

SANIDAD Y SALUD MENTAL

08

ÍNDICE

Introducción.....	2
Análisis de situación: ¿dónde y cómo estamos?.....	4
Propuestas de horizonte	9

Introducción

La salud de las personas que viven en nuestro país depende de los cuidados que se reciben a través de nuestro sistema sanitario, pero también está influenciada por los diferentes factores sociales, económicos, laborales, ambientales, culturales, geográficos y educativos. El lugar donde nacemos, cómo nos educamos y nos relacionamos, las redes sociales que nos apoyan, nuestros trabajos, la economía y la cultura de nuestros territorios, cómo se organizan nuestros sistemas educativos, sanitarios, económicos y sociales, la participación de las personas en esta sociedad y en sus vidas, los ecosistemas donde todo esto ocurre, la calidad del aire, la existencia de espacios verdes y de entornos sostenibles tienen una influencia en nuestros cuerpos y en nuestra biología, en la interrelación con otros organismos y especies animales y en la aparición, o no, de una serie de procesos que pueden hacernos enfermar.

Por ello, la reflexión de este grupo de trabajo está muy vinculada con el análisis y propuestas de los otros grupos que constituyen este proceso.

En este complejo y dinámico equilibrio, nuestro sistema sanitario —lo hemos visto en la pandemia por la COVID-19— tiene un papel fundamental. El Sistema Nacional de Salud (SNS) es uno de los pilares fundamentales del estado de bienestar en España, además de un reflejo de la concepción democrática del derecho a la protección de la salud: recursos para todas y todos financiados por todas y todos. Pese a la actual situación de crisis, el SNS cuenta con un diseño y una infraestructura sólida que se distribuye por todo el territorio, lo que permite ofrecer una atención cuasi universal a la población española por parte de profesionales de la salud con una alta cualificación, con un enfoque de equidad que ayuda a reducir las desigualdades en salud existentes en nuestra sociedad.

Tradicionalmente, la población ha valorado de forma positiva el funcionamiento de los servicios sanitarios. Sin embargo, en los últimos años, y también en especial desde la pandemia de la COVID-19, ha sido testigo de un paulatino proceso de deterioro del SNS en su conjunto, siendo este más acusado en la atención primaria y en las estructuras de salud pública, las cuales posiblemente ya llegaban muy debilitadas a la emergencia sanitaria que hemos vivido.

El sistema sanitario está centrado en exceso en el tratamiento de los problemas agudos de salud mediante el uso excesivo de alta tecnología y de medicamentos, llegando en ocasiones a «medicalizar» problemas que tienen su origen en situaciones sociales. Esto es consecuencia de un modelo biomédico que no integra lo social en su forma de abordar la enfermedad, sino que se centra en la asistencia clínica a nivel individual.

A pesar de la resiliencia mostrada por el sistema sanitario, este deterioro, sumado al envejecimiento progresivo de la población y al aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas, a la ausencia de recambio generacional, al cansancio y desmotivación del colectivo de profesionales de la salud o al impacto del cambio climático en la salud, suponen unos retos importantes que requieren de una acción coordinada por parte de los diferentes poderes públicos para acometer cambios profundos que garanticen la sostenibilidad del SNS.

El sistema sanitario debe reorganizarse en torno a la atención primaria y comunitaria, y apostar por una reestructuración y refuerzo de la salud pública, con una mirada hacia las condiciones sociales que determinan la salud de la población en la que esta tenga un papel importante a la hora de establecer las necesidades en salud y bienestar a las que el SNS debe dar respuesta. La atención primaria debe vertebrar el sistema sanitario. Esto supone que los hospitales trabajen de forma organizada en procesos asistenciales liderados desde la atención primaria y que la complejidad sanitaria y social de algunas enfermedades sea planificada desde el ámbito comunitario y no desde el ámbito hospitalario. Esta misma visión ha de impregnar a los servicios de salud mental, que han de avanzar en una reforma comunitaria todavía no alcanzada.

