

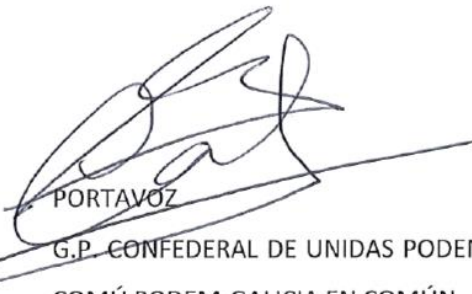
A LA MESA DE LA COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN
SOCIAL Y ECONÓMICA

Los Grupos Parlamentarios abajo firmantes se dirigen a esa Mesa para, de acuerdo al plan de trabajo aprobado por acuerdo de 23 de junio de 2020, presentar su propuesta de **BORRADOR DE CONCLUSIONES DEL GRUPO DE TRABAJO SANIDAD Y SALUD PÚBLICA (159/1)**, establecido en el seno la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica

En el Congreso de los Diputados, a 24 de junio de 2020



PORTAVOZ
GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA



PORTAVOZ
G.P. CONFEDERAL DE UNIDAS PODEMOS-EN
COMÚ PODEM-GALICIA EN COMÚN

GRUPO DE TRABAJO DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA

TEMA 1. GOBERNANZA

La pandemia causada por el SARS-COV-2 ha puesto en evidencia tanto las fortalezas como las debilidades de la gobernanza del SNS.

Las recomendaciones que a continuación se detallan parten de las fortalezas que se han detectado y pretenden contribuir a superar las debilidades.

Parten de reafirmar los valores y principios en los que se basa el SNS, incluyendo de manera expresa en la Constitución el derecho a la protección de la salud y a la cobertura del SNS desarrollando de ese modo la noción de ciudadanía sanitaria, así como de la necesidad de impulsar un nuevo acuerdo o pacto social en pro de la sanidad pública que oriente el sistema sanitario a la protección frente a los riesgos, la promoción de la salud y la prevención y superación de las desigualdades socioeconómicas en salud con particular atención a los determinantes no médicos de la salud.

Consideran necesario incorporar al SNS los principios de buena gobernanza que son comúnmente aplicables a los sistemas públicos de salud en los países de nuestro entorno, dotando a las estructuras e instituciones del mismo de órganos colegiados de gobierno, profesionalizando la gestión de organizaciones y centros, reforzando las estructuras de asesoramiento y participación profesional, promoviendo mayor autonomía y capacidad de respuesta a las organizaciones sanitarias, diferenciando claramente los niveles políticos y profesionales, cerrando la brecha entre gestores y profesionales de la salud, y otras profesiones del sistema que no son sanitarias, y promoviendo una cultura de buenas prácticas y de ética profesional.

Proponen mejorar la cogobernanza, la cooperación y la coordinación de las comunidades autónomas entre sí y con el Ministerio de Sanidad desarrollando modelos de gestión menos administrativos o procedimentales, y más basados en un concepto emprendedor de la gestión pública orientada a resultados en salud.

Concluyen con propuestas para reforzar el Ministerio de Sanidad de forma que pueda desempeñar con efectividad sus funciones en un sistema descentralizado, dotándole de recursos económicos, humanos y organizativos, fortaleciendo algunas funciones horizontales al servicio del sistema y dotándole de Fondos operativos para el desarrollo de políticas públicas de salud y de corrección de desequilibrios e inequidades.

También se propone elaborar un calendario de reformas legislativas derivadas de las propuestas de la Comisión, priorizando las relacionadas con la preparación para afrontar un posible rebrote de la pandemia Covid-19, y cualquier otro tipo de epidemia o catástrofe, y para mejorar las condiciones de trabajo y de contratación de los profesionales del SNS, acabando con la temporalidad estructural del actual sistema.

Propuestas de resolución:

1. Reafirmar los valores y principios rectores del Sistema Nacional de Salud (SNS).
 - 1.1. Reafirmar los valores y principios en que se basa el SNS lo que incluye respetar los valores y derechos fundamentales de nuestra sociedad (derechos humanos, cumplimiento de las leyes, democracia, justicia social) y los principios básicos a los que responde la sanidad pública (universalidad, accesibilidad, equidad, solidaridad y calidad).

- 1.2. Impulsar y adoptar las modificaciones normativas, legales y reglamentarias necesarias para garantizar la efectividad del derecho a la protección a la salud a través del acceso universal al Sistema Nacional de Salud. El RD Ley 7/2018, sobre acceso universal al SNS, se tramitará como una ley que derogue definitivamente el RD Ley 16/2012 y que, junto al reglamento que la desarrolle, garantice en todo caso los siguientes extremos: a) trabajar conjuntamente entre la Administración Central y las comunidades autónomas, b) extender este derecho a las personas ascendientes que llegan desde países extracomunitarios, reagrupadas por sus hijas e hijos con nacionalidad española, c) garantizar la recuperación de la cobertura sanitaria gratuita en nuestro país a los ciudadanos y ciudadanas españoles que residen fuera de España y c) cualesquiera otros cambios necesarios para garantizar el acceso universal a la atención sanitaria como un derecho subjetivo de todas las personas.
 - 1.3. Impulsar un nuevo pacto social en pro de la sanidad pública para dotar a España de un SNS que, como símbolo de la solidaridad colectiva, implique a todas las fuerzas políticas y a todos los sectores de la sociedad (agentes económicos y sociales, organizaciones profesionales y sociales). Ese pacto se basará en los valores y principios de la sanidad pública, de modo que sean posibles los acuerdos necesarios para gestionar el SNS con base en ellos, gobierne quien gobierne.
 - 1.4. Orientar las políticas públicas y el sistema de salud a la protección frente a los riesgos para la salud y a la promoción de entornos y modos de vida saludables, en particular de aquellos determinantes de la salud que como las desigualdades socioeconómicas y de acceso a los servicios sanitarios tienen una influencia negativa sobre la situación de salud de las personas.
2. Incorporar a todos los niveles del SNS los principios e instrumentos de buena gobernanza.
 - 2.1. Aplicar al SNS los valores y principios de la buena gobernanza de los sistemas sanitarios públicos, que incluyen entre otros: transparencia, rendición de cuentas, participación democrática, integridad y competencia; eficiencia, calidad y sensibilidad ante las necesidades, demandas y expectativas de los ciudadanos.
 - 2.2. Dotar a todas las organizaciones del SNS con presupuesto propio de órganos colegiados (Consejos o Juntas de Gobierno), ante los que responderán los gestores para garantizar rendición de cuentas y transparencia, contribuir a la eficiencia y calidad en los servicios y posibilitar, minimizando sus riesgos, la autonomía que precisan las organizaciones y centros sanitarios. A dichos efectos, los Centros Sanitarios públicos deben adquirir personificación jurídica, o capacidades equivalentes para la gestión operativa de su presupuesto, su personal, sus compras y sus contratos.
 - 2.3. Profesionalizar la gestión de las organizaciones y centros sanitarios, con procedimientos reglados de selección de directivos, con los objetivos de hacer más eficaz y estable su trabajo, de restar connotaciones partidarias en estos puestos y contribuir a legitimar más su papel en las organizaciones.
 - 2.4. Basar las decisiones en datos y evidencias, reflejados siempre que sea posible en informes técnicos, adoptando como norma general la realización de informes técnicos sobre los problemas, exponiendo las opciones existentes para su abordaje y justificando la opción que se propone.
 - 2.5. Reforzar las estructuras de asesoramiento y participación profesional para hacer más transparentes e inclusivos los procesos de toma de decisiones, mejorar su calidad, y favorecer la implicación de los profesionales sanitarios con sus instituciones.

2.6. Promover mayor autonomía y capacidad de respuesta para las organizaciones sanitarias, a todos los niveles, empezando por la propia organización de los Servicios Autonómicos de Salud, frecuentemente encorsetados en sus capacidades de decisión, explorando las fórmulas jurídicas y organizativas más adecuadas para ello, aprendiendo de la experiencia acumulada en los Servicios de Salud de varias CCAA. Esta autonomía ha de incluir aspectos de gestión económica, de gestión de personal con medios para motivar y premiar la excelencia profesional y la dedicación extraordinaria, así como corregir incumplimientos, al igual que capacidad para innovar y evaluar los resultados.

2.7. Cerrar la brecha entre directivos y profesionales de la salud. Se debe fomentar la asunción de funciones gestoras por parte de los profesionales de la salud, así como de enfoques epidemiológicos, de salud pública y de gestión clínica por parte de los directivos de instituciones sanitarias. Los problemas de salud y enfermedad obedecen a condicionantes y tienen desarrollos específicos que deben ser conocidos y tenidos en cuenta por gestores y políticos.

2.8. Promover una cultura de buenas prácticas y de ética profesional con el desarrollo de normativas en pro de una buena gobernanza, que entre otros puntos incluyan: obligaciones de transparencia y publicidad activa; códigos éticos y de conducta, sistemas de buenas prácticas, normas y procedimientos operativos estandarizados; regulación de los conflictos de interés; protección de denunciantes (*whistleblowers*), etc. Todo ello formando parte de una estrategia de buena gobernanza y de prevención del fraude y la corrupción en sanidad.

3. Rediseñar una nueva arquitectura institucional para el conjunto del SNS basada en la cogobernanza, la cooperación y la coordinación de las CCAA entre sí y con el Ministerio de Sanidad.

3.1. Mejorar la cooperación y coordinación interautonómica. La pandemia ha puesto de relieve las dificultades en la coordinación entre las CCAA y el Ministerio de Sanidad a la hora de proponer y hacer operativas políticas sanitarias comunes, así como para disponer de la información necesaria en situaciones de crisis. Por ello, es necesario establecer un nuevo marco de cooperación y coordinación en el SNS.

3.2. Repensar la institucionalidad actual del Consejo Interterritorial del SNS para dotarle de capacidades adicionales como órgano colegiado del nuevo cogobierno de la sanidad española, de modo que pueda impulsar eficazmente la cooperación y la coordinación de las autoridades sanitarias de las CCAA y los Servicios Autonómicos de Salud entre sí y con el Ministerio de Sanidad, en un escenario de colaboración interinstitucional y lealtad renovadas entre las administraciones sanitarias españolas.

3.3. Estudiar la modificación del reglamento de funcionamiento del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, para la mejora de su coordinación y eficacia.

3.5. Desarrollar modelos de gestión más funcionales, revitalizando el trabajo en red, con alianzas funcionales y flexibles en función de la demanda entre los establecimientos de salud de un mismo territorio.

4. Reforzar al Ministerio de Sanidad para que pueda desempeñar con efectividad sus funciones en un sistema descentralizado.

4.1. Dotar al Ministerio de Sanidad de recursos adicionales, de personal, económicos, tecnológicos, así como de capacidades para atender a la especificidad del sector sanitario dentro de la Administración pública, de modo que pueda incorporar el talento científico-profesional especializado que precise, tanto del SNS como de la universidad e

instituciones de investigación, para liderar y coordinar la política sanitaria española y participar activamente en la política sanitaria de la UE y de las organizaciones sanitarias internacionales.

4.2. Fortalecer algunas funciones horizontales esenciales al servicio del SNS que desarrolla el Ministerio de Sanidad, para incrementar su capacidad técnica, dotándolas de personalidad y autonomía, haciendo además posible que las CCAA, a través del Consejo Interterritorial del SNS puedan participar en sus órganos colegiados de gobierno. Entre las funciones a fortalecer con un estatus especial cabe destacar el Sistema de Información del SNS, la Ordenación Profesional y las actividades relacionadas con la Calidad y la Evaluación.

