la integració de l'IDI en l'ICS es va modificar la Llei de l'ICS⁶ per a que, sense cap limitació ni condicionant, pugui comptar amb personal laboral.

⁵ En un consorci qui té la majoria no es compta per qui aporta més capital sinó que depèn de qui anomena més membres del Consell d'Administració i això respon a pactes de tipus polític (en vocabulari “modern”: com resultat de les regles del mercat interinstitucional de poder social). En la sanitat catalana hi ha l'experiència d'un consorci que en ampliar-se amb un nou associat, a qui se li va donar un representant en el Consell, la Generalitat va deixar de tenir-ne la majoria

⁶ Modificació feta per *Decret llei 4/2010, de 3 d'agost, de mesures de racionalització i simplificació de l'estructura del sector públic de la Generalitat de Catalunya*

Ara ja no hi ha ni l'excusa "síndico-funcionarial" per parlar del "burocratisme" de l'ICS

- Convindria recordar els motius pels que el Banc d'Espanya ha exigint la fusió de caixes

Conclusió d'aquests canvis i valoracions: sembla prou palès que el que **es pretén en realitat és exactament els contrari del que diu el títol de la llei, donar agilitat i el contrari del que des de fa anys i des de diversos àmbits s'està demanant:**

- **No es redueixen entitats:** És segur és que **augmentaran el nombre i cost de funcions administratives i directives i els costos** del diagnòstic per la imatge i que es farà encara molt més complex, embolicat, conxorxat i opac l'ICS i el conjunt del sistema sanitari públic. Fins i tot s'elimina el poc que estava fent l'anterior govern: la integració de l'IDI en l'ICS. Si es vol fer amb l'empresa pública més gran de Catalunya el contrari de la reducció d'organismes que es demana, precisament perquè és una empresa sanitària (excepció explicitada en el pacte PP-CiU per donar llum verda als pressupostos), sols pot ser perquè trossejant l'ICS (ja es parla de dividir-lo en unes 20 empreses o més) és més fàcil anar-hi donant entrada en la seva propietat als "mercats"...que ja són presents en el sector (adquisició per l'empresa de capital-risc Capio del "negoci" de l'Aliança, facilitada per "salvar" els llocs de treball). Als causants de la crisi econòmica, després d'acceptar les seves exigències retallant l'estat del benestar, ara se'ls hi vol regalar fer negoci amb el que en queda.
- **No representarà una eficient agilització i simplificació. Sí que, en canvi,** en l'ICS s'hi ha avançat mol en els darrers anys. **Mitjançant l'ús** de sistemes i tecnologies de la **informació i amb el programa d'autonomia de gestió** (ni d'independència, ni d'autogestió jesuítica, comunista o anarquista)⁷ **s'estava aconseguint en l'ICS** gràcies, també i precisament, a les sinèrgies possibles per la seva gran dimensió.

2.3. D'un ICS per prestar serveis públics, a uns ICS al servei d'un mercat sanitari que inclou el mercat públic i el privat

Per l'article 29 de la llei d'agilitat es modifica tot l'article 15 de la Llei de l'ICS. Amb el canvi desapareix el text del vigent apartat 2 que diu: *Les instal·lacions dels centres i els serveis de l'Institut Català de la Salut no es poden utilitzar per a prestar-hi assistència sanitària privada de cap mena, sinó que s'han de dedicar a les activitats d'interès públic pròpies de l'Institut, amb un ús intensiu i eficient.* Ara el nou text (LAR 29, Llei ICS 15.2) simplement es fa referència a les lleis d'accés a la cobertura pública (Llei 21/2000) i general de sanitat (LGS)⁸

En la "lleï òmnibus" sols es modificava aquest apartat 2 i el nou text deia: *"Les instal·lacions dels centres i serveis de l'ICS per raó d'interès públic declarat per acord del Consell d'Administració es podran utilitzar per a prestar-hi assistència sanitària no finançada amb càrrec a fons públics"*

⁷ Volem precisar que aquest parèntesi no té cap carga valorativa. És sols per acotar el concepte d'autonomia de gestió

⁸ Respectivament, referència general a la Llei 21/2010 i concreta als art 16 i 83 de la Ley 25/1986 (LGS)

S'ha produït, en aquest aspecte, un canvi radical entre la llei òmnibus i la d'agilitat? Per respondre haurem d'explicar el context en el que es fa aquesta modificació:

És cert que l'actual redactat de l'apartat 2 es prestava a aparent contradicció amb l'apartat 1 del mateix article 15 que preveu fer i cobrar activitats sanitàries no incloses en les prestacions del sistema públic com, p. ex., atenció a accidents per esport de risc o complimentar certificats mèdics, però si l'objectiu fos efectivament simplificar, senzillament amb substituir en el text actual “no assistència sanitària privada” per “no assistència en la que hi ha cobertura pública” seria suficient.