Esta es una versión resumida del documento elaborado por el grupo de trabajo. El documento completo con la revisión bibliográfica puede consultarse en el siguiente [enlace](#).

Análisis de situación: ¿dónde y cómo estamos?

La esperanza de vida al nacer aumentó entre 2018 y 2020, año en el que se situó en los 82,4 años, por encima de la media de la Unión Europea (UE) que se encuentra en los 80,6 años. No obstante, sufrió un descenso de 1,6 años en el año 2020 respecto al 2019. En el año 2020, las principales causas de mortalidad, sin tener en cuenta la COVID-19, fueron las cardiopatías isquémicas, los accidentes cerebrovasculares y el cáncer de pulmón. En España, las tasas de mortalidad por causas tratables se encuentran por debajo de la media de la UE (92 por 100.000 habitantes), siendo el 5.º país con una tasa de mortalidad más baja (65 por 100.000 habitantes), lo que muestra el buen funcionamiento del sistema sanitario.¹

A pesar de que algunos de los indicadores sanitarios o de resultados de salud son positivos, no se distribuyen de forma equitativa y muestran la existencia de desigualdades en el ámbito sanitario. La propia evolución desfavorable de algunos indicadores sociales hace prever una mayor complejidad de las necesidades a las que tendrán que responder los sistemas sociosanitarios en los próximos años.

El gasto sanitario público en España se encuentra por debajo de la inversión realizada por los países de nuestro entorno. La financiación del SNS no ha recuperado los niveles de inversión en relación con el PIB del 2010, donde el gasto sanitario público supuso un 6,4 % del PIB, mientras que en el año 2019 había alcanzado el 6 %.²

España invierte en atención sanitaria por habitante un 30 % menos que la media de la UE, según la OCDE. La partida que más gasto sanitario supone en términos proporcionales es la destinada a los servicios hospitalarios y especializados (63,1 %), mientras que aquella destinada a los servicios de atención primaria supone un 14,2 %³, cuando la recomendación de la Organización Mundial de la Salud es que se destine al menos un 25 %. El gasto en cuidados de larga duración representa un 9,4 % frente a la media del 16,3 % de la UE. En 2020, el porcentaje destinado a Servicios de Salud Pública respecto al gasto sanitario público consolidado es de un 2,4 %, cuando la recomendación es de al menos un 4 %.

La atención sanitaria en España genera una serie de disfunciones que limitan el acceso al SNS por parte de algunos segmentos de la población. El RD 16/2012 supuso la exclusión

¹ OECD: «State of Health in the EU. España. Perfil sanitario nacional 2021». <https://www.oecd.org/health/espana-perfil-sanitario-del-pais-2021-3d1c2ed2-es.htm>

² Estadísticas de gasto sanitario de 2014 y 2020.

<https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm>

³ Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2021.

<https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>

de determinados colectivos del derecho de protección a la salud al volver a un sistema basado en el aseguramiento, con especial impacto entre la población migrante en España.⁴

El colectivo formado por distintas trabajadoras y trabajadores de la Administración General del Estado dispone de la posibilidad de acogerse a un sistema de aseguramiento privado a través de mutualidades (MUFACE, MUGEJU e ISFAS), financiado con fondos públicos, lo que supone una contradicción con el principio de universalidad que debe seguir la provisión de servicios sanitarios por parte del Estado y una incoherencia con el propio modelo asistencial, que, en vez de estar vertebrado por la atención primaria y comunitaria, supone un paso directo a especialistas no generalistas (con el consiguiente riesgo de salud para cada paciente al obviar un enfoque más integral).