5. Actualizar la legislación sanitaria de ámbito nacional y autonómico, adaptándola a las propuestas de la Comisión de Reconstrucción

5.1. Elaborar un calendario de reformas legislativas derivadas de las propuestas de la Comisión, priorizando aquellas reformas que tengan un impacto más directo, especialmente en dos ámbitos:

(1) en la preparación para afrontar un posible rebrote de la pandemia covid-19, y cualquier otro tipo de epidemia o catástrofe;

(2) para mejorar las condiciones de trabajo y de contratación de los profesionales del SNS, con el objetivo prioritario de acabar con la temporalidad estructural del actual sistema.

6. Crear una subcomisión o grupo de trabajo parlamentario para el seguimiento de los acuerdos en materia sanitaria en el seno de las Cortes Generales, para abordar desde el consenso político los retos necesarios para hacer sostenible el Sistema Nacional de Salud del futuro y asegurar una sanidad pública que responda a las necesidades y demandas de la ciudadanía y de los profesionales sanitarios.

TEMA 2. RECURSOS HUMANOS Y PROFESIONALES.

Los profesionales sanitarios son el gran activo del Sistema Nacional de Salud (SNS) y de cualquier sistema sanitario. La crisis de la pandemia COVID-19 ha vuelto a poner de manifiesto la excelencia, profesionalidad, dedicación y entrega de todo el personal sanitario del SNS, mostrando, además, en circunstancias muy difíciles una gran capacidad de adaptación, desempeñando incluso tareas ajenas su especialidad. La deuda contraída por la sociedad española con sus sanitarios debe honrarse con un compromiso de mejora de sus condiciones de trabajo. Necesitamos movilizar tanto políticas generales de gestión de personal, como otras más específicas orientadas a la dimensión del profesionalismo. Al mismo tiempo, esta crisis ha agudizado los ya conocidos e importantes problemas en las condiciones laborales de los profesionales sanitarios y los retos pendientes. La normativa laboral del SNS presenta múltiples problemas y desajustes, como lo muestran los niveles inaceptables de temporalidad (cerca del 50% en alguna Comunidad Autónoma). Por otro lado, como consecuencia de las medidas tomadas durante la pasada crisis económica, se ha producido una importante pérdida de puestos de trabajo, una notable pérdida de poder adquisitivo y un incremento de la emigración en determinadas profesiones.

El reto es diseñar y poner en marcha un nuevo modelo de relación profesional en el SNS que capte y retenga talento, que incentive la práctica bien hecha, que favorezca al profesional con fórmulas que permitan flexibilidad, conciliación, y adaptación a sus preferencias, haciendo posible que los centros sanitarios puedan hacer verdaderas políticas de personal. Se precisan fórmulas flexibles y eficaces para atender necesidades cambiantes, incorporar profesionales altamente cualificados, cubrir zonas rurales y otros puestos de difícil cobertura, etcétera. Además, es importante tener en cuenta que en los entornos profesionales la retribución económica es sólo un elemento de la compensación laboral. Se requieren incentivos no solo monetarios, también fomentar la investigación, la formación continuada, la docencia, y el desarrollo profesional con especial cuidado en la atención primaria y la medicina de familia y la enfermería comunitaria. Reconocimiento de los profesionales de la salud pública y el SNS. El objetivo es que lo individualmente atractivo coincida con lo socialmente deseable.

Las nuevas políticas de personal deben acabar con la temporalidad estructural y la precariedad. Las propuestas que más abajo se detallan pretenden, en primer lugar, poner fin en el sistema sanitario público a la precariedad y temporalidad que tan negativamente afectan al personal, pero también a los pacientes, impidiendo la necesaria continuidad de la atención. La precariedad y temporalidad desincentivan a los profesionales y son dos de los factores más decisivos que fuerzan a emigrar y en muchos casos expulsan a los profesionales del sistema sanitario público. Para ello se proponen procedimientos ágiles, justos y transparentes para la cobertura de vacantes, con el objetivo de reducir drásticamente la precariedad y la temporalidad, así como recuperar a muchas y muchos de los profesionales que emigraron.

Otras propuestas tienen como objetivo ayudar a que las administraciones sanitarias mejoren la planificación de la formación de los recursos humanos del SNS, impulsar la formación continuada de los profesionales de la salud, revisar el número y las características de las plantillas de los servicios autonómicos y los establecimientos de salud, impulsar políticas activas en pro de la igualdad de género, establecer instrumentos de gestión y modelos retributivos que incentiven y garanticen un nivel de digno, recuperar a muchas y muchos de los profesionales que emigraron, reforzar los pilares del compromiso ético y el profesionalismo, revisar el Estatuto-Marco y el Estatuto Básico del Empleado público, y seguir desarrollando la Ley de Ordenación de las profesiones sanitarias para permeabilizar las relaciones entre las profesiones médicas y de enfermería, evitando los compartimentos estancos.

Propuestas de resolución:

7. Actualizar tanto la regulación como el funcionamiento en la práctica del sistema de contratación de personal sanitario por los Servicios Autonómicos de Salud para acabar con la temporalidad y la precariedad
 - 7.1. Priorizar con carácter urgente medidas para acabar drásticamente con la precariedad laboral y la temporalidad estructural, no solo con medidas puntuales y coyunturales, sino con una regulación que establezca mecanismos permanentes de cobertura de puestos, evitando tener que recurrir a contratación temporal para cubrir vacantes estructurales. Para ello es necesario actualizar con carácter urgente el sistema de selección de profesionales sanitarios, y en particular para las especialidades médicas, habilitando un sistema abierto y permanente que combine una prueba nacional periódica de competencias (board), con una selección local por concurso, de adaptación a perfil y puesto, posibilitando que la mayoría de las vacantes (por ejemplo, jubilaciones) se puedan reponer antes de producirse. Con ello se reduciría mucha complejidad y conflictos, evitando los enormes daños personales, familiares e institucionales asociados a la temporalidad, así como el actual sistema de dilatados y conflictivos concursos-oposiciones masivos y de periodicidad errática, con correlato de empleo precario y arbitrariedad local en las coberturas temporales.
 - 7.2. Introducir la posibilidad de fórmulas contractuales y retributivas orientadas para hacer atractivo el ejercicio profesional en las zonas rurales y otros puestos de difícil cobertura, teniendo en cuenta que la retribución económica es sólo un elemento de la compensación de los profesionales, y posibilitando que las organizaciones sanitarias tengan margen operativo para hacer políticas de personal.
 - 7.3. Establecer instrumentos de gestión de recursos humanos y modelos retributivos suficientes que incentiven adecuadamente a los profesionales sanitarios, garanticen un nivel de vida digno, fomenten su participación en las decisiones y faciliten su identificación con los objetivos estratégicos de los servicios autonómicos y los establecimientos de salud. No se pueden tener servicio de salud de primera categoría con retribuciones de tercera.
 - 7.4. Establecer los mecanismos e incentivos necesarios para recuperar a muchos profesionales sanitarios que emigraron durante los años de la crisis económica, así como para facilitar el movimiento y la promoción de los profesionales sanitarios entre los distintos servicios autonómicos de salud.
 - 7.5. Aplicar fórmulas de contratación similares a las de los clínicos para los especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública y otros profesionales de las Administraciones central y autonómicas para hacer más atractivo el trabajo y la carrera profesional en salud pública, en epidemiología, salud laboral, sanidad ambiental, etc.
8. Impulsar políticas de planificación y desarrollo profesional en el SNS para su implementación por parte de las autoridades competentes
 - 8.1. Trabajar de forma continuada y conjunta entre las autoridades de salud y las autoridades educativas para planificar las formaciones de pregrado, posgrado y continuada de los profesionales sanitarios de forma integrada de modo que se puedan atender las necesidades cuantitativas y cualitativas del sistema de salud de forma

planificada evitando de ese modo desajustes y “cuellos de botella” entre la oferta y la demanda.

- 8.2. Regular e incentivar la formación continuada de los profesionales sanitarios durante toda su vida profesional. Ello es una garantía inexcusable de la calidad y la seguridad asistenciales, por lo que la formación continuada debe fomentarse, tutelarse y financiarse por las administraciones sanitarias. En este propósito ha de contarse con la participación de las universidades y los colegios profesionales.
- 8.3. Revisar el número y el tipo de profesionales que configuran las actuales plantillas de los establecimientos de salud con vistas a revisar su adecuación a las necesidades actuales y previsibles en el mediano plazo de acuerdo con los horizontes demográficos y poblacionales, y las necesidades y demandas sanitarias de la sociedad, con particular atención a las dotaciones del personal de Salud Pública de las Comunidades Autónomas y del Ministerio de Sanidad y consensuando los ratios en el CISNS. Aumentar con carácter general las plantillas de la sanidad pública hasta situarnos en la media de médicos/as y enfermeros/as por habitante de los países desarrollados. Se debe llevar a cabo una planificación a medio plazo sobre las necesidades de profesionales en Atención Primaria basadas en indicadores de la población (envejecimiento, ruralidad, vulnerabilidad social y económica, dispersión, etc.). Aumentar también las plazas de MIR, EIR, BIR, etc., y retomar las auditorías de la formación postgraduada.
- 8.4. Impulsar políticas activas en pro de la igualdad de género, y de la conciliación de la vida laboral y personal, tanto en los niveles directivos de los centros y establecimientos sanitarios como de los niveles de dirección de los servicios autonómicos, Consejerías y Ministerio de Sanidad, para revertir una situación según la cual la gran mayoría de profesionales y trabajadores de la salud son mujeres y la gran mayoría de los decisores políticos y gerenciales son hombres.
- 8.5. Reforzar los pilares del compromiso ético y el profesionalismo de los profesionales sanitarios: primacía del bienestar del paciente, su autonomía y la obligación que corresponde a los profesionales de contribuir a una distribución justa de los recursos disponibles y del bienestar, impidiendo al mismo tiempo la discriminación, los conflictos de intereses y otros comportamientos inapropiados.
- 8.6. Seguir desarrollando la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias para permeabilizar la relación entre las especialidades tanto médicas como de enfermería, evitando el crecimiento de compartimentos estancos, promoviendo las áreas de capacitación específica y las pasarelas necesarias que permitan compatibilizar las ventajas de la subespecialización con las de la troncalidad y la cooperación entre las especialidades.
9. En colaboración con las comunidades autónomas, poner en marcha un Plan de recuperación por síndrome de “burnout” o síndrome de estrés postraumático de los profesionales sanitarios, tras la crisis sanitaria derivada de la COVID19.
10. En colaboración con las comunidades autónomas, poner en marcha un Plan de formación en gestión y atención en epidemias –específicamente Covid19- a equipos sanitarios.
11. Aumentar el número de plazas de formación sanitaria especializada en los territorios que así lo requieran.

12. Establecer planes estratégicos de gestión del personal que permitan reforzar las plantillas en momentos de máxima tensión del sistema asistencial.

TEMA 3. ATENCIÓN PRIMARIA Y DE SALUD

En la fase aguda de la pandemia covid-19 la Atención Primaria (AP) del SNS supo transformarse con celeridad para atender la explosión de demanda de pacientes con sintomatología compatible con la infección, poniendo en marcha la consulta telefónica generalizada y creando circuitos específicos para pacientes sospechosos. Ello, junto la receta electrónica y cambios en las bajas laborales, permitió atender una parte importante de la demanda habitual de los Centros de Salud.