Fins ara la justificació que tenien alguns altres hospitals públics comarcals concertats per fer activitat per assegurances privades era per facilitar que els pacients que volien aprofitar la seva assegurança i no emprar finançament públic no haguessin d'anar a hospitals d'altres poblacions. En el cas d'alguns consorcis hospitalaris públics constituïts per la fusió de varis centres preexistents la justificació era la continuïtat d'activitat privada d'alguna de les entitats consorciades. Teòricament, en aquests casos, amb una única llista d'espera, tal com estableix la LGS; teòricament, perquè ningú ho ha controlat. En no tenir aquestes excuses l'Hospital Clínic va crear Barnaclínic que, en el mateix hospital amb la justificació d'un informe de 3 experts en economia, ètica i filosofia⁹ atén a pacients privats. Les pautes d'actuació que segons aquest informe resol el *problema ètic que plantegen les prestacions privades* no s'estan complint tal com ara han recordat els màxims responsables de l'Associació Catalana d'Establiments Sanitaris (ACES) que, a més, ha senyalat que es tracta d'unes pautes “impossibles de complir i menys de controlar en la pràctica”, quelcom que molts professionals del sector públic ja venien dient¹⁰.

Per valorar si hi ha incompliments legals a més de la pràctica real cal tenir present que l'informe dels 3 experts, en les *consideracions jurídiques i polítiques*, expliciten que cal considerar que es doni compliment als art 16 i 90.6 de la Llei general de sanitat (LGS). En canvi l'apartat 15.2 de la LAR es refereix als art 16 i 83 de la LGS. L'art 16 es refereix a *lista de espera única*, l'art 83 es refereix al que ja queda regular en l'art 15.1 de la LAR però l'art 90.6 de la LGS, que no s'esmenta en la LAR, exigeix “*que la atención sanitaria y de todo tipo que se preste a los usuarios afectados por el concierto (p.ex. amb una mútua privada) será la misma para todos sin otras diferencias que las sanitarias inherentes a la naturaleza propia de los distintos procesos sanitarios, y que no se establecerán servicios complementarios respecto de los que existan en los centros sanitarios públicos dependientes de la Administración Pública concertante*”

Constatem, per tant, que es suprimeix el que deia el vigent art 15.2 (Llei òmnibus) i que en el nou text del mateix 15.2 (LAR) no es fa referència a l'art. 90.6 de la LGS. Cal preguntar-se: primer, si malgrat el canvi l'objectiu és el mateix i, segon, per què no es cita l'art 90.6 de la LGS i com es pot obviar el compliment d'aquest article de la LGS. Anem per passes, el context també ens ajuda a respondre-hi.

⁹ V. Camps, G López Casasnovas, A. Puyol. Las prestaciones privadas en las organizaciones sanitarias públicas. Barcelona. 2006 (www.fundaciogrifols.org)

¹⁰ Cal assenyalar també que l'informe citat dels 3 experts és de 2006, per tant anterior a l'actual Llei 21/2010 que ha universalitzat la cobertura pública. A Catalunya, des de fa un any, ja no hi ha ciutadans que no puguin disposar de cobertura pública. L'exclusió anteriorment existent certament invitava a la imaginació per a que, amb finançament privat (assegurament o particular) les persones excloses (majoritàriament autònoms i professionals lliures), poguessin ser ateses en centres públics. Ara ja no hi ha aquesta excusa

En la llei òmnibus es deia que es podria prestar assistència privada per la “*raó d’interès públic*”. En el capítol del document dels 3 experts dedicat a *consideracions econòmiques* es diu que renunciar a l’ús d’equipaments públics per a l’oferta de prestacions privades equival a renunciar a un *benefici potencial* i això representa una *càrrega innecessària al contribuent*. En la *Llei de mesures fiscals i financeres* que acompanya a la Llei del Pressupost de 2011, per esmena del grup parlamentari de CiU introduïda un cop presentada la llei d’agilitat, s’hi ha afegit un capítol¹¹ de *règim jurídic de les entitats del sector públic de la salut* en el que s’explicita que les que actuen en *règim de mercat intern de caràcter regulat* i tenen personal laboral *es regiran pels principis de rendibilitat, economia i productivitat*¹² i si el *saldo del compte de resultats* dona beneficis el podran aplicar a lo que vulguin. La primera resposta ja la tenim: l’objectiu de la supressió del que diu el vigent art 15.2 de la Llei de l’ICS i la seva substitució per un nou redactat que sembla ser 100% conforme a lleis establertes per governs socialistes és que també *les entitats del sector públic de la salut* puguin generar beneficis mitjançant pacients de finançament privat. El mateix objectiu de la llei òmnibus es manté en la llei d’agilitat. Ara bé, difícilment els ciutadans jugaran a facilitar beneficis als centres sanitaris si s’han de pagar una mútua més o menys cara. Una compensació ja vindrà quan no sigui tan escandalós el desgravar-ho. De moment i ja des d’ara promovent que els pacients privats rebin un tracte preferencial de dos tipus, un el que no s’apliqui estrictament la llista d’espera única, però pot citar-se en la LAR sense risc l’art 16 de la LGS que ho prohibeix ja que la doble llista d’espera és molt fàcil d’amagar, sobre tot si no es vol (i no es vol) controlar. El segon tracte preferencial serà que rebin *servicios complementarios respecto de los que existan en los centros sanitarios públicos dependientes de la Administración Pública concertante* però això també ho prohibeix la LGS i és molt difícil d’amagar (LGS 90.6). Per facilitar que els centres de l’ICS puguin donar aquests *serveis complementaris* que generin clientela interessada en pagar-los (com a mutualistes o particularment) el primer que es fa és amagar que existeix l’art 90.6 de la LGS, lo segon és que la legislació catalana ho permeti a *les entitats del sector públic de la salut* i per això ara es donen dos passos: s’afegeix un capítol V a la llei que acompanya a la del Pressupost que ho facilita i, en la LAR, es desnaturalitzen jurídicament els centres de l’ICS tal com ja hem comentat. Però per assegurar es vol donar un altre pas: que, en base a llei, siguin mínims els centres que tinguin el caràcter de *públicos dependientes de la Administración Pública concertante*. Com s’està fent?

