



Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia

COMPONENTE 18

Renovación y ampliación de las capacidades del Sistema Nacional de Salud



GOBIERNO
DE ESPAÑA

**ESPAÑA
PUEDE.**



Contenidos

0. Resumen Ejecutivo	3
1. Descripción general del componente	5
2. Principales retos y objetivos	8
3. Detalle sobre cada reforma/inversión del componente.....	11
4. Autonomía estratégica y seguridad.....	67
5. Proyectos transfronterizos y multi-país	68
6. Contribución del componente a la transición ecológica	68
7. Contribución del componente a la transición digital	69
8. Principio “Do not significant harm”	69
9. Hitos, metas y cronograma.....	79
10. Financiación	79

0. Resumen Ejecutivo

VI	Pacto por la Ciencia y la Innovación. Refuerzo de las capacidades del Sistema Nacional de Salud
18	Renovación y ampliación de capacidades del Sistema Nacional de Salud
Ministerio de Sanidad	
<p>El sistema sanitario español presenta buenos resultados a pesar de tener un nivel de inversión relativamente bajo. La crisis sanitaria ha puesto de manifiesto su fortaleza, pero también ha expuesto las dificultades a las que se enfrenta a la hora de abordar situaciones que requieren anticipación, respuesta rápida y coordinación. También ha mostrado la necesidad de corregir problemas estructurales que ya existían y de responder a los retos emergentes en salud, ya sean demográficos, sociales, tecnológicos o económicos.</p> <p>Este componente pretende corregir las debilidades estructurales detectadas y adaptar el sistema sanitario a los retos y desafíos identificados. Su objetivo es tener un modelo sanitario más robusto, flexible y resiliente. Un modelo que afiance la sanidad pública como un pilar esencial del Estado del Bienestar, pero que también sea punta de lanza del desarrollo social en España.</p> <p>El Componente consta de 5 reformas y 6 inversiones. Cada reforma e inversión pretende renovar y ampliar las capacidades del sistema sanitario en un ámbito específico. Son las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecimiento de la atención primaria y comunitaria 2. Reforma del sistema de salud pública 3. Consolidación de la cohesión, la equidad y la universalidad 4. Refuerzo de las capacidades profesionales y reducción de la temporalidad 5. Reforma de la regulación de medicamentos y productos sanitarios y mejora del acceso a medicamentos. <p>Las 6 inversiones representan un coste total de 1.069.000.000 euros. Son las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Plan de inversión en equipos de alta tecnología 2. Acciones para reforzar la prevención y promoción de la salud 3. Aumento de capacidades de respuesta ante crisis sanitarias 4. Formación de profesionales sanitarios y recursos para compartir conocimiento 5. Plan para la racionalización del consumo de productos farmacéuticos y fomento de la sostenibilidad. 6. Data lake sanitario. <p>Estas reformas e inversiones suponen, en su conjunto, una verdadera transformación del sistema sanitario español. Responden fundamentalmente a los pilares 2, 3, 4 y 5 enumerados en el artículo 3 del Reglamento (UE) 2021/241, por el que se establece el Mecanismo de Recuperación y Resiliencia (MRR). No obstante, la financiación de las</p>	

VI	Pacto por la Ciencia y la Innovación. Refuerzo de las capacidades del Sistema Nacional de Salud
18	Renovación y ampliación de capacidades del Sistema Nacional de Salud

inversiones presentadas en este componente 18 no procederá solamente del MRR, sino que está prevista también financiación de los presupuestos nacionales. En este último caso, se asegurará en cada caso concreto la complementariedad, garantizando que cada instrumento cubra costes diferentes, evitando siempre solapamientos o duplicidades. REACT-EU financiará también las adquisiciones de vacunas frente al COVID-19 que está realizando España.

Las reformas e inversiones propuestas nacen de un amplio consenso político y social. El Parlamento español aprobó en julio de 2020 un [Dictamen sobre cómo afrontar la reconstrucción económica y social tras la pandemia](#). Este Dictamen contiene un apartado destacado sobre cómo reforzar y mejorar el sistema sanitario y la salud pública en España, que fue apoyado por más del 70% de los diputados (255 votos de 350), incluido el principal partido de la oposición. Este apartado del Dictamen incluye más de 70 propuestas sobre cómo orientar la reforma sanitaria e incluye medidas como el impulso de la atención primaria y la salud pública, el refuerzo y mejora de los recursos humanos y profesionales, la transformación digital, la investigación, la política farmacéutica, las reservas estratégicas o la gobernanza del sistema. Las reformas e inversiones de este Componente están alineadas con este Informe del Parlamento y recogen muchas de sus recomendaciones.

Igualmente, la necesidad de reformar el sistema ha sido objeto de debate y acuerdo en el seno del máximo órgano intergubernamental en la materia, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), del que forman parte el Ministerio de Sanidad y las Comunidades y Ciudades Autónomas. Por ejemplo, el Consejo aprobó en 2019 el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria (R1), acordó varias de las estrategias y planes de salud pública (I2) y se ha pronunciado en diferentes ocasiones sobre la necesidad de reforzar la cohesión (R3), mejorar los procedimientos de acreditación y formación de profesionales (R4) e impulsar la digitalización (I6). En cualquier caso, un informe sobre todas las reformas e inversiones incluidas en este componente fue examinado y validado por el Consejo Interterritorial el pasado día 21 de abril de 2021.

Del mismo modo, las reformas e inversiones recogen las propuestas e iniciativas formuladas por agentes sociales, organizaciones profesionales, asociaciones de pacientes, sociedades científicas y asociaciones de empresas en diferentes foros de participación y en el marco de la relación ordinaria que todas ellas tienen con el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas. Además, un informe sobre las reformas e inversiones está siendo presentado a estas entidades en diversos foros, como el Consejo Consultivo del CISNS, en el que estas entidades tienen representación, y en varios encuentros bilaterales y multilaterales convocados al efecto por el Ministerio de Sanidad.

Las Comunidades Autónomas como responsables de las competencias de asistencia sanitaria, no sólo han participado en el diseño de las reformas e inversiones, sino que tienen un papel esencial en la implementación de muchas de ellas. Participan en las Estrategias, en los planes operativos, en la definición de criterios y acciones a desarrollar, en los acuerdos de distribución de fondos y en el seguimiento y evaluación de las medidas. Lo harán bilateralmente con el Ministerio de Sanidad y también multilateralmente a través

VI	Pacto por la Ciencia y la Innovación. Refuerzo de las capacidades del Sistema Nacional de Salud
18	Renovación y ampliación de capacidades del Sistema Nacional de Salud
<p>del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y sus comisiones, comités y grupos de trabajo. El Consejo Interterritorial será el órgano clave en la aplicación de las medidas del Componente, en la forma que se detalla en la explicación de cada reforma e inversión.</p> <p>Todas las inversiones que se canalicen a través de transferencias a las Comunidades Autónomas, incluirán las correspondientes cláusulas de condicionalidad del gasto para asegurar el cumplimiento de las finalidades previstas.</p> <p>Igualmente, se garantiza la coherencia entre este componente y otros interrelacionados, en los términos expresados en cada reforma e inversión. En particular, con el Componente 11 (Modernización de las Administraciones Públicas), el Componente 17 (reforma institucional y fortalecimiento de las capacidades del sistema nacional de ciencia, tecnología e innovación), Componente 19, Componente 22 y Componente 23.</p> <p>Finalmente, el Componente 18 favorece la consecución de objetivos del conjunto de la Unión Europea. Las reformas e inversiones permitirán que España contribuya activamente en la construcción de la Unión Europea de la Salud. Las acciones en materia de medicamentos y la recientemente aprobada Estrategia española contra el cáncer están alineadas con la Estrategia Farmacéutica Europea y el Plan Europeo de Lucha Contra el Cáncer, respectivamente. La creación del Centro Estatal de Salud Pública permitirá reforzar la participación de España en las redes coordinadas por el ECDC, el impulso a la digitalización facilitará avanzar en la interoperabilidad de sistemas a nivel europeo y los proyectos de la Agencia Española del Medicamento permitirán reforzar aún más su colaboración con la EMA. De igual modo, las medidas de este componente para responder a amenazas sanitarias globales permitirán colaborar con la futura Autoridad Europea de Preparación y Respuesta ante Emergencias (HERA).</p>	

1. Descripción general del componente

Palanca	VI. Pacto por la Ciencia y la Innovación. Refuerzo de las capacidades del Sistema Nacional de Salud	
Componente	18. Renovación y ampliación de capacidades del Sistema Nacional de Salud	
Contribución	Transición ecológica	Transición digital
	0%	9,35%

Inversión							
Inversión estimada TOTAL (millones €), incluyendo otras fuentes de financiación distintas al Mecanismo de Recuperación y Resiliencia							1.069
Inversión del componente (millones €) BAJO EL MECANISMO DE RECUPERACIÓN Y RESILIENCIA							1.069
% sobre el total del Plan							1,54%
Periodificación	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Total	0	451,03M€	499,15M€	118,82M€	0	0	0
Respuesta a las recomendaciones específicas por país (CSR)							
Código	Recomendación (2020) (2019)						
2020.1.1	Combatir eficazmente la pandemia, sostener la economía y respaldar la posterior recuperación de forma eficaz.						
2020.1.3	Reforzar la capacidad y resiliencia del sistema sanitario, en lo relativo a los trabajadores sanitarios y a los productos médicos y las infraestructuras esenciales						
2020.2.1	Respaldar el empleo mediante medidas encaminadas a preservar los puestos de trabajo, incentivos eficaces a la contratación y el desarrollo de las cualificaciones						
2019.doc	<p>Semestre Europeo 2019: Evaluación de los avances en lo que respecta a las reformas estructurales y la prevención y la corrección de los desequilibrios macroeconómicos, y resultados de los exámenes exhaustivos conforme al Reglamento (UE) n.º 1176/2011:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientación del sistema sanitario hacia los retos de edad, cronicidad y discapacidad - Desigualdad entre comunidades autónomas en lo que respecta a asistencia, fundamentalmente en el uso de procedimientos basados en pruebas en la asistencia secundaria - Brecha de necesidades de asistencia dental no satisfechas - Escasez de enfermeros y médicos generalistas - Uso generalizado de contratos a tiempo parcial y temporal y descenso de los salarios - Necesidad de refuerzo de la Atención primaria, - Dificultad de proveer servicios de salud en zonas menos pobladas 						

	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de interoperabilidad de los sistemas electrónicos que obstaculiza el uso eficiente de las soluciones de sanidad electrónica disponibles - Ineficiencia en la compra y uso de medicamentos
--	--

Enumeración de las reformas e inversiones		Financiación	% sobre total	COFOG
Código	Reformas			
C18.R1	Fortalecimiento de la Atención Primaria y Comunitaria	0 €		
C18.R2	Reforma del sistema de salud pública	0 €		
C18.R3	Consolidación de la cohesión, la equidad y la universalidad	0 €		
C18.R4	Refuerzo de las capacidades profesionales y reducción de la temporalidad	0 €		
C18.R5	Reforma de la regulación de medicamentos y productos sanitarios y mejora del acceso a medicamentos.	0 €		
Código	Inversiones			
C18.I1	Plan de inversión en equipos de alta tecnología en el Sistema Nacional de Salud	792.100.000	74,10%	07
C18.I2	Acciones para reforzar la prevención y promoción de la Salud	62.050.000	5,80%	07
C18.I3	Aumento de capacidades de respuesta ante crisis sanitarias	80.910.000	7,57%	07
C18.I4	Formación de profesionales sanitarios y recursos para compartir conocimiento	13.140.000	1,23%	07
C18.I5	Plan para la racionalización del consumo de productos	20.800.000	1,95%	07

	farmacéuticos y fomento de la sostenibilidad			
C18.I6	Data lake Sanitario	100.000.000	9,35%	07
Total componente		1.069.000.000 €	100%	

2. Principales retos y objetivos

a) Principales retos abordados por el componente

España cuenta con un buen sistema sanitario público en términos comparados. Es un sistema de acceso universal, que se financia mediante impuestos y que ofrece un amplio catálogo de prestaciones y servicios al conjunto de la ciudadanía, favoreciendo la equidad y la reducción de desigualdades. En el Sistema Nacional de Salud (SNS) se integran todos los servicios sanitarios de carácter público, con un primer nivel asistencial (atención primaria) de gran accesibilidad, con profesionales altamente cualificados y un elevado nivel de especialización. La prestación de la asistencia sanitaria es competencia de las Comunidades Autónomas, mientras que al Gobierno Central (Ministerio de Sanidad) le corresponde la coordinación general de la sanidad, las leyes básicas, la sanidad exterior y la política farmacéutica. También es responsable de la asistencia sanitaria en las ciudades de Ceuta y Melilla.

