



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

El Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV), al amparo del Reglamento de la Cámara, presenta las siguientes enmiendas al Borrador de conclusiones del Grupo de Trabajo de Sanidad y Salud Pública, creado en el seno de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica.

Congreso de los Diputados, 29 de junio de 2020.

EL PORTAVOZ



AITOR ESTEBAN BRAVO

(257-298)

257.

ENMIENDA DE MODIFICACIÓN DE LA INTRODUCCIÓN “TEMA 1. GOBERNANZA”
DEL BORRADOR DE CONCLUSIONES DEL GRUPO DE TRABAJO Y SANIDAD Y
SALUD PÚBLICA, CREADO EN EL SENO DE LA COMISIÓN PARA LA
RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA.

La introducción queda como sigue:

“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 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 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. **Todas las propuestas aprobadas respetarán el esquema constitucional de distribución de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas, según el cual al Estado corresponde únicamente la competencia exclusiva en materia de sanidad exterior y la competencia para establecer las bases y coordinación general de sanidad, así como cuanta normativa en materia de productos farmacéuticos que no haya sido transferida a las Comunidades Autónomas.**

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.

257. cont.

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. **Asimismo, toda propuesta referida a la coordinación de la sanidad con los servicios sociales, deberá respetar la competencia exclusiva autonómica en materia de asistencia social, la cual viene establecida en los distintos Estatutos de Autonomía.**

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. **Se desactivarán todas las intervenciones centralizadoras que viene llevando a cabo el Estado mediante la adopción de normativa “básica”, entorpeciendo e impidiendo la correcta gestión y adaptación de los recursos humanos en general y del sistema sanitario en particular. En concreto, se eliminará toda imposición por parte del Gobierno del Estado de las tasas de reposición y la limitación a las Comunidades Autónomas de las Ofertas Públicas de Empleo Público.**

Todas las propuestas de carácter normativo que en su caso se aprueben por el grupo de trabajo de sanidad y salud pública deberán limitarse exclusivamente al ámbito competencial del Estado”.

De aprobarse alguna propuesta que incida en el ámbito autonómico, deberá limitarse estrictamente al nivel de recomendación general y a cuestiones cuyo debate y en su caso asunción por las Comunidades Autónomas debiera residenciarse en el marco del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, foro de debate y contraste de propuestas de todos los agentes públicos con competencia en el ámbito sanitario, desarrollando así adecuadamente el esquema constitucional de distribución

257.unt. competencial en materia sanitaria, huyendo de mecanismos de imposición centralizada y uniformizadora”.

258.

ENMIENDA DE MODIFICACIÓN AL APARTADO 1 DEL PUNTO 1 DEL “TEMA 1. GOBERNANZA” DEL BORRADOR DE CONCLUSIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA, CREADO EN EL SENO DE LA COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA.

El apartado 1.1 queda redactado de la siguiente manera:

“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). **Para ello se recuperará el principio básico de Universalidad del SNS eliminado el año 2012 y no recuperado desde entonces y hasta la fecha por los sucesivos Gobiernos del Estado.**”

259.

ENMIENDA DE ADICIÓN DE UN NUEVO SUBAPARTADO AL APARTADO 1 DEL PUNTO 1 DEL “TEMA 1. GOBERNANZA” DEL BORRADOR DE CONCLUSIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA, CREADO EN EL SENO DE LA COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA.

Debe decir:

“XX. Proponer y abordar con las Comunidades Autónomas competentes en materia sanidad y salud pública un proceso real, serio y riguroso de transformación de la salud, sistemas y modelo, con la mirada puesta en la salud del futuro en sentido holístico y para un horizonte de 20 años, marcando las áreas de necesidad y oportunidad, en el marco objetivo de un desarrollo inclusivo. Este debate se sustanciará en el marco del Consejo Interterritorial del SNS, foro de debate y contraste de propuestas de todos los agentes públicos con competencia en el ámbito sanitario”.

260.

ENMIENDA DE ADICIÓN DE UN NUEVO SUBAPARATDO AL PUNTO 1 A LAS PROPUESTAS DE RESOLUCIÓN DEL “TEMA 1. GOBERNANZA” DEL BORRADOR DE CONCLUSIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA, CREADO EN EL SENO DE LA COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA.