En esta fase de desescalada de la pandemia su papel es, si cabe, más crítico, pues de la AP depende críticamente la detección de casos nuevos de covid-19, su seguimiento y control, el seguimiento de las personas convalecientes, y la conexión con Salud Pública para el “rastreo” de contactos (identificación, evaluación, confinamiento, seguimiento y control de la persona afectada y sus contactos). Todo ello además de atender las patologías no Covid.

Los principales problemas de la AP, incluyen: (1) infradotación presupuestaria que ocasiona déficit de personal para hacer frente a las necesidades; (2) Alto nivel de precariedad laboral, negativa tanto para los profesionales como para los pacientes que pierden la continuidad de la atención médica y de enfermería; (3) déficit de instalaciones y locales de consultas en no pocas grandes ciudades que obliga a trabajar a turnos a muchos Equipos de AP; (4) Burocratización de las consultas por gestión de procesos que podrían ser resueltos de otro modo; (5) Sobrecarga asistencial tanto por ratios altos de población/profesional, como por déficit de personal con perfiles adecuados a las necesidades (administrativos, trabajadores sociales, TCAES, fisioterapeutas, etc.); (6) Dificultades de conciliación, debido al trabajo en turnos fijos de muchos Centros de Salud urbanos; (7) déficit de pediatras en muchos Centros de Salud sin que se aborden soluciones de fondo, y (8) Una organización y funcionamiento muy rígidos y uniformes, con falta de autonomía tanto de los profesionales como de los Equipos. Estos problemas se han traducido en demoras inaceptables para prestar atención en consulta en muchos lugares.

Para abordar estos y otros problemas el Ministerio de Sanidad puso en marcha en 2019 Marco Estratégico para la AP y Comunitaria aprobado por el Consejo Interterritorial del SNS. Este documento sigue siendo un referente estratégico para mejorar y fortalecer la AP. Su implementación, sin embargo, con la excepción de algunos cambios normativos de personal, es casi en su totalidad responsabilidad de los Servicios de Salud de las CCAA.

A corto plazo, la AP precisa una inyección rápida y selectiva de recursos, para reforzar su personal y expandir sus servicios en dos áreas que la pandemia covid-19 ha mostrado como prioritarias: (1) la atención a las residencias de mayores y de personas con discapacidad y (2) la atención domiciliaria, sobre todo en cuidados de enfermería.

Además, una vez se haya conseguido superar el actual brote pandémico, la AP ha de ser capaz de incorporar las lecciones aprendidas y transformar en permanentes aquellos cambios estructurales y organizativos impulsados durante este período y que han introducido mejoras significativas. Entre ellos, destacan la autoorganización y cogobernanza de los Centros de Salud, que es viable y ofrece muchas ventajas y, además, es un claro elemento de motivación para los profesionales, la desburocratización de la actividad para centrarse en atender a los pacientes y sus familias, así como el empleo de las tecnologías de la información y la comunicación para mejorar el seguimiento y la atención.

Propuestas de resolución:

13. Reforzar con carácter urgente a la Atención Primaria para asumir funciones de vigilancia y epidemiología de campo frente al COVID-19. La Atención Primaria precisa una inyección rápida e inteligente de recursos humanos y también tecnológicos. Ubicar una parte operativa del llamado “rastreo” de contactos en la primaria es lo más eficiente, porque por su

capilaridad llega a todos los rincones de España, y porque su componente comunitario les permite activar la intervención en domicilios, empresas, colegios y residencias. Este incremento de recursos debería conceptualizarse como una inversión y reforzamiento para capitalizar establemente las funciones poco desarrolladas, como la atención domiciliaria y el componente comunitario de la AP.

14. Desarrollar e implementar el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria aprobado por el Consejo Interterritorial del SNS.

14.1. Reforzar la oficina de Atención Primaria en el Ministerio de Sanidad para seguimiento del desarrollo de la AP, en colaboración con un Grupo de Trabajo de Atención Primaria vinculado al Consejo Interterritorial, que sirva de referencia para el conjunto del SNS con el propósito de liderar, acompañar y evaluar la implementación del Marco Estratégico para la AP y Comunitaria, así como los cambios, innovaciones y resultados de este nivel de atención.

14.2. Acordar a nivel del Consejo Interterritorial del SNS objetivos e indicadores comunes de servicios en Atención Primaria que tengan en cuenta las particularidades de cada territorio y sirvan tanto para organizar los recursos necesarios como para la rendición de cuentas y la evaluación. Entre estos objetivos cabe incluir: (1) garantías de tiempos de atención, por ejemplo, el porcentaje de pacientes que puedan obtener una cita médica no-urgente a las 48h o 72h de haberla solicitado; (2) indicadores de satisfacción, por ejemplo: porcentaje de pacientes que creen que han tenido el tiempo real de atención en consulta que precisaban según sus necesidades; (3) indicadores cobertura de la atención domiciliaria, (4) indicadores de la atención prestada a personas en residencias sociosanitarias. El conjunto de indicadores comunes debería ser de dominio público y sin enmascaramiento de las CCAA, para fomentar la comparación, la transparencia y la rendición de cuentas.

15. Reforzar los recursos de la Atención Primaria de Salud como pilar esencial del Sistema Nacional de Salud.

15.1. Incrementar los recursos dedicados a Atención Primaria de modo que se cubran adecuadamente los objetivos asistenciales, tanto los que corresponden habitualmente a este nivel de asistencia, como las nuevas necesidades derivadas de la pandemia covid-19.

15.2. Impulsar en cada Comunidad Autónoma un Plan Estratégico de Atención Primaria, con objetivos de corto y mediano plazo en provisión de servicios y resultados en salud, que permita planificar los recursos humanos y materiales necesarios, dotarlos adecuadamente, así como reorganizar los servicios dotando de un nivel adecuado de autonomía a profesionales, equipos y centros.

15.3. Dar un gran impulso a la Enfermería Familiar-Comunitaria para incrementar los cuidados sanitarios de atención domiciliaria sobre todo en la atención a pacientes crónicos, convalecientes, encamados, ancianos frágiles, situaciones de postparto, y pacientes con necesidades especiales, en coordinación con los cuidadores familiares, con los equipos de enfermería hospitalaria y con los Servicios Sociales. Y muy especialmente para cubrir adecuadamente las necesidades de atención en las residencias sociosanitarias.

15.4 Optimizar el valor del Trabajo Social en salud, a fin de cubrir su objetivo (facilitar una buena salud, prevenir la enfermedad y ayudar a los enfermos y a sus familias a resolver los problemas sociales y psicosociales relacionados con la enfermedad). El Trabajo Social en salud persigue detectar y dar cobertura a los condicionantes sociales que afectan al estado de la salud. Es una profesión que garantiza la continuidad asistencial sociosanitaria, estableciendo mecanismos de coordinación con los Servicios Sociales para garantizar dicha continuidad.

15.5. Ampliar los ratios de Trabajadores Social por Centro de Salud.

15.6. Reforzar la atención fuera de horas y urgente como parte del trabajo de los Equipo de Atención Primaria. La mayoría de las urgencias pueden resolverse en el Centro de Salud, especialmente si es el médico personal el que atiende a una consulta o una teleconsulta, contribuyendo con ello a la continuidad de la atención, a dotar de recursos adicionales a la AP y a un mejor servicio dentro y fuera del horario habitual de los Centros de Salud, descargando con ello a las urgencias hospitalarias de pacientes que precisan acudir a ellas.

15.7. Desarrollar un Plan urgente de digitalización sanitaria en Atención Primaria, de manera se incorpore la telemedicina y la atención telefónica al funcionamiento normalizado de los Centros de Salud. La experiencia de atención telefónica durante la crisis covid-19 ha mostrado las ventajas de utilizar las TIC y medios de comunicación modernos en la AP. Consolidar esta experiencia mejorará la accesibilidad de los pacientes a sus profesionales y facilitará a éstos su trabajo, así como la intercomunicación con otros niveles asistenciales.

15.8. Incrementar la resolutividad de la Atención Primaria, para que a este nivel se pueda resolver la inmensa mayoría de los problemas de salud, facilitando el acceso a pruebas y a consultas con otros médicos de primaria y con los especialistas, dotando las sustituciones y refuerzos necesarios, incluido el apoyo administrativo y tecnológico, así como medidas para la desburocratización de las consultas. En el contexto de esta pandemia, el acceso a pruebas diagnósticas (moleculares y serológicas) del SARS-CoV2 es esencial y debe estar garantizada, y los circuitos de remisión deben poder contar con los resultados lo antes posible para iniciar las acciones de control clínico y epidemiológico.

15.9. Incluir el objetivo de “un médico / un local de consulta” en el Plan Estratégico de Atención Primaria de los Servicios de Salud. Este objetivo es esencial para dignificar el trabajo profesional del médico de AP y sobre todo para poder dotar de flexibilidad horaria a su consulta y poder superar los problemas del trabajo a turno fijo de tarde (14-21h) que tanto dificulta la conciliación familiar y aleja de la AP a muchos profesionales.

15.10. Reforzar los Equipos de Atención Primaria con personal administrativo con formación sanitaria, por su gran contribución a la desburocratización de las consultas, a la conexión a distancia entre los centros de salud y las familias, y a la atención personalizada de los pacientes.

16. Medidas para abordar la precariedad laboral y cubrir puestos poco atractivos.

16.1. Hacer de la estabilidad en el puesto de trabajo un objetivo prioritario de la política de AP tanto para atender con continuidad a los pacientes y a las familias como por el trato respetuoso que se merecen los profesionales sanitarios.

16.2. Organizar la cobertura de vacantes por un sistema que permita cubrir los puestos con antelación a que queden vacantes favoreciendo la coincidencia de al menos un día

entre el médico que se va y el que llega para compartir los problemas asistenciales de la población a su cargo.

16.3. Dotar plazas estables para la cobertura de bajas y sustituciones médicas y de enfermería para favorecer una buena atención a los pacientes y fidelizar a los profesionales con estabilidad en su contratación.

16.4. Habilitar contratos para cubrir de forma estable y solvente aquellos destinos de AP que por diferentes razones son poco atractivos para los profesionales, dotándoles de los incentivos precisos, económicos y profesionales, por equidad para con la población de estas localidades.

17. Impulso a los servicios de Atención Primaria y Comunitaria

17.1. Planificar las necesidades de profesionales de los Centros de Salud teniendo en cuenta indicadores de determinantes sociales de la salud de la población: envejecimiento, ruralidad, vulnerabilidad social y económica, dispersión, desempleo, contaminación, etc., con especial atención a la figura del Trabajador Social.

17.2. Garantizar infraestructuras y equipamientos que permitan que los Centros de Salud dispongan de los espacios físicos para educación sanitaria y para actividades relacionadas con la salud comunitaria, incorporándolas como parte de las políticas de salud y de la cartera de servicios, incluyendo la prestación de Trabajo Social, en la cartera.

17.3. Fortalecer la comunicación, coordinación y colaboración y regulares con Salud Pública, no solo en esta fase de la pandemia, si no de forma estable para (1) incorporar los datos de actividad de la AP a la vigilancia epidemiológica regular y el consiguiente retorno para orientar los protocolos clínicos y (2) para diseñar y realizar actividades de promoción de la salud y de prevención.

17.4. Desarrollar adecuadamente la Salud Mental Comunitaria.

18. Reordenar la Atención Primaria para atender los centros sociosanitarios y para una mejor coordinación con los servicios sociales.

18.1. Dotar a las residencias de mayores y de personas con discapacidad de unos servicios de Atención Primaria adecuados a las necesidades de los residentes en estos centros ha de ser una prioridad. Esta propuesta reconoce que el derecho de los residentes en estos centros a la cobertura integral por el SNS, adecuados a sus necesidades específicas, así como la deuda que la sociedad ha contraído con ellos en los meses pasados.