El sistema sanitario español presenta buenos resultados a pesar de tener un nivel de inversión relativamente bajo. El gasto sanitario en España representa el 9% del PIB (2019), por debajo de la media europea (9,8%) ([State of Health in the EU, Perfil Sanitario nacional 2019](#)), lo que supone un gasto por habitante un 15% inferior a la media de la UE. El gasto público sanitario representa el 6,4% del PIB (2019). A pesar de ello, España presenta buenos resultados en salud. Tras varios años de avances positivos en el ODS 3 (Salud y Bienestar), se sitúa por encima de la media de la UE en varios indicadores, como esperanza de vida (83,4 años), tasa de mortalidad por enfermedades crónicas (94,7), población que considera bueno o muy bueno su estado de salud (73%), necesidades de asistencia médica no satisfecha (0,2%), tasa de obesidad (14,1%), hogares afectados por el ruido (17%) o exposición a contaminación atmosférica (12,1%). Sin embargo, aunque la esperanza de vida en buena salud se sitúa en buena posición respecto a los países de la UE (69,9 años EUROSTAT 2019), no todos los años en la vejez se viven con buena salud. Las edades avanzadas se asocian a más enfermedades crónicas, limitaciones en las actividades cotidianas y síntomas de depresión, que reclaman actuaciones para su prevención y disminución.

Por otro lado, incluso antes de la pandemia de COVID-19, el sistema ya presentaba debilidades importantes. Muchas de ellas han sido también puestas de manifiesto en los informes exhaustivos de país ([CSR 2019](#) y [CSR 2020](#)) emitidos por la Comisión Europea en el marco del semestre europeo. Así, por ejemplo, se ha recomendado reforzar la atención primaria (CSR 2020), garantizar la continuidad de la asistencia entre varios proveedores (CSR 2019), aumentar la cobertura de asistencia dental (CSR 2019 y 2020), incrementar las dotaciones de médicos y enfermeras y mejorar sus condiciones laborales (CSR 2019 y 2020),

orientar el sistema al envejecimiento, la cronicidad y la atención a la dependencia (CSR 2019) o aumentar los recursos destinados a medidas preventivas (CSR 2020). También es necesario reducir las diferencias regionales en asistencia sanitaria (CSR 2019), reforzar los servicios en zonas despobladas (CSR 2019), desarrollar la interoperabilidad de servicios de salud digital (CSR 2019) y mejorar la eficiencia en la financiación pública de medicamentos, que representa el 14,2% del gasto público sanitario (CSR 2019 y 2020).

La pandemia de COVID-19 ha sometido el sistema a una tensión sin precedentes y ha puesto de manifiesto su vulnerabilidad ante crisis sanitarias globales. Esto no sólo ha acentuado las debilidades señaladas, sino que ha hecho emerger otras prioridades, como el refuerzo del sistema de salud pública y vigilancia epidemiológica o la necesidad de contar con cadenas de suministro diversificadas y con depósitos estratégicos de medicamentos y productos sanitarios.

Igualmente, la crisis sanitaria ha demostrado que deben acelerarse las transformaciones para que el sistema sanitario pueda responder mejor a los retos demográficos (envejecimiento, cronicidad, dependencia, despoblación, etc.), ambientales (cambio climático, contaminación, ruido, etc.), sociales (determinantes sociales de la salud, diferencias territoriales, etc.), tecnológicos (tratamiento de datos, tecnologías disruptivas, etc.) y económicos (sostenibilidad, eficiencia, etc.) que se le presentan.

En particular, España afronta un importante desafío demográfico vinculado al envejecimiento de su población. El 19% de sus ciudadanos tiene más de 65 años y se espera que este porcentaje ascienda de manera importante en los próximos años. La esperanza de vida es superior a los 83 años. El declive demográfico es especialmente intenso en una parte importante del territorio. En 15 provincias (casi una de cada tres), más del 23% de la población tiene más de 65 años ([INE](#)).

Vinculado con el envejecimiento está el de la alta prevalencia de enfermedades crónicas, al que los sistemas de salud pública y asistencial deben dar una respuesta más eficaz de la ofrecida hasta el momento. A modo de ejemplo, el 20% de los ciudadanos padece hipertensión, el 19% dolor lumbar, el 18% colesterol alto, el 18% artrosis, el 11% problemas de salud mental y el 8% diabetes ([Informe del Sistema Nacional de Salud 2019](#)). El tratamiento correcto de las patologías crónicas y de sus factores de riesgo requiere un enfoque asistencial integrado y multidisciplinar, con un impulso a la red de cuidados, que prevenga la enfermedad, promueva la salud en todas las etapas de la vida y amplíe el componente rehabilitador para preservar las capacidades funcionales de la población.

El desarrollo futuro del sistema sanitario deberá también profundizar en la equidad de género. Diversas actuaciones de este componente ponen el foco precisamente en esta cuestión, con referencias específicas a la perspectiva de género en políticas sanitarias, salud sexual en el contexto integrado de la salud pública, acciones preventivas específicas en materia de cáncer y formación en materia de violencia de género. Además, el 72,1% de las personas que trabajan en la sanidad en España son mujeres ([Encuesta de Población Activa, INE 2020](#)), por lo que son receptoras principales de las medidas dirigidas a este colectivo profesional.

Asimismo, y al igual que ocurre en países de nuestro entorno, el sistema sanitario español afronta también el reto de la sostenibilidad, que necesariamente debe traducirse en la búsqueda permanente de la eficiencia en todos los ámbitos, también en el farmacéutico, por su elevado peso sobre el gasto sanitario total. En este sentido, es necesario también

ofrecer una nueva mirada a la industria que permita garantizar la seguridad del abastecimiento y la atracción y fomento de la I+D+i. El impulso de la investigación y la innovación sanitaria y el desarrollo de la salud digital abre nuevos escenarios, como la medicina 5P (personalizada, predictiva, preventiva, participativa y poblacional), que va a permitir dar un salto cualitativo en la mejora de la práctica clínica y la atención integral a la salud de los ciudadanos.

b) Objetivos

El objetivo general del componente es reforzar y fortalecer el Sistema Nacional de Salud español para que todas las personas tengan las máximas oportunidades de desarrollar y preservar su salud y que dispongan de un sistema sanitario público, universal y excelente, sólidamente cohesionado, proactivo, innovador e inteligente y con perspectiva de género, que cuide y promueva su salud a lo largo de toda la vida, en todas sus esferas.

Los objetivos específicos son los siguientes:

- Preparar el Sistema para **prevenir y afrontar posibles amenazas sanitarias globales** como la actual derivada de la COVID-19. Incrementar las **capacidades de salud pública y los sistemas de vigilancia epidemiológica**.
- Proteger la salud de toda la ciudadanía **con equidad** y prestarle una atención integral con la máxima **rapidez, calidad, seguridad y capacidad resolutive**, independientemente de sus recursos o del lugar de residencia, género, origen o edad, garantizando su accesibilidad al sistema sanitario.
- Mantener a las **personas como centro del sistema**, mejorando su participación y rediseñando la atención sanitaria para orientarla hacia la salud de las personas y de las comunidades, garantizando sistemas de información que permitan medir no solo actividad sino resultados finales en salud.
- **Promover la salud y el bienestar de forma activa** y prevenir la enfermedad y la dependencia a lo largo de toda la vida.
- Atraer y retener a los y las **mejores profesionales**, ofreciéndoles posibilidades de desarrollo individual y colectivo, de modo que consideren que el Sistema Nacional de Salud es el mejor lugar para desarrollar su carrera profesional.
- Avanzar hacia un Sistema **Nacional de Salud generador de información y conocimiento, digitalizado**, y en el que se potencie la **investigación y la innovación sanitaria**, constituyéndose en tractor del empleo, el crecimiento, la productividad y la innovación del tejido empresarial y la sociedad en su conjunto.
- Asegurar la **financiación suficiente y sostenible** para abordar los nuevos retos en salud propios de una sociedad moderna y desarrollada, y asegurar asimismo la eficiencia en el gasto, eliminando aquello que no aporta valor.
- Fortalecer y desarrollar la **coordinación y la gobernanza multinivel** en la gestión del Sistema Nacional de Salud y potenciar la cohesión territorial.
- Promover activamente estrategias para alcanzar la **equidad de género** en la salud, eliminando las desigualdades en salud injustas y evitables.

c) Impacto esperado

Justificación del impacto	<p>Las reformas e inversiones en el sistema sanitario español tendrán un impacto positivo en la mejora de resultados en salud de los ciudadanos y se producirá un avance importante en el ODS3. Se espera que a medio y largo plazo mejoren los indicadores de esperanza de vida (hoy, 83,3 años) y la media de años vividos de manera saludable (hoy, 69 años).</p> <p>Igualmente, se espera mejorar la salud percibida de la población (hoy, 73,7% la consideran buena o muy buena) y mejorar el nivel de satisfacción con la sanidad pública (hoy 6,6 sobre 10). También se mejorará la accesibilidad al sistema asistencial, reduciendo las demoras en el acceso a pruebas diagnósticas y en cirugía electiva (hoy, 170 días de media).</p> <p>Por otro lado, se reducirá la brecha social en resultados de salud, medida a través de diferentes indicadores (obesidad, sedentarismo, adherencia a los programas de cribados de cáncer, prevalencia de enfermedades cardiovasculares, salud mental), y, en particular, mejorará el acceso a servicios dentales en la sanidad pública, reduciendo las desigualdades sociales actuales.</p> <p>Los esfuerzos formativos y de desarrollo profesional tendrán un impacto positivo significativo en la calidad y eficacia de la atención. Los procesos de consolidación y oferta de empleo permitirán reducir la alta tasa de temporalidad actual de los profesionales sanitarios.</p> <p>Las reformas mejorarán también los servicios sanitarios en zonas rurales y de baja densidad demográfica, reduciendo la brecha territorial. Se reforzará la cohesión en el conjunto del sistema y se reducirán desigualdades en la atención sanitaria, especialmente en el tratamiento de enfermedades raras y de alta complejidad.</p> <p>Se espera mejorar el estado de salud general de la población, con una evolución positiva en los datos de prevalencia del tabaquismo (hoy, 24,2%), consumo habitual de alcohol (37% a partir de los 15 años), la tasa de obesidad (hoy, 14,1%) o el sedentarismo (35,3% entre 15 y 69 años). Se espera también un impacto positivo en la seguridad del paciente.</p> <p>Las reformas e inversiones mejorarán también la eficiencia en la asignación del gasto, reduciendo por ejemplo los ingresos hospitalarios evitables (hoy, 6,3) o desacelerando también el crecimiento anual del gasto farmacéutico.</p>
----------------------------------	--