Per diversos motius, entre ells per adaptar-se a directives de la Unió Europea, la *Ley 30/2007 de Contratos del Sector Público* va establir una clara diferència entre les empreses públiques o denominables del sector públic que són *medio propio* d’una Administració Pública, de les que no ho són¹³. No ho són si tenen plena autonomia de gestió, aspecte que no sempre és prou clar, i sols són mitjà propi d’una Administració si compleixen dues condicions netament definibles: que la totalitat del capital de l’empresa sigui de titularitat pública i que explícitament es digui que són “*mitja propi*”

¹¹ Capítol V, articles 56 a 58

¹² Cursives extretes del capítol V art 56.1 i 56.2 de la *Llei de mesures fiscals i financeres* que acompanya a la Llei del Pressupost de 2011. El fet de que s’explicitin aquest tres conceptes expressa que no són equivalents i que per rendibilitat s’ha d’entendre benefici financer. Per promoure el *règim de mercat intern* en el mateix article (56.2) es fa una invitació *estratègica* a disposar de sistemes d’informació diferenciats dels d’altres entitats similars el que no deixa de ser molt sovint avui en dia contrari als principis empresarials d’economia i productivitat

¹³ Ley 30/2007 art 4.1.n i 24.6

en la norma fundacional o en els estatuts. Una Administració si vol adjudicar un servei públic per concurs primer ha d'explicitar que no té cap *mitjà propi* que ho pugui fer i, en tot cas, si convoca concurs cap entitat que sigui *mitjà propi* pot presentar-s'hi. Això explica el procés que sembla que s'està seguint també pels centres de l'ICS: ara es defineix amb més precisió quan hi ha autonomia de gestió¹⁴ (Capítol V de la Llei de mesures fiscals i financeres), es vol deslligar la titularitat dels edificis i instal·lacions de la titularitat de l'entitat que gestiona l'activitat¹⁵, crear noves societats o consorcis que gestionin l'activitat dels centres, unes societats o consorcis que en els seus estatuts no es dirà que siguin *mitja propi* ni de la Generalitat ni del Servei Català de la Salut¹⁶, i promoure la participació de capital privat, sigui amb ànim de lucre (ja es negocia per l'IDI) o per participació d'una fundació privada. La conseqüència serà el que realment es pretén: disposar del més petit nombre i volum possible d'entitats que, gestionant prestacions públiques, tinguin la consideració de *mitjà propi*, que no es pugi dir que són *públics dependents de l'Administració Pública concertant*. Això no sols per poder establir *serveis complementaris* per malats privats, també per poder adjudicar noves activitats o nous centres mitjançant uns concursos oberts als que no puguin presentar-s'hi les entitats que siguin *mitjà propi* encara que siguin més eficients que d'altres, privats o públics, que s'hi

Conclusions i síntesi de la valoració:

- **Es constata que no es pretén agilitzar l'ICS, sinó sols reestructurar-lo per camuflar objectius que no consten en la llei d'agilitat** però que s'han expressat en d'altres llocs
- **L'objectiu explícit en la llei òmnibus era que en els centres de l'ICS es pugues fer activitat privada.** En la òmnibus es deia clarament en un article i es facilitava en d'altres, ara **amb la llei d'agilitat**, ajudada amb la llei que acompanya els pressupostos, **hi ha motius per pensar que simultàniament es pretén: amagar l'objectiu però articulant-ho millor i avançar més per facilitar:**
 - **incorporar l'activitat privada en els actuals centres de l'ICS**
 - **deslligar-los de la Generalitat modificant** la seva naturalesa jurídica
 - **fomentar que les relacions** entre els SCS i tots els centres concertats pel SCS, també els actuals de l'ICS, siguin relacions **econòmiques de mercat**
 - **es donin** en la sanitat de finançament públic, també en els actuals centres de l'ICS un cop feta la *reestructuració administrativa*, **serveis complementaris als pacients finançats privatament**, com a forma
 - d'incentivar la subscripció d'assegurances sanitàries privades i que així
 - **els centres públics precisin de menys finançament públic**

¹⁴ Volem precisar que l'autonomia de gestió en absolut representa *per se* privatització, representa unes diferents regles del joc.