La cartera de servicios posiblemente tiene un mayor enfoque biomédico y no incluye algunos servicios de ámbito más preventivo y de restauración de la salud cuya provisión pública es limitada. La cobertura del SNS tiene un impacto en el pago directo de bienes y servicios sanitarios que realizan los hogares en España, el cual se ha incrementado hasta los 421 euros por persona en los últimos años. Este gasto sanitario privado por parte de los hogares se destina fundamentalmente a la asistencia odontológica y la compra de medicamentos y de dispositivos y productos médicos no perecederos como audífonos, gafas o lentes de contacto.

La carga de la enfermedad sigue una distribución desigual en la población, siendo las personas con menos renta las que tienen en promedio un peor estado de salud.

La organización descentralizada del SNS supone una fortaleza por su capacidad de adaptación a las necesidades del contexto específico. No obstante, en ocasiones pueden darse situaciones de desigualdad territorial en el acceso a servicios y prestaciones sanitarias, o en los tiempos requeridos para recibir la atención, tanto entre las comunidades autónomas como en las áreas de salud, así como entre zonas urbanas y rurales.

Es mejorable la coordinación de diferentes políticas sectoriales —sanitarias y no sanitarias— que tienen impacto en la salud y bienestar de la población, y cabe sistematizar evaluaciones del impacto en salud de cualquier política pública. La articulación entre los órganos políticos y técnicos del SNS no es la adecuada para poder diseñar e implementar estas políticas de salud y los canales de participación en la toma de decisiones políticas en salud son escasos y poco operativos para incorporar las necesidades y propuestas de la población y del colectivo de profesionales de la salud.

⁴ Yo Sí Sanidad Universal: «El derecho a la asistencia sanitaria en las comunidades autónomas: un derecho hecho pedazos». <https://yosisanidaduniversal.net/materiales/informes/informe-derecho-asistencia-sanitaria-comunidades-autonomas>

Desde la aprobación de la Ley 15/1997, se ha incrementado la gestión privada o concertada de diferentes servicios que se proveen en el sistema sanitario (p. ej.: restauración o limpieza). La introducción de criterios de productividad y eficiencia propios del sector privado a la hora de evaluar los procesos que tienen lugar dentro del sistema sanitario ha generado una serie de incentivos que, paradójicamente, hacen que los procesos sean más ineficientes y no tengan como objetivo principal la mejora de la salud de las personas, sino el mero cumplimiento de estos ítems.

En términos generales, el tiempo medio de espera para una primera consulta de atención especializada se ha casi duplicado entre 2010 y 2020, pasando de 53 días a 99 días de espera, y el tiempo medio de espera para una cirugía no urgente para el año 2020 fue de 148 días, situándose por encima del doble respecto al año 2010 (65 días). Los tiempos de espera no se distribuyen de forma homogénea por el territorio español, lo cual tiene un impacto negativo en términos de equidad en el acceso al SNS.⁵ Esto genera una atención sanitaria a dos velocidades que afecta al principio de equidad que debe guiar la provisión de servicios sanitarios, agravando las desigualdades en la atención sanitaria existentes hoy en día. Esta demora se puede observar también en el incremento de tiempos de espera en la atención primaria según los últimos datos publicados por el Barómetro Sanitario en diciembre del 2022.⁶ A nivel estatal, el tiempo medio desde que cada paciente pide cita hasta que recibe la atención médica de familia es de 8,80 días.

La búsqueda de maximizar los beneficios tiene una serie de implicaciones en la calidad de la asistencia sanitaria en este ámbito, así como en el bienestar de las personas convivientes. En muchos de estos espacios, la atención de enfermería y medicina se encuentra privatizada, ofreciendo unas condiciones de trabajo y salarios más precarias en comparación con el sector público, lo que en ocasiones fomenta la contratación de personal peor cualificado.

Una fortaleza de nuestro sistema sanitario es su capilaridad en el territorio, configurando una red asistencial razonablemente dotada que ofrece seguridad y accesibilidad a una atención a la salud de alto nivel. Esa red está conformada por dispositivos de atención primaria (centros de salud y consultorios locales) y dispositivos de atención hospitalaria (hospitales generales, especializados y de media y larga estancia, fundamentalmente).