3. Detalle sobre cada reforma/inversión del componente

Reformas

C18.R1	Fortalecimiento de la Atención Primaria y Comunitaria	Ministerio de Sanidad
a) Descripción de la reforma		
<p>La Atención Primaria es el eje vertebrador del sistema sanitario español y su fortalecimiento constituye uno de los retos más importantes que ha de afrontar el país en los próximos años. Los resultados que esperan alcanzarse son de la máxima relevancia en términos de mayor prevención y diagnóstico precoz de la enfermedad, mejora de su control, años vividos con calidad de vida y bienestar, reducción de desigualdades sociales y territoriales y mejora de la eficiencia y sostenibilidad del sistema sanitario.</p>		
<p>La reforma consiste en desarrollar y ejecutar el Marco Estratégico para el refuerzo de la atención primaria y comunitaria aprobado por el Gobierno Central y todas las Comunidades Autónomas en 2019, con la participación de los principales stakeholders del sector, y que se centrará, entre otras, en las siguientes líneas generales de actuación:</p>		
<ul style="list-style-type: none">a) Impulsar el carácter vertebrador de la Atención Primaria y su papel como agente de salud del paciente en todo el sistema sanitariob) Reorientar el sistema a la atención personalizada, centrada en el pacientec) Reforzar la longitudinalidad asistencial para garantizar la atención continua por el mismo equipo de profesionalesd) Mejorar la capacidad resolutoria de la Atención Primaria y evitar derivación hospitalaria innecesaria.e) Evaluar y disminuir la variabilidad injustificada de la práctica clínicaf) Potenciar la integralidad de la atencióng) Mejorar los indicadores de resultados en salud y disminuir la desigualdad.h) Mejorar la accesibilidad en la Atención Primaria y reducir demorasi) Actuar sobre los determinantes de la saludj) Implantar las Estrategias de Salud Pública, en particular las vinculadas a la promoción de la salud y la atención a la cronicidad.k) Potenciar la investigación e innovación en Atención Primarial) Generar un marco profesional estable para la gestión clínica de la Atención Primariam) Mejoras en TIC's y Sistemas de Información, como apoyo directo a la gestión clínica y a la medición de resultados clínicos y en salud.n) Establecer modelos de financiación basados en la ordenación de recursos y resultados en salud para asegurar la eficiencia en la asignación de los gastos.		
<p>Esta reforma se desarrollará mediante un Plan de Acción y Proyectos Regionales, que desarrollarán el Marco Estratégico de 2019, y las actuaciones concretas e inversiones a aplicar en cada Comunidad Autónoma en ejecución del plan y los proyectos. Respecto de las acciones que requieran financiación, esta procederá de tres fuentes diferentes:</p>		
<ul style="list-style-type: none">- Del <u>Presupuesto Nacional</u> (Gobierno Central y Comunidades Autónomas) para financiar sobre todo los gastos de personal y funcionamiento de carácter recurrente que no resulten elegibles de acuerdo con la normativa europea.		

- De la Ayuda a la Recuperación para la Cohesión y los Territorios de Europa (REACT-EU). En el ámbito del **Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER)**, los recursos REACT EU se incorporarán a los programas operativos del periodo 14-20 como un nuevo eje prioritario adicional, denominado Eje 20 “REACT EU”. Dicho eje se compone de un único objetivo temático titulado “Favorecer la reparación de la crisis en el contexto de la pandemia de COVID-19 y sus consecuencias sociales y preparar una recuperación verde, digital y resiliente de la economía” (de conformidad con el Reglamento (UE) nº 2020/2221). Éste, a su vez, quedará desglosado en cinco objetivos específicos. Dos de ellos tienen que ver con el ámbito sanitario y son los siguientes:
 - **OE REACT-EU 1.** (OE 1) “Productos y servicios para los servicios de salud.”
 - **OE REACT-EU 5.** (OE 5) “Apoyar inversiones en infraestructuras que presten servicios básicos a los ciudadanos”.

En el primero de estos objetivos específicos, las actuaciones programadas están relacionadas con el gasto sanitario para hacer frente a la lucha contra el COVID, la mayor parte del cual consiste en la adquisición de material y equipamiento médico, así como el refuerzo del personal para atender la lucha contra la pandemia. En menor medida, también se ha incluido gasto asociado a equipos y software/licencias informáticos necesarios para la lucha contra la COVID-19, así como a proyectos de I+D orientados a este objetivo. En particular, el Programa Operativo Plurirregional de España concentrará el gasto del OE 1 en la compra de vacunas.

Por su parte, las actuaciones de carácter sanitario incluidas en el OE5 tienen como finalidad reforzar la resiliencia del sistema sanitario tanto en el ámbito de la atención primaria como especializada u hospitalaria. En efecto, la pandemia ha puesto de manifiesto la necesidad de reforzar los servicios públicos, y en especial los sistemas sanitarios, haciéndolos más resilientes de cara al futuro. Así, las actuaciones propuestas en este OE 5 en materia de sanidad, se complementan con las del OE1 dirigidas a dar respuesta a la urgencia sanitaria ocasionada por la pandemia. Para ello, en el marco de los programas operativos regionales, se propone, por un lado, la construcción de nuevos centros sanitarios que permitan incrementar la capacidad de respuesta del sistema, y por otro, la renovación/adecuación/rehabilitación de los centros existentes. También se incluyen algunas actuaciones de adquisición de equipamiento, incluido el necesario para el diagnóstico, tanto en atención primaria, como hospitalaria. Con las actuaciones propuestas se ampliará la capacidad sanitaria con incremento de camas y nuevas instalaciones quirúrgicas, y se dará mayor flexibilidad y adaptabilidad a los espacios para adecuarlos a las prioridades de cada momento, incorporando asimismo mejoras en materia de eficiencia energética. Entre todas ellas, cabe citar la construcción de un nuevo edificio para el Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

En el ámbito del **Fondo Social Europeo**, los recursos REACT-UE se van a incorporar a los programas operativos regionales del actual período 14-20 a través de la programación de un eje prioritario adicional, denominado Eje R, compuesto por un único objetivo temático y una prioridad de inversión (PI R.1) orientada a “Favorecer

la reparación de la crisis en el contexto de la pandemia de COVID-19 y sus consecuencias sociales y preparar una recuperación verde, digital y resiliente de la economía”. Ésta se divide a su vez en tres Objetivos Específicos, en dos de los cuales se han programado actuaciones en el ámbito sanitario:

OE R.1.1- OE REACT-UE 1. “Apoyar el acceso al mercado de trabajo, la creación de puestos de trabajo y el empleo de calidad, así como el mantenimiento del empleo, incluido el empleo juvenil, y el apoyo a los trabajadores por cuenta propia y a los emprendedores”.

OE R.1.2 - OE REACT-UE 2. “Apoyar el acceso al mercado de trabajo de las personas en situación de vulnerabilidad, el acceso a los sistemas sociales y las medidas de inclusión social y erradicación de la pobreza”.

Las medidas que se van a llevar a cabo en ambos objetivos específicos van orientadas al refuerzo de los sistemas sanitarios regionales, con el fin de mejorar la capacidad de respuesta del sistema ante la crisis sanitaria ocasionada por la pandemia, tanto en su faceta preventiva como de atención a las personas afectadas, así como a promover el envejecimiento activo y autocuidado de las personas mayores.

Así, en el objetivo específico **OE R.1.1** se ha programado la contratación de personal de refuerzo técnico de prevención (personas con cualificación epidemiológica) para encargarse del rastreo de contactos directos de personas diagnosticadas de COVID-19 al objeto de poner a disposición de los servicios sanitarios y sociales el personal cualificado necesario para hacer frente a la pandemia.

En el objetivo específico **OE R.1.2** se han previsto medidas de contratación de toda clase de personal sanitario y socio sanitario tanto para el refuerzo de las plantillas habituales de los centros para cubrir las bajas del personal sanitario como para reforzar los equipos de trabajo con nuevas incorporaciones, aplicar protocolos de seguridad y garantizar la atención adecuada y de calidad de todas las personas. Se ha previsto también una medida destinada a la prevención y a la promoción de la salud, bienestar y capacidad funcional de las personas mayores a través de la promoción del envejecimiento activo y saludable incidiendo en la importancia del autocuidado en la prevención de la dependencia, así como en la coordinación entre los ámbitos sanitario y social.

- Con cargo al Componente 18 se financiarían inversiones no directamente vinculadas con esta reforma sino con otras incluidas en el presente documento. Sin embargo, dichas inversiones tienen también una incidencia importante sobre el sistema de atención primaria. Por ejemplo, la renovación de equipamiento de alta tecnología en hospitales (I1), que contribuyen a mejorar los diagnósticos en atención primaria, las estrategias de prevención y promoción de la salud (I2) o la mejora de la carrera profesional del personal sanitario (R3).

b) Evidencia, análisis y datos que motiven la necesidad de la reforma

La Atención Primaria es el eje vertebrador del sistema sanitario español. Se presta a través de 13.000 centros de salud que atienden 364 millones de visitas y 29 millones de urgencias. Suponiendo tan sólo el 15% del gasto sanitario, permite resolver el 85% de las incidencias. Está demostrada la asociación entre la fortaleza de la Atención Primaria (medida en función de su accesibilidad, longitudinalidad, integralidad y coordinación) y la mejora de los resultados del sistema en materia de equidad, salud y control de costes. A modo de ejemplo, este [reciente informe de OCDE](#).

A pesar de que la Atención Primaria en España goza de buena posición en las comparaciones internacionales ([Starfield](#) y, más recientemente, [Kringos](#)), y que el nivel de satisfacción de los ciudadanos con la misma es alto (puntuación de 7,3 sobre 10 frente al 6,6 del conjunto del sistema sanitario, según el [Barómetro Sanitario 2019](#)), existe un amplio consenso sobre la necesidad de reorientar el sistema en su conjunto.