Debe decir:

“YY. Fortalecer el posicionamiento del Estado ante los programas EU4Health y Horizon Europe, así como ante la UE en la totalidad de políticas y medidas de financiación, transferencia, soporte, para la aplicación de los fondos a proyectos colaborativos (vacunas y tratamientos, estrategia de especialización inteligente RIS3, investigación, innovación, digitalización, infraestructura y emprendimiento) público-privados, con presencia compartida entre agentes de diferentes Estados Miembro con la “garantía” (validación, impulso y control, así como dirección) de las Comunidades Autónomas en las actividades de refuerzo a los sistemas de salud, adecuados a las estrategias marco de cada uno de los gobiernos autonómicos”.

261.

ENMIENDA DE ADICIÓN DE UN NUEVO PÁRRAFO A LA INTRODUCCIÓN DEL “TEMA 2. RECURSOS HUMANOS Y PROFESIONALES” DEL BORRADOR DE CONCLUSIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA, CREADO EN EL SENO DE LA COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA.

Se añade un último párrafo, que queda como sigue:

“Todos las propuestas que se enmarquen en los espacios organizativos y de gestión de la actividad sanitaria, tanto de atención primaria como hospitalaria, como de recursos humanos como de salud pública, así como de otras áreas de competencia autonómica, por exceder de forma notoria la competencia constitucional del Estado de “coordinación general de la sanidad”, serán abordadas y debatidas con las Comunidades Autónomas competentes en materia de sanidad y salud pública en el proceso real, serio y riguroso de transformación de la salud, sistemas y modelo, con la mirada puesta en la salud del futuro en sentido holístico y para un horizonte de 20 años, marcando las áreas de necesidad y oportunidad, en el marco objetivo de un desarrollo inclusivo, que se sustanciará en el marco del Consejo Interterritorial del SNS, foro de debate y contraste de propuestas de todos los agentes públicos con competencia en el ámbito sanitario”

262.

ENMIENDA DE ADICIÓN DE UN NUEVO PÁRRAFO A LA INTRODUCCIÓN DEL “TEMA 3. ATENCIÓN PRIMARIA Y DE SALUD” DEL BORRADOR DE CONCLUSIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA, CREADO EN EL SENO DE LA COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA.

Se añade un último párrafo, que queda como sigue:

“Todos las propuestas que se enmarquen en los espacios organizativos y de gestión de la actividad sanitaria, tanto de atención primaria como hospitalaria, como de recursos humanos como de salud pública, así como de otras áreas de competencia autonómica, por exceder de forma notoria la competencia constitucional del Estado de “coordinación general de la sanidad”, serán abordadas y debatidas con las Comunidades Autónomas competentes en materia de sanidad y salud pública en el proceso real, serio y riguroso de transformación de la salud, sistemas y modelo, con la mirada puesta en la salud del futuro en sentido holístico y para un horizonte de 20 años, marcando las áreas de necesidad y oportunidad, en el marco objetivo de un desarrollo inclusivo, que se sustanciará en el marco del Consejo Interterritorial del SNS, foro de debate y contraste de propuestas de todos los agentes públicos con competencia en el ámbito sanitario”

263.

ENMIENDA DE SUPRESIÓN DEL APARTADO 2 DEL PUNTO 14 DEL “TEMA 3. ATENCIÓN PRIMARIA Y DE SALUD” DEL BORRADOR DE CONCLUSIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA, CREADO EN EL SENO DE LA COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA.

Debe suprimirse el apartado en cuestión.

264.

ENMIENDA DE SUPRESIÓN DEL APARTADO 5 DEL PUNTO 15 DEL “TEMA 3. ATENCIÓN PRIMARIA Y DE SALUD” DEL BORRADOR DE CONCLUSIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA, CREADO EN EL SENO DE LA COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA.

Debe suprimirse el apartado en cuestión.

265.

ENMIENDA DE SUPRESIÓN DEL APARTADO 2 DEL PUNTO 16 DEL “TEMA 3. ATENCIÓN PRIMARIA Y DE SALUD” DEL BORRADOR DE CONCLUSIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA, CREADO EN EL SENO DE LA COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA.

Debe suprimirse el apartado en cuestión.

266.

ENMIENDA DE SUPRESIÓN DEL APARTADO 1 Y 2 DEL PUNTO 17 DEL “TEMA 3. ATENCIÓN PRIMARIA Y DE SALUD” DEL BORRADOR DE CONCLUSIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA, CREADO EN EL SENO DE LA COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA.

