

INFORME DE LA **FAISS** SOBRE EL PROYECTO DE

“REAL DECRETO POR EL QUE SE REGULAN DETERMINADOS ASPECTOS DE LA GESTIÓN Y CONTROL DE LOS PROCESOS POR INCAPACIDAD TEMPORAL EN LOS PRIMEROS TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO DÍAS DE SU DURACIÓN”

I.-Introducción

En estos últimos días, hemos tenido conocimiento en el seno de la **Federación de Asociaciones de Inspección de Servicios Sanitarios (FAISS)**, de la existencia de un avanzado proyecto de **Real Decreto (RD)** destinado a regular determinados aspectos de la gestión y el control de la **Incapacidad Temporal (IT)**. El proyecto ha dado lugar a diferentes reseñas y opiniones en medios de comunicación y ha suscitado la natural **preocupación** entre las fuerzas sociales, organizaciones profesionales y la ciudadanía en general, sobre todo por la **merma de derechos**, y la **falta de garantías para el trabajador**, que podría suponer su aplicación en los términos en los que se encuentra actualmente redactado.

Por ello, en orden a la **responsabilidad que como organización profesional y científica**, se nos ha de exigir dentro del Sistema Sanitario, y por nuestro expreso conocimiento del tema, al constituir una buena parte de nuestra labor cotidiana como **garantes de las prestaciones** del mismo, hemos considerado imprescindible proceder a analizar y revisar el texto del RD y a realizar sobre su contenido, una serie de consideraciones y alegaciones. Éstas son fruto del **consenso de diversos profesionales de reconocida experiencia** en la prestación, a los que agradecemos su colaboración desinteresada y que se vierten y compilan en este informe con la convicción de que, de ser tenidas en cuenta, sin duda ayudarán a conseguir el fin último de esta norma, que no puede ser otro que la **mejora de la gestión y el control** de la prestación dentro de la **defensa de los derechos de los usuarios** del sistema.

II.-Resumen Ejecutivo

- En general, consideramos que estamos ante un RD especialmente orientado a que las **Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS)**, que gestionan cerca del 80% de la **IT** por **contingencias comunes (CC CC)**, sean las que **dirijan esta prestación y actúen como autoridad de control** de la misma, ignorando las propias competencias de los **Servicios Autonómicos o Regionales de Salud (SRS)** que conforman el **Sistema Nacional de Salud (SNS)**, y actuando incluso por encima del propio **Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)** que, en algunos aspectos, también queda subordinado. Con esta circunstancia se pervierte el sistema, y quien debería ser controlado, se convierte en controlador.
- Estimamos que, con la cobertura de su consideración legal de carácter público, como entidades colaboradoras de la Seguridad Social, se pretende que estas

“**asociaciones de empresarios**” que son las MATEPSS se conviertan en este sistema social en las **equivalentes de las concesiones administrativas sanitarias privadas del SNS**. En este sentido, este proyecto de RD **abre una posible vía a la privatización de la asistencia sanitaria de los trabajadores** como, en su momento lo hizo la **Ley 15/1997**, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del SNS, cuyo alcance no se vislumbraba.