Este consenso nace, en primer lugar, del Gobierno central y las Comunidades Autónomas, que en abril de 2019 acordaron un [Marco Estratégico para la Reforma de la Atención Primaria](#), pero también del Parlamento Español, que en su apartado sobre Sanidad del [Dictamen de la Comisión Reconstrucción Económica y Social de julio de 2020](#), apoyado por una gran mayoría de diputados, incluido el primer partido de la oposición (PP), incidió en la necesidad de reforzar la Atención Primaria. También los Informes específicos de país emitidos en el marco del Semestre Europeo (CSR 2019 y 2020, [Recomendación relativa al Programa Nacional de Reformas 2020](#)) apuntan la conveniencia de afrontar prioritariamente esta necesidad.

Entre los problemas detectados en diferentes estudios de diagnóstico y análisis regionales, se encuentra la desinversión y pérdida de recursos en los últimos años, la falta de adaptación a las nuevas realidades y problemas de salud emergentes (cronicidad, dependencia, comorbilidad, etc.), la pérdida de longitudinalidad o la necesidad de ofrecer servicios más integrales y personalizados con recursos humanos, materiales, tecnológicos y organizativos adecuados. La coordinación entre la atención primaria y la hospitalaria es una de las asignaturas pendientes a afrontar con esta reforma, puesto que tan sólo el 44% de los ciudadanos perciben dicha coordinación como buena o muy buena ([Barómetro Sanitario 2019](#)).

Adicionalmente, el sistema de Atención Primaria se ha visto sometida con la crisis sanitaria a un elevado nivel de presión asistencial que, aunque ha podido ser gestionado gracias sobre todo al esfuerzo de sus profesionales, ha demostrado las carencias del sistema y la necesidad de acometer una renovación en profundidad del mismo.

	<p>Fortalecer la atención primaria permitirá también mejorar la sostenibilidad del sistema sanitario. Aumentar la capacidad de resolución en la asistencia primaria permitirá reducir la carga asistencial en los hospitales y mejorar la eficiencia en la asignación del gasto. Tal y como señalaba el CSR 2019, España tiene una proporción de ingresos hospitalarios evitables (6,3) superior a la media de la UE (5,5).</p>
<p>c) Colectivo objetivo de la reforma</p>	<p>Población en general</p>
<p>d) Forma/s de implementación de la reforma</p>	<p>La reforma contará con el trabajo conjunto del Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas, haciendo partícipes a todos los agentes de interés y empleando para ello los órganos institucionales y de gobernanza de los que dispone el Sistema Nacional de Salud.</p> <p>La reforma se desplegará en cuatro fases:</p> <p>1.- <u>Plan de Acción</u>. Elaboración de un Plan de Acción que concrete el Marco Estratégico de 2019, con líneas y actuaciones concretas a desarrollar en las Comunidades Autónomas, en el que ya están trabajando el Ministerio de Sanidad y las regiones.</p> <p>2.- <u>Proyectos regionales</u>. A continuación, las Comunidades Autónomas presentarán proyectos integrales con base en dicho Plan, que serán debatidos y aprobados conjuntamente entre el Ministerio de Sanidad y cada región. Estos proyectos incluirán las reformas e inversiones a aplicar en cada territorio en función de su situación de partida y sus necesidades específicas.</p> <p>3.- <u>Distribución de fondos</u>. Tras ello, se realizará la distribución de fondos a cada región para financiar las actuaciones que requieran inversión (procedente de REACT-EU o de presupuesto nacional). La asignación de fondos y los criterios de reparto se establecerán mediante Acuerdo del Consejo Interterritorial. El sistema garantizará la cofinanciación por parte de las regiones y tendrá en cuenta criterios de equidad y cohesión, como el de envejecimiento o despoblación.</p> <p>4.- <u>Implementación de las reformas e inversiones en cada Comunidad Autónoma</u>. Incluirá acciones normativas, de gestión y de inversión. La evaluación y control de los gastos financiados por REACT-EU (FEDER y FSE) corresponderá al Ministerio de Sanidad, que actuará como Organismo Intermedio.</p> <p>El seguimiento de todo el proceso se realizará de manera conjunta entre el Ministerio de Sanidad y las Regiones en el ámbito del Comité Institucional y Técnico del Marco Estratégico y del Consejo Interterritorial del SNS.</p>

<p>e) Administración ejecutora</p>	<p>Ministerio de Sanidad y Comunidades Autónomas</p>
<p>f) Involucración de stakeholders</p>	<p>En esta reforma participarán, como ya lo hicieron en la elaboración del Marco Estratégico, no sólo las regiones, sino también las sociedades científicas, los agentes sociales y profesionales y las asociaciones de pacientes. Se informará de la planificación operativa, la ejecución y seguimiento de las reformas a los miembros del comité consultivo del Sistema Nacional de Salud y en otros órganos formales e informales de participación y consulta de asociaciones y grupos de interés.</p> <p>Las Comunidades Autónomas, además de ser las Administraciones competentes para la ejecución de la reforma, tendrán un papel protagonista en el plan y los programas, en los criterios de reparto de fondos y en la evaluación de las reformas. A este respecto, las comisiones delegadas del Consejo Interterritorial serán actores estratégicos clave para el despliegue y el seguimiento de la reforma, siendo el Consejo Interterritorial el órgano donde se monitoricen de forma íntegra los resultados de la misma.</p>
<p>g) Principales impedimentos para las reformas y estrategias de solución para los mismos</p>	<p>Los principales impedimentos derivan de la magnitud y complejidad de la reforma y las dificultades técnicas que pueden encontrarse. En particular, será necesario contar con una dotación suficiente de recursos humanos altamente especializados, tanto en el Ministerio de Sanidad como en las Comunidades Autónomas, para planificar, operacionalizar, ejecutar y evaluar las reformas en atención primaria. Para afrontar estas dificultades, se potenciará el trabajo en red, con la incorporación de personas con un conocimiento profundo de la atención primaria, tanto en la gestión directa como en grupos de trabajo interadministrativos. Se liberarán recursos humanos de otras áreas para dedicarlos a estas reformas. Se incorporará el asesoramiento de expertos y se contará con la participación del conjunto de agentes involucrados.</p>
<p>h) Calendario de implementación de la reforma</p>	<p>Las reformas se iniciarán en 2021 y finalizarán en 2023.</p>
<p>i) Ayudas de Estado</p>	<p>La reforma se aplica sobre el Sistema Nacional de Salud, de carácter público. Como tal reforma no implica gasto. No supone ayuda de Estado.</p>

C18.R2	2. Reforma del sistema de salud pública	Ministerio de Sanidad
a) Descripción de la reforma		
<p>La Ley española de Salud Pública (Ley 33/2011, de 4 de octubre) diseñó un sistema integral y completo de salud pública asentado en tres elementos clave:</p>		
<ul style="list-style-type: none"> a) Una estrategia española de salud pública b) Un sistema integrado de vigilancia en salud pública c) Un centro estatal de salud pública 		
<p>No obstante, estos elementos no han sido hasta el momento efectivamente desarrollados e implantados en España. Existen estrategias sectoriales, importantes pero parciales y aprobadas hace ya algunos años (como la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención de 2013, la Estrategia de abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud, de 2012 o la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva, de 2011). España cuenta con una red de vigilancia epidemiológica y varios sistemas de información de enfermedades transmisibles y no transmisibles, pero no con un sistema integrado de vigilancia en salud pública. Tampoco se ha creado hasta el momento el Centro Estatal de Salud Pública.</p>		
<p>La reforma consiste en desarrollar estos instrumentos estratégicos y operativos como base de un nuevo sistema de salud pública más ambicioso, más integrado y mejor articulado. Se realizará mediante los siguientes instrumentos:</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - Estrategia de Salud Pública: Acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. - Red de Vigilancia en Salud Pública: Real Decreto del Gobierno. - Centro Estatal de Salud Pública: Creación por Real Decreto del Gobierno. 		
<p>1.- Nueva Estrategia española de Salud Pública</p>		
<p>Se orientará al conjunto de la sociedad y establecerá las líneas estratégicas sobre las actuaciones de salud pública en toda España de manera consensuada. Asegurará que la salud y la equidad en salud se consideren en todas las políticas públicas y facilitará la acción intersectorial en esta materia. Dará coherencia y será el soporte del conjunto de estrategias sectoriales.</p>		
<p>La Estrategia se aprobará mediante Acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS, tendrá una duración quinquenal y se evaluará cada dos años. Tendrá una visión amplia e integradora: vigilancia, prevención, promoción, protección de la salud, sanidad exterior y salud internacional, sistemas de información, investigación y formación en salud pública, incorporando la perspectiva de género en todas las actuaciones de salud pública.</p>		
<p>Se desarrollará a través de documentos estratégicos sectoriales, planes y programas en el ámbito estatal y regional, en los que se definirán indicadores asociados a objetivos para facilitar la evaluación. Los informes anuales sobre la salud de la población española servirán</p>		

como instrumento de evaluación de la estrategia y permitirán también valorar los avances en la reducción de desigualdades.

2.- Nuevo sistema de Vigilancia en Salud Pública

En España existe desde 1995 una Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE), que ha sido un instrumento clave en la gestión de la pandemia de COVID-19. Sin embargo, no existe una red similar de vigilancia en salud pública completa y desarrollada, que incluya también el seguimiento de enfermedades crónicas o no transmisibles. No obstante, sí hay disponibles varios sistemas de información sobre este tipo de patologías.

La nueva red de vigilancia en salud pública incluirá la RENAVE e integrará también los sistemas de información existentes sobre enfermedades no transmisibles. Para crear esta nueva red será necesario hacer previamente una evaluación de las redes sectoriales o regionales y los sistemas existentes que deberán integrarse en la misma. La creación de la Red se producirá por Real Decreto aprobado por el Gobierno de España, que establecerá también las funciones y el sistema de gobernanza. La Red y su diseño estratégico serán parte destacada de la Estrategia de Salud Pública.

3.- Nuevo Centro Estatal de Salud Pública

Actualmente, las funciones de seguimiento y vigilancia en salud pública, evaluación de riesgos, detección precoz, preparación ante amenazas sanitarias y coordinación de respuesta ante emergencias de salud pública, están distribuidas a nivel central en varias instituciones. La crisis sanitaria ha demostrado que es necesario un cambio de enfoque, pasando de una visión segmentada de los diversos aspectos de la salud pública a otra integrada, tanto funcional como institucionalmente. Es preciso avanzar hacia una concepción integral, que no sólo trabaje en vigilancia epidemiológica y respuesta ante amenazas, sino que también lo haga para fortalecer la vertiente preventiva y de promoción de la salud general de la población. Que no se centre sólo en riesgos epidemiológicos por enfermedades transmisibles, sino que lo haga en riesgos generales para la salud y también en enfermedades no transmisibles.

El nuevo Centro Estatal de Salud Pública será la institución encargada de aplicar este nuevo enfoque. Será un centro de excelencia que aglutine las competencias hasta ahora dispersas en esta materia. En particular, ejercerá funciones en 2 ámbitos principales: a) Vigilancia en salud pública, evaluaciones de riesgos y análisis de la situación en salud de la población española; y b) Preparación del sistema sanitario ante amenazas para la salud pública, principalmente de carácter epidemiológico, y coordinación de las respuestas. El Centro se encargará también del seguimiento y la evaluación de la Estrategia de Salud Pública.