Existen otros indicadores del buen funcionamiento del sistema sanitario, por ejemplo: el número de hospitalizaciones evitables es bajo gracias a una buena atención primaria e

⁵ Unespa: «El seguro de salud en el año 2020». <https://www.unespa.es/main-files/uploads/2021/06/El-seguro-de-salud-en-2020-FINAL.pdf>

⁶ Ministerio de Sanidad: Barómetro Sanitario 2022. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/home_BS.htm

integración entre niveles, y las tasas de supervivencia a los cinco años son superiores a la media de la UE para varios tipos de cáncer.

El sistema sanitario está diseñado con una orientación excesiva hacia el tratamiento de la enfermedad, siendo el eje central de esta atención el nivel hospitalario, como reflejan los datos presupuestarios. El modelo actual del SNS mantiene en el centro de la atención al nivel hospitalario, mientras que la atención primaria y comunitaria sufre desde hace décadas un problema de infrafinanciación y deterioro progresivo. Esto ha derivado en una situación crónica de colapso que no permite a la atención primaria realizar sus funciones esenciales de seguimiento de las personas y sus familias, dificulta la longitudinalidad en la atención e imposibilita una visión de la salud orientada a la comunidad en la que las personas desarrollan su vida. En consecuencia, se minusvalora la capacidad de la atención primaria para el abordaje de problemas de salud crónicos y complejos, la atención de enfermedades avanzadas y procesos terminales, y la puesta en marcha de actividades dirigidas a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Sin perder de vista la atención global a toda la población, se configuran ciertos sectores poblacionales y ciertas áreas de salud que requieren un mayor esfuerzo en el abordaje asistencial y en la coordinación entre niveles: infancia y adolescencia, enfermedad avanzada y enfermedad terminal, procesos de enfermedad compleja (vulnerabilidad biológica y social), violencia contra las mujeres...

En líneas generales, el SNS sufre una falta de profesionales en diversos sectores, como el de la fisioterapia o la terapia ocupacional, y de desequilibrios internos entre profesiones de la salud. Por ejemplo, la tasa global de profesionales de medicina por 10.000 habitantes es de las más altas del mundo, mientras que la tasa global de profesionales de enfermería es de las más bajas, de acuerdo con los datos de la OMS.⁷

Las y los profesionales de la salud del SNS no cuentan con una estabilidad laboral suficiente y, en muchos casos, desempeñan sus funciones en condiciones de precariedad, lo que ahonda en la desmotivación y desafección que muestran este colectivo y que se traslada a la ciudadanía. Las Administraciones tienen una serie de dificultades para atraer y retener a profesionales de la salud, además de para cubrir aquellas plazas que son menos atractivas a nivel vital o profesional. Estas dificultades pueden acabar generando una competición poco solidaria entre comunidades para la atracción de capital humano.

A esto hay que añadir el reto que supone el reemplazo generacional debido a las jubilaciones de un número importante de profesionales que tendrán lugar en los próximos años.

⁷ OMS: «Health and care workforce in Europe: time to act».
<https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289058339>

El modelo actual de atención continuada con existencia de jornadas laborales de guardia de 24 horas debe ser sometido a revisión. Actualmente muchas especialidades realizan actividad asistencial ininterrumpida durante estas jornadas, con el consiguiente riesgo para la seguridad de la y el paciente y la eficacia del acto realizado, además de claras consecuencias deletéreas para la salud física y mental del personal.

Propuestas de horizonte

Nuestro sistema sanitario es una de las mayores riquezas de nuestro estado social y democrático de derecho. Somos conscientes de los importantes avances de nuestro Sistema Nacional de Salud en estos años de democracia, pero también lo somos de los retos y amenazas existentes.