¹⁵ Això ja es dona en diversos consorcis sanitaris públics i en fundacions (p.ex. St Pau). En els centres concertats qui té el concert és l'entitat que gestiona l'activitat però qui forma part del SISCAT és el centre on es presten els serveis. Els centres poden tenir una denominació discrecionalment canviant. Aquestes circumstàncies faciliten la confusió sobre qui forma part del SISCAT i qui no hi pertany, de que en parlarem més endavant

¹⁶ Ja en l'etapa del tripartit sectors dels qui creuen en el deu del mercat i en el pecat original del burocratisme de lo públic van fer pressions per a que consorcis públics amb participació majoritària de la Generalitat i el mateix ICS no incorporessin en els seus estatuts que eren *mitjà propi* de la Generalitat. L'ICS no ha modificat el seus estatuts per a modificar-ho

- No es fa res per evitar i en canvi **es facilita** que el sistema sanitari català pugui **anar passant cap a un model com el dels EEUU**: abans d'atendre es pregunta al pacient com ho finançarà
 - si disposa de targeta d'una assegurança privada se li podran oferir serveis complementaris
 - si sols disposa de la targeta del SCS-CatSalut i ja s'està esgotant l'activitat "comprada" pel CatSalut al pacient se'l enviarà a casa posant-lo darrera en la llista d'espera.
- No **estem parlant de futurisme** que començarà en aprovar-se la llei d'agilitat, estem parlant d'un present que, amb les "retallades" del pressupost, la llei d'acompanyament al pressupost i **accions ja existents**, ja ha començat, però que
- si s'aconseguís que no s'aprovi tal com està aquesta llei d'agilitat sinò que es modifica **sí que es podria aturar l'avenç cap a una sanitat** que estigui **dominada per** l'esperit i les exigències dels **denominats "mercats"** i amb l'atenció pública ofegada, sense defenses.

3. Desintegració de la *Concepció integral i integrada del sistema sanitari a Catalunya* establerta per la LOSC i la LGS i retrocés secular de la *participació comunitària*

3.1. Totes les responsabilitats del SCS seran transferibles i/o subcontractables en cadena

En la *Modificació* que fa de la LAR la *Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya* es diu que *Es modifica la lletra d) de l'apartat 1 de l'article 50 (de la LOSC), relatiu als béns i drets adscrits al SCS que passa a tenir la redacció següent: Tots els béns i els drets dels consorcis, les societats, incloses les mercantils de capital majoritàriament públic, i les fundacions públiques, que siguin adscrits d'acord amb els terminis establerts a la Llei, sens perjudici que el seu ús i gestió s'encomani a un tercer"* (LAR 15). L'únic canvi que fa es afegir el que aquí hem subratllat

La valoració s'ha de fer des de la història, un història complexa i que sabem difícil de comprendre, però que intentarem resumir. Es la següent:

La Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LOSC), ha tingut dues lectures des dels seus orígens (1990). Una, la que ha considerat que la pròpia Llei tenia un ordre jeràrquic de prevalença, en síntesi:

1er) Principis Informadors: a) *Concepció integral i integrada del sistema sanitari a Catalunya, fent especial èmfasi en la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia.* (art 2).

2on) Configuració del Servei Català de la Salut per *els centres, els serveis i els establiments, de protecció de la salut i d'atenció sanitària i socio sanitària*, que són els propis de la Generalitat, més els integrats o adscrits mitjançant els corresponents convenis d'integració o adscripció funcional (art 5).

3er) Finalitats, funcions i activitats del SCS(respectivament art 6, 7 i 8). La seva primera activitat la *educació sanitària, promoció de la salut i prevenció de la malaltia*

4rt) Estructura i ordenació. En el cas dels hospitals: per a *una òptima ordenació hospitalària* (i per) *l'homogeneització adequada de les prestacions* dels diversos ratifica i regula la ja existent, des de 1985, Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP) que inclou els de l'ICS (arts 49 i 50)

5é) Recursos de personal i els materials (béns i drets) del SCS que, en coherència amb lo anterior, tan fa esment als dels centres propis de la Generalitat com dels centres adscrits d'altres administracions locals.