El nuevo Centro tendrá autonomía funcional, aunque se vinculará al Ministerio de Sanidad. Ejercerá competencias de análisis y estudio, de asesoramiento técnico, de propuesta de medidas a las autoridades sanitarias y también de gestión directa, sobre todo en el ámbito de la preparación y coordinación de respuesta ante situaciones de emergencia. El nuevo Centro se dotará con personal de la más alta capacitación científico-técnica en las distintas áreas y materias.

El Centro garantizará y reforzará la coordinación operativa con las instituciones de salud pública de las Comunidades Autónomas. Las regiones tendrán representación en los órganos de gobierno de la nueva institución. El Centro Estatal será también el punto de enlace con los centros e instituciones de la Unión Europea, en el marco de la reforma del ECDC y del nuevo reglamento sobre amenazas transfronterizas graves para la salud, y con la Organización Mundial de la Salud. El Centro Estatal se creará mediante Real Decreto del Gobierno o, en su caso, mediante Ley del Parlamento en función de la naturaleza jurídica que finalmente adopte. La norma de creación establecerá su estructura, funciones y marco de gobernanza.

Dentro del Centro Estatal de Salud Pública existirá una Unidad o Centro de Operaciones de Emergencias de salud pública, encargado de realizar las actividades de inteligencia epidémica y se coordinará con otras redes y agencias nacionales e internacionales, en especial para evaluar con rapidez los riesgos identificados. También tendrá una unidad encargada de la coordinación de la nueva Red de Vigilancia en Salud Pública.

La dotación de equipamiento tecnológico del nuevo Centro Estatal de Salud Pública y el desarrollo de un sistema de información integrado de salud pública, que será el elemento esencial de la nueva Red de Vigilancia en Salud Pública, forman parte de la Inversión 3.

b) Evidencia, análisis y datos que motiven la necesidad de la reforma

Una de las principales enseñanzas a extraer de la pandemia de COVID-19 es la necesidad de disponer de capacidades e instrumentos para que el sistema sanitario esté preparado y pueda responder ante los peligros para la salud humana y, en particular, ante posibles amenazas sanitarias globales. Ello requiere fortalecer las políticas y los servicios de salud pública, mejorar la vigilancia y reforzar las capacidades necesarias para evaluar, asesorar y gestionar de manera coordinada.

Igualmente, la crisis sanitaria ha demostrado que es necesario un cambio de enfoque, pasando de una visión segmentada de los diversos aspectos de la salud pública a otra integrada, tanto funcional como institucionalmente. Es preciso avanzar hacia una concepción integral, que no sólo trabaje en vigilancia epidemiológica y respuesta ante amenazas, sino que también lo haga para fortalecer la vertiente preventiva y de promoción de la salud general de la población. Que no se centre sólo en riesgos epidemiológicos por enfermedades transmisibles, sino que lo haga en riesgos generales para la salud y también en enfermedades no transmisibles.

El ya mencionado Dictamen del Parlamento español de julio de 2020 sobre la reforma de la sanidad y la salud pública, recomienda expresamente “desarrollar e implementar la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública”, uno de cuyos principales elementos es la elaboración de una Estrategia de Salud Pública que establezca el marco general a partir del cual han de elaborarse y actualizarse los documentos estratégicos, planes y programas específicos en los distintos ámbitos sectoriales. Este Informe de Parlamento recomienda también “reforzar, en coordinación con las Comunidades Autónomas, la Red de Vigilancia en Salud Pública” y crear un Centro Estatal de Salud Pública

	para una “mejor gobernanza del Sistema Nacional de Salud y fomentar mecanismos de cooperación entre los servicios asistenciales y de salud pública de las Comunidades Autónomas”.
c) Colectivo objetivo de la reforma	Población en general
d) Forma/s de implementación de la reforma	<p>La Estrategia de Salud Pública se elaborará de manera participada por todos los agentes del sector. Ministerio de Sanidad, Comunidades Autónomas, Sociedades Científicas, Asociaciones de Pacientes, organizaciones profesionales, agentes sociales y expertos. Se aprobará previamente en la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial y de manera definitiva en el Pleno de dicho Consejo Interterritorial.</p> <p>La Red de Vigilancia en Salud Pública se creará mediante Real Decreto del Gobierno, que establecerá también las funciones y el sistema de gobernanza de la misma. Su despliegue efectivo requerirá una evaluación de las redes sectoriales o regionales y los sistemas existentes que deberán integrarse en la misma. También se desarrollará un sistema de información integrado de salud pública.</p> <p>El Centro Estatal de Salud Pública se creará mediante Real Decreto del Gobierno/Ley del Parlamento, que establecerá su estructura, atribuciones, sistema de gobernanza y normas de funcionamiento.</p>
e) Administración ejecutora	Gobierno de España. Ministerio de Sanidad. Comunidades Autónomas.
f) Involucración de stakeholders	En la definición de la Estrategia de Salud Pública participarán los agentes sociales, las sociedades científicas, organizaciones profesionales, asociaciones de pacientes y otras asociaciones y grupos de interés a través de un proceso estructurado, habitual en el diseño de estrategias en el ámbito sanitario español. El Real Decreto que regula la Red de Vigilancia se someterá a trámite de consulta pública para que cualquier corporación, asociación o ciudadano pueda realizar las observaciones o aportaciones que considere. El Real Decreto contará con el acuerdo previo favorable del Consejo Interterritorial. El Real Decreto de creación del Centro Estatal de Salud Pública se someterá también con carácter previo a su aprobación a consideración del Consejo Interterritorial.
g) Principales impedimentos para las reformas y	La elaboración por primera vez en España de una Estrategia integral de Salud Pública requiere poner en marcha procesos complejos de propuestas, participación, consulta y asesoramiento. Se aprovechará la experiencia y las dinámicas ya existentes para elaborar estrategias

estrategias de solución para los mismos	sectoriales y planes específicos en materia de salud pública. De igual modo, se utilizará la experiencia y conocimiento en el diseño y funcionamiento de la Red de Vigilancia Epidemiológica y otras redes sectoriales y regionales para crear la Red de Vigilancia en Salud Pública. Los cauces formales de cooperación intergubernamental entre el Gobierno Central y las Comunidades Autónomas facilitarán también el acuerdo para la creación del Centro Estatal de Salud Pública y su rápido despliegue operativo.
h) Calendario de implementación de la reforma	Las reformas se iniciarán en 2021 y se desarrollarán hasta 2023
i) Ayudas de Estado	La reforma no cuenta con presupuesto asignado. No supone ayuda de Estado.

C18.R3	Consolidación de la cohesión, la equidad y la universalidad	Ministerio de Sanidad
a) Descripción de la reforma		
<p>Tras los avances que supusieron la ampliación en España del acceso a la asistencia sanitaria a los migrantes no documentados en 2018 (Real Decreto Ley 7/2018, de 27 de julio) y la eliminación desde el 1 de enero de 2021 del copago farmacéutico para los colectivos más vulnerables (6 millones de personas) (Ley de Presupuestos Generales del Estado para 2021) , se pretende fortalecer aún más en España el acceso universal a la sanidad, la equidad en el acceso a la prestación sanitaria y la cohesión entre los diferentes territorios del país con una reforma asentada en tres pilares:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Una <u>nueva ley</u> que permita avanzar en la consecución de los objetivos de universalidad, equidad y cohesión - La <u>reorientación de la atención de alta complejidad en el sistema sanitario</u>. Se articulará mediante acuerdos de los órganos de cooperación en materia sanitaria entre el Gobierno Central y las Comunidades Autónomas. - El <u>incremento de la cartera común de servicios sanitarios públicos</u> a prestar al conjunto de la ciudadanía. Se aprobará mediante Órdenes del Ministerio de Sanidad, previo Acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. <p>1. Nueva Ley de Medidas para la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud Nueva Ley Medidas legislativas para reforzar la equidad, universalidad y cohesión del SNS</p> <p>Pretende tramitarse y aprobarse una Ley que a su vez modifique varias leyes sanitarias, con los siguientes propósitos principales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Garantizar la homogeneidad en la efectividad del derecho a la protección a la salud y ampliar los derechos de población actualmente no incluida. 		

- Incluir el enfoque de *Salud en todas las políticas*. Todas las normas que se elaboren en el ámbito del Gobierno Central deberán contar con un informe previo sobre su impacto en salud.
- Incorporar de manera sistemática y efectiva a los pacientes en los órganos de gobernanza del Sistema Nacional de Salud español.
- Limitar el establecimiento de nuevos copagos, con especial impacto en la población de menores recursos.
- Ampliar la definición de prestaciones sociosanitarias en la cartera común de servicios del SNS, garantizando la coordinación entre el ámbito sanitario y el social.
- Reformar la aportación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud, asegurando una mayor justicia social.

Se prevé que el proyecto de ley sea aprobado por el Gobierno en el Q1 de 2022 y pueda entrar en el Parlamento en esas fechas.

2. La reorientación de la alta complejidad en el SNS: Consolidar y desarrollar la red de centros de referencia (CSUR) y reordenar la atención de alta complejidad no CSUR

En el sistema sanitario español, la atención a enfermedades de alta complejidad se ofrece de manera concentrada a través de Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR) para garantizar la excelencia clínica y ofrecer la mejor atención médica. Son centros suprarregionales designados por el Ministerio de Sanidad siguiendo un procedimiento objetivo y transparente.

Cada CSUR proporciona atención multidisciplinar del más alto nivel que comprende tanto el apoyo para confirmación diagnóstica, como estrategias terapéuticas y de seguimiento. También actúa de consultor para las unidades clínicas que atienden habitualmente a estos pacientes, evalúa los resultados y ofrece formación a otros profesionales.

En la actualidad España cuenta con 279 CSUR, agrupados en 50 centros, para la atención de 64 patologías y procedimientos. El Fondo de Cohesión Sanitaria, de ámbito estatal es la herramienta financiera que articula las compensaciones económicas entre territorios por la asistencia prestada. Este Fondo garantiza la excelencia y la equidad en la prestación de la asistencia de alta complejidad.

El sistema de CSUR se ha mostrado como un modelo organizativo satisfactorio para el abordaje de este tipo de patologías. Sin embargo, el diagnóstico compartido por el Ministerio de Sanidad, Comunidades Autónomas, sociedades científicas, colectivos de profesionales y asociaciones de pacientes, recomienda la reorientación de la alta complejidad en el Sistema Nacional de Salud, consolidando el modelo CSUR e impulsando modelos organizativos con una perspectiva interdisciplinar y que *sobrepasen las paredes de los hospitales*, conectando a todos los centros en red.

La reforma consiste en lo siguiente:

- a) Intensificar los procesos de evaluación sobre el cumplimiento de los criterios por parte de los CSUR que fueron designados, al menos, hace más de 5 años. Esta

evaluación de su funcionamiento permitirá decidir si continúa, se modifica o se suprime dicha designación. También se identificarán las mejores prácticas.