- El nuevo procedimiento propuesto no sólo **no reduce la burocratización** sino que la potencia, especialmente para el **Médico de Familia o de Atención Primaria (MAP)**. El sistema de grupos y tablas de duración que diseña el RD resulta complejo y confuso, y el número de informes es excesivo y redundante. Igual ocurre con la gestión de **Propuestas de Alta** directamente al Centro de Salud (**CS**) por parte de múltiples oficinas de diferentes MATEPSS (frente a un único interlocutor que representa la Inspección Sanitaria, actualmente) y que puede redundar en **fuentes de conflictos e inseguridad jurídica** tanto para MAP, como para pacientes.
- El proyecto está cargado de **prejuicio de incompetencia hacia los MAP**. Y generaliza una **presunción de fraude por parte de los trabajadores**, imputándoles la *carga de la prueba* de que siguen enfermos o la injustificación de las incomparecencias, en un **recorte de derechos sin precedentes**.
- Con el único argumento, poco creíble, de ahorro de costes, se minoran las funciones de control y autoridad que viene ejerciendo sobre esta prestación sanitaria la **Inspección de Servicios Sanitarios (ISS)** del SNS, hasta casi ignorarla en su redacción. Este hecho **supone, en la práctica, una desaparición y liquidación de funciones de la ISS, posiblemente irrecuperables en la gestión de la IT**, en favor de las MATEPSS y su personal, que carece de la condición de funcionario o estatutario, y por lo tanto sin la posibilidad de ser considerado autoridad o agente de la misma. Su actual redacción no sólo cambiaría buena parte de las funciones actuales de la ISS en la mayoría de las CC AA, sino que incluso en algunas como **Andalucía (UMVI, Unidad Médica de Valoración de Incapacidades)** o **Cataluña (ICAM, Institut Català d'Avaluacions Mèdiques)**, obligaría a la **reconversión de buena parte de sus efectivos**, obviando y menospreciando su capacidad autoorganizativa.
- Y es que con la excusa del control de la IT, el RD realiza continuas **intromisiones en la capacidad organizativa de los Servicios de Salud** de las **Comunidades Autónomas (CC AA)**. Además, no existe alusión al **Consejo Interterritorial del SNS (CISNS)** despreciándolo como elemento integrador y coordinador de los distintos SRS, minusvalorándose en este tema la economía de escala, al contrario de lo que ocurre con la central de compras farmacéutica.
- Con la excusa del control de la prestación económica de la IT, se pretende liberar el **acceso integral a la Historia Clínica Electrónica (HCE) para las entidades gestoras** de aquella: INSS, *Instituto Social de la Marina (ISM)*, MATEPSS. Por el contrario, los MAP y la Inspección de Servicios Sanitarios no tienen acceso a los **historiales de trabajadores de INSS y MATEPSS**, siendo opaca para el SNS buena parte de la patología laboral de sus pacientes y el posible origen profesional de muchas contingencias comunes.

III.-Análisis Crítico del Proyecto de Real Decreto

El documento analizado es un texto de 28 páginas que **se organiza** en las siguientes partes: Preámbulo o exposición de motivos, 11 artículos, 3 disposiciones adicionales, 4 disposiciones transitorias, 1 disposición derogatoria y 3 disposiciones finales.

A continuación se expone el análisis crítico que se hace del RD siguiendo la estructura del propio **borrador de fecha 21/01/2013**. Salvo en casos excepcionales que lo requieren, la crítica se refiere al sentido del texto, más que a su propia redacción, por otra parte compleja, prolija y confusa. No se han incluido los títulos de las rúbricas sobre las que no se hacen comentarios analíticos.

Preámbulo

- Tras hacer un repaso histórico de la evolución y últimas reformas normativas de la IT, se refiere a los **Convenios de colaboración** suscritos por el INSS con las CCAA, que han preparado el camino de un falso **«intercambio de los datos médicos»**, por cuanto, lo único cierto, es que son los SRS de las CC AA, los que han facilitado información al INSS y no a la inversa. Se presenta como colaboración lo que no es sino servilismo.
- Y lo que ha sido una **cesión de información de salud sensible** por los SRS de las CC AA a la Administración central de la Seguridad Social, para el **control de una prestación económica**, se pretende ahora ampliarla a las MATEPSS. A pesar del carácter público, como entidades colaboradoras de la Seguridad Social, con el que se nos presentan, no debe olvidarse que, según el Real Decreto 1993/1995, **son «asociaciones de empresarios que, debidamente autorizadas por el Ministerio de Trabajo e Inmigración y con tal denominación, se constituyan con el objeto de colaborar, bajo la dirección y tutela de dicho Ministerio, en la gestión de las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales del personal a su servicio, sin ánimo de lucro...»**. Si esto es la teoría, la realidad es que la mayoría **gestionan negocios de servicios sanitarios, de prevención y seguros** de diverso tipo con la misma denominación de la mutua o asimilable. Por no hablar de las nada transparentes **retribuciones de sus directivos** (¡a cargo de cotizaciones sociales!) que más que triplican las del Presidente del Gobierno, o de los **escándalos financieros** que aparecen recurrentemente en los medios de comunicación.
- En una vuelta de tuerca más de la **hipertrofia del control indiscriminado** de los últimos tiempos, se argumenta que *«puesto que las nuevas tecnologías permiten tanto el intercambio de datos médicos para el control de la incapacidad temporal, como el acceso por vía telemática de los Inspectores Médicos adscritos a las Entidades gestoras de la Seguridad Social, a las historias clínicas informatizadas que poseen los distintos Servicios Públicos de Salud de los trabajadores»*. Que las tecnologías permitan hacer muchas cosas no justifica la **desproporcionalidad** de que la **Seguridad Social y las MATEPSS**, con la excusa de controlar la adecuación de una prestación económica (Por ejemplo, la baja por un esguince de tobillo), tengan **acceso completo y total a la historia clínica** de todos los trabajadores, incluso aunque no hayan tenido ningún proceso que haya cursado con IT, es decir a toda la información relacionada con sus problemas sanitarios que se haya ido incorporando durante toda su vida a la HCE.

