SECRETARIA GENERAL
DEL
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS
DIRECCIÓN COMISIONES
29 JUN 2020
Nº 2233
ENTRADA

A LA MESA DE LA COMISIÓN NO PERMANENTE PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA

Grupo de Trabajo de Sanidad y Salud Pública

El Grupo Parlamentario Plural, a instancias de la diputada de **JUNTS PER CATALUNYA**, Laura Borràs i Castanyer, presenta las siguientes enmiendas al documento base del Grupo de Trabajo de Sanidad y Salud Pública

Congreso de los Diputados a 29 de junio de 2020

Laura Borràs i Castanyer
Diputada Junts per Catalunya
Portavoz adjunta Grupo Parlamentario Plural

(233 – 256)

233.

TEMA 1. GOBERNANZA

ENMIENDA 1

MODIFICACIÓN DEL APARTADO 2

2. Incorporar a todos los niveles del SNS los principios e instrumentos de buena gobernanza.
(...)

2.4. Basar las decisiones en datos y evidencias científicas contrastadas, ya sea mediante la realización de los estudios y ensayos necesarios o mediante la revisión de todas las evidencias científicas disponibles que hayan sido contrastadas científicamente en el mercado, 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.
(...)

Justificación
Estas modificaciones introducidas en el texto se fundamentan en la necesidad de ofrecer un sistema abierto, transparente y de absolutas garantías respecto al abordaje del buen funcionamiento del Sistema Nacional de Salud (SNS).

La colaboración de nuestro SNS con todos los sectores de actividad que puedan aportar soluciones eficaces, robustas y sostenidas en la más sólida evidencia científica debe ser un pilar básico para mejorar el sistema para nuestros ciudadanos.

Las CCAA deben tener un papel mucho más importante y de relevancia en el plano médico-asistencial y de investigación que contribuya a un mejor mecanismo interdisciplinar de aporte de soluciones científico-técnicas para todo el conjunto del SNS.

234.

ENMIENDA 2

MODIFICACIÓN DEL APARTADO 3

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

234. cont.

información necesaria en situaciones de crisis. Por ello, es necesario establecer un nuevo marco de cooperación y coordinación en el SNS.

(...)

3.3. Estudiar la modificación del reglamento de funcionamiento del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, para la mejora de su gobernanza, transparencia, coordinación y eficacia tanto en el entorno nacional como internacional y comunitario.

(...)

Justificación
Estas modificaciones introducidas en el texto se fundamentan en la necesidad de ofrecer un sistema abierto, transparente y de absolutas garantías respecto al abordaje del buen funcionamiento del Sistema Nacional de Salud (SNS).

La colaboración de nuestro SNS con todos los sectores de actividad que puedan aportar soluciones eficaces, robustas y sostenidas en la más sólida evidencia científica debe ser un pilar básico para mejorar el sistema para nuestros ciudadanos.

Las CCAA deben tener un papel mucho más importante y de relevancia en el plano médico-asistencial y de investigación que contribuya a un mejor mecanismo interdisciplinar de aporte de soluciones científico-técnicas para todo el conjunto del SNS.

235. **ENMIENDA 3**

MODIFICACIÓN DE LOS APARTADOS 3 Y 4

3. Presentar un plan de cooperación y coordinación interautonómica en materia de salud pública, en el marco del Consejo Interterritorial del SNS, al objeto de mejorar la información en materia de salud pública en el conjunto de todo el estado y de determinar los protocolos de actuación común en caso de situaciones de rebrote generalizado de la pandemia COVID-19 o de cualquier otro tipo de epidemia o catástrofe sanitaria.

4. Respetar plenamente las competencias de las comunidades autónomas y el marco legislativo en materia de sanidad, sin iniciar procesos de centralización ni de aplicación de legislación básica adicional

Justificación
La crisis sanitaria del COVID-19 no puede ser utilizada para transformar una "arquitectura institucional" descentralizada que ha merecido y merece una

238. cont.

excelente valoración por parte de la población y de la mayoría de organismos internacionales, pero que en los últimos años ha venido castigada por el recorte presupuestario, cuestión que debe corregirse.
En cambio, sí que urge mejorar la información en materia de salud pública y de articular un plan de cooperación y coordinación interautonómico con el fin de evitar la reposición del "estado de alarma", en caso de producirse un rebrote generalizado de la pandemia o de cualquier otro tipo de epidemia o catástrofe sanitaria.