- b) Inclusión en todos los CSUR de criterios de resultados en salud para monitorizar su funcionamiento.
- c) Designación de nuevos CSUR en patologías que aún no cuentan con centros de referencia.
- d) Creación de una plataforma en red de atención al paciente para compartir conocimiento entre las Redes Europeas de Referencia (ERN) y los CSUR de España y entre estos y los centros sanitarios españoles que les derivan pacientes. Esta plataforma permitirá el acceso de pacientes a las redes europeas y de estas a los CSUR españoles. Asimismo, permitirá el intercambio de información entre los profesionales de los CSUR y el resto de centros sanitarios españoles, mejorando sustancialmente la práctica clínica. Esta actuación forma parte de la I4.
- e) Reordenar el sistema de atención de alta complejidad en patologías y procedimientos que no requieren centros de referencia pero sí una concentración de experiencia de profesionales y recursos en las regiones. El objetivo es establecer de manera coordinada requisitos específicos para la asistencia más eficiente a estas patologías y reducir la variabilidad clínica en la asistencia sanitaria.

El objetivo de esta reforma es mejorar los resultados en salud y experiencia de los pacientes de enfermedades raras y de alta complejidad mediante mejoras organizativas, avances en la evaluación e inversiones en herramientas tecnológicas de soporte (ver I4), que permitan compartir y generar conocimiento experto en todo el Sistema Nacional de Salud desde estas importantes redes de referencia.

La reforma se articulará mediante acuerdos del Comité de Designación de CSUR, del Comité de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación y del Consejo Interterritorial del SNS, del cual dependen ambos Comités. Estos acuerdos determinarán la estrategia, así como la implantación de estas reformas en el conjunto del sistema.

3. Incremento de la cartera común de servicios sanitarios

La cartera común de servicios es el conjunto de técnicas, procedimientos y tecnologías que hacen posibles las prestaciones sanitarias a la ciudadanía (las prestaciones son salud pública, atención primaria, atención especializada, atención de urgencia, prestación farmacéutica, ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario).

Esta cartera común garantiza el acceso a las prestaciones a toda la ciudadanía en igualdad de condiciones, con independencia de su lugar de residencia. Esta garantía es compatible con que determinadas prestaciones se realicen de manera concentrada por razones de calidad, eficiencia y seguridad asistencial (CSUR). Junto con la cartera común de servicios, cuyo acceso debe garantizarse a todas las personas en todo el territorio nacional, las Comunidades Autónomas pueden aprobar servicios adicionales, que son complementarios a la cartera común en su propio territorio.

Con esta reforma se pretende ampliar y mejorar los servicios de esta cartera común con servicios de atención bucodental, medicina genómica, prestación ortoprotésica y atención temprana. La modificación de la Cartera Común de Servicios, según la normativa vigente, se realiza mediante Orden del Ministerio de Sanidad previo acuerdo del Consejo Interterritorial.

a.- Servicios de atención bucodental

Los servicios existentes hasta el momento de atención bucodental en el sistema sanitario público español son pocos y de carácter muy básico. El objetivo de la reforma es doble: Por un lado, garantizar que en todo el territorio la ciudadanía tiene acceso a las mismas prestaciones de salud bucodental en el sistema sanitario público, mediante la homogeneización en toda España de las prestaciones que algunas regiones sí han incorporado a la cartera complementaria, pero no así otras. Por otro, incrementar los servicios comunes que hasta ahora no se prestaban por la sanidad pública, con especial atención a los siguientes colectivos: infanto-juvenil, embarazadas, personas con discapacidad, personas con cáncer y personas mayores.

Ya se ha realizado el diagnóstico de la situación de este servicio en el Sistema Nacional de Salud y se ha conformado un grupo de trabajo con representantes de las Comunidades Autónomas, las sociedades científicas y el Consejo General de Colegios Oficiales de Odontólogos.

La reforma se desplegará, primero, mediante la definición de los servicios, que se realizará tras un análisis exhaustivo de su contenido y coste. Posteriormente, se aprobará y publicará una Orden del Ministerio de Sanidad actualizando la cartera común y añadiendo los nuevos servicios, previo acuerdo en el Consejo Interterritorial.

b.- Servicios de medicina genómica

España está desarrollando una Estrategia en Medicina de Precisión Personalizada, a partir de la cual se desarrolla el Plan de Medicina Genómica. El continuo y rápido desarrollo de nuevas pruebas genéticas, fundamentalmente en lo relativo a las técnicas de secuenciación masiva y del campo de la farmacogenética y farmacogenómica, plantean la necesidad de concretar en la cartera de servicios común aquellas pruebas que son coste-efectivas y han mostrado su utilidad clínica en el diagnóstico. Para ello, es preciso realizar una evaluación previa para determinar si cumplen los criterios exigidos para formar parte de la cartera común de servicios y el modo concreto en el que se incluirían. Dicha evaluación se llevará a cabo por la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS.

Definir estos servicios con alcance nacional permitirá también evitar diferencias entre los territorios que conllevan desigualdades en su acceso. Por ello, se formará un grupo de expertos con representantes de las Comunidades Autónomas y las sociedades científicas y tras un estudio previo de evaluación, se establecerá un catálogo de pruebas genéticas estandarizado. Posteriormente, se incluirá este tipo de pruebas en la cartera común de

servicios mediante Orden del Ministerio de Sanidad previo Acuerdo del Consejo Interterritorial, homogeneizando así el servicio en todo el territorio nacional.

c.- Actualización de la prestación ortoprotésica

Desde 2019 ya existe para todo el territorio español un catálogo común en servicios de prestación ortoprotésica, que garantiza que la ciudadanía tenga acceso a los mismos productos ortoprotésicos y con el mismo importe de financiación en todo el territorio nacional. También facilita a la Administración la gestión y control de la prestación, y a las empresas las actuaciones a realizar para facilitar la financiación de sus productos.

Sin embargo, para la implementación de esta estandarización es preciso afrontar el desarrollo normativo aún pendiente (Orden del Ministerio de Sanidad) y desarrollar un sistema de información corporativo para la gestión ágil y eficaz de la prestación en el Sistema Nacional de Salud. Esta última actuación forma parte de la I5.

d.- Servicios de atención temprana

Con esta medida se pretende mejorar la calidad del servicio prestado a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, para responder a las necesidades de los niños con trastornos en su desarrollo (transitorios o permanentes) o que tienen el riesgo de padecerlos. Son servicios de abordaje intersectorial (ámbito sanitario, social y educativo) que previenen la dependencia mediante intervenciones tempranas.

Este servicio no se presta de manera común y homogénea en toda España. La reforma consiste en identificar las prestaciones que se deben ofrecer en el ámbito sanitario, social y educativo y homogeneizar así este servicio en todo el país, acabando con las desigualdades territoriales actuales y garantizando un estándar en la prestación. Las prestaciones del ámbito sanitario que no estén actualmente incluidas, se incluirán en la Cartera de Común de Servicios del SNS. Adicionalmente, la reforma pretende coordinar el establecimiento de estructuras estables de coordinación entre los ámbitos sanitarios, social y educativo para impulsar la detección precoz y multidisciplinar y el abordaje holístico e integral.

Se cuenta ya con la constitución de un grupo de trabajo con profesionales de los ámbitos social, sanitario y educativo, con representantes de los padres y madres de pacientes y de las sociedades científicas, que pretende ser la base de los trabajos que han de afrontarse.

b) Evidencia, análisis y datos que motiven la necesidad de la reforma

La universalidad y equidad son características esenciales del sistema público de sanidad español en las que es preciso seguir profundizando. Aunque en España la brecha de necesidades de asistencia sanitaria no satisfecha entre personas más desfavorecidas con respecto al resto de la población es una de las más bajas de Europa, dada la universalidad de la asistencia, aún es posible y deseable continuar mejorando, evitando desigualdades en salud como las detectadas en el acceso a algunos servicios y programas preventivos. La futura Ley que se explica en el apartado 1 de esta reforma y el aumento de la Cartera Común de Servicios inciden en este propósito.

A pesar de que el sistema de Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR) ha demostrado ser un buen modelo organizativo para la atención concentrada y especializada de enfermedades raras y de alta

	<p>complejidad en España, hay que ampliarlo a otras áreas y, sobre todo, se debe mejorar su sistema de evaluación y seguimiento, incorporando de manera decidida los resultados en salud. También debe reordenarse y racionalizarse la atención a otras patologías complejas que no requieren su incorporación al sistema CSUR. Estas necesidades han sido detectadas por los diversos agentes que participan en el sistema. En concreto, por el Ministerio de Sanidad como coordinador, pero también por las autoridades sanitarias y directivos de las Comunidades Autónomas, las sociedades científicas, los profesionales y las asociaciones de pacientes.</p> <p>De igual modo, la cohesión territorial en materia sanitaria en España tiene aún un importante margen de mejora. Tal y como señaló el CSR 2019 sobre España, persisten importantes disparidades regionales en la asistencia sanitaria. Para responder a esta necesidad, se plantea la ampliación y homogeneización en todo el territorio español de la Cartera Común de Servicios.</p> <p>Mención específica merece la ampliación de la cartera de servicios bucodentales, una de las auténticas asignaturas pendientes del sistema sanitario público español. El gasto directo de los ciudadanos en atención odontológica supone anualmente 3.611 millones de euros (Informe SNS 2019) y es uno de los principales responsables de que el gasto directo de los hogares suponga el 23,6% del gasto sanitario total, casi un 8% superior a la media de la UE. Además, el 12,4% de la población afirma que tiene dificultades o no puede costearse la atención dental necesaria. Los CSR sobre España 2019 y 2020 hacen hincapié en esta cuestión, poniendo el foco en las necesidades dentales no satisfechas (4,6% frente a 2,9% de media en la UE), sobre todo en el quintil de renta más baja (12% frente al 6% de media en la UE). La homogeneización y nivelación al alza de las prestaciones dentales de la cartera común y la extensión de los servicios a determinados colectivos prioritarios (niños, embarazadas, personas mayores, personas con discapacidad y personas con cáncer) pretende responder a estas necesidades y solventar estas carencias del sistema español.</p>
<p>c) Colectivo objetivo de la reforma</p>	<p>Población en general.</p>
<p>d) Forma/s de implementación de la reforma</p>	<p>Se aprobará por el Gobierno un proyecto de ley para reforzar la equidad, la cohesión y la universalidad que se presentará en el Parlamento en este año 2021 o principios de 2022. Se espera que la Ley se apruebe por el Parlamento antes de la finalización de 2023.</p> <p>Las reformas en los centros de referencia y gestión de enfermedades de alta complejidad se llevarán a cabo por el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas en el ámbito de la Comisión de Designación de CSUR y en el pleno del Consejo Interterritorial.</p>

	<p>La ampliación e incorporación de servicios de atención dental, medicina genómica, atención temprana y prestación ortoprotésica se realizarán mediante Órdenes del Ministerio de Sanidad, previo acuerdo en el Consejo Interterritorial.</p> <p>Las reformas vinculadas a la ampliación de la cartera común de servicios sanitarios contarán previamente con estudios y análisis de coste/efectividad, de modo que las alternativas que finalmente se adopten sean las que permitan maximizar los beneficios (resultados en salud, gasto sanitario evitado, etc.) en relación con los costes, sin comprometer la sostenibilidad financiera del sistema a largo plazo.</p>
e) Administración ejecutora	Ministerio de Sanidad en colaboración con las Comunidades Autónomas
f) Involucración de stakeholders	En la nueva Ley se contará con la participación de todos los agentes interesados y la ciudadanía en su conjunto mediante la realización del trámite de consulta pública previa a la aprobación del proyecto. En el proceso previo a la inclusión de los servicios en la cartera común y en la reordenación de la atención a la alta complejidad participan expertos y profesionales de las Comunidades Autónomas, las Sociedades Científicas y los Colegios de Profesionales.
g) Principales impedimentos para las reformas y estrategias de solución para los mismos	Los principales impedimentos que pueden encontrarse son, en primer lugar, dificultades técnicas en la redefinición de los servicios de cartera, que se solventarán con la incorporación de expertos y el trabajo en red con las regiones. También pueden surgir dificultades financieras para sufragar el coste de la reforma en ejercicios futuros (nuevos servicios), que se solucionará articulando los compromisos internos necesarios para garantizar dicha financiación en el marco del Consejo Interterritorial.
h) Calendario de implementación de la reforma	Las reformas se iniciarán en 2021. El proyecto de Ley se aprobará por el Gobierno en el Q1 de 2022 y se estima su aprobación por el Parlamento en el Q4 de 2022. El resto de reformas finalizarán en 2023.
i) Ayudas de Estado	La reforma se aplica sobre el Sistema Nacional de Salud, de carácter público y universal. Como tal reforma no implica gasto. No supone ayuda de Estado.