Però una altre lectura, la que es pretenia, la que ha resultat oficial, la única que s'ha transmès com a única veritat com a conseqüència del predomini de la visió pressupostària i gerencial per sobre de la sanitària i de salut, s'ha centrat quasi exclusivament en part de l'article 7 i ha considerat que la LOSC establia la divisió de funcions entre el SCS, com contractista comprador, i uns "proveïdors" de serveis contractats. Aquesta segona visió permesa per la LOSC, però no articulada per la mateixa, ha representat un progressiu deteriorament del primer principi informador de la LOSC, la *concepció integral i integrada*. S'han produït:

a) dissociació (o tensió permanent) entre SCS i ICS;

b) mai han estat signats els convenis pels compromisos d'integració o adscripció (art 5) i sols es signen els concerts econòmics de prestació de serveis;

c) una negligència del SCS en la prevenció i la promoció de la salut a l'espera de que les seves responsabilitats les concretes una Llei de Salut Pública (2009) i les assumís un altre organisme, l'Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPC) ara ja establerta; i

d) simultàniament, un marasme sobre el que vol dir un model Xarxa. Veiem què ha passat:

Ja des de principis dels anys 90 es parlava dels "proveïdors de la XUP" però sols existia la XHUP, la hospitalària, i no es deia res del model d'integració entre els equips d'atenció primària que no son de l'ICS. Un decret de l'any 2000 configurava *el sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT)* amb 4 xarxes, però la definició dels requeriments per formar part del les xarxes de salut mental i d'atenció sociosanitària es van anar prorrogant any rere any fins que a 2010, un nou decret¹⁷, ha tornat a establir un nou SISCAT amb d'altre configuració en 3 xarxes sense justificació comprensible del canvi, amb uns equips d'atenció primària perduts pel mig, una atenció especialitzada ambulatoria que no es sap com s'integra amb la resta i uns *convenis singulars de vinculació* a les respectives xarxes indefinits i que queden indefinibles fins el 2015. Del 2000 a 2015 pel sol fet de tenir un concert amb el SCS ja es forma part, provisionalment, del SISCAT el "*sistema integral*". Però hi ha hospitals amb concert que no figuren en el llistat del SISCAT i tampoc existeix cap llistat dels membres de les altres xarxes. Certament calia posar ordre, simplificar i clarificar, però...

Ara la Llei d'agilitat enfosqueix i dilueix encara més la perspectiva. Estableix (LAR art 15) que la nova LOSC (art 50 abans transcrit) dirà que tots els centres que puguin tenir alguna consideració de públics (n'hi diu els que "*siguin adscrits*"), poden ser usats i gestionats per terceres empreses o entitats, per tant, també els de l'ICS. Si segons la lectura de la LOSC que hem denominat "oficial" (però no avalada per destacats juristes de la salut) el SCS havia transferit la seva responsabilitats de prestació dels serveis a l'ICS i els concertats tant el públics com els privats, ara es vol explicitar per Llei que el "campi qui pugui" també serveix pels poc o molt públics: tot és subcontractable

¹⁷ Decret 196/2010 de 14 de desembre

Conclusió: Portem 20 sense que el sistema sanitari estigui configurat segons les seves pròpies lleis i un sistema de contractacions i subcontractacions més adequat a un sistema de favors creuats que a un estat de dret o, fins i tot a un mercat contractualment regulat¹⁸, **a partir d'ara també els centres que es pugui pensar que són públics poden ser usats i gestionats per tercers, es a dir, la subcontractació en cadena sense compromisos d'integració, ni de lleialtat en la generació de la demanda o política d'equitat, ni de transparència, en cap punt de la cadena. Creiem que:**

- **es contradiu absolutament el primer principi de la LOSC: *Concepció integral i integrada del sistema sanitari a Catalunya, fent especial èmfasi en la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia***
- **es generarà més insatisfacció ciutadana ja que les empreses i entitats subcontractades generaran més demanda i expectatives ciutadanes per pressionar els hi incrementin els “seus” contractes finançats públicament i ningú s'ocuparà d'una política *integral i integrada* de millora de la salut de tothom**

3.2 S'accentua el divorci entre assistència i salut pública

En el marasme ara comentat, el Decret de 2006 de Governos Territorials de Salut representava, com a mínim, una articulació de les competències del SCS (del que no s'hi havia segregat la salut pública) amb les de les administracions locals en assistència i en salut pública i una via de participació ciutadana, però en canvi, ara en la Llei d'agilitat (LAR addicional 2^a i derogatòria 2^a.11):

- **Es deroga el Decret 38/2006, de 14 de març, pel qual es regula la creació de governs territorials de salut**
- *Les funcions dels governs territorials de salut es diu que es distribueixen entre els òrgans corresponents del Servei Català de la Salut i de l'Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT) però l'àmbit de participació en salut pública dels GTS, els consells de salut, de fet passa a un organisme del SCS, els sectors sanitaris*

Valoració:

- L'Agència de Salut Pública (ASPCAT) està en tràmit d'entrar en funcionament i, just en aquest període el camp local i territorial de participació per a la integració entre les activitats de promoció, prevenció i assistència passarà a un organismes, els sectors de salut “del” SCS d'estructura quasi exclusivament assistencial¹⁹, per tant, **disminuirà o es perdrà la perspectiva integradora**