236. **ENMIENDA 5**

AÑADIR UN APARTADO 5 (nuevo)

5. Finalizar el proceso de transferencia a las comunidades autónomas de hospitales, Centros de Atención Primaria (CAP) y demás equipamientos de carácter sanitario y social gestionados por las comunidades autónomas desde hace décadas, pero cuya propiedad sigue ostentando la Seguridad Social.

Justificación
Una excepción singular en el amplio proceso de traspaso de competencias del Estado a las CCAA en las décadas posteriores a la transición, es el de numerosos hospitales, CAPs y centros de asistencia sanitaria y social. A diferencia de lo ocurrido con la práctica totalidad de los traspasos de competencias, que siempre iba acompañado del traspaso de los recursos humanos y materiales, en el caso de los traspasos en sanidad a determinadas comunidades la propiedad de los edificios no se traspasó (en este caso no se cumple el principio de igualdad).

Hace décadas que comunidades como Catalunya gestionan estos edificios, los mantienen, invierten en ellos, pero la propiedad sigue siendo de la Seguridad Social. En 2011 la disposición adicional trigésima octava de la Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social ya preveía los mecanismos para la realización de este traspaso, sin embargo el cambio de gobierno a finales de 2011 lo invalidó, derogando el precepto. Es preciso recuperarlo y ejecutar el mandato, para finalizar el traspaso de dicha competencia.

237. **ENMIENDA 6**

MODIFICAR EL APARTADO 7.1

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~~

237.cont

~~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.~~

Justificación
Compartimos plenamente la necesidad de acabar con la precariedad, pero corresponde a las administraciones gestoras de la sanidad determinar las reformas a introducir

TEMA 2. RECURSOS HUMANOS Y PROFESIONALES

238. **ENMIENDA 7**

ADICIÓN DE UN APARTADO 11 bis (nuevo)

11 bis. La aprobación de cada una de las citadas medidas deberá ir acompañada de la determinación y compromiso de incremento de la financiación correspondiente a los Presupuestos Generales del Estado.

Justificación
Demasiado a menudo las disposiciones estatales en materia de sanidad no van acompañadas de los recursos presupuestarios necesarios para llevarlas a cabo. En el caso de las medidas de mejora retributiva a las que hacen referencia las propuestas de resolución de este apartado resulta imprescindible que el crédito presupuestario para financiarlas venga garantizado al mismo tiempo que la aprobación de la medida.

TEMA 3 ATENCIÓN PRIMARIA Y DE SALUD

239. **ENMIENDA 8**

AÑADIR DOS NUEVOS APARTADOS (que serán el 1ºy 2º de este tema), previo al 13

Apartado 1º previo al 13. Necesitamos una Atención Primaria estable, firme y robusta, una salud familiar y comunitaria clave en esta nueva situación y una salud pública

239. cont.

potente que afronte las directrices y asesore las decisiones de las administraciones públicas"

Apartado 2º previo al 13. Propiciar una profunda transformación organizativa de los Centros de Atención Primaria y de Salud, que hasta ahora siguen organizados del mismo modo que hace 30 años. Es fundamental otorgar autonomía de gestión financiera a los centros que les permita la gestión de las agendas y de la contratación de personal bajo un presupuesto per cápita asignado, con seguimiento de dicho presupuesto en base a la consecución de resultados en salud.

Justificación

La larga experiencia en el funcionamiento de estos centros y la referencia de funcionamiento de los mismos en otros países permite abordar una profunda transformación para adecuarlos a las necesidades de nuestros tiempos, lo cual también exige mayores dotaciones presupuestarias, humanas y de funciones. Deben incorporar elementos de flexibilización horaria, rendición de cuentas, y transparencia presupuestaria, todo ello en el marco de un sistema público de salud, universal y gratuito. La incorporación de nuevas profesiones para responder a necesidades ciudadanas e incrementar la resolución de los centros de salud debe recaer en el presupuesto de los propios centros de salud, con poder de contratación. En este sentido, es necesario incorporar figuras tales como fisioterapeutas, nutricionistas/dietistas y psicólogos clínicos, profesionales cuyos colegios o entidades de referencia apoyan dicha incorporación.