C18.R4	Refuerzo de las capacidades profesionales y reducción de la temporalidad	Ministerio de Sanidad
a) Descripción de la reforma		
La pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto que los profesionales de la sanidad constituyen el activo más valioso con que cuenta el Sistema Nacional de Salud. Han		

mostrado una capacidad, una voluntad y un talento a la altura de lo que la situación exigía, pero también se han evidenciado las carencias estructurales del sistema de recursos humanos. Es preciso reforzar las dotaciones de médicos y enfermería, reducir su temporalidad, mejorar sus condiciones laborales y potenciar su formación y desarrollo profesional. Este es el propósito de la reforma, que se complementará con las decisiones que en materia de aumento de efectivos establezcan las Comunidades Autónomas con cargo a sus recursos financieros. En este sentido, la reforma de la atención primaria mediante la aplicación del marco estratégico acordado con las regiones incluye un capítulo destacado sobre refuerzo de personal.

La reforma se desplegará en dos ámbitos diferentes:

- 1) La reforma de la Ley que regula el personal sanitario en España (Estatuto Marco) para reducir la temporalidad, asegurar la cobertura de plazas de personal sanitario y mejorar sus condiciones de trabajo.
- 2) La aprobación de un Real Decreto para mejorar el sistema de formación sanitaria especializada. Este Real Decreto regulará la formación transversal en las especialidades en ciencias de la salud, las áreas de capacitación específica y el procedimiento para crear títulos de especialista en ciencias de la salud.

1.- Reforma del Estatuto Marco

El Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud ([Ley de 2003](#)), es la norma básica que regula el acceso a la condición de funcionario sanitario y ordena la provisión de plazas, la promoción, la movilidad y las condiciones de trabajo. La reforma de esta ley pretende alcanzar 3 objetivos:

a.- Reducir la temporalidad.

Esta reforma está coordinada y es coherente con la Reforma 1 del componente 11 (Reforma para la modernización y digitalización de la Administración) y específicamente con las medidas previstas en ella para reducir la temporalidad en el conjunto de empleo público.

Se abordará primeramente un plan de choque consistente en modificar el Estatuto Marco, para transformar los contratos temporales en contratos fijos a los profesionales que lleven más de un periodo de tiempo ocupando de manera temporal puestos de trabajo de carácter estructural (pendiente de determinar el periodo concreto de tiempo). Esta modificación se impulsará en coordinación con el Ministerio competente en materia de función pública. Posteriormente, se establecerá la obligación de que las Comunidades Autónomas convoquen concursos anuales o bianuales para la provisión de plazas de carácter fijo en el ámbito sanitario.

En ambas fases se simplificará el sistema de selección, pasando de un sistema que incluye un examen y valoración del *curriculum vitae*, a otro en el que únicamente se valore el *curriculum vitae* de especialistas en Ciencias de la Salud, puesto que ya son evaluados en fases previas, por ejemplo, para obtener el título de especialista. La supresión del examen

permitirá agilizar notablemente los procesos de estabilización en el empleo y reducir con mayor celeridad las tasas de temporalidad.

b.- Asegurar una cobertura suficiente de plazas en zonas rurales y otras zonas con carencias de personal. Este problema afecta especialmente a la atención primaria. Se trabajará en dos líneas:

- La reforma del Estatuto Marco incluirá medidas de incentivación de carácter económico, de asignación de méritos extra o de facilitación de acceso a proyectos de investigación para favorecer la movilidad hacia estas zonas.
- Adicionalmente, el Ministerio de Sanidad continuará aumentando el número de plazas acreditadas y ofertadas de formación sanitaria especializada, sobre todo en la especialidad de medicina familiar y comunitaria para responder a esta necesidad y también para anticiparse al alto número de jubilaciones esperadas en este colectivo en los próximos años.

c.- Mejorar el entorno y las condiciones de trabajo. Se incluirán medidas que contribuyan también al desarrollo profesional y a retener el talento en el sistema español, no sólo mejorando las condiciones económicas, sino abriendo también más posibilidades de carrera profesional en la vertiente asistencial, docente e investigadora.

2.- Real Decreto para mejoras la formación sanitaria especializada

El sistema español de acceso y formación de médicos especialistas (MIR) es un sistema ampliamente reconocido internacionalmente. El denominado periodo de residencia, de varios años de duración y al que los médicos y otros profesionales sanitarios acceden tras la superación de una prueba de ámbito nacional, combina la formación con la adquisición progresiva de responsabilidades en materia asistencial.

Se realizarán reformas normativas para mejorar y reforzar la parte formativa durante el periodo de residencia, garantizando que los especialistas en Ciencias de la Salud adquieran un conjunto de competencias transversales (conocimientos, habilidades y actitudes) necesarias para el desarrollo de las profesiones sanitarias mediante un programa formativo común obligatorio que se incorporará al itinerario formativo de la especialidad.

Por otro lado, se considera necesario completar el sistema de formación sanitaria especializada con medidas adicionales que permitan a los profesionales adquirir competencias de alta especialización en un área determinada. Para ello, se crearán Áreas de Capacitación Específica (ACE) vinculadas a una o varias especialidades en ciencias de la salud. Estas ACE permitirán también dotar de flexibilidad al sistema y adaptarlo a las nuevas áreas de conocimiento en Ciencias de la Salud. Adicionalmente, esta reforma establecerá un marco regulatorio básico sobre el procedimiento para crear, modificar o suprimir Especialidades y Áreas de Capacitación Específica.

Todas las reformas en esta materia están guiadas por el convencimiento de que en la sanidad del futuro no necesitamos tan sólo especialistas, sino fundamentalmente expertos, por lo que se dará el valor que le corresponde a otras acreditaciones de competencias

diferentes de la especialización, como los diplomas de acreditación y de acreditación avanzada.

Este nuevo Real Decreto desarrollará varios preceptos de la [Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias](#), de 2003.

Con un impacto transversal al conjunto de actuaciones que se incluyen en esta Reforma y en la Inversión 4, se mejorará y evolucionará el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios, públicos y privados, para convertirlo en el instrumento clave para conocer con precisión la situación laboral y profesional de cada uno de ellos al objeto de tomar decisiones en relación con la distribución territorial, la reducción de la temporalidad o el desarrollo de su formación y carrera profesional. El desarrollo de este Registro, que requiere una inversión de carácter tecnológico, se llevará a cabo a través del componente 11.

<p>b) Evidencia, análisis y datos que motiven la necesidad de la reforma</p>	<p>El número de profesionales de medicina en labores asistenciales por 1.000 habitantes apenas se ha incrementado entre 2010 (3,8) y 2018 (4,0). Sin embargo, España está por encima de la media de la UE, que se sitúa en 3,8 (OCDE). El número de médicos de familia es de 0,76 por cada 1.000 habitantes (posición 15ª de 31 países de la OCDE), mientras que el de enfermeras es inferior en España a la media de la UE (5,9 frente a 8,2 por cada 1.000 habitantes en 2019), si bien en España no se contabilizan los datos de los auxiliares de enfermería como en otros países.</p> <p>Los CSR 2019 y 2020 advierten de los problemas del uso generalizado de contratos a tiempo parcial y temporales y una estabilización de los salarios. Los CSR también apuntan a mejorar la distribución territorial de los profesionales en salud. El Parlamento español en su Informe sobre la sanidad de julio de 2020 recomienda también priorizar las medidas para acabar con la precariedad laboral y la temporalidad estructural mediante una regulación que establezca mecanismos permanentes de cobertura de puestos. Recomienda también introducir fórmulas contractuales y retributivas para hacer atractivo el ejercicio profesional en las zonas rurales y otros puestos de difícil cobertura.</p> <p>Por su parte, la necesidad de enriquecer el sistema de formación especializada con la adquisición de competencias transversales y de profundizar en la alta especialización de los profesionales son recomendaciones frecuentes de las organizaciones profesionales y expertos del sector sanitario.</p>
<p>c) Colectivo objetivo de la reforma</p>	<p>Profesionales de la sanidad</p>
<p>d) Forma/s de implementación de la reforma</p>	<p>La reforma se implementará a través de modificaciones normativas. Por un lado, la reforma de la Ley 16/2003, de acuerdo con el Ministerio con competencias en materia de Función Pública. Por otro, mediante la aprobación de un Real Decreto para mejorar la formación sanitaria</p>

	especializada. Antes de elevar las propuestas a los órganos competentes, se realizarán los estudios que resulten precisos para asegurar la calidad y eficacia de las modificaciones normativas. En todas las propuestas se dará participación a las Comunidades Autónomas y, como es preceptivo, antes de la aprobación definitiva será preciso el Acuerdo previo del Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, órgano dependiente del Consejo Interterritorial en el que también están representadas las regiones junto al Ministerio de Sanidad.
e) Administración ejecutora	Ministerio de Sanidad
f) Involucración de stakeholders	La reforma se realizará contando con la colaboración de las Comunidades Autónomas, a través de los Órganos de Gobernanza del Sistema Nacional de Salud. Asimismo, participarán los profesionales sanitarios y las organizaciones profesionales, a través de los órganos de participación, como son el Foro Profesional y el Foro Marco de Diálogo Social.
g) Principales impedimentos para las reformas y estrategias de solución para los mismos	Pueden surgir discrepancias en el alcance y efectos de algunas reformas por parte de las regiones o de organizaciones profesionales y agentes sociales. Para solventarlo se impulsarán los canales necesarios para debatir las propuestas y llegar a textos que tengan el mayor grado de consenso posible.
h) Calendario de implementación de la reforma	Las reformas se iniciarán en 2021. El proyecto de ley de modificación del Estatuto Marco se aprobará por el Gobierno en el segundo semestre de 2022 y se prevé su aprobación en el Parlamento antes de finalizar 2023. El Real Decreto de mejora de la formación sanitaria especializada se aprobará antes del Q1 de 2022.
i) Ayudas de Estado	La reforma no cuenta con presupuesto asignado. No supone ayuda de Estado.