Nuestra propuesta de horizonte para la sanidad española de los próximos años es la siguiente:

- Una política de salud al más alto nivel de gobierno, con una mirada y un abordaje integral de salud y bienestar, y que persiga el objetivo de preservar y mejorar la salud de toda la población a través de actuaciones intersectoriales que abarquen todas las políticas públicas y de las que se rendirá cuentas periódicamente.
- Un sistema sanitario que garantice realmente la universalidad y su condición de ofrecer una sanidad pública.
- La consciencia y reconocimiento de la riqueza de nuestro sistema sanitario; y el avance hacia un Sistema Nacional de Salud que cuide de las personas, así como hacia una sociedad que cuide de su Sistema Nacional de Salud.
- Un sistema sanitario centrado en las personas, con una mirada promotora de la salud y de los determinantes de la salud colectiva.
- El incremento del poder, el presupuesto, el prestigio y el personal de la atención primaria y comunitaria.
- Un sistema sanitario innovador y eficiente, con una red hospitalaria adecuada a las necesidades de salud y que esté plenamente integrada en los procesos asistenciales liderados desde la atención primaria y comunitaria.
- La creación de un nuevo sistema de salud pública con un incremento presupuestario del gasto sanitario de hasta un 4 %, con recursos suficientes que permitan: analizar los problemas de salud y sus causas, responder con inmediatez ante cualquier amenaza, diseñar políticas que garanticen la salud y garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario mediante la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
- Un sistema sanitario que complete la reforma de la salud mental en nuestro país desde un abordaje asistencial integral, pero con una visión promotora del bienestar.
- La integración total de los sistemas sanitario y social para garantizar la atención y el cuidado de aquellas personas con una situación de mayor complejidad y vulnerabilidad.
- Un sistema sanitario y social que asuma el reto de la atención y el cuidado en aquellas etapas más vulnerables, sin descuidar ninguna, pero con especial atención a personas mayores, enfermedades avanzadas y cuidados paliativos.
- Un sistema sanitario comprometido en mejorar la situación laboral de sus profesionales, reforzando su protagonismo como elementos centrales de dicho sistema.

- Un sistema sanitario que, tanto desde sus prácticas clínicas como desde los procesos educativos o de estructuras organizativas, sepa dar protagonismo, poder y participación a las personas.
- La configuración y ordenación de una agencia que se encargue de evaluar y priorizar aquellas intervenciones tecnológicas, diagnósticas, sociales (recomendación de activos para la salud y recursos comunitarios) y farmacológicas, más adecuadas y eficientes para mejorar la salud de la población.
- Un sistema sanitario con sistemas de información que permitan conocer la situación de salud individual y poblacional, actuar a nivel asistencial o en medidas de salud pública y evaluar resultados y determinantes de cómo evoluciona la situación de salud y la equidad en nuestra población.
- Unas administraciones públicas comprometidas con mejorar la formación pregrado y postgrado de sus profesionales, con una formación libre de conflictos de interés, adaptada a las necesidades de salud poblacionales y con una formación que integre la complejidad de la salud/enfermedad y de los elementos biológicos con los determinantes de la salud (económicos, ambientales, género, sociales...).
- Un sistema sanitario que trabaje a nivel local con otra y otros agentes no sanitarios (municipios, movimiento asociativo, otros sectores) en procesos de acción/desarrollo comunitario.
- Una sociedad que desarrolle un Pacto de Sanidad y un Gobierno que desarrolle aspectos legislativos, estratégicos, de gobernanza y arquitecturas institucionales necesarios para alcanzar los objetivos anteriormente mencionados.

Para el desarrollo de este horizonte, se plantea una serie de acciones desplegadas en seis áreas de actuación.