240. **ENMIENDA 9**

MODIFICACIÓN DEL APARTADO 13

13. Reforzar con carácter urgente la atención primaria para asumir funciones de vigilancia y epidemiologia de campo frente al COVID-19. La Atención Primaria precisa una inyección rápida e inteligente de recursos humanos, económicos 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.

Justificación

Es básico que cualquier nueva función que se vaya a atribuir a los servicios de atención primaria vaya vinculada a la consiguiente aportación de los recursos económicos necesarios para financiar la "inyección" de recursos humanos y tecnológicos.

241. **ENMIENDA 10**

AÑADIR UN NUEVO APARTADO 15.1 BIS

15.1.bis. Los profesionales de la Atención Primaria necesitan una adecuada formación y optimización de la especialidad de Medicina y Enfermería Familiar y Comunitaria, una mayor capacidad resolutiva con cupos de atención racionalizados, contando con un plan actualizado de recursos humanos, un aumento de la formación metodológica en investigación (investigación biomédica), infraestructuras dotadas con una reserva estratégica de recursos materiales, medios diagnósticos actualizados, equipos tecnológicos modernizados y la divulgación de la tarea fundamental que cumple la Atención Primaria en el Sistema Nacional de Salud. Ello también requiere reforzar la medicina familiar y la atención primaria en las Facultades de Medicina, la presencia de médicos de familia en los claustros universitarios, con orientación centrada en el paciente y en los valores profesionales, la presencia de la medicina familiar y comunitaria en los currículums universitarios. Aspectos como la prevención y promoción de la salud, comunicación y entrevista clínica, atención al final de la vida, medicina basada en la evidencia, atención a la cronicidad y complejidad, entre muchos otros, son cuerpo doctrinal de la especialidad que, o no se imparten, o bien se imparten de forma optativa o fragmentada, lo cual debe modificarse.

Justificación

La mejora de la atención primaria y comunitaria también debe iniciarse en las aulas. Desde el año 1996 al 2018 se ha producido una descapitalización de la medicina familiar y comunitaria en el sistema MIR: en 1996 la oferta de plazas era de 1800 para un total de 4400 (43%), porcentaje cercano a los estándares europeos de formación sanitaria especializada. En el año 2018 a pesar de que las plazas eran de 6600 (incremento del 50%), el porcentaje de plazas de Medicina de Familia no alcanzaba el 27%. En 22 años se ha incrementado la población, la esperanza de vida, la pluripatología, la cronicidad y la complejidad. Todo ello, en lugar de acompañarse de un incremento de plazas de la especialidad más cercana a las personas, se produce justo lo contrario: una hiperespecialización del sistema. Está ampliamente demostrado que dicha hiperespecialización (y fragmentación del sistema) lo encarece, y compromete sus sostenibilidad

242. **ENMIENDA 11**

AÑADIR UN NUEVO APARTADO 15.1 TRIS

15.1.tris. Reforzar la capacidad de la Atención Primaria para actualizar el control de las patologías crónicas, mejorar su capacidad diagnóstica, contribuyendo así a reducir la demora media y listas de espera en diagnóstico clínico." Es necesario que se traslade la capacidad de gestión de las listas de espera a la Atención Primaria. Y si no de

242. cont.

manera completa, al menos parcialmente con el objetivo de que los centros de salud puedan priorizar aquellos pacientes que por razón de complejidad o vulnerabilidad precisen de atención anticipada.

Justificación
La evolución de la distribución del gasto sanitario a lo largo de los años ha priorizado la atención hospitalaria frente a la atención primaria, en cambio, a menudo la atención primaria dispone de mayor información y posibilidades de gestionar los recursos sanitarios con mayor eficiencia.

243. **ENMIENDA 12**

ADICIÓN DE UN APARTADO 18 bis (nuevo)

18 bis (nuevo). Todas las medidas, estrategias y actuaciones destinadas a reforzar la Atención Primaria y Comunitaria respetarán las competencias de las comunidades autónomas para la planificación y gestión de dichos servicios y la aprobación de cada una de las citadas medidas deberá ir acompañada de la determinación y compromiso de incremento de la financiación correspondiente a los Presupuestos Generales del Estado.