Deben suprimirse los apartados en cuestión.

267.

ENMIENDA DE MODIFICACIÓN DEL PÁRRAFO SÉPTIMO DE LA INTRODUCCIÓN
“TEMA 4. SALUD PÚBLICA” DEL BORRADOR DE CONCLUSIONES DEL GRUPO DE
TRABAJO Y SANIDAD Y SALUD PÚBLICA, CREADO EN EL SENO DE LA COMISIÓN
PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA.

Debe decir:

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.

268. ENMIENDA DE SUPRESIÓN DEL PÁRRAFO OCTAVO DE LA INTRODUCCIÓN “TEMA 4. SALUD PÚBLICA” DEL BORRADOR DE CONCLUSIONES DEL GRUPO DE TRABAJO Y SANIDAD Y SALUD PÚBLICA, CREADO EN EL SENO DE LA COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA.

El párrafo octavo debe suprimirse.

~~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.~~

269.

ENMIENDA DE ADICIÓN DE UN NUEVO PÁRRAFO A LA INTRODUCCIÓN DEL “TEMA 4 SALUD PÚBLICA. ATENCIÓN PRIMARIA” DEL BORRADOR DE CONCLUSIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA, CREADO EN EL SENO DE LA COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA.

Se añade un último párrafo, que queda como sigue:

“Todos las propuestas que se enmarquen en los espacios organizativos y de gestión de la actividad sanitaria, tanto de atención primaria como hospitalaria, como de recursos humanos como de salud pública, así como de otras áreas de competencia autonómica, por exceder de forma notoria la competencia constitucional del Estado de “coordinación general de la sanidad”, serán abordadas y debatidas con las Comunidades Autónomas competentes en materia de sanidad y salud pública en el proceso real, serio y riguroso de transformación de la salud, sistemas y modelo, con la mirada puesta en la salud del futuro en sentido holístico y para un horizonte de 20 años, marcando las áreas de necesidad y oportunidad, en el marco objetivo de un desarrollo inclusivo, que se sustanciará en el marco del Consejo Interterritorial del SNS, foro de debate y contraste de propuestas de todos los agentes públicos con competencia en el ámbito sanitario”

270.

ENMIENDA DE MODIFICACIÓN AL APARTADO 2 DEL PUNTO 19 DEL “TEMA 4. SALUD PÚBLICA” DEL BORRADOR DE CONCLUSIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA, CREADO EN EL SENO DE LA COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA.

Debe decir:

“19.2. Reforzar, **en coordinación con las comunidades autónomas**, 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. **El sector privado y otros sectores como el social y el socio-sanitario también deberán ser parte de esa red de vigilancia en Salud Pública (residencias, centros de salud y hospitales privados...).**”

271. ENMIENDA DE MODIFICACIÓN DEL PUNTO 20 DEL “TEMA 4. SALUD PÚBLICA” DEL BORRADOR DE CONCLUSIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA, CREADO EN EL SENO DE LA COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA.

Debe decir:

~~“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 todos 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 industria 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”.~~

272.

ENMIENDA DE SUPRESIÓN DE LOS APARTADOS 2 Y 3 PUNTO 21 DEL “TEMA 4. SALUD PÚBLICA” DEL BORRADOR DE CONCLUSIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA, CREADO EN EL SENO DE LA COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA.

Los apartados 2 y 3 del punto 21 deben suprimirse

273.

ENMIENDA DE ADICIÓN DE UN APARTADO 5 PUNTO 22 DEL “TEMA 4. SALUD PÚBLICA” DEL BORRADOR DE CONCLUSIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA, CREADO EN EL SENO DE LA COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA.

Debe decir:

“22.5 Adoptar medidas para mejorar la respuesta dada desde organismos internacionales (OMS, ECDC...) en futuras crisis sanitarias”.

277.

ENMIENDA DE MODIFICACIÓN DEL APARTADO 1 PUNTO 23 DEL “TEMA 4. SALUD PÚBLICA” DEL BORRADOR DE CONCLUSIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA, CREADO EN EL SENO DE LA COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA.

Debe decir:

“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, **así como otros centros formativos y Universidades.**”

275.

ENMIENDA DE MODIFICACIÓN DEL PUNTO 24 DEL “TEMA 4. SALUD PÚBLICA” DEL BORRADOR DE CONCLUSIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA, CREADO EN EL SENO DE LA COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA.