3.3 Es ratifica la manca de responsabilitat exercida pel SCS en l'ús dels sistemes d'informació per assolir un sistema de serveis de salut més eficient i integrat i de més qualitat

¹⁸ Si algú coneix algun centre concertat que a 1 de gener ja coneixia aquests anys els seus compromisos d'activitat conforme a Llei i contracte signat, modificariem aquesta afirmació

¹⁹ Es dona la paradoxa de que els estatuts de la nova ASPCAT els ha publica el DOGC el 14 de juliol, una setmana abans de que el Parlament acceptés el debat sobre la Llei d'agilitat . Els estatuts fan nombroses referències als territoris de salut però quan assumeixi l'ASPCAT les seves funcions (al gener del 2012) les corresponents a participació territorial per a una perspectiva integral (recordem-ho Primer principi de la LOSC) ja no seran competència seva sinó del SCS)

A l'Agència de Qualitat i Desenvolupament Professional en Salut (AQDPS) creada fa menys d'un any pel decret Llei 4/2010, de 3 d'agost, de *mesures de racionalització i simplificació de l'estructura del sector públic de la Generalitat de Catalunya*, se li modifica el nom, "*passa a denominar-se Agència d'Informació, Avaluació i Desenvolupament en Salut*"(AIADS) (LAR 134). També es descriuen amb més detall les seves funcions (LAR 135-136) i es suprimeixen els criteris de composició del seu Consell d'Administració que es deixa ho regulin els seus estatuts (LAR 137)

Antecedents: el que hem denominat "lectura oficial" de la LOSC ha facilitat que el SCS considerés, ja des del *Pla Estratègic per a la Societat de la Informació, Catalunya en Xarxa*", promogut conjuntament per la Generalitat i els Ajuntaments (1999), que l'ús de les noves tecnologies de la informació i la comunicació per la millora dels serveis de salut era responsabilitat exclusiva de les "entitats proveïdores de serveis" i que al SCS sols li corresponia establir un *sistema d'informació integrat* orientat a l'estadística i el control i avaluació d'aquestes entitats proveïdores per part del Departament de salut o del SCS. En els darrers anys s'han promogut dos programes molt positius, la Recepta electrònica (RE) i la Història Clínica Compartida a Catalunya (HCCC), però en el cas de la RE deixant el control de la informació en mans del Col·legi de Farmacèutics i en el cas de la HCCC finançant el SCS mini Històries compartides entre algunes "entitats proveïdores" incompatibles i menys segures respecta a la HCCC endegada pel Departament de Salut i sense finançar o exigir formalment la incorporació a l'HCCC, sols demanant-ho quasi com un favor. La gestació de la nova Agència creada ara farà un any semblava orientada a disposar d'un organisme de la Generalitat que liderés activament un efectiu sistema d'informació integrat del sistema sanitari integral al servei dels professionals de la salut i de la seva relació amb la ciutadania, no sols al servei de l'Administració. Un sistema d'informació integrat que acabis amb els múltiples, reiteratius i menys segurs mini sistemes d'informació existents en el sector d'entitats que treballen amb finançament públic

Valoració dels canvis que fa la llei d'agilitat:

- Rectifiquen, positivament, la denominació de l'Agència fent-la més acord amb els seus objectius pels que es va crear²⁰, en incloure-hi el terme "*informació*"
- S'explicita amb més rotunditat que l'abast de l'Agència (AIADS) es limita a "*la informació de naturalesa administrativa i estadística*" i de "*recursos humans*", "*que responguin a les necessitats de l'Administració sanitària*" mitjançant un "*Sistema Integrat d'Informació de Salut a Catalunya i a accions relatives a la seguretat de la informació del departament competent en matèria de salut*". **S'abdica**, o millor dit es segueix abdicant, de les responsabilitats **de promoure uns sistemes d'informació per la salut dels catalans i per facilitar la tasca diària dels professionals de la salut, mitjançant un sistema integrat que eviti les multiduplicitats de costos i la manca d'accessibilitats on line** en el tractament de la informació dins del sistema sanitari de finançament públic. Recordem que això ho fa una llei d' *agilitat i reestructuració* que es tramita amb urgència. Avui en dia les companyies d'aviació o les borses d'arreu del món o molt grups multiempreses tenen integrats *on line* els seus sistemes d'informació i, en canvi, segueix imperant en el SCS el criteri de que no s'ha de fer, i veiem

²⁰ Amb la constitució d'una nova AQDPS ja es van reduir el nombre d'organismes integrant-hi l'Institut d'Estudis de la Salut (IES) i l'Agència d'Avaluació de Tecnologies Mèdiques (AATM)

ara que es considera que ja n'hi a prou amb canviar els noms i batejar-ho tot d'integrat

- Per passiva, però ara explícitament, **es segueix abdicant de la responsabilitat de controlar que les entitats prestadores de serveis finançats públicament compleixin la legislació i normes relatives a la seguretat de la informació.** Estem parlant de dades personals de salut, que segueix deixant-se en mans de les denúncies que puguin fer la ciutadania o l'Agència de Protecció de Dades