Justificación
Todo ello es imposible sin acometer un impulso presupuestario a la Atención Primaria. En cualquier Comunidad autónoma, el 25% del presupuesto sanitario debería corresponder a Atención Primaria (estándares internacionales, recomendaciones semFYC). Actualmente, dichas cifras oscilan del 14 al 19%, aproximadamente.
Por otra parte, demasiado a menudo las disposiciones estatales en materia de sanidad no van acompañadas de los recursos presupuestarios necesarios para llevarlas a cabo. En el caso de las medidas y estrategias correspondientes a la mejora de la Atención Primaria a las que hacen referencia las propuestas de resolución de este apartado resulta imprescindible que el crédito presupuestario para financiarlas venga garantizado al mismo tiempo que la aprobación de la medida.

TEMA 4 SALUD PÚBLICA

244. **ENMIENDA 13**
MODIFICACIÓN DEL APARTADO 21 Y SUPRESIÓN DE LOS APARTADOS 21.1 A 21.4

21. Fortalecer las estructuras y los servicios de Salud Pública de la Administración General del Estado en materia de información y prevención, para ponerlos a disposición de las administraciones competentes, así como para colaborar

244. cont.

con dichas administraciones para la determinación de los protocolos de actuación común en caso de situaciones de rebrote generalizado de la pandemia COVID-19 o de cualquier otro tipo de epidemia o catástrofe sanitaria.

Justificación
Compartimos la conveniencia de reforzar las estructuras y servicios de Salud Pública para la recepción de información sobre salud pública y para mejorar las políticas de prevención, pero ello en ningún caso puede comportar la asunción de competencias de las CCAA, como por ejemplo la de nombrar o participar en el nombramiento de los responsables máximos de salud pública autonómicos.

245. **ENMIENDA 14**

ADICIÓN DE UN APARTADO 27 bis (nuevo)

27 bis. La aprobación de cada una de las citadas medidas y estrategias deberá ir acompañada de la determinación y compromiso de incremento de la financiación correspondiente a los Presupuestos Generales del Estado.

Justificación
Demasiado a menudo las disposiciones estatales en materia de sanidad no van acompañadas de los recursos presupuestarios necesarios para llevarlas a cabo. En el caso de las medidas de mejora la salud pública a las que hacen referencia las propuestas de resolución de este apartado resulta imprescindible que el crédito presupuestario para financiarlas venga garantizado al mismo tiempo que la aprobación de la medida.

246. **TEMA 5 INVESTIGACIÓN I+DI, FARMACOS Y VACUNAS**

ENMIENDA 15

MODIFICACIÓN DEL APARTADO 28.3

28.3. Reforzar los instrumentos de investigación traslacional en salud constituidos sobre las áreas más prevalentes de enfermedad y prevención, a fin de promover la transferencia de los resultados de investigación científica 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; 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); y

246. cont.

c) Dotaciones para la revisión y evaluación de la evidencia científica nacional e internacional disponible para la toma de decisiones en el campo de la salud pública (...)

247. **ENMIENDA 16**

MODIFICACIÓN DEL APARTADO 28.5

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 y otros que pudieran realizarse por las distintas CCAA.

248. **EMIENDA 17**

MODIFICACIÓN DEL APARTADO 29

29. Reforzar la colaboración público-privada con la industria farmacéutica, biotecnológica y otras que ofrezcan soluciones basadas en evidencias científicas contrastadas.

249. **ENMIENDA 18**

MODIFICACIÓN DEL APARTADO 29.2

29.2. Fomentar los ensayos clínicos en el SNS tanto a nivel estatal como autonómico, reforzando la cooperación existente con la industria farmacéutica y otras industrias 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.

250. **ENMIENDA 19**

MODIFICACIÓN DEL APARTADO 29.3

29.3. Fomentar la innovación en procesos productos y servicios, junto con la industria farmacéutica, biotecnológica, industria de tecnologías médicas, sanitarias y otras, a través de las distintas plataformas de innovación en tecnologías médicas y sanitarias del ISC III (ITEMAS) y otros institutos y laboratorios tanto estatales como de comunidades autónomas (...)