18.2. Diseñar e implementar protocolos de coordinación y planes de contingencia entre la Atención Primaria y los servicios sociales generales (Atención Primaria) y especializados (Residencias de Personas Mayores) para una correcta atención a la población residente en centros sociosanitarios y otros grupos de especial vulnerabilidad para responder con agilidad y eficacia a sus necesidades tanto en las próximas etapas de la pandemia, como otro tipo de necesidades sanitarias, tanto en el domicilio como en los centros residenciales.

TEMA 4: SALUD PÚBLICA

Durante años, la política sanitaria española ha tenido un sesgo hacia lo asistencial, descuidando la salud pública en todos sus componentes: protección de la salud, vigilancia epidemiológica, prevención y promoción de la salud y prevención.

La pandemia covid-19, que es una crisis de salud pública, ha requerido un gran esfuerzo por parte de epidemiólogos y salubristas que han estado en primera línea de lucha contra el virus, con gran dedicación y competencia profesional. La pandemia nos ha recordado que sus servicios, aunque invisibles para la sociedad, son vitales para la salud, la seguridad y la economía del país.

En palabras de un antiguo Director General de Salud Pública, “parece que para que progresen los temas de salud pública es necesario que haya problemas, y esto es así probablemente porque ni ciudadanos ni administradores ni gobernantes piensan en ellos hasta que los hay; y los problemas si son de envergadura ponen en marcha acciones que cambian y hacen progresar los mecanismos de protección colectiva de la salud. El síndrome tóxico, la crisis de las “vacas locas” o la crisis de meningitis son ejemplos de ello.”

La pandemia por el SARS-Cov-2 ha evidenciado dramáticamente la importancia de estar preparados, con anticipación a las crisis de salud pública; para afrontarlas, hay que tener personal suficiente, bien formado y organizado. Además, durante los largos períodos interepidémicos, estas estructuras de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica pueden contribuir decisivamente a combatir las otras pandemias silentes que amenazan a nuestra salud ya nuestro bienestar: las “pandemias de la cronicidad” que suponen el grueso de la carga de enfermedad en las sociedades europeas.

Los servicios de Salud Pública fueron las primeras competencias sanitarias transferidas a las CCAA, a principios de los años 80, antes incluso de la promulgación de la Ley General de Sanidad. Con la entrada de España en la UE algunos aspectos importantes de salud pública pasaron a ser de ámbito comunitario (higiene y seguridad de los alimentos, seguridad de productos sanitarios, etc.). La creación en 2004 del Centro Europeo de Prevención y Control de Enfermedades (ECDC), contribuyó a fortalecer la salud pública europea frente a las enfermedades infecciosas, sin restar competencias a los Estados miembros.

Por su parte la ley 33/2011, General de Salud Pública trató de dar respuesta a los retos de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas en materia de Salud Pública. Sin embargo, su desarrollo fue desatendido en múltiples aspectos. Es evidente la conexión entre este fallo institucional y la debilidad para responder adecuadamente al gran reto de salud pública que supone la pandemia covid-19.

De hecho, el RDL 21/2020 reconoce que “la amplitud y gravedad de esta crisis sanitaria han puesto de manifiesto determinadas carencias en la regulación contenida en nuestra legislación ordinaria, al margen de la declaración del estado de alarma, para hacer frente a crisis sanitarias de esta o similar naturaleza”. Existe pues un notable consenso en que la salud pública española necesita un gran refuerzo, tanto a nivel central como en las CCAA. Se impone la necesidad de hacer compatible la configuración autonómica del Estado con la protección de la salud ante fenómenos que requieren una acción conjunta y coordinada, común en todas las demarcaciones administrativo-políticas.

Por otro lado, la crisis COVID-19 ha dejado muy claro que el SNS es parte esencial de la ‘seguridad nacional’, con todas las consecuencias que ello ha de tener.

Propuestas de resolución:

19. Desarrollar e implementar la Ley 33/2011 General de Salud Pública.

19.1. Cumplir en su integridad la Ley 33/2011, realizando con urgencia una evaluación de su implementación hasta la fecha, con recomendaciones concretas para su desarrollo y cumplimiento, así como, en su caso, para actualizar su contenido a la realidad actual en lo que sea necesario.

19.2. Reforzar la Red de Vigilancia en Salud Pública, implementando con urgencia las mejoras que sean precisas para dotar a la vigilancia epidemiológica de instrumentos y tecnologías que faciliten sistemas de alerta precoz y respuesta rápida, con un funcionamiento continuo e ininterrumpido las veinticuatro horas del día.

20. Desarrollar con urgencia un Plan de Emergencias de Salud Pública frente a epidemias y otras crisis sanitarias, incorporando los principios y las experiencias más actuales en preparación de emergencias de salud pública, de acuerdo con lo previsto en los artículos 12 y 13 de la Ley 33/2011.

20.1. Elaborar una normativa legal para atender diferentes situaciones de emergencias de salud pública y sanitarias, por ser un componente esencial de la preparación para estas situaciones, para contar con la infraestructura necesaria para detectar, prevenir y abordar las emergencias.

20.2. Incorporar la seguridad sanitaria como parte de la seguridad nacional, involucrando a todas las administraciones y autoridades implicadas (sanitarias, de defensa, económicas, de protección civil, transportes, etc.).

20.3. Organizar una red nacional de depósitos de reserva de material sanitario estratégico (materiales de protección, EPIs, mascarillas, sustancias desinfectantes, instalaciones de camas de UCIs, respiradores automáticos, etc.), distribuido por el territorio, en coordinación con las CCAA para prevenir su caducidad, incorporando su utilización y reposición al funcionamiento regular de los servicios sanitarios. Priorizar la compra a fabricantes españoles y coordinar la creación de esta reserva con el impulso público al levantamiento de la capacidad industrial local que nos permita fabricar estos materiales a alto ritmo en situaciones de emergencia.

20.4. Crear Equipos de Respuesta Rápida (ERR) y planificar las necesidades de personal requerido en el Plan de Emergencias preparando su formación, organización y entrenamiento periódico, de acuerdo con el artículo 39 de la Ley general de Salud Pública sobre el establecimiento de una red de profesionales sanitarios y equipos que estén en disposición inmediata para actuar en emergencias sanitarias nacionales e internacionales.

21. Fortalecer las estructuras y los servicios de Salud Pública tanto a nivel central como en las comunidades autónomas.

21.1. Dotar al Ministerio de Sanidad de los todos medios necesarios para que la unidad directiva responsable de la Salud Pública y todas y cada una de sus dependencias, especialmente puedan contar con el personal altamente cualificado que precisan.

21.2. Reforzar el nombramiento de los responsables máximos de salud pública a nivel central y autonómico, en tanto que máxima autoridad sanitaria profesional, con un estatus de especial protección de su independencia científico-profesional.

21.3. Desarrollar a nivel de las comunidades autónomas estructuras de salud pública tanto en el nivel central, como descentralizadamente en el territorio (Áreas Sanitarias), dotadas de los medios humanos, tecnológicos y los recursos presupuestarios necesarios para el

desempeño eficaz de sus funciones, tanto de vigilancia epidemiológica, como de manejo de los sistemas de información y de protección y promoción de la salud.

21.4. Establecer los mecanismos de gestión y administrativos necesarios para que las estructuras territoriales de salud pública trabajen de forma intersectorial y en estrecha coordinación y cooperación con las redes de atención primaria de salud.

22. Reforzar la presencia de la salud pública española en las organizaciones internacionales.

22.1. Incluir la 'diplomacia sanitaria' es decir, los temas de salud como un área prioritaria en las orientaciones que informan la política exterior de España por su repercusión en múltiples ámbitos de la sanidad española (patentes de medicamentos, reglamento sanitario internacional, migraciones de profesionales, medio ambiente, higiene y seguridad de los alimentos, etc.).

22.2. Reforzar la representación de España en todos los organismos internacionales de salud contando para ello tanto con personal de la Administración General del Estado, como de las Comunidades Autónomas, las Universidades y de Centros de Investigación.

22.3. Estudiar la inclusión de expertos en política sanitaria y salud pública como Consejeros en aquellas Embajadas de España donde sea importante la actividad de la OMS y otros organismos sanitarios como Naciones Unidas (Ginebra, OMS, GAVI) o en capitales especialmente relevantes como Washington y Pekín.

22.45. Reforzar la cooperación sanitaria internacional de España, para fortalecer los sistemas de salud y prevenir epidemias en los países en desarrollo.

23. Impulsar la formación de especialistas altamente cualificados en Salud Pública, así como la investigación en este campo.

23.1. Impulsar el desarrollo de capital científico-profesional en salud pública, fortaleciendo la Escuela Nacional de Sanidad y otras Escuelas en las CCAA para la formación e investigación avanzadas en epidemiología, promoción de la salud, prevención, sanidad ambiental y ocupacional, economía de la salud, gestión sanitaria, etc., teniendo en cuenta la naturaleza interdisciplinar de la salud pública.

23.2. Reintroducir el Programa de Epidemiología Aplicada de Campo (PEAC), en colaboración con las CCAA para esté incluido en la carrera profesional de los especialistas en salud pública que desarrollan su trabajo en las diferentes administraciones sanitarias.

23.3. Incentivar las vocaciones profesionales médicas a la salud pública con unas fórmulas de contratación y retribución similares a los de los clínicos (régimen estatutario).

23.4. Promover la investigación aplicada a la política y a la práctica de la Salud Pública, en igualdad de condiciones a la investigación clínica y básica biomédica.

24. Mejorar y modernizar el Sistema de Información en Salud Pública, así como dotarlo de indicadores comunes basados, entre otros, en los criterios de la Organización Mundial de la Salud y de la Unión Europea, de manera que las autoridades sanitarias cuenten con sistemas de información robustos y ágiles, que les permitan actuar de manera rápida y contar con toda la información necesaria y actualizada para adoptar las mejores decisiones en cada momento, en el marco de las emergencias sanitarias.

25. Actualizar la Estrategia Nacional de Equidad en Salud.

26. Aprobar un Plan Nacional de Salud y Medio Ambiente.



27. Garantizar el cumplimiento del II Acuerdo en materia de Sanidad.

TEMA 5. INVESTIGACIÓN I+D+I, FÁRMACOS Y VACUNAS

El futuro más deseable de nuestra economía ha de estar basado en la ciencia, la investigación y la tecnología. El sector salud y la biomedicina son un componente muy importante del potencial económico y tecnológico de España, y por ello un campo en el que desplegar con gran potencial las capacidades de nuestro país para avanzar en I+D+i. La pandemia del SARS-CoV-2 ha mostrado que la ciencia y la biotecnología es fundamental para proteger nuestra salud y nuestra economía, desarrollando test para diagnosticar la enfermedad, para seguir su evolución, para encontrarle tratamiento y una vacuna eficaz.

Los avances de la medicina y de los servicios sanitarios modernos son el resultado de descubrimientos científicos e innovaciones tecnológicas aplicados al conocimiento de las enfermedades, a su tratamiento y diagnóstico. Para desempeñar eficazmente su misión el Sistema Nacional de Salud ha de ser capaz tanto de incorporar con racionalidad las innovaciones y tecnologías efectivas que vayan apareciendo, como de desarrollar internamente, e impulsar en el conjunto del país, una cultura de I+D+i que impregne todas sus actividades. Es por ello que el SNS y sus organizaciones en las Comunidades Autónomas han de incorporar una cultura de innovación en todos los ámbitos de sus servicios, desde aquellos más conectados con las ciencias básicas biomédicas y la innovación terapéutica, a la evaluación de la efectividad de las prácticas y tecnologías sanitarias, incluyendo la explotación de los datos de la vida real generados por la actividad asistencial.