3.4 Revitalització d'un model caduc de participació que tampoc és comunitària

En el camp de la participació la Llei d'agilitat fa els següents canvis en el redactat de la LOSC:

- S'incrementa en 4 els membres del Consell de direcció del SCS, 2 per donar lloc a les "*corporacions professionals sanitàries*" (tant poden ser Col·legis professionals com el Sindicat de metges de Catalunya, que s'autoanomena "Agrupació professional de metges"), més increment en 2 membres per la representació de l'Administració, per tal de conservar la proporcionalitat majoritària, al tractar-se d'un òrgan executiu (LAR 9, LOSC 13.1)²¹.
- S'incrementa en 2 membres el Consell de Salut de les Regions Sanitàries: 1 mes de consumidors i usuaris (ja en tenien 1) i 1 mes de corporacions de professionals (ja en tenien 1). Es pot intuir que sigui per al sindicat de metges. Aquí no s'incrementen membres de l'Administració. Pot interpretar-se que no es fa problema del no tenir majoria, ja que es un òrgan de participació, no executiu (LAR 10, LOSC 30.1).
- S'elimina la composició actual del Consell de Direcció dels Sectors Sanitaris, i només es marquen els percentatges de membres: 60% Generalitat 40% Administracions Locals, variant tipus i nombre de membres, segons "*les característiques de l'àmbit del Sector respectiu. cada Sector Sanitari*". Amb els GTS la composició era 50%-50% amb vot de qualitat de la Generalitat (LAR 11, LOSC 34.1).
- S'eliminen les unitats funcionals establertes als Sectors Sanitaris i es deixa la nova organització a criteri del Conseller/a (LAR 13, LOSC 37.3)
- S'incrementa del nombre de membres del Consell de Participació del Sector Sanitari, amb incorporacions noves de: 2 per corporacions professionals, 2 per "societat civil" i 2 per organitzacions empresarials. Eren sectors representats als GTS. No s'incrementen els representants de la Administració; es suposa que per no ser òrgan executiu. (LAR 14, LOSC 39.1)

Explicació de la història: La LOSC (1990) va establir, de conformitat amb la Llei General de Sanitat (1986), una participació mitjançant les organitzacions sindicals i les patronals en funció de que en aquella època la sanitat es finançava 100% en base a

²¹ Aquí es citen els articles de la llei d'agilitat i reestructuració (LAR) i els del text refós de la LOSC derivat de la modificació de 1995. No existeix un text oficial de la LOSC, com a text refós de vigència actual que incorpori les darreres modificacions fetes per la Llei 8/2007, del 30 de juliol, de l'Institut Català de la Salut.

Ni que sigui a peu de pàgina ens sembla oportú comentar que no hem vist escrit el compromís de que, un cop aprovada les lleis òmnibus, es publiquin d'immediat al DOGC, com a textos legals de referència, els textos refosos de totes les lleis que es modifiquen

les cotitzacions a la Seguretat Social de treballadors i empresaris. Aquest percentatge va anar-se reduint i ja fa anys és el 0%, amb un 100% de finançament fiscal. Paral·lelament aquestes representacions s'han anat desvirtuant. Els sindicats massa sovint han actuat més en defensa dels treballadors de la sanitat que en defensa dels efectius finançadors de la sanitat que són tots els potencials usuaris de la sanitat que, com a ciutadans, paguen els seus impostos. D'altre part les organitzacions empresarials, es a dir Foment i PIMEC, avui fusionades, han delegat la defensa dels seus interessos, que tampoc són les seves cotitzacions, a les patronals de les empreses sanitàries contractades pel SCS (UCH, CHC/CSSC) o pràcticament ni contractades pel SCS (cas ACES). La escandalosa manca de transparència existent en la sanitat catalana és conseqüència de la exigència de les patronals sanitàries de que no es publiquin, amb noms identificadors d'entitats, les dades del que fan amb finançament públic, que procedeix per via fiscal de la ciutadania, dels usuaris. Avui, per tant, ja no es pot parlar de que sindicats i patronals sanitaris siguin l'adequada *participació comunitària en la formulació de la política sanitària i el control de la seva execució*. Tenim "controladors" que no volen que es controli l'execució de la política sanitària. Es vol seguir potenciant, encara més, el caciquisme?