250. cont.

Justificación
Estas modificaciones introducidas en el texto se fundamentan en la necesidad de ofrecer un sistema abierto, transparente y de absolutas garantías respecto al abordaje del buen funcionamiento del Sistema Nacional de Salud (SNS).

La colaboración de nuestro SNS con todos los sectores de actividad que puedan aportar soluciones eficaces, robustas y sostenidas en la más sólida evidencia científica debe ser un pilar básico para mejorar el sistema para nuestros ciudadanos.

Las CCAA deben tener un papel mucho más importante y de relevancia en el plano médico-asistencial y de investigación que contribuya a un mejor mecanismo interdisciplinar de aporte de soluciones científico-técnicas para todo el conjunto del SNS.

251. **TEMA 6. TRANSFORMACIÓN DIGITAL**

ENMIENDA 20

MODIFICACIÓN DEL APARTADO 32.1

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

252. **ENMIENDA 21**

ADICIÓN DE UN NUEVO EPÍGRAFE AL APARTADO 33

33. La estrategia contendrá, al menos, los siguientes elementos:
- .../...
- Detalle de la financiación

Justificación
Demasiado a menudo las disposiciones estatales en materia de sanidad no van acompañadas de los recursos presupuestarios necesarios para llevarlas a cabo. En el caso de las medidas destinadas a llevar a cabo la transformación digital a las que hacen referencia las propuestas de resolución de este apartado resulta imprescindible que el crédito presupuestario para financiarlas venga garantizado al mismo tiempo que la aprobación de la medida.

253. **ENMIENDA 22**

SUPRESIÓN DEL APARTADO 34

Justificación
Evitar la creación de unidades y estructuras administrativas duplicadas en la administración central respecto a las existentes en las comunidades autónomas, responsables de la gestión de la sanidad.

TEMA 7. COORDINACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

254. **ENMIENDA 23**

SUPRESIÓN DE LA TOTALIDAD DEL TEMA

Justificación
La coordinación de los servicios sanitarios corresponde a las administraciones que los gestionan, es decir a las comunidades autónomas. No es conveniente que la administración central se inmiscuya en estas funciones creando duplicidades y circuitos administrativo-burocráticos innecesarios.

TEMA 9. ADECUAR LA FINANCIACIÓN SANITARIA A LAS NECESIDADES REALES

255. **ENMIENDA 24**

ADICIÓN DE UN PÁRRAFO A LA PROPUESTA 61

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~~.

Con datos de la Comisión Europea y del Ministerio de Sanidad ello comportaría un incremento de la inversión sanitaria entre un 14,5% y un 18%, es decir entre 16.000 y 20.000 millones de euros, incremento de la inversión que debería efectuarse en un periodo máximo de tres años y ser financiada de manera singular a partir del 1 de enero de 2021 a través de una partida específica de los presupuestos generales del estado, adicional a las correspondientes al sistema de financiación autonómica.

Justificación

255. cont.

En el sistema público de sanidad que opera en Catalunya la sanidad concertada opera con las prestaciones que exige el sistema público.
En lo que se refiere al segundo párrafo, es preciso concretar económicamente los compromisos, así como su calendario de cumplimiento

TEMA 10 MODELO DE ATENCIÓN SANITARIA

256. **ENMIENDA 25**

Supresión de la totalidad del tema

Justificación

Desde hace décadas que las comunidades autónomas vienen desarrollando las competencias en sanidad, siendo las administraciones responsables de la gestión y organización del sistema sanitario. La valoración del sistema sanitario, antes de la pandemia, por parte de la población y por parte de los organismos internacionales siempre ha sido muy positiva.

La pandemia ha puesto de manifiesto el punto más débil del sistema, la insuficiencia de recursos humanos y económicos, falta de recursos que ha debido ser compensado mediante el esfuerzo y dedicación de los profesionales de la sanidad y mediante unos recursos económicos extraordinarios, que aún resultan insuficientes. Lo que no puede admitirse es una transformación y centralización del modelo de atención sanitaria elaborada desde los despachos del ministerio y ajeno a la realidad competencial y de operatoria vigente.