- Y se reduda en la cínica afirmación de que se trata de un **«intercambio de datos médicos»**, cuando ni a los Médicos de Atención Primaria, ni a la Inspección Sanitaria del SNS, se les otorga acceso a las **historias clínicas** que sobre *Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales* se puedan custodiar en el **INSS** o por las **MATEPSS**, cuando es un clamor la **infranotificación** de éstas en España, cargando el SNS con su asistencia y con la de un buen número de Accidentes de Trabajo. Es seguro que, si se accediera a dicha información, podrían **mejorar mucho los indicadores de la IT gestionada por el SNS**, y los *“brillantes resultados”* de la gestión mutualista empresarial, serían puestos en su sitio, sin que otros les hicieran su trabajo.
- Sobre la base de los *Acuerdos del Pacto de Toledo*, se argumenta *«incrementar, aún más, los mecanismos de control y seguimiento de las prestaciones, especialmente las de incapacidad temporal, a fin de evitar el absentismo injustificado... atender al necesario equilibrio entre el control del fraude y la protección del trabajador impedido»*. Discrepamos una vez más de esta interpretación que **pervierte el verdadero y justo control, sacándolo del ámbito sanitario** (Médicos asistenciales e Inspección Sanitaria) y llevándolo a uno **económico-administrativo** con evidentes conflictos de intereses (como pagadores directos de la prestación), sobre todo en el caso de las **MATEPSS** que no tienen la consideración de Administración ni de autoridad pública. Desde el punto de vista de nuestro colectivo, se **“expropia” el control de la IT que ha sido una de las funciones tradicionales de la Inspección Médica del SNS**, para *“entregarla”* definitivamente al INSS (20%) y a las MATEPSS (80%), según sus porcentajes relativos de aseguramiento actual.
- Uno de los mayores engaños del proyecto de RD es tratar de presentarlo como una normativa para *«aligerar los trámites y cargas burocráticas existentes»*, cuando el nuevo procedimiento de **“protocolo de temporalidad”** de cuatro grupos es complejo y de difícil aplicación, y los **informes complementarios** cada dos partes y trimestrales anulan la pretendida reducción de la hiperfrecuentación. Contrariamente a lo afirmado en el borrador de RD, consideramos que **insiste y aumenta la burocratización actual de la gestión de la IT** que se lleva a cabo por los distintos SRS y sus MAP.
- Por último, resulta sumamente extraño que en un texto como este, que reforma y refunde la normativa sobre IT, no se aluda al **«Artículo 82. Actuaciones sanitarias de urgencia de las Mutuas»** del **Real Decreto 1993/1995**, de 7 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento sobre colaboración de las MATEPSS, según redacción del Real Decreto 576/1997, por el que se las autorizaba a *«la práctica de las pruebas diagnósticas o en la aplicación de tratamientos médicos o quirúrgicos prescritos por el Servicio de Salud correspondiente»*, mediante autorización de la Inspección Sanitaria.

Artículo 2. Declaraciones médicas de baja y de confirmación de baja en los procesos de incapacidad temporal derivados de contingencias comunes.

- Debería de corregirse la redacción: *«1. El parte médico de baja es el acto... »*, pues creemos que **el parte es un documento** y el **acto** se debería entender que es su emisión o el reconocimiento del cual deriva.
- Cuando se dice que *«parte médico de baja expedido por el médico del Servicio Público de Salud que haya efectuado el reconocimiento»*, debería **aclararse que se**

refiere a cualquier médico del SRS para evitar interpretaciones sesgadas de que la IT es una gestión que sólo compete a los MAP, como se pretendió incorrectamente en la Comunidad de Madrid (Resolución 16/2009 de la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria).