La I+D+i en salud abarca un conjunto muy amplio de actividades que van desde las ciencias básicas a la investigación en servicios sanitarios. A todos estos aspectos ha de atender la política pública en I+D+i relacionada con la salud y la biomedicina. Para ello todos los países de nuestro entorno organizan la investigación de salud y biomédica en organizaciones vinculadas a los ministerios de sanidad y de forma muy conectada el sistema de salud. En este sentido nuestro país tiene dos retos importantes (1) fortalecer e impulsar la investigación pública en biomedicina, coordinando adecuadamente los organismos dedicados a ella y (2) integrar a científicos e investigadores en las plantillas de hospitales y centros sanitarios, reconociendo tanto su papel como investigadores como su contribución a los servicios en el diagnóstico de patología de genético molecular, y en acercar los últimos avances científicos y tecnológicos a la práctica clínica. A ello contribuyó decisivamente el programa del ISCIII en 1999 de incorporación de investigadores profesionales al Sistema Nacional de Salud (SNS), aunque pasados 20 años sigue pendiente su incorporación normalizada a los centros.

Por otro lado, la investigación y desarrollo de medicamentos y vacunas es un aspecto nuclear de la I+D+i en salud, en este campo la experiencia internacional ha mostrado las ventajas de una colaboración público-privada orientada a resultados, con transparente y rendición de cuentas.

Propuestas de resolución:

28. Impulsar la I+D+i en salud, incrementando los recursos y favoreciendo sus utilización ágil y eficaz.

28.1. Incrementar gradualmente la inversión en I+D+i en los próximos 5 años hasta el 2% del PIB, de forma que el sistema de I+D+i biosanitario lo vaya absorbiendo paulatinamente. Vertebrar toda la coordinación del presupuesto de investigación biomédica y en general de la I+D+i en salud a través del ISCIII, en cooperación con los sistemas de I+D+i biosanitarios de las CCAA.

28.2. Incrementar los presupuestos dedicados a los proyectos de investigación en salud. Estos se deben articular en torno a las causas más importantes de morbilidad en la población española y responder a hipótesis relevantes de investigación para el SNS.

Promover la investigación en atención primaria y en cuidados de salud (investigación en enfermería)

28.3. Reforzar los instrumentos de investigación traslacional en salud constituidos sobre las áreas más prevalentes de enfermedad, a fin de promover la transferencia de los resultados de investigación a la práctica clínica a través de: a) Institutos de Investigación Sanitaria (IIS), que se nuclean alrededor de los grandes hospitales universitarios en cooperación con las universidades, y otros centros públicos de investigación; y b) Estructuras estables de investigación cooperativa, que están constituidas por grupos de investigación básico-traslacional y grupos de investigación clínica y en salud pública y servicios de salud, dotados de personalidad jurídica propia (Centros de Investigación Biomédica en Red-CIBER), o coordinados (Redes Temáticas de Investigación Cooperativa-RETICS).

28.4. Dotar de financiación estructural a los IIS en un sistema que resulte de la cofinanciación con las CCAA, para que posean suficiencia financiera en el sostenimiento de su estructura científica y de gestión.

28.5. Consolidar la convocatoria de ensayos clínicos no comerciales, incrementando su dotación, que actualmente realiza el ISCIII. Estructurar el apoyo a la investigación clínica independiente a través de la plataforma de ensayos clínicos (SCREN) financiada por el ISCIII.

28.6. Facilitar, en cooperación con las CCAA, las tareas de gestión de la investigación a través de las fundaciones de investigación biomédica que gestionan la investigación en los centros del SNS. Minimizar las barreras y trabas administrativas en su gestión.

28.7. Refuerzo del Plan para el Abordaje de las Terapias Avanzadas en el SNS y la Estrategia de Medicina Personalizada o de Precisión para garantizar la equidad en el acceso a la innovación, impulsar la investigación pública y la fabricación propia de los nuevos medicamentos CART contra el cáncer en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, en unas condiciones que garanticen los estándares de calidad.

29. Reforzar la colaboración público-privada con la industria farmacéutica y biotecnológica

29.1. Crear a través del ISC III una plataforma de vacunas, que asocie a los principales grupos de investigación del SNS, las Universidades, las OPIs y la industria farmacéutica y biotecnológica, en un esquema de colaboración público-privada.

29.2. Fomentar los ensayos clínicos en el SNS, reforzando la cooperación existente la industria farmacéutica para (1) tratar de acortar los tiempos de ejecución de los contratos y favorecer el reclutamiento de pacientes en los centros del SNS, (2) Implicar eficazmente con transparencia y rendición de cuentas a profesionales y centros sanitarios.

29.3. Fomentar la innovación en procesos productos y servicios, junto con la industria farmacéutica y biotecnológica y en tecnologías médicas y sanitarias, a través de la plataforma de innovación en tecnologías médicas y sanitarias del ISC III (ITEMAS).

30. Reforzar las capacidades científicas y de investigación de los centros del Sistema Nacional de Salud integrando a científicos en sus plantillas.

30.1. Incrementar los RRHH en investigación en salud a través de las convocatorias del ISCIII tanto en el eje básico-traslacional (contratos predoctorales PFIS, postdoctorales Sara Borrell y contratos de investigadores Miguel Servet), como en el eje clínico (contratos postFSE Río Hortega y contratos Juan Rodés para especialistas-investigadores).

30.2. Establecer junto con las CCAA una carrera profesional para los investigadores en el SNS, tanto en el eje básico-traslacional como en el eje clínico. Consolidar un sistema de

cofinanciación y de estabilidad para los tramos finales de dichas carreras (contratos Miguel Servet y Juan Rodés).

30.3. Promover el tiempo protegido para la investigación para aquellos profesionales sanitarios que tienen que simultanear actividades asistenciales con las de investigación. Utilizar los programas de intensificación de la actividad investigadora del ISCIII y de la CCAA para la liberación parcial de las tareas asistenciales con el objetivo de poder desarrollar los proyectos de investigación.

30.4. Establecer un programa de consolidación de los investigadores contratados a través de los programas Miguel Servet y Juan Rodés en el SNS, en cooperación con las CCAA, los sindicatos de profesionales y las fundaciones del SNS. Establecer en la nueva legislación laboral las particularidades de la contratación en la investigación, de forma que les sea aplicable una normativa específica, y no solo las modalidades contractuales de la Ley de la Ciencia y del actual Estatuto de los Trabajadores.

30.5. Extender la categoría estatutaria de “Facultativo Especialista Investigador” (ya incorporada al catálogo estatal de categorías estatutarias del SNS, Orden SSI/2420/2015, por la administración del País Vasco, donde ha sido empleada para la estabilización de los investigadores hospitalarios), para que se pueda usar por todas las CC.AA.

30.6. Dotar y convocar las plazas estatutarias, en esta categoría y en las correspondientes que ya existen para titulaciones (técnico de laboratorio, etc.) para incorporar al personal investigador estable en las plantillas de los centros del SNS.

31. Integrar los principales retos en Salud que deben ser abordados a través de la ciencia, la tecnología y la innovación en España siguiendo las líneas marcadas en Horizonte Europa (Cluster Health), en el marco del diseño del Plan Estatal de I+D+I, y en particular de la Acción Estratégica en Salud, así como de los planes de I+D+I de las CCAA identificando aquellas áreas y subáreas que nuestro país deba atender con mayor intensidad por sus necesidades específicas, sus capacidades, y/o inadecuada financiación previa.

TEMA 6. TRANSFORMACIÓN DIGITAL

Según el informe del Foro Económico Mundial de 2016 para el ámbito sanitario, la introducción de servicios digitales estará entre los factores más importantes para una transformación de la sanidad en los próximos años que permita mejorar el acceso y la calidad de la asistencia reduciendo (o al menos manteniendo) los costes. Entre las promesas de la transformación digital de la sanidad se encuentra el poder ofrecer una asistencia verdaderamente centrada en el paciente y basada en el valor aportado, fomentando la transición del modelo desde la curación a la prevención, desde la reactividad a la proactividad. Todo lo cual está en línea con las recomendaciones de la Comisión Europea en su Comunicación sobre “la transformación digital de la salud y los cuidados en el mercado único digital: empoderamiento de la ciudadanía y construcción de una sociedad más saludable”.

Por otro lado, los nuevos paradigmas de la medicina como la asistencia sanitaria basada en el valor, o la Medicina Personalizada y de Precisión están fuertemente basados en las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC) y muy especialmente en el análisis masivo de datos.

En los últimos años, España ha avanzado mucho en la incorporación de las tecnologías digitales en el sistema sanitario. Las Comunidades Autónomas han dedicado bastantes recursos a la adquisición de tecnologías digitales, tanto para su funcionamiento interno, como para mejorar sus sistemas de diagnóstico y tratamiento, como para relacionarse con sus pacientes. En algunas ocasiones también han puesto en marcha, junto con el Gobierno de España, iniciativas para crear entornos de cooperación que han permitido el desarrollo de la receta electrónica interoperable, o la historia clínica digital, ambas operativas en la práctica totalidad del territorio nacional, proyectos que han mostrado la eficacia y utilidad de la colaboración interadministrativa.

Ahora es el momento de reforzar esta cooperación y de aumentar la ambición de los proyectos colectivos a la vez que se aumenta la autonomía de las partes. Esto requiere diseñar una hoja de ruta, que fije objetivos comunes, establezca mecanismos de gobernanza y cooperación, proporcione los recursos necesarios, y cree los mecanismos para supervisar y revisar los resultados obtenidos y la propia hoja de ruta. Un sistema que permita la difusión de las mejores prácticas de todas las Comunidades Autónomas; que permite el trabajo colaborativo entre aquellas CCAA que así lo deseen, entre ellas y con el Gobierno de España; que facilite la cooperación internacional y la creación de espacios de co-creación entre el sector público y el sector privado, así como con los primeros destinatarios de estos servicios, la ciudadanía.

La obvia importancia de las TIC en el futuro de la sanidad exige establecer una estrategia para la transformación digital del Sistema Nacional de Salud (SNS), acompañada de los instrumentos organizativos y de gobernanza para su adecuada implementación, siendo esta la propuesta central para avanzar en este campo en España.

Propuestas de resolución:

32. Poner en marcha una Estrategia Nacional de Transformación digital del Sistema Nacional de Salud.

32.1. La Estrategia deberá estar liderada por el Ministerio de Sanidad, de la manera más abierta, transparente y participativa posible, en coordinación con las CCAA y con la participación de los sectores y actores implicados.

32.2. El objetivo de la estrategia es mejorar la capacidad de respuesta del Sistema de Protección de la Salud, asegurando su adecuación a las necesidades existentes, a los medios disponibles y a las expectativas sociales. La estrategia debe dar servicio a una sociedad cada vez más conectada digitalmente y debe sustentarse en la capacidad transformadora de las TIC como elemento de desarrollo sin precedentes de las competencias personales, profesionales y sociales en materia de salud.

32.3. Para llevar a cabo esta transformación, se priorizarán soluciones de software libre y código abierto, garantizando la soberanía tecnológica desde lo público, evitando situar en manos privadas infraestructuras digitales estratégicas y protegiendo al máximo los datos sanitarios de los ciudadanos y su privacidad.