Se sustituye el punto por la siguiente redacción:

“24. Avanzar en un Sistema de Información en Salud Pública incardinado en una Red Europea, que facilitará el funcionamiento de un sistema de indicadores relevantes de salud, datos estadísticos y de recursos sanitarios de emergencia. Todas las administraciones, centros, servicios y establecimientos tanto del sector público como del privado, así como las personas que desempeñen en ellos su labor, estarán obligados a facilitar la información solicitada por este Sistema de Información en Salud Pública, así como a adaptar sus sistemas de información y registros a los formatos y formas que permitan su tratamiento adecuado”.

276.

ENMIENDA DE ADICIÓN DE UN NUEVO PÁRRAFO A LA INTRODUCCIÓN DEL “TEMA 5 INVESTIGACIÓN I+D+I, FÁRMACOS Y VACUNAS. ATENCIÓN PRIMARIA” DEL BORRADOR DE CONCLUSIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA, CREADO EN EL SENO DE LA COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA.

Se añade un último párrafo, que queda como sigue:

“Todos las propuestas que se enmarquen en los espacios organizativos y de gestión de la actividad sanitaria, tanto de atención primaria como hospitalaria, como de recursos humanos como de salud pública, así como de otras áreas de competencia autonómica, por exceder de forma notoria la competencia constitucional del Estado de “coordinación general de la sanidad”, serán abordadas y debatidas con las Comunidades Autónomas competentes en materia de sanidad y salud pública en el proceso real, serio y riguroso de transformación de la salud, sistemas y modelo, con la mirada puesta en la salud del futuro en sentido holístico y para un horizonte de 20 años, marcando las áreas de necesidad y oportunidad, en el marco objetivo de un desarrollo inclusivo, que se sustanciará en el marco del Consejo Interterritorial del SNS, foro de debate y contraste de propuestas de todos los agentes públicos con competencia en el ámbito sanitario”

277.

ENMIENDA DE MODIFICACIÓN DEL APARTADO 1 DEL PUNTO 28 DEL “TEMA 5. INVESTIGACIÓN EN I+D+i, FÁRMACOS Y VACUNAS” DEL BORRADOR DE CONCLUSIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA, CREADO EN EL SENO DE LA COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA.

Debe decir:

“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, de **“los centros dependientes de los sistemas sanitarios”**”.

278.

ENMIENDA DE MODIFICACIÓN DEL APARTADO 2 DEL PUNTO 28 DEL “TEMA 5. INVESTIGACIÓN EN I+D+I, FÁRMACOS Y VACUNAS” DEL BORRADOR DE CONCLUSIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA, CREADO EN EL SENO DE LA COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA.

Debe decir:

“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 y mortalidad 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), **sin olvidar la investigación básica y sin dejar desatendida ningún área y en particular aquellas que no resultan tan interesantes para el sector privado como por ejemplo en las enfermedades raras**”.

279.

ENMIENDA DE MODIFICACIÓN DEL APARTADO 3 DEL PUNTO 28 DEL “TEMA 5. INVESTIGACIÓN EN I+D+I, FÁRMACOS Y VACUNAS” DEL BORRADOR DE CONCLUSIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA, CREADO EN EL SENO DE LA COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA.

Debe decir:

“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), **con evaluaciones sobre el funcionamiento de dichos instrumentos para garantizar que son sumatorios o adicionales**”.

280.

ENMIENDA DE ADICIÓN DE UN NUEVO PÁRRAFO A LA INTRODUCCIÓN DEL “TEMA 6. TRANSFORMACIÓN DIGITAL” DEL BORRADOR DE CONCLUSIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA, CREADO EN EL SENO DE LA COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA.

Se añade un último párrafo, que queda como sigue:

“Todos las propuestas que se enmarquen en los espacios organizativos y de gestión de la actividad sanitaria, tanto de atención primaria como hospitalaria, como de recursos humanos como de salud pública, así como de otras áreas de competencia autonómica, por exceder de forma notoria la competencia constitucional del Estado de “coordinación general de la sanidad”, serán abordadas y debatidas con las Comunidades Autónomas competentes en materia de sanidad y salud pública en el proceso real, serio y riguroso de transformación de la salud, sistemas y modelo, con la mirada puesta en la salud del futuro en sentido holístico y para un horizonte de 20 años, marcando las áreas de necesidad y oportunidad, en el marco objetivo de un desarrollo inclusivo, que se sustanciará en el marco del Consejo Interterritorial del SNS, foro de debate y contraste de propuestas de todos los agentes públicos con competencia en el ámbito sanitario”.