- La solicitud de cumplimentar el «**código nacional de ocupación del trabajador**», un sistema (CNO-11) con unos 700 códigos, creado con fines no sanitarios, no parece una función sencilla y asequible para el MAP. Hace años se publicó (Revista Española de Salud Pública, 2001, vol. 75, n.º 1) por la *Sociedad Española de Epidemiología* una clasificación de ocho grupos más apropiada para gestión sanitaria. En cualquier caso, lo importante es conocer el puesto de trabajo y las funciones que realiza el trabajador para valorar la discapacidad que la enfermedad le produce y genera la IT.
- Respecto al «**protocolo de temporalidad**» de cuatro grupos, ya hemos dicho que es complejo, de difícil aplicación y rígido para el MAP, si se entiende que habría unas tablas de duración por perfiles patológicos. Dado el problema de las bajas cortas, sería mejor una estructura en dos grupos, poniendo la división en 7 ó en 14 días.
- En cuanto a las «**tablas de duración óptimas**», es una buena idea teórica que podría ser de difícil elaboración y aplicación práctica en cuanto a su necesaria adaptación a la edad y actividad laboral del trabajador, así como a la capacidad de respuesta diagnóstica y terapéutica del SRS de la comunidad autónoma correspondiente. Por ejemplo, el tiempo estimado para una lumbalgia variará por edad, sexo, puesto de trabajo, demoras diagnósticas, de especialista y, en su caso, de cirugía. Por otra parte, la experiencia nos recuerda que **aún se espera la «guía de los síntomas y patologías relacionados con el agente causante de la enfermedad profesional, que sirva como fuente de información y ayuda para su diagnóstico»**, que preveía la disposición final primera del **RD 1299/2006**, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social.

Artículo 3. Declaraciones médicas de baja y confirmación de baja en los procesos de incapacidad temporal derivados de contingencias profesionales.

- No tiene mucho sentido seguir manteniendo un plazo (7 días) en la **emisión del primer parte de confirmación** por *Contingencias Profesionales (CC PP)* diferente (4 días) del de las *Contingencias Comunes (CC CC)*. Debería aprovecharse este RD para unificarlos.
- En la redacción no aparece la necesidad de que el trabajador que haya sufrido un Accidente de Trabajo deba presentar ante el médico que le atiende un «**Parte de Asistencia por Accidente de Trabajo (3-AT-19-B)**», que acredite la contingencia profesional en caso de que debiera ser emitido un parte de baja iniciador de una IT.
- Lo regulado en el punto 2 debería hacerse simétrico para derivar a las *Entidades Colaboradoras* aquéllas bajas presuntamente calificables de CC PP, pues da la impresión de que se quiere legalizar lo que ya se viene percibiendo en el SNS como un **endoso ancestral por parte de las MATEPSS de sus obligaciones**, o ¿es que sólo éstas tienen capacidad de determinar la contingencia de la IT?. Resulta contradictorio con el espíritu del **RD 1299/2006** mencionado.
- El plazo de cuatro días hábiles que se da al **trabajador para discrepar del rechazo** de la mutua para asumir la baja en CC PP nos parece corto, sobre todo tratándose

de accidentados y enfermos. Es una circunstancia propicia para que se enfatizara el papel tutelar de derechos de la **Inspección de Servicios Sanitarios**, gestionándose **el procedimiento a su través** y que, dada la condición de autoridad sanitaria de sus funcionarios, se presumiera la certeza de su dictamen hasta que recayera la resolución final del INSS.

Artículo 4. Declaraciones médicas de alta en los procesos derivados de contingencias comunes y de contingencias profesionales.

- La matización de que «*El alta médica extinguirá el proceso de incapacidad temporal del trabajador con efectos del primer día hábil siguiente al de su emisión*», podría distorsionar la reincorporación de trabajadores con jornadas continuadas, no ajustadas al concepto de festividad y perjudicar a aquéllos a quienes se descuentan haberes por jornadas en IT. Se propone **sustituir “hábil” por “natural”**.

Artículo 5. Informes complementarios.