33. La Estrategia contendrá, al menos, los siguientes elementos:
- Situación actual del desarrollo digital del sistema sanitario en España
 - Identificación de los principales problemas del sistema sanitario donde las tecnologías digitales pueden aportar valor.
 - Identificación de los principales ámbitos de actuación para impulsar la transformación digital del sistema sanitario español.
 - Actuaciones concretas a desarrollar, indicando responsabilidades, presupuestos y calendarios de actuación.
 - Estructura de gobernanza y marcos de cooperación interinstitucional en marco del SNS de los Servicios Autonómicos de Salud entre sí y con el Ministerio de Sanidad.
34. Crear una unidad directiva de alto nivel dependiente del Ministerio de Sanidad para liderar la transformación digital en el SNS, para coordinar la elaboración y el seguimiento posterior de la Estrategia Nacional para la Transformación Digital de la Sanidad se requiere de la creación de una organización diferenciada, con el conocimiento sectorial específico y la capacidad suficiente para desarrollar sus funciones en colaboración con otras organizaciones y estructuras públicas de la Administración central y con las áreas de TIC de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas.
- 34.1 Realizar el seguimiento de las soluciones TIC aplicadas al entorno sanitario, tanto en España como en otros países, para incorporar las innovaciones e impulsar y evaluar experiencias piloto.
- 34.2. Realizar el inventario y evaluación periódica de los activos y capacidades sanitarias TIC del SNS para difundir experiencias exitosas de los servicios autonómicos de salud, y de los centros sanitarios del SNS.

TEMA 7. COORDINACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

La pandemia covid-19 ha golpeado de manera especialmente intensa las residencias sociales, en especial las residencias de mayores. En ellas el coronavirus ha encontrado condiciones óptimas para su desarrollo, por ser sus residentes especialmente vulnerables (edad avanzada, patologías crónicas, dependencia, deterioro cognitivo), por sus condicionantes institucionales (espacio físico limitado, contacto estrecho, actividades comunes, prácticas de cuidados), y finalmente por la dificultad de manejar la enfermedad covid-19 (falta de personal, dificultad de aislar a los afectados, falta de material de protección y de atención sanitaria). A estas circunstancias, se ha unido el contacto frecuente con cuidadores, visitantes y otras personas del exterior, la transmisión asintomática de este coronavirus y el no haber anticipado a tiempo que el elemento fundamental de protección era impedir la entrada del virus a las residencias. El resultado es un gran número de contagiados y fallecidos, a los que la sociedad debe, cuando menos, el compromiso de una mejora radical de la situación de las residencias y, especialmente, de la atención sanitaria de las personas que viven en ellas.

El panorama de las residencias en España es muy complejo y variado. Según datos del CSIC de abril 2017 372.872 personas mayores de 65 años vivían en las 5.417 residencias registradas. De ellas el 71% son privadas y el 29% públicas de las cuales el 75% han externalizado su gestión. Son las Comunidades Autónomas las responsables de la autorización, supervisión supervisión directa, vigilancia y control.

Antes de la pandemia eran ya muy frecuentes las denuncias por deficiencias en la atención a los residentes, por falta de supervisión y control, junto con malas condiciones laborales, bajos salarios, alta rotación y baja cualificación del personal. Además, existían notables deficiencias en los sistemas de inspección y control de las residencias privadas y públicas por parte de las administraciones responsables. A esto se añade que una, una gran mayoría de las residencias de mayores carecen de una coordinación adecuada con la sanidad pública, especialmente con la atención primaria. Todo ello apunta a la necesidad (obligación) de repensar a fondo la atención a las personas mayores en todas sus dimensiones.

A corto plazo y desde la perspectiva de salud pública, las residencias de mayores seguirán siendo durante los próximos meses centros algo riesgo sanitario, donde es especialmente prioritario evitar rebrotes, lo que exige tomar medidas claras y urgentes para detener la epidemia a las puertas de las residencias mayores.

Como planteamiento general, las personas de edad avanzada deben tener acceso a con todas las garantías a la atención del SNS, adecuada a sus necesidades específicas, vivan donde vivan. No se trata de convertirlas en hospitales de crónicos, ni de “medicalizarlas” sino de que dispongan de las condiciones indispensable para acoger a sus residentes con la debida seguridad sanitaria.

Propuestas de resolución:

- 35 Elaborar planes de contingencia para prevenir y abordar posibles situaciones de rebrotes derivados de la expansión del virus SARS-Cov 2 u otras circunstancias similares, con el objetivo de organizar y planificar con antelación las actuaciones necesarias para garantizar el derecho a la salud de las personas institucionalizadas en centros residenciales. En dichos planes de contingencia, se establecerá como principio la derivación de los residentes al Sistema Nacional de Salud, ante la necesidad de una atención más especializada.
- 36 Tomar con urgencia las medidas precisas para que los servicios de Atención Primaria atiendan plenamente a todas las personas que viven en centros residenciales, adaptando

la organización y prestación de la atención médica y de enfermería a las necesidades y circunstancias de las personas en cada tipo de residencia.

- 37 Reforzar todo lo que sea preciso los servicios de enfermería de Atención Primaria para prestar en las residencias los cuidados domiciliarios que precisen las personas que viven en los centros residenciales.
- 38 Establecer la correcta coordinación con la atención sanitaria primaria y hospitalaria con los centros residenciales, para garantizar el derecho de las personas mayores y de las personas institucionalizadas en centros residenciales a la protección de su salud y a la atención sanitaria que, por la legislación respectiva de cada comunidad autónoma, son reconocidos como establecimientos de carácter social que ofrecen alojamiento, convivencia y atención social.
- 39 En conexión con las ratios de personal de los centros residenciales para personas mayores, reconocer que la atención sanitaria a las personas mayores que viven en centros residenciales, depende del servicio de salud correspondiente.
- 40 Reforzar los mecanismos de coordinación entre atención primaria, hospitalaria, dispositivos de urgencia, Salud Pública, los servicios sociales de atención primaria y los centros residenciales para garantizar la continuidad efectiva de cuidados integrales e integrados en una red de atención sociosanitaria.
- 41 Desarrollar en todas las Comunidades Autónomas una red de hospitales de media y larga estancia como sistema de apoyo a los servicios de Atención Primaria en los centros residenciales.
- 42 Revisar y armonizar en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, la normativa por la que se establecen órganos de planificación y apoyo de la atención y coordinación sociosanitaria, para analizar si está produciendo una correcta coordinación por parte de las Administraciones públicas, que garantice la continuidad del servicio, identificando con claridad las funciones de cada administración implicada.
- 43 Crear un órgano de coordinación entre los sistemas sanitario y social de atención a la dependencia, encargado de: A) planificar de forma conjunta los cuidados de larga duración, B) establecer un sistema integrado de información, C) velar por la calidad de las prestaciones y D) definir los protocolos a seguir en caso de crisis sanitarias como la actual. Y para todo ello, identificar un equipo gestor de seguimiento de los programas de la atención en las residencias que aseguren la atención a la cronicidad según situación clínica y la eficaz coordinación con los servicios sociales de atención a la dependencia en las residencias.
- 44 Facilitar la permanencia en el hogar cuando así lo desee la persona. Establecer protocolos que garanticen la atención integral e integrada de ambos sistemas, social y sanitario en el domicilio, compartiendo los sistemas de información y la introducción de la teleasistencia avanzada, entre otros.

TEMA 8. POLÍTICA FARMACÉUTICA, INDUSTRIA BIOSANITARIA Y RESERVA ESTRATÉGICA

Los medicamentos son un bien público de primera necesidad por su contribución vital a la prevención de enfermedades antes devastadoras (vacunas) y al tratamiento de patologías agudas y crónicas, posibilitando una vida normal una gran cantidad de personas gracias a la disponibilidad de medicamentos como por ejemplo la insulina. Por ello los medicamentos son un componente esencial de medicina moderna y de los servicios de salud. De su papel en el Sistema Nacional de Salud (SNS) da una idea su peso en el conjunto del gasto sanitario que en 2.018 fue de 11.506 millones de euros, representando el 16,2% del gasto sanitario público español. Los medicamentos son al mismo tiempo una inversión en salud, y un importante componente del gasto que las administraciones sanitarias han de monitorizar y controlar.

El medicamento es quizá el sector industrial más globalizado, regulado y complejo de nuestro mundo. Todos los eslabones que componen el proceso del medicamento desde la investigación y la comercialización son objeto regulación pública y en cada uno de ellos están afectados múltiples intereses. Las compañías farmacéuticas más importantes operan a escala global, en mercados sujetos a una fuerte regulación nacional muy condicionada por acuerdos internacionales, especialmente sobre patentes.

La política farmacéutica nacional tiene múltiples componentes interrelacionados entre sí que implican a política científica y de I+D+i, política industrial y económica, junto con varios aspectos de la política sanitaria.

La pandemia covid-19 ha mostrado la importancia estratégica de contar con garantías en suministro y acceso productos farmacéuticos vitales para la seguridad sanitaria de la población, mostrando que la disponibilidad de medicamentos y productos sanitarios es un componente básico de la seguridad sanitaria y por ello de la seguridad nacional. Por ello, es necesario establecer como objetivo político prioritario el potenciar la industria biosanitaria y farmacéutica en España.

El objetivo de la política pública en relación con los medicamentos es garantizar el acceso a la población a todos los medicamentos necesarios para la protección de la salud con seguridad, calidad y equidad. Para contribuir a ello se realizan las siguientes propuestas.

Propuestas de resolución:

- 45 Estudiar la implementación de las medidas propuestas en el informe de la AIREF en su Evaluación del gasto en medicamentos dispensados a través de receta médica (junio 2019). Se trata de 18 medidas que implican al Ministerio de Sanidad (12), a las Comunidades Autónomas (4), a las farmacias (1) y a los pacientes (1).
- 46 Reforzar los componentes básicos de la política farmacéutica del Sistema Nacional de Salud.
 - 46.1. Evaluación rigurosa y control de la eficacia, seguridad, calidad e información de los medicamentos por las agencias reguladoras europea y española.
 - 46.2. Evaluación de la eficiencia.
 - 46.3. Programas de uso racional de los medicamentos, que abarquen la prescripción por los médicos, la asistencia farmacéutica y el consumo responsable por los pacientes, incluida la observancia o adherencia a los tratamientos.
 - 46.4. Regulación selectiva de la inclusión de los medicamentos en la financiación pública.

46.5. Una activa política de genéricos y biosimilares.

46.6. Sistemas de intervención de precios y programas de compras públicas bien diseñados. Avanzar en los mecanismos de compra centralizada de fármacos a nivel estatal y europeo para tener mejor posición negociadora frente a las farmacéuticas.

46.7. Eliminación de los copagos.

46.8. Fomento y mantenimiento de los incentivos a la innovación.

46.9. Actuaciones de colaboración con la Agencia Europea del Medicamento y otras instituciones europeas, para lograr medicamentos asequibles y seguros.

46.10. Legislar para aumentar la transparencia en el desarrollo y producción de fármacos, de forma que las administraciones puedan detectar sobrepagos abusivos.

47 Uso racional de medicamentos.

47.1. Mejorar en la formación y la información farmacológica de los profesionales sanitarios, para una prescripción segura, eficaz y efectiva, juntamente con proyectos de mejora de la educación sanitaria sobre medicamentos de la ciudadanía y otros dirigidos al uso racional de medicamentos por la población anciana polimedicalizada.

47.2. Tomar medidas para financiación pública de formación continuada de los profesionales sanitarios a cargo de las administraciones públicas, y para investigación independiente, divulgación/educación sanitaria y patrocinio de actividades de asociaciones de pacientes. Se prohibirá financiación de estas actividades, directa o indirectamente, por la industria.