281.

ENMIENDA DE MODIFICACIÓN DEL PRIMER PÁRRAFO DE LA INTRODUCCIÓN DEL “TEMA 6. TRANSFORMACIÓN DIGITAL” DEL BORRADOR DE CONCLUSIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA, CREADO EN EL SENO DE LA COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA

Debe decir:

“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. **El reto actual es la integración de los modelos sanitario y social con la perspectiva del AAL o de la Silver Economy.**

282.

ENMIENDA DE MODIFICACIÓN DEL TERCER PÁRRAFO DE LA INTRODUCCIÓN DEL
“TEMA 6. TRANSFORMACIÓN DIGITAL” DEL BORRADOR DE CONCLUSIONES DEL
GRUPO DE TRABAJO DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA, CREADO EN EL SENO DE LA
COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA

Debe decir:

“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 automatización de los procesos mediante tecnología y a la digitalización de la información existente para la facilitación de su procesamiento y análisis**, tanto para su funcionamiento interno, como para mejorar sus sistemas de prevención, 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”.

283.

ENMIENDA DE MODIFICACIÓN DEL APARTADO 1 DEL PUNTO 31 DEL “TEMA 6. TRANSFORMACIÓN DIGITAL” DEL BORRADOR DE CONCLUSIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA, CREADO EN EL SENO DE LA COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA.

Debe decir:

31.1 “La Estrategia se desarrollará en **coordinación y colaboración entre las Comunidades Autónomas y**” 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, **teniendo en cuenta de acuerdo con las directrices de la CE, el empoderamiento de la ciudadanía**”.

284.

ENMIENDA DE MODIFICACIÓN DEL APARTADO 2 DEL PUNTO 31 DEL “TEMA 6.”
TRANSFORMACIÓN DIGITAL” DEL BORRADOR DE CONCLUSIONES DEL GRUPO DE
TRABAJO DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA, CREADO EN EL SENO DE LA COMISIÓN
PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA.

Debe decir:

31.2 “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, **sobre la base del dimensionamiento adecuado de los servicios de información y la capacitación competencial profesional”.**

285.

ENMIENDA DE MODIFICACIÓN DEL APARTADO 3 DEL PUNTO 31 DEL “TEMA 6. TRANSFORMACIÓN DIGITAL” DEL BORRADOR DE CONCLUSIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA, CREADO EN EL SENO DE LA COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA.

Debe decir:

31.3 “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, **“sin entrar en conflicto con el codiseño, la colaboración público-privada y la competitividad del tejido industrial en el área de las TICs”**.”

286.

ENMIENDA DE MODIFICACIÓN DEL PUNTO 33 DEL “TEMA 6.” TRANSFORMACIÓN DIGITAL” DEL BORRADOR DE CONCLUSIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA, CREADO EN EL SENO DE LA COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA.

El punto queda redactado de la siguiente manera:

“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.
- Información del sistema social.**
- 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, **planteando una estructura en red sobre la base de la interoperabilidad y la cooperación sobre proyectos concretos e incardinado en Europa”.**

287.

ENMIENDA DE MODIFICACIÓN DEL PUNTO 34 DEL “TEMA 6.” TRANSFORMACIÓN DIGITAL” DEL BORRADOR DE CONCLUSIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA, CREADO EN EL SENO DE LA COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA.

El punto queda redactado de la siguiente manera:

~~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, **prestando especial atención a los activos y capacidad del personal clave para para la verdadera transformación digital del SNS**”.

288.

ENMIENDA DE ADICIÓN DE UN NUEVO PÁRRAFO A LA INTRODUCCIÓN DEL “TEMA 7 COORDINACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS” DEL BORRADOR DE CONCLUSIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA, CREADO EN EL SENO DE LA COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA.