- No se entiende la insistencia en la emisión de estos informes si se propone un modelo basado en el pronóstico por **“tablas de duración óptimas”** y un procedimiento de **“protocolo de temporalidad”**. Por no hablar del acceso a los partes informáticos y el pretendido a la **Historia Clínica Electrónica (HCE)**. Y todo ello, teniendo en cuenta que tanto INSS como MATEPSS **citan los pacientes** a reconocimiento discrecionalmente.
- Así, además de los partes de confirmación según el nuevo esquema, los MAP tendrán que emitir un informe cada dos partes y otro cada trimestre (aquí se cita residualmente a la Inspección Sanitaria). Y se dice que además se integrarán en la **HCE**, lo que producirá redundancia informativa. Aparte de la **desconfianza y la hipertrofia controladora sobre el SNS** que esto supone, resulta inadmisibles que se califique el RD como una regulación **“desburocratizadora”**.
- Como ya se indicó respecto del preámbulo, consideramos **desproporcionado** que la **Seguridad Social y las MATEPSS**, con la excusa de controlar la adecuación de una prestación económica, tengan **acceso a la totalidad de la historia clínica**. Como ya se ha advertido en otro apartado de este informe, la HCE contiene mucha más información que la referida a los procesos de IT, cuyo acceso sería ocioso y **contrario a la normativa de protección de datos (Ley 15/1999, LOPD) y a la de autonomía del paciente (Ley 41/2002) poniendo en riesgo la confidencialidad y privacidad de los datos clínicos del paciente**. Esta situación puede provocar que los **pacientes rechacen aportar datos imprescindibles para un correcto diagnóstico** por temor a que queden incorporados a su historial, así como una **resistencia y autocensura de los propios facultativos** a registrar cierta información sensible en la **HCE**.
- En sentido contrario contrario, resulta doblemente agravante, que ni los MAP ni la Inspección de Servicios Sanitarios de los SRS tengan acceso a las **historias clínicas del INSS** ni a las de las **MATEPSS** sobre **Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales**.

Artículo 6. Tramitación de los partes médicos.

- La exigencia de que «*El Servicio Público de Salud remitirá el mismo día de su expedición los partes médicos de baja, confirmación y alta, por vía telemática*» al INSS podría encontrar **problemas operativos** por cuanto se trata de sistemas informáticos diferentes que exigen volcado de datos y procedimientos de validación de un gran volumen de información.
- Resulta paradójico con lo anterior, que a las **empresas** que sí están conectadas con el INSS en un mismo sistema informático “**Remisión Electrónica de Datos**” (RED) se les triplique el plazo (3 días) para la remisión de la información.

Artículo 7. Propuestas de alta médica formuladas por la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social en los procesos derivados de contingencias comunes.

- No parece razonable cambiar un único interlocutor independiente y con carácter de autoridad, como es la Inspección de Servicios Sanitarios, por un **acceso directo a los MAP** por parte de las **múltiples oficinas de las diferentes MATEPSS**, que al no ser parte del sistema sanitario, y carecer de la condición de autoridad, se puede interpretar como una injerencia espuria en el proceso asistencial y una **intromisión en la organización interna de los propios SRS**.
- El envío de las **Propuestas de Alta directamente al Centro de Salud** carece de las garantías de su transmisión a través de la Inspección Sanitaria y dirigidas al MAP concreto. Los Centros de Salud y más los distintos Consultorios no cuentan con la infraestructura legal y administrativa para gestionar unos procedimientos con plazo y condicionantes de “*silencio administrativo*” que pueden suponer para el paciente la **denegación de derechos**. Por no hablar de las ausencias del titular por diversos motivos o la tramitación errónea de la documentación, lo que puede constituir una **fuerza inseguridad jurídica y de conflictos para MAP y pacientes**.
- Nos parece excesivamente corto el plazo (4 días) e inadmisibles que al 5.º día se aplique el efecto de un “*silencio administrativo positivo*” produciéndose el alta efectiva del paciente, si no hubiera contestado el MAP a la mutua (o ésta no hubiera recibido la respuesta). Creemos perverso pretender esta interpretación del silencio administrativo y consideramos que para una **denegación de derechos a los ciudadanos (alta y extinción del subsidio)** es exigible un pronunciamiento expreso y no presunto, sobre todo en un sistema de comunicaciones que no entendemos garantizado.
- El RD pretende convertir a la MATEPSS en un **fedatario público** de la transmisión documental sin tener la condición de autoridad y al tiempo investirla de la consideración de “**Médico Responsable**” en el sentido de la **Ley 41/2002**, Básica Reguladora de Autonomía del Paciente. Nos parece inadmisibles que se den a las mutuas funciones propias de autoridad pública, al tiempo que **se ignora y soslaya** a la verdadera protagonista de estas funciones en el **SNS**: la **Inspección de Servicios Sanitarios**.
- No deja de resultar extraño que en las **Propuestas de Alta dirigidas por las MATEPSS al INSS**, el plazo sea de 7 días, en vez de los 4 para los MAP; casi el doble a una estructura administrativa que a una asistencial. Ello, sin entrar a valorar el hecho de que las MATEPSS condicionen al propio INSS y le apliquen el silencio administrativo si no resolviera en plazo.

Artículo 8 Expedición de altas médicas por el Instituto Nacional de la Seguridad Social o, en su caso, el Instituto Social de la Marina.