47.3. Promover la revisión la de sobre-medicación y estimular el hábito de de-prescripción.

47.4. Evaluación y control por la autoridad sanitaria de la publicidad de medicamentos dirigida al gran público, así como de medicamentos, alimentos, complementos nutritivos, 'remedios' y presuntos medicamentos (incluidos homeopáticos).

47.5. Impulsar los planes y actuaciones de Farmacovigilancia de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

47.6. Desarrollar una política activa para el uso adecuado de antibióticos en España, que incluya monitorización de sus efectos, prevención de las resistencias microbianas a antibióticos y proyectos de racionalización, así como políticas de lucha contra las infecciones hospitalarias en el SNS.

47.7. Desarrollar políticas activas para el uso racional de medicamentos psicotrópicos, medicamentos oncológicos e innovaciones terapéuticas.

47.8. Impulsar buenas prácticas en farmacia comunitaria y el desarrollo del papel asistencial y sanitario del farmacéutico, en coordinación con los profesionales de Atención Primaria.

48 Innovación y viabilidad. Financiación y precios de los medicamentos. Evaluación económica

48.1. Desarrollar una estrategia para compatibilizar la incorporación de innovaciones disruptivas (alta efectividad, alto coste) con la capacidad financiera a corto plazo de las CCAA y la sostenibilidad a medio plazo del SNS.

48.2. Desarrollar un proyecto para la implantación sistemática por el Ministerio de Sanidad de la evaluación económica de medicamentos, con el fin de fundamentar sus decisiones sobre financiación pública y control de precios.

- 48.3. Poner en marcha una red nacional de evaluación de medicamentos, en coordinación con las comunidades autónomas. De manera que se lleve a cabo:
- 48.4. Evaluación periódica de las decisiones de inclusión y exclusión de medicamentos en la prestación farmacéutica del SNS.
- 48.5. Evaluación periódica de la política de intervención de los precios. Criterios utilizados y resultados de la actividad de la Comisión Interministerial de Precios, incluyendo información detallada sobre compromisos confidenciales con las empresas farmacéuticas
- 49 Asegurar la accesibilidad de los ciudadanos a los medicamentos indicados de forma adecuada por los profesionales
- 49.1. Garantizar la independencia de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, con financiación desde el Presupuesto y no a partir de los pagos de la industria. Prevenir y evitar los conflictos de interés y las llamadas “puertas giratorias”. Promover la misma independencia para la Agencia Europea del Medicamento. Desde una AEMPS independiente, revisar todos los medicamentos autorizados, manteniendo la autorización solo a los realmente eficaces y más seguros.
- 49.2. Establecer un formulario nacional de medicamentos cubiertos por la sanidad pública incluyendo los más seguros, eficaces y menos costosos, cuando haya varias opciones disponibles.
- 49.3. Monitorizar la falta de acceso a medicamentos: elaboración de un Informe anual de seguimiento.
- 49.4. Llevar a cabo el seguimiento de los “desabastecimientos”, analizar sus causas e impedir progresivamente este problema que afecta a pacientes y profesionales sanitarios. Elaboración de un Informe anual.
- 50 Aumentar significativamente la proporción de genéricos y biosimilares, a precios justos
- 50.1. Acelerar los procedimientos de autorización de genéricos y biosimilares y la decisión de su financiación y precio.
- 50.2. Fomentar la utilización de genéricos y biosimilares.
- 51 Supresión progresiva de la aportación del paciente (copago) a los medicamentos financiados por el SNS. El objetivo estratégico es la supresión de los copagos, y en esa perspectiva, mientras subsistan éstos, la política farmacéutica debe:
1. Evitar que los copagos sean barrera económica para la adherencia terapéutica en los grupos con menores rentas, incrementando el número de colectivos exentos de copago farmacéutico, en función de situación socioeconómica, discapacidad y otros criterios sanitarios.
 2. Impedir que el copago farmacéutico sea un ‘coseguro’ de los medicamentos de receta ambulatoria del SNS, poniendo topes máximos a los mismos para todos los ciudadanos.
 3. Mejorar la equidad de los copagos entre grupos de rentas y necesidades sanitarias similares, iniciando un proceso de igualación de los copagos para similares niveles de renta y necesidad sanitaria, para eliminar progresivamente diferencias injustificadas entre colectivos.
- 52 Revisar y actualizar el programa PROFARMA (2017-2020).
- 53 Fomentar la plataforma de compras centralizada de medicamentos del Sistema Nacional de Salud, gestionada a través del Instituto de Gestión Sanitaria, (Ingesa).

- 54 Estimular una mayor presencia de nuevas plantas de fabricación de medicamentos, esencialmente de vacunas, para reducir nuestra dependencia y vulnerabilidad respecto de otros países.
- 55 Potenciar con todo tipo de medidas la industria biosanitaria y farmacéutica en España. Desarrollar acuerdos estratégicos con la producción privada nacional para la fabricación de medicamentos o tecnologías esenciales, con precio de venta según coste.
- 56 Fortalecer el Centro para el Desarrollo Tecnológico e Industrial (CDTI), la Agencia de Innovación de nuestro país, recuperando la máxima categoría 1 entre las entidades públicas del país, y manteniendo íntegramente sus reglas de funcionamiento actuales como Entidad Pública Empresarial (EPE).
- 57 Favorecer la transferencia de conocimiento del sistema público de investigación tanto en el ámbito de los organismos públicos de investigación (OPIs) como en los institutos de investigación sanitaria, mediante la propuesta de proyectos de cooperación de estas instituciones con empresas innovadoras del ámbito de la salud y con otras que pudieran dar servicios al sistema de salud.
- 58 Definir un Plan Estratégico Nacional de prevención ante crisis sanitarias, que defina objetivos, gobernanza, coordinación administrativa, organismos responsables, infraestructuras necesarias, protocolos de actuación, producciones y suministros estratégicos, productos críticos, todo ello en coordinación con las instituciones de la Unión Europea. El Plan Estratégico debe definir el contenido, regulación y los medios para la provisión de una Reserva Estratégica que garantice el abastecimiento de material sanitario, de protección, productos químicos y sustancias básicas, maquinaria crítica, materias primas, etc., para posibles futuras pandemias. En consecuencia, una vez aprobado el Plan Estratégico y regulada la Reserva Estratégica, definir los programas necesarios y su presupuesto asociado para el impulso a la fabricación nacional de equipos y material sanitario u otros productos, así como equipos de protección individual que sean considerados de emergencia por el Gobierno en relación con nuevas pandemias.
- 59 Incluir en las líneas de ayudas existentes a inversiones industriales relacionadas con la COVID, para empresas con iniciativas para establecer en España la producción de equipos de tecnología sanitaria, medicamentos, fabricación de EPI, mascarillas y productos sanitarios. Impulso a la creación de un clúster nacional que facilite la colaboración entre empresas, centros tecnológicos y hospitalarios, y universidades, orientado al desarrollo de capacidades de ingeniería sanitaria y/o equipos de protección individual.
- 60 Aumentar la capacidad estructural de la investigación clínica, donde España es líder, implementando medidas como el refuerzo a las estructuras de apoyo o de la cooperación público-privada que permitirían incrementar notablemente el volumen de recursos destinados a I+D en el corto plazo, atrayendo capital extranjero. Total control público y transparencia en la investigación clínica.

TEMA 9. ADECUAR LA FINANCIACIÓN SANITARIA A LAS NECESIDADES REALES

La crisis de la COVID-19 ha puesto de manifiesto algunos de los problemas estructurales del Sistema Nacional de Salud (SNS), relacionados con la debilidad de la salud pública, la fragilidad de la atención primaria, la descoordinación con el modelo de atención sociosanitaria y la precariedad en las condiciones de trabajo de los profesionales sanitarios, entre otros. Estos problemas son en parte fruto de unas inercias que se arrastran desde años atrás, pero también reflejan la huella que ha dejado sobre el SNS la Gran Recesión.

En apenas cuatro años (de 2010 a 2013) los recursos invertidos en la sanidad pública disminuyeron en aproximadamente 9.000 millones de euros, y pese a que el gasto sanitario comenzó a crecer de nuevo lentamente a partir de 2014, primer año en que la economía española registró aumentos en el PIB desde el comienzo de la crisis, el gasto actual apenas se corresponde con el registrado en 2011. Sin embargo, a lo largo de estos últimos años las necesidades sanitarias no han dejado de crecer, como consecuencia de la incorporación de nuevas tecnologías de elevados precios a la cartera de servicios (tratamientos contra la hepatitis C, CART-T, etc.), del envejecimiento de la población y de la aparición de nuevos problemas de salud, como el que se ha planteado con la última crisis pandémica.

Por otra parte, la Comisión de Expertos para la Revisión del Modelo de Financiación Autonómica, constituida por el Acuerdo de Consejo de Ministros de 10 de febrero de 2017, en su informe presentado en julio de ese mismo año, ya constató “las limitaciones del sistema de financiación a la hora de proporcionar los ingresos necesarios para hacer frente a los gastos en competencias de las CCAA”, de los que el gasto sanitario constituye su componente cuantitativamente más relevante. Asimismo, la citada Comisión puso de manifiesto un conjunto de problemas relacionados con el modelo de financiación autonómica, en el que se integra la financiación de la sanidad.

La financiación de los servicios sanitarios debe orientarse hacia la consecución de los objetivos de suficiencia financiera, equidad y corrección de desigualdades en salud a fin de consolidar las características esenciales que definen el Sistema Nacional de Salud español.

Propuestas de resolución:

61. Aumentar los recursos destinados al Sistema Nacional de Salud. Con carácter general, aumento del total de la inversión pública en sanidad hasta alcanzar al menos la media europea en porcentaje del PIB estabilizado al final de la legislatura. Todo el incremento se destinará a sanidad pública de gestión directa.

61.1. Crear un Fondo de Reconstrucción Sanitaria plurianual, de carácter finalista y condicionado, limitado en el tiempo, dirigido a incentivar el logro de objetivos específicos en distintas materias (interoperabilidad de la historia clínica electrónica, integración de sistemas de información, dotaciones mínimas de recursos en materia de salud pública, dotaciones mínimas en materia de atención primaria por áreas de salud, articulación de protocolos clínicos de mejora de la seguridad de los pacientes, entre otras), cuya distribución a partir del segundo año se vincule al cumplimiento de indicadores objetivos y evaluables. Entre las condiciones de este fondo, se incluirá el que se destine exclusivamente a la sanidad pública de gestión directa.

61.2. Dotar el Fondo de Cohesión sanitaria con recursos específicos y significativos para financiar la red de Centros Servicios y Unidades de Referencia (CSURs), así como para afrontar la reducción de las desigualdades en salud. Incluir entre los objetivos del Fondo de Cohesión proyectos de co-inversión e innovación para financiar la implantación de

mejoras de la cartera de servicios del conjunto del SNS, originadas por cambios científico-técnicos no previstos (innovaciones diagnósticas, terapéuticas, de cuidados, de organización, etc.), a través de acuerdos plurianuales, donde la financiación central vaya reduciéndose según toma el relevo la autonómica.

61.3. Activar el Fondo de Garantía Asistencial (FOGA) como mecanismo de compensación de la asistencia sanitaria entre CCCCA, para favorecer la equidad en el acceso a los servicios sanitarios, así como la libertad de movimientos de los pacientes dentro del SNS.