Se añade un último párrafo, que queda como sigue:

“Todos las propuestas que se enmarquen en los espacios organizativos y de gestión de la actividad sanitaria, tanto de atención primaria como hospitalaria, como de recursos humanos como de salud pública, así como de otras áreas de competencia autonómica, por exceder de forma notoria la competencia constitucional del Estado de “coordinación general de la sanidad”, serán abordadas y debatidas con las Comunidades Autónomas competentes en materia de sanidad y salud pública en el proceso real, serio y riguroso de transformación de la salud, sistemas y modelo, con la mirada puesta en la salud del futuro en sentido holístico y para un horizonte de 20 años, marcando las áreas de necesidad y oportunidad, en el marco objetivo de un desarrollo inclusivo, que se sustanciará en el marco del Consejo Interterritorial del SNS, foro de debate y contraste de propuestas de todos los agentes públicos con competencia en el ámbito sanitario”.

289.

ENMIENDA DE SUPRESIÓN DE LOS PUNTOS 36, 37, 39 Y 41 “TEMA 7. COORDINACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS” DEL BORRADOR DE CONCLUSIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA, CREADO EN EL SENO DE LA COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA.

Los apartados 36, 37, 39 y 41 deben suprimirse

Justificación: en el ámbito competencial de Euskadi, la gestión de los Servicios Sociales corresponde a las Diputaciones Forales, con las particularidades específicas que tal cuestión determina respecto de los planteamientos concretos de coordinación. Hay centros de diputaciones con profesionales sanitarios gestionados por diputaciones, siendo un modelo alternativo al propuesto.

En cuanto a la larga estancia, también depende de las Diputaciones Forales, por lo que toda reflexión sobre el modelo deberá contar con su participación, por respeto a las competencias que a cada nivel competencial corresponden.

EUSKAL TALDEA
GRUPO VASCO

EUSKO ALDERDI JELTZALEA
PARTIDO NACIONALISTA VASCO



289. cont.

290.

ENMIENDA DE ADICIÓN DE UN NUEVO PÁRRAFO A LA INTRODUCCIÓN DEL “TEMA 8. POLÍTICA FARMACÉUTICA, INDUSTRIA BIOSANITARIA Y RESERVA ESTRATÉGICA” DEL BORRADOR DE CONCLUSIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA, CREADO EN EL SENO DE LA COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA.

Se añade un último párrafo, que queda como sigue:

“Todos las propuestas que se enmarquen en los espacios organizativos y de gestión de la actividad sanitaria, tanto de atención primaria como hospitalaria, como de recursos humanos como de salud pública, así como de otras áreas de competencia autonómica, por exceder de forma notoria la competencia constitucional del Estado de “coordinación general de la sanidad”, serán abordadas y debatidas con las Comunidades Autónomas competentes en materia de sanidad y salud pública en el proceso real, serio y riguroso de transformación de la salud, sistemas y modelo, con la mirada puesta en la salud del futuro en sentido holístico y para un horizonte de 20 años, marcando las áreas de necesidad y oportunidad, en el marco objetivo de un desarrollo inclusivo, que se sustanciará en el marco del Consejo Interterritorial del SNS, foro de debate y contraste de propuestas de todos los agentes públicos con competencia en el ámbito sanitario”.

291.

ENMIENDA DE MODIFICACIÓN DEL APARTADO 3 DEL PUNTO 46 DEL “TEMA 8. POLÍTICA FARMACÉUTICA, INDUSTRIA BIOSANITARIA Y RESERVA ESTRATÉGICA” DEL BORRADOR DE CONCLUSIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA, CREADO EN EL SENO DE LA COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA.

Debe decir:

“46.3 Programas de uso racional de los medicamentos, que abarquen la prescripción por los médicos, la **atención** farmacéutica y el consumo responsable por los pacientes, incluida la observancia o adherencia a los tratamientos”.

292.

ENMIENDA DE SUPRESIÓN DEL APARTADO 6 DEL PUNTO 46. DEL “TEMA 8. POLÍTICA FARMACÉUTICA, INDUSTRIA BIOSANITARIA Y RESERVA ESTRATÉGICA” DEL BORRADOR DE CONCLUSIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA, CREADO EN EL SENO DE LA COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA.

Debe suprimirse el punto en cuestión.

293.

ENMIENDA DE SUPRESIÓN DEL PUNTO 53 DEL “TEMA 8. POLÍTICA FARMACÉUTICA, INDUSTRIA BIOSANITARIA Y RESERVA ESTRATÉGICA” DEL BORRADOR DE CONCLUSIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA, CREADO EN EL SENO DE LA COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA.