- El RD se ratifica en la dudosa capacidad de **revocación de actos** de una Administración (SRS de las CC AA) por otra (INSS), sin que exista relación orgánica ni dependencia jerárquica entre ellas. Se insiste en dar la condición de “*Médicos Inspectores*” (oposición de acceso) a los “*Médicos Evaluadores*” (puestos de trabajo desempeñados) del INSS. Se **anulan competencias y descalifican** decisiones de MAP e Inspección Médica, sin argumentar su decisión contraria.

Artículo 9. Seguimiento y control de la prestación económica y de las situaciones de incapacidad temporal.

- Se omite e ignora el papel en esta función de la **Inspección Sanitaria del SNS**.
- Se reitera la improcedencia y **desproporción** de que los “*Médicos Evaluadores*” del **INSS** y del **ISM**, con la excusa de controlar la adecuación de una prestación económica, tengan **acceso a la totalidad de la historia clínica**. Las HCE tienen mucha más información que la referida a los procesos de IT.
- No existe **reciprocidad de acceso** para los facultativos del SNS.

Artículo 10. Requerimientos a los trabajadores para reconocimiento médico.

- El artículo evidencia un espíritu de **presunción de conducta inadecuada y fraudulenta** por parte de los pacientes y de dejación de responsabilidades por parte de los MAP.
- No parece razonable que ante las **incomparecencias de los trabajadores** citados, se suspenda el subsidio y luego se analice si fue justificada la ausencia, para anular la suspensión: «4. *Cuando el trabajador no hubiese comparecido por cualquier causa a la citación de la Entidad gestora para reconocimiento médico y, por tanto, este no se hubiese producido, el Director Provincial dictará resolución disponiendo la suspensión cautelar del subsidio hasta tanto se compruebe si es o no justificada la no comparecencia al reconocimiento médico.*».

Artículo 11. Cooperación y coordinación.

- Se mantiene abierta la vía de los **Acuerdos y Convenios** entre el INSS-ISM y los SRS de las CC AA, pero se incluyen ahora como participantes a las MATEPSS.
- Se vuelve a actuar de manera cínica al hablar de «*utilización en común de la información*» cuando el **SNS** la da sin recibirla.

Disposición transitoria segunda. Expedición de partes médicos en tanto se publican las tablas de duraciones óptimas por patologías y ocupaciones.

- El plazo de seis meses para contar con las “**tablas de duración óptimas**”, lo consideramos irreal e impracticable.
- De nuevo, la **Inspección Médica** del SNS aparece para una tarea residual como la del **informe trimestral**, siendo ignorada en el conjunto del nuevo modelo de gestión.

Disposición transitoria cuarta. Adaptación a las Mutuas de los sistemas informáticos.

- Resulta inadmisibile la **desaparición de la Inspección de Servicios Sanitarios** del SNS, para convertir *de facto* a las MATEPSS en las interlocutoras con los MAP de los distintos SRS.

IV.-Propuestas

- Exigir al Ministerio de Empleo y Seguridad Social, a la Secretaría de Estado de la Seguridad Social y al Instituto Nacional de la Seguridad Social la **retirada o rectificación profunda del proyecto de Real Decreto** en todos aquéllos aspectos que se critican en el presente informe.
- Reclamar de los diversos órganos de dirección de los sistemas de Seguridad Social y del SNS, en los ámbitos estatal (CISNS) y comunitario (SRS de las CC AA) un **mayor protagonismo funcional de la Inspección de Servicios Sanitarios en materia de IT** y la correspondiente **potenciación de sus recursos** para una mejor eficiencia.
- Solicitar **consultas institucionales** o en su caso, posibles **estudios jurídicos** de presunta vulneración normativa de las siguientes disposiciones:
 - **Ley 30/1992**, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.
 - **Ley Orgánica 15/1999**, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
 - **Ley 41/2002**, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- **Dirigir** este informe a los responsables de diversos ámbitos de decisión social:
 - Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Ministerio de Empleo y Seguridad Social.
 - Plataforma Social para la Defensa del Estado de Bienestar y los Servicios Públicos y Cumbre Social.
 - Sindicatos más representativos.
 - Representantes políticos de ámbito nacional y de las respectivas CC AA.
 - Sociedades científicas y profesionales del mundo sanitario y social.
 - Medios de comunicación sanitarios y generales.

Madrid, 28 de febrero de 2013

Luis M. GARRIDO GÁMEZ y **José M.^a MORÁN LLANES**
Presidente y Vicepresidente de la **FAISS**