61.4. Establecer un Sistema de Información adecuado que permita registrar, validar, contabilizar y publicar los resultados de todas las actividades sanitarias recogidas por el Fondo de Cohesión y el Fondo de Garantía Asistencial.

61.5. Incremento significativo de camas hospitalarias de gestión y titularidad pública en todo el país al final de la legislatura; la mayoría de ellas de larga y media estancia.

62. Asegurar una nueva financiación sanitaria, suficiente y equitativa para el Sistema Nacional de Salud.

62.1. Actualizar el Sistema de Financiación Autonómica ofreciendo un marco estable de suficiencia dinámica al SNS, en base a los criterios aprobados en la Conferencia de Presidentes de enero de 2017: solidaridad, suficiencia, equidad, transparencia, corresponsabilidad fiscal y garantía de acceso de los ciudadanos a los servicios públicos en función del coste efectivo de los mismos, para asegurar una nueva financiación sanitaria, suficiente y equitativa para el Sistema Nacional de Salud.

62.2. Mejorar el cálculo de las necesidades relativas que se emplea en la distribución del Fondo de Garantía Servicios Públicos Fundamentales (FGSPF), a partir de un estudio técnico que objete dichas necesidades.

62.3. Convocar un Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud monográfico para abordar las cuestiones derivadas del sistema de Financiación Autónoma. Incrementar la dotación del Fondo de Cohesión Sanitaria, con el objeto de atender los objetivos contemplados en la Ley de Cohesión y Calidad y en el Real Decreto que lo reglamentó.

62.4. Realizar revisiones periódicas, preferentemente cada dos años, para ajustar los indicadores y ponderación, de forma que se garantice la suficiencia dinámica del gasto sanitario en el modelo de financiación.

62.5. Blindar la financiación de los servicios públicos fundamentales que son competencia de las Comunidades Autónomas, y particularmente la sanidad, asignándole unos recursos financieramente estables.

63. Crear un nuevo Fondo de Innovación Sanitaria, para financiar entre otras, terapias tuteladas y medicamentos de alto coste.

TEMA 10. MODELO DE ATENCIÓN SANITARIA

La rápida, competente y meritoria respuesta de los centros y servicios asistenciales a la COVID-19, ha desvelado un buen número de problemas, y de retos de cambio y transformación algunos nuevos, otros bien conocidos y siempre postergados.

Importa recordarlo: los servicios de salud están al servicio de las personas. Constituyen una realidad extraordinariamente compleja, que en todos los países desarrollados se enfrenta a retos comunes: población envejecida con alta prevalencia de enfermedades crónicas y pacientes frágiles y pluripatológicos; tendencia creciente de los costes; incorporación de avances científico-técnicos, muchos de ellos con una relación coste-efectividad poco documentada; problemas de calidad, efectividad, seguridad de la práctica médica, humanización, etc.

Además de estos retos comunes a los sistemas de salud de todos los países desarrollados, los servicios asistenciales del SNS español tienen retos y problemas específicos, derivados de su trayectoria histórica, de las normas que regulan su organización y funcionamiento, de la cultura de las profesiones sanitarias y del entorno político-administrativo en el que está incardinado. Nuestro sistema asistencial está organizado en dos grandes niveles, la atención primaria y la atención hospitalaria, cada uno de los cuales arrastra una serie de problemas que requieren un abordaje específico.

Se trata de promover cambios fundamentales en tres aspectos: a) la forma en la que los servicios públicos se gestionan, quitando las ataduras innecesarias de la gestión administrativa para que pueda haber buena gestión pública emprendedora y orientada a resultados; b) en el papel renovado y potenciado que debemos dar a la Atención Primaria, y c) en un cambio organizativo y de gobernanza que precisen los hospitales.

En el primer aspecto es fundamental recordar que los centros y servicios de salud son organizaciones muy complejas, con alta y cambiante tecnología, y basadas en el conocimiento custodiado por los profesionales. Las exigencias de los pacientes y de la sociedad son muy altas y los fallos, cuando ocurren, tienen consecuencias dramáticas.

Por tanto, su funcionamiento no encaja en los conceptos y métodos tradicionales de la gestión administrativa. Y, sin embargo, por inmovilismo o comodidad burocrática, se ha impedido la migración de nuestros centros hacia modelos emprendedores públicos.

La evidencia en eficiencia comparada y funcionalidad, apunta a la conveniencia de que los centros y establecimientos públicos de salud adquieran personificación jurídica, o capacidades equivalentes para la gestión operativa de su presupuesto, su personal, sus compras y sus contratos.

Deben contar con una poderosa herramienta de gobernanza responsable: los contratos programa o contratos de gestión entre las autoridades sanitarias y los centros públicos de su red, han de ser revitalizarse, armonizarse con los presupuestos, adquirir carácter plurianual, ser transparentes y posibilitar la comparación, y permitir discriminar entre buenos y malos desempeños. Hay que internalizar el talento y la competencia profesional y desburocratizar los procesos administrativos.

Al mismo tiempo, el modelo debe estimular la implicación de los profesionales y la gestión clínica en la consecución de resultados asistenciales que añadan valor a pacientes y sociedad.

En el segundo aspecto, la Atención Primaria puede y debe ser la clave de un cambio duradero: tanto para la pandemia explosiva de COVID, como para la pandemia silente de la cronicidad.

La Atención Primaria debe jugar un papel esencial en la “desescalada”. Pero, por su situación de abandono, se requiere añadir en ciclo corto recursos incrementales para asumir las nuevas tareas de control de casos y contactos: una inyección rápida e inteligente de recursos humanos y también tecnológicos.

Conviene ubicar en la Atención Primaria la parte operativa del llamado “rastreo” de contactos, porque por su capilaridad llega a todos los rincones de España, y porque su componente comunitario le permite activar la intervención en domicilios, empresas, colegios y residencias.

En esta crisis se ha demostrado que la auto-organización y la co-gobernanza de los Centros de Salud es viable, ofrece ventajas adaptativas y es un claro elemento de motivación para los profesionales.

Hay que aumentar las plantillas, teniendo en cuenta las nuevas cargas de trabajo derivadas de las viejas y nuevas funciones. Y mejorar la calidad del empleo, y la retribución para retener el talento y garantizar la continuidad de la atención (longitudinalidad) que es una herramienta esencial en el trabajo de los médicos y enfermeras de familia.

En el tercer aspecto, las estructuras hospitalarias han de repensarse: hay que readaptar locales, generar capacidades para de aumentar los puestos de cuidados críticos, los laboratorios, organizar circuitos diferenciados para pacientes infecciosos, disponer zonas que se puedan habilitar para pacientes convalecientes o de menor gravedad (en zonas adyacentes del hospital, o en instituciones e instalaciones cercanas).

Además, hay que concebir en la “nueva normalidad” la planificación de una realidad hospitalaria diferente: hospitales en red, flexibles e internamente articulados, agrupados en alianzas o redes subregionales que se apoyan mutuamente, y que sean capaces de estructurar de forma cooperativa sus unidades de alta especialización.

Hospitales basados en Unidades de Gestión Clínica, que ofrezcan a sus profesionales una buena calidad de empleo y posibilidades de desarrollo profesional.

Propuestas de resolución:

64. Crear un marco de gestión adaptado a la naturaleza de la prestación de servicios sanitarios

64.1. Dotar a las redes y/o centros sanitarios públicos de personificación jurídica, o capacidades equivalentes para la gestión operativa de su presupuesto, su personal, sus compras y sus contratos, de manera que se cree un marco de gestión adaptado a la naturaleza de la prestación de servicios sanitarios.

64.2. Basar en Contratos de Gestión las relaciones entre los Servicios de Salud de las CCAA y sus centros que tengan las siguientes características:

- Armonizados con los presupuestos del Servicio de Salud, pero con autonomía para ejecución local, y rendición de cuentas en función de objetivos o resultados.
- Carácter plurianual y vinculado a los Acuerdos de Gestión Clínica, para incorporar la dimensión de planificación: cartera de tecnologías y servicios, alianzas, competencias, inversiones, costes directos e inducidos, y evaluación de actividad y resultados.

- Transparencia de los Contratos de Gestión, y de los Acuerdos de Gestión Clínica, para que todos puedan conocer y seguir el cumplimiento de coste, actividades y resultados de los centros, servicios y unidades.
- Capacidad de recuperar los costes de pacientes atendidos que no pertenezcan a la población de referencia fijada en el Contrato de Gestión.

64.3. Desarrollar de forma continuada una reingeniería de procesos con el doble objetivo de internalizar y primar el talento y la competencia profesional y desburocratizar y simplificar la gestión de los centros y establecimientos de salud, eliminando compartimentos estancos y reduciendo drásticamente los trámites administrativos requeridos para prestar los servicios.

65. Planificar una Atención Primaria competente, reforzada, auto-organizada y orientada a la comunidad.

65.1. Reforzar de forma inmediata los Centros de Salud para apoyar la capacidad de identificar de forma precoz los casos, e investigar los contactos de COVID-19 (establecimiento de un crédito extraordinario con carácter finalista).

65.2. Establecer unos criterios generales de dotación de personal de los Equipos de Atención Primaria, incorporando el conjunto de funciones que han de desarrollar, e incluyendo el reforzamiento específico y selectivo de la cobertura de las residencias socio-sanitarias (uso inicial de crédito extraordinario finalista, pero con progresivo relevo por el sistema general de financiación de las CCAA).

65.3. Restablecer en la Atención Primaria los principios de auto-organización, asunción colectiva de objetivos y responsabilidades y rendición periódica de cuentas.

66. Repensar los hospitales con base en criterios de autonomía de gestión, trabajo en red, instrumentos de buena gobernanza, continuidad con la atención primaria, y co-gobierno clínico.

66.1 Repensar el modo de relación de los hospitales con los pacientes y sus familiares con base en criterios de respeto escrupuloso a los principios de la bioética, a los derechos humanos y las obligaciones derivadas de los marcos legales vigentes, en particular el derecho a la intimidad, a la información, al consentimiento, a la confidencialidad y al trato digno en todas las fases del proceso asistencial, en particular en las etapas finales de la vida.

66.2 Proyectar las experiencias de readaptación de los hospitales a COVID-19 en planes de contingencia o emergencia, para que las infraestructuras, los recursos materiales y humanos y los procedimientos y circuitos administrativos pueden responder adecuadamente a futuras crisis.

66.3. Promover alianzas o integraciones en red de hospitales próximos para el servicio a poblaciones delimitadas, fomentando la colaboración de profesionales inter-centros, y una buena ordenación de servicios a la población.

66.4. Evaluar cómo han funcionado las Áreas o Unidades de Gestión Clínica para valorar, posteriormente, la posibilidad de reestructurar internamente los hospitales o las redes de hospitales en Áreas o Unidades de Gestión Clínica, creando un espacio de co-gobierno basado en los Acuerdos de Gestión Clínica.

- 66.5. Abrir los hospitales y redes de hospitales a los centros de salud y coordinar su cartera de servicios con la de la Atención Primaria en especial en lo referente a los programas de apoyo a la cronicidad, a los pacientes terminales, a las urgencias y emergencias, y a la atención especializada a las residencias de mayores.
- 66.6. Elaborar planes de contingencia para aumentar la capacidad asistencial del sistema y responder de manera flexible en caso de situaciones sobrevenidas, también en el caso de las UCI.
67. Reforzar los servicios de medicina preventiva y de prevención de riesgos laborales en todos los niveles asistenciales.
68. Incrementar significativamente la inversión en salud mental, construyendo un verdadero sistema integral de atención, que combata la estigmatización, que tenga un enfoque de género y derechos humanos