Valoració:

- **És oportuna la mesura de suprimir la duplicitat entre òrgans dels Sectors sanitaris i els Consorcis de Governos Territorials de Salut** dins d'una necessària simplificació del sistema amb reducció d'organismes que, com passa amb els GTS, ni existeixen en els pressupostos públics
- **No és oportú que les funcions de participació i integració d'activitats de Generalitat i Ajuntaments previstes en l'àmbit dels GTS es situïn en els Sectors Sanitaris** previstos en la LOSC i fins ara no desenvolupats, **sense**, com hem dit, **potenciar la perspectiva d'integració entre assistència i salut pública**
- **No es oportú retrocedir, encara més, en la perspectiva comunitària que ha de tenir la participació. Les organitzacions empresarials no representen a la ciutadania** d'un Sector i ni aquestes **ni les corporacions professionals sanitàries** (col·legis o sindicats de ram) **representen sols els interessos i voluntats dels professionals de la sanitat finançada públicament**, la que és per a tothom, també defensen els interessos de la sanitat privada, la que és pels que se la poden pagar. D'altre part **les gerències** dels centres sanitaris del Sector haurien de **ser-hi presents** en els consells de participació però **com a tals**, com a representants del SISCAT o dins de la representació decidida pel Departament de salut que és qui ha de decidir el que han de fer
- **La participació comunitària ha de ser democràticament i realment representativa**, per això sembla molt més adient que la participació en els Sectors Sanitaris sigui sols de representació de ciutadans i de professionals:
 - **la representació de la ciutadania que la ostentin els ajuntaments**, que haurien d'estar obligats normativament a donar compte, en els seus corresponents plens municipals, de la representació exercida en els Sectors Sanitaris
 - **la representació dels professionals sanitaris que s'hauria d'articular exclusivament en funció d'eleccions específiques** per aquest objectiu

entre els professionals sanitaris que treballin exclusivament en centres del SISCAT del Sector Sanitari corresponent

- **la representació de professionals i de ciutadans d'entitats cíviques que en els municipis del sector sanitari treballen i/o assumeixen funcions en els àmbits de la promoció salut i la prevenció de la malaltia**
- s'eviti la participació de proveïdors amb ànim de lucre o que tinguin qualsevol interès en que la sanitat pública sigui o sembli de pitjor qualitat que la privada
- **La participació comunitària hauria d'assumir funcions de control d'ètica, transparència i equitat sobre els agents sanitaris**
- Fem aquestes consideracions conscients de que **articular la participació** per a que sigui efectiva i representativa és un tema complex i amb diversitat de parers i sensibilitats. Per això creiem que **la pitjor manera d'afrontar-ho és en un paquet de lleis òmnibus tramitades amb urgència a l'estiu.**

4. Desregulació en salut pública i reducció de la política de salut en totes les polítiques

4.1. Desregulació en salut pública

La modificació de la Llei de Salut Pública (LSP)²² es fa pel que hem dit de la supressió dels GTS i, sobre tot, per anar suprimint les expressions referides a autoritzacions i acreditacions. Això es palès en el que afecta als laboratoris de salut pública on, a més, es dilueix la diferència entre laboratoris públics i privats (LAR 36, LSP 51) i s'obra la porta a que laboratoris privats facin anàlisis contradictoris (LAR 38, LSP 60)

Valoració: **Suprimir o reduir controls, tan tècnics com democràtics, en aspectes de salut públic no és una qüestió d'agilitat, en canvi, malauradament si que és una reestructuració administrativa que representa una reducció de qualitat de la Salut Pública** que perjudica a tota la ciutadania i sols pot afavorir a laboratoris privats (no pel fet de que ho siguin sinó per passar a estar menys controlats). Que això es faci urgentment modificant un Llei que va ser aprovada per unanimitat i que encara no ha complert dos anys de vida, no té cap justificació

4.2. Una promoció econòmica que margina o menysté la influència de tots els sectors en la salut de persones i col·lectivitats.

La llei òmnibus s'ha desglossat en tres lleis, fins aquí hem comentat la LAR però en les altres dues també si observa una reducció en l'aplicació del necessari criteri de salut en totes les polítiques i el conseqüent increment de risc per la salut de les persones. Concretament ens referim a:

En el projecte de *Llei de simplificació i millora de la regulació*:

- la Llei 9/95 de regulació d'accés motoritzat al medi natural

²² Llei 18/2009 de 22 d'octubre

- la Llei 6/2009 d'avaluació ambiental de plans i programes

En el projecte de *Llei de promoció de l'activitat econòmica*:

- la Llei 20/1985 de prevenció i assistència en matèria de substàncies que poden generar dependència,
- la Llei 18/2007 de dret de l'habitatge,

Es pot constatar en el que han dit diverses entitats actives en el medi ambient a: <http://www.adenc.cat/actualitat/nota-de-premsa/entitats-ecologistes-i-conservacionistes-fan-front-comu-contra-la-llei-omn>

Santiago Marimón i Suñol²³
Barcelona, 25 juliol 2011

²³ Aquest document ha estat presentat per l'autor al CAPS (Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris, www.caps.cat) per a la seva discussió i utilització. En tant sigui un document "d'autor", no "d'entitat" o de col·lectiu definit, l'autor n'autoritza la seva publicació en qualsevol mitjà, reservant-se l'anar fent-ne noves versions a mida que en rebí observacions positives o crítiques que sempre agrairà. La data de la versió consta en la referència del document a peu de pàgines