Área 1. Actualizar nuestro Sistema Nacional de Salud: consolidar un sistema universal y público, con un nuevo marco de planificación y una normativa renovada

- Impulsar un Pacto de Sanidad en España que garantice la universalidad y el carácter público de la sanidad.
- Elaborar una Ley General de Salud y Bienestar donde se plasme una orientación hacia una nueva atención primaria y comunitaria.
- Establecer un Plan de Gobierno de Salud y Bienestar 2030 donde se definan acciones concretas e indicadores de monitorización y evaluación.
- Desarrollar normativas sobre acciones intersectoriales relacionadas con la salud en todas las políticas y actuar sobre otros determinantes de la salud.
- Promover la extinción progresiva del aseguramiento mediante mutualidades MUFACE, MUGEJU e ISFAS, y habilitar su integración en el SNS.
- Actualizar la cartera de servicios con nuevas prestaciones sobre actividades preventivas (por ejemplo, salud bucodental y óptica).

- Integrar por completo la sanidad penitenciaria en los sistemas autonómicos de salud.
- Completar una reforma del abordaje a la salud mental con una orientación hacia los determinantes de la salud, además de promocionar la salud y mejorar los servicios asistenciales que atienden a personas con sufrimiento mental.
- Incrementar el porcentaje de PIB destinado a gasto sanitario público: el gasto sanitario aumentará anualmente medio punto de PIB hasta igualar el porcentaje promedio de los 10 países europeos con mayor participación de gasto sanitario público sobre PIB.
- Destinar 25-30 % del presupuesto sanitario íntegramente a la atención primaria y comunitaria y un 4 % a la salud pública.

Área 2. Gobernanza: una nueva arquitectura de nuestro Sistema Nacional de Salud para el trabajo efectivo entre las diferentes instituciones y a fin de favorecer la participación de profesionales y población

- Rediseñar el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
- Valorar la integración de los sistemas sanitario y social o sistemas alternativos de coordinación real en las diferentes comunidades autónomas, incluyendo sistemas de información que la favorezcan.
- Ordenar las diferentes agencias e instituciones existentes en una Agencia de Evaluación de Tecnologías y de Prestaciones Sanitarias y Sociales.
- Poner en marcha la Agencia Estatal de Salud Pública.
- Establecer la participación de profesionales y de ciudadanía en órganos de gestión sanitaria y sociosanitaria.
- Revisar las herramientas de contrato programa y valorar su idoneidad y contenidos.
- Establecer una normativa para la designación de cargos de gestión y favorecer la profesionalización de estos cargos, aplicar criterios de calidad en su designación y excluir el no acceso a los mismos por no pertenencia a determinadas categorías profesionales.

Área 3. Hacia una nueva salud pública y una mirada de nuestro Sistema Nacional de Salud hacia la salud, el bienestar y las potencialidades de nuestras comunidades

- Reforzar las estructuras de salud pública (en sistemas de información y personal), priorizando su trabajo con sistemas sanitarios y agentes de salud local (municipios y movimiento asociativo).
- Elaborar un catálogo estatal, ordenado y basado en evidencias de diferentes programas de promoción de la salud, prevención y de salud comunitaria.
- Promover la reorientación comunitaria de la atención primaria a nivel individual, grupal y colectivo, dotándola de recursos adecuados.
- Impulsar procesos de desarrollo comunitario en el ámbito local, coordinando procesos de acción comunitaria de diferentes sectores y procedentes de diferentes modelos (Agenda 2030, Agenda Urbana, Ciudades Saludables, Ciudades Educadoras, *Smart Cities*...).

- Impulsar los modelos de protección y vigilancia de la salud centrados en el modelo «One Health» y los sistemas de protección ante emergencias sanitarias y pandemias.