Debe suprimirse el punto en cuestión.

294.

ENMIENDA DE MODIFICACIÓN DEL PUNTO 58 DEL “TEMA 8. POLÍTICA FARMACÉUTICA, INDUSTRIA BIOSANITARIA Y RESERVA ESTRATÉGICA” DEL BORRADOR DE CONCLUSIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA, CREADO EN EL SENO DE LA COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA.

Debe decir:

“58. Definir, **con respeto a las competencias de las CCAA y en coordinación y colaboración con las mismas**, 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”.

295.

ENMIENDA DE ADICIÓN DE UN NUEVO PÁRRAFO A LA INTRODUCCIÓN DEL “TEMA 9. ADECUAR LA FINANCIACIÓN SANITARIA A LAS NECESIDADES REALES” DEL BORRADOR DE CONCLUSIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA, CREADO EN EL SENO DE LA COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA.

Se añade un último párrafo, que queda como sigue:

“Todos las propuestas que se enmarquen en los espacios organizativos y de gestión de la actividad sanitaria, tanto de atención primaria como hospitalaria, como de recursos humanos como de salud pública, así como de otras áreas de competencia autonómica, por exceder de forma notoria la competencia constitucional del Estado de “coordinación general de la sanidad”, serán abordadas y debatidas con las Comunidades Autónomas competentes en materia de sanidad y salud pública en el proceso real, serio y riguroso de transformación de la salud, sistemas y modelo, con la mirada puesta en la salud del futuro en sentido holístico y para un horizonte de 20 años, marcando las áreas de necesidad y oportunidad, en el marco objetivo de un desarrollo inclusivo, que se sustanciará en el marco del Consejo Interterritorial del SNS, foro de debate y contraste de propuestas de todos los agentes públicos con competencia en el ámbito sanitario”.

296.

ENMIENDA DE ADICIÓN DE UN NUEVO PUNTO A LAS PROPUESTAS DE RESOLUCIÓN DEL “TEMA 9. ADECUAR LA FINANCIACIÓN SANITARIA A LAS NECESIDADES REALES” DEL BORRADOR DE CONCLUSIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA, CREADO EN EL SENO DE LA COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA.

Debe decir:

“XX. Habilitar desde el Gobierno, los programas y complementos presupuestarios necesarios para potenciar y acelerar los proyectos de refuerzo propuestos y que obtengan el respaldo de la Unión Europea, por ejemplo un programa colaborativo a nivel europeo de Reservas Estratégicas de materiales y productos sanitarios”.

297.

ENMIENDA DE ADICIÓN DE UN NUEVO PUNTO A LAS PROPUESTAS DE RESOLUCIÓN DEL “TEMA 9. ADECUAR LA FINANCIACIÓN SANITARIA A LAS NECESIDADES REALES” DEL BORRADOR DE CONCLUSIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA, CREADO EN EL SENO DE LA COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA.

Debe decir:

“YY. Las propuestas de incremento de financiación que en su caso se aprueben, deberán canalizarse a través de los correspondientes mecanismos de financiación autonómica (LOFCA y régimen foral vasco y navarro).

298.

ENMIENDA DE ADICIÓN DE UN NUEVO PÁRRAFO A LA INTRODUCCIÓN DEL “TEMA 10. MODELO DE ATENCIÓN SANITARIA” DEL BORRADOR DE CONCLUSIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA, CREADO EN EL SENO DE LA COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA.

Se añade un último párrafo, que queda como sigue:

“Todos las propuestas que se enmarquen en los espacios organizativos y de gestión de la actividad sanitaria, tanto de atención primaria como hospitalaria, como de recursos humanos como de salud pública, así como de otras áreas de competencia autonómica, por exceder de forma notoria la competencia constitucional del Estado de “coordinación general de la sanidad”, serán abordadas y debatidas con las Comunidades Autónomas competentes en materia de sanidad y salud pública en el proceso real, serio y riguroso de transformación de la salud, sistemas y modelo, con la mirada puesta en la salud del futuro en sentido holístico y para un horizonte de 20 años, marcando las áreas de necesidad y oportunidad, en el marco objetivo de un desarrollo inclusivo, que se sustanciará en el marco del Consejo Interterritorial del SNS, foro de debate y contraste de propuestas de todos los agentes públicos con competencia en el ámbito sanitario”.