Área 4. Procesos asistenciales centrados en las personas: refuerzo e integración de la atención primaria y comunitaria, la atención hospitalaria y la atención a la salud mental

- Incorporar herramientas de trabajo en la organización y el trabajo clínico-asistencial para incluir la perspectiva de equidad.
- Mejorar el funcionamiento y la evaluación de nuestros servicios sanitarios teniendo en cuenta la experiencia de la ciudadanía y la comunidad de profesionales (por ejemplo, servicios de salud mental, atención oncológica y atención a personas en el proceso final de la vida).
- Reestructurar y desburocratizar procesos asistenciales.
- Potenciar los cuidados en domicilio, facilitando que los procesos de diagnóstico y de tratamiento se puedan hacer de forma ambulatoria o en unidades de día.
- Definir y actualizar un catálogo de actuaciones que garanticen el equilibrio y la coordinación entre los niveles asistenciales.
- Definir y actualizar un catálogo de modelos organizativos y de buenas prácticas en la atención primaria y comunitaria.
- Mejorar diferentes procesos organizativos en la atención hospitalaria: atención continuada, organización hospitalaria por modelo de cuidados, redes asistenciales con procedimientos centrados en la resolución de problemas de salud entre los hospitales comarcales y los hospitales de mayor complejidad...

Área 5. Políticas de recursos humanos para tener un Sistema Nacional de Salud con una dotación adecuada y estructuras estables

- Establecer políticas de recursos humanos tanto a nivel estatal como desde los servicios de salud de las comunidades autónomas para acabar con la temporalidad y la precariedad.
- Elaborar políticas para la adecuada planificación de profesionales en el Sistema Nacional de Salud según la situación demográfica y las necesidades de perfiles profesionales.
- Revisar en profundidad el modelo actual de atención continuada.
- Implementar formas contractuales y retributivas favoreciendo el acceso de profesionales a zonas de difícil cobertura.
- Impulsar políticas activas en pro de la igualdad de género y de la conciliación de la vida laboral y personal.

Área 6. Un Sistema Nacional de Salud innovador, eficiente y fortalecido con estrategias avanzadas de formación e investigación

- Establecer un sistema de evaluación del Sistema Nacional de Salud, desde una perspectiva integral de salud, que incluya evaluación de servicios sanitarios y de sus prácticas teniendo en cuenta la experiencia de las y los pacientes.
- Integrar el análisis del impacto en salud en las políticas intersectoriales de acuerdo con la Ley 33/2011 de Salud Pública.
- Establecer un Plan de Sostenibilidad e Impacto Ambiental del Sistema Nacional de Salud.
- Garantizar mediante regulación específica la independencia del sistema sanitario respecto a diferentes industrias (farmacéuticas, diagnósticas, alimentarias...) en aspectos relacionados con la formación y la investigación.
- Avanzar en los criterios para la selección de fármacos financiados por el SNS, potenciar el papel de la Agencia de Evaluación de Medicamentos y Productos Sanitarios para la decisión de la introducción y financiación de novedades farmacológicas, y avanzar en políticas farmacéuticas de compras centralizadas.
- Incorporar las nuevas tecnologías de una forma ordenada y que garantice la evidencia, la sostenibilidad y la equidad siguiendo un procedimiento adecuado a través de la Agencia de Evaluación de Tecnologías y de Prestaciones Sociales y Sanitarias.
- Explorar estrategias de producción pública de medicamentos y terapias esenciales aprovechando los recursos propios del SNS.
- Aplicar con urgencia el Plan de Garantías de Abastecimiento de Medicamentos y evitar situaciones de faltas de suministro o desabastecimiento de medicamentos esenciales.
- Potenciar el papel de las farmacias comunitarias y revisar su papel en la colaboración con los equipos de atención primaria y comunitaria (Real Decreto 137/1984, de 11 de enero).
- Reforzar el protagonismo de las tecnologías de la comunicación para garantizar una atención equitativa a toda la población.
- Ofrecer formación de pregrado, posgrado y a lo largo de la vida profesional desde una perspectiva que integre los aspectos biológicos y los determinantes, y la promoción de la salud.
- Crear departamentos de atención primaria y comunitaria en todas las universidades españolas en los próximos diez años.
- Mejorar el sistema de incentivos para tutoras y tutores de formación especializada.