C18.R5	Reforma de la regulación de medicamentos y mejora del acceso a medicamentos	Ministerio de Sanidad
a) Descripción de la reforma		
Esta reforma pretende, en primer lugar, actualizar el marco regulatorio español en relación con los medicamentos y productos sanitarios. Consiste en la modificación del Texto Refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio), que es la norma que actualmente establece el marco regulatorio en España		

La Ley reguladora en España de medicamentos y productos sanitarios data de 2006 (Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios). Esta norma regula los medicamentos de uso humano y productos sanitarios, su investigación clínica, su evaluación, autorización, registro, fabricación, control de calidad, almacenamiento, distribución, circulación, trazabilidad, comercialización, información y publicidad, importación y exportación, prescripción y dispensación, seguimiento de la relación beneficio/riesgo, así como la ordenación de su uso racional y el procedimiento para la financiación con fondos públicos.

Desde 2006, esta Ley experimentó diversas modificaciones. Algunas de ellas fueron de tipo técnico, como las relativas a las garantías de eficacia, seguridad y calidad de los medicamentos y productos sanitarios, pero las más significativas se han producido sobre los aspectos económicos, en particular en relación con las medidas de control del gasto farmacéutico, aprobadas principalmente en 2010 y 2012. Esta última optó por la exclusión de la financiación pública de aquellos medicamentos destinados al tratamiento de síntomas menores, modificó el sistema de copago farmacéutico, trasladando una carga relevante a los bolsillos de la ciudadanía, e introdujo una modificación estructural del sistema de fijación de precios de los medicamentos, con un esquema innovador de precios seleccionados, marcando un cambio hacia la financiación selectiva con criterios como el coste-efectividad y la valoración del impacto presupuestario.

Las sucesivas modificaciones de la Ley de 2006 hicieron que, en aras de la claridad, se aprobara en 2015 el Texto Refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio), que es la norma que se encuentra actualmente en vigor.

Transcurridos casi seis años desde la última modificación, es necesario afrontar una nueva modificación de la norma reguladora para adecuar la normativa a las necesidades y desafíos actuales y futuros en materia de política farmacéutica del Sistema Nacional de Salud. En particular, para adaptar el sistema a los nuevos avances científicos disruptivos, profundizar en medidas de racionalización del gasto farmacéutico, incentivar el uso racional de medicamentos y realizar cambios en función de la experiencia vivida desde el inicio de la pandemia.

Los principales objetivos de esta modificación son, entre otros:

- Modificar el sistema de precios de referencia introduciendo elementos que incrementen la competencia y valoren las aportaciones que suponen un beneficio incremental en la utilización de medicamentos.
- Consolidar la dispensación no presencial de medicamentos de dispensación hospitalaria y la telefarmacia.
- Posibilitar que los depósitos de medicamentos de los centros sociosanitarios puedan estar vinculados a los servicios de farmacia de atención primaria, adicionalmente a los servicios de farmacia hospitalaria y a las oficinas de farmacia.
- Modificar el sistema para calcular la aportación cuatrimestral que realizan al Sistema Nacional de Salud los fabricantes, importadores y oferentes de medicamentos y productos sanitarios financiados con fondos públicos. Se añadirán a este cálculo los

medicamentos dispensados en centros sanitarios y no sólo los dispensados en oficinas de farmacia.

- Clarificar las competencias en materia de control de publicidad de medicamentos.
- Incorporar las modificaciones y definiciones del Reglamento UE 2017/745, sobre productos sanitarios, el Reglamento UE 2019/6, sobre medicamentos veterinarios y el Reglamento (UE) n °536/2014 sobre los ensayos clínicos de medicamentos de uso humano.
- Modificar las tasas que aplica la Agencia del Medicamento para adecuarlas a los reglamentos citados y a las recomendaciones del Tribunal de Cuentas, así como al estado actual de la regulación de medicamentos y productos sanitarios.
- Modificar y actualizar el procedimiento sancionador y las infracciones.
- Otros aspectos vinculados con el Organismo Notificado, dispositivos de seguridad, garantía del suministro de medicamentos, radiofármacos, etc.

Actualmente se está trabajando en el borrador de anteproyecto de ley con las Comunidades Autónomas en el seno de la Comisión Permanente de Farmacia. Se prevé iniciar la consulta pública el tercer trimestre de 2021. El proyecto de ley se aprobará por el Gobierno en el Q4 de 2022.

Dentro de las reformas que se van a poner en marcha en el ámbito farmacéutico destaca también la elaboración de un Plan Estratégico de la Industria Farmacéutica, en el que ya están trabajando los Ministerios de Sanidad, Industria y Ciencia e Innovación, manteniendo contactos con el sector. Este Plan tendrá como pilares básicos: 1) el acceso de los pacientes, la cobertura de necesidades médicas no cubiertas y la sostenibilidad del SNS; 2) el fomento de la competitividad, la innovación y el desarrollo; y 3) asegurar una cadena de suministros sólida, resiliente y ecosostenible.

Este Plan, que se articulará de acuerdo con la Estrategia Farmacéutica Europea, se desplegará en acciones en diversos ámbitos: Entre ellos:

- El fomento de un ecosistema de investigación farmacológica, la estimulación de la cadena de valor desde el principio de la misma y la introducción de la perspectiva de género en la investigación clínica
- El reposicionamiento de medicamentos antiguos, el descubrimiento de nuevos antibióticos y mantenimiento en el mercado de productos útiles y necesarios que, por distintos motivos, hoy constituyen fallos de mercado
- La contribución a la creación de empleo cualificado y economía del conocimiento, con el objetivo de posicionar a España como polo de innovación en el seno de la UE y contribuir a consolidar a la UE como la región de la I+D biomédica.
- El fortalecimiento de una cadena de producción y suministro robusta y resiliente capaz de enfrentarse a crisis de salud y contribuir a la suficiencia de Unión Europea.
- La convergencia con el Pacto Verde Europeo mediante el desarrollo de empresas ecosostenibles con mínimo impacto medioambiental.

<p>b) Evidencia, análisis y datos que motiven la necesidad de la reforma</p>	<p>El gasto farmacéutico en medicamentos dispensados en oficina de farmacia, España se sitúa según datos de 2018 por encima de los 17.300 millones de euros (EUROSTAT, 2020), lo que supone un gasto de 366 euros por habitante, ligeramente por debajo de la media de la UE (381 euros). El 69% del gasto farmacéutico es financiado con fondos públicos. En 2020, el gasto a través de receta fue de 11.077 millones de euros, lo que supone un 14,2% del total del gasto público sanitario y 233 euros por habitante y año.</p> <p>El gasto público farmacéutico descendió de manera acusada desde los 12.709 millones de 2010 a los 9.604 de 2013, dado que se hizo una reforma en la aportación farmacéutica que transfirió la carga financiera a la ciudadanía, creciendo de manera moderada desde entonces. Entre 2010 y 2018 el crecimiento medio anual fue de un – 0,7% en oficinas de farmacia y de un 8% en farmacia hospitalaria (OCDE, 2020). Es precisamente en este último ámbito donde más ha crecido el gasto, un 45% desde 2014 (<u>Ministerio de Hacienda, 2020</u>).</p> <p>Por otra parte, es importante destacar que el gasto devengado en medicamentos y productos sanitarios tiene un gran peso en el gasto sanitario público en el Sistema Nacional de Salud y es creciente, representando casi el 32% del gasto sanitario. La <u>última cifra consolidada</u> disponible en el Ministerio de Hacienda de gasto devengado (acumulado de enero-noviembre de 2020) es de 23.921.480,92 miles de euros (7.069.897,92 miles de euros en medicamentos de farmacia hospitalaria, 10.664.602,13 miles de euros en medicamentos y productos sanitarios dispensados a través de receta médica, 6.186.980,87 miles de euros en productos sanitarios que se emplean en los centros sanitarios).</p> <p>Analizando los resultados hasta noviembre de 2020, observamos que, en términos generales, el gasto farmacéutico y de productos sanitarios se elevó un 11% con respecto al mismo período del ejercicio anterior. El gasto hospitalario creció un 4,6% y el gasto en receta médica un 3,2%.</p> <p>Estas cifras muestran la necesidad de continuar y reforzar las políticas para contener el gasto farmacéutico, sobre todo en farmacia hospitalaria, pero también en productos sanitarios (un incremento del 30% desde 2014). Esta necesidad se acentúa al considerar el impacto que tendrán en los próximos años factores como la eliminación del copago farmacéutico desde el 1 de enero de 2021 en colectivos vulnerables, el progresivo envejecimiento de la población, el aumento de patologías crónicas o la financiación de nuevos medicamentos disruptivos de alto coste. Asimismo, la crisis sanitaria ha evidenciado el carácter estratégico de la industria farmacéutica y la necesidad de asegurar el abastecimiento y favorecer la equidad en el acceso a los nuevos tratamientos.</p>
<p>c) Colectivo objetivo de la reforma</p>	<p>Ciudadanía en general, profesionales y sector de la industria farmacéutica</p>

d) Forma/s de implementación de la reforma	<p>Un borrador con los principales elementos de la modificación del Texto Refundido se someterá a consulta pública para que el conjunto de la ciudadanía y todos los agentes del sector puedan realizar aportaciones. El texto se está trabajando en estos momentos entre el Ministerio de Sanidad, la Agencia del Medicamento y las Comunidades Autónomas en el marco de la Comisión de Farmacia, dependiente del Consejo Interterritorial. El texto será sometido también a consideración de este Consejo Interterritorial.</p> <p>Se prevé que el Proyecto de Ley que modifique el Texto Refundido se apruebe por el Consejo de Ministros en el Q4 de 2022.</p> <p>Se prevé que el Plan Estratégico de la Industria Farmacéutica esté aprobado en el primer semestre de 2022.</p>
e) Administración ejecutora	Ministerio de Sanidad, Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios.
f) Involucración de stakeholders	En el diseño de la reforma legal han sido o serán consultadas las Comunidades Autónomas, organizaciones profesionales, asociaciones de pacientes, representantes del sector farmacéutico, etc. También la ciudadanía en general mediante el trámite de consulta pública. En el Plan Estratégico están implicados los Ministerios de Sanidad, Industria y Ciencia e Innovación y representantes del sector.
g) Principales impedimentos para las reformas y estrategias de solución para los mismos	Aunque la competencia de legislación farmacéutica corresponde, según la Constitución Española, al Gobierno Central, la reforma se está trabajando con las Comunidades Autónomas para tratar de encontrar un consenso con las mismas. También se abrirá a la participación de los principales agentes del sector. Cuanto mayor sea el consenso, más fácil será encontrar las mayorías necesarias en el Parlamento español para aprobar la reforma definitivamente.
h) Calendario de implementación de la reforma	La reforma se realizará en 2021 y 2022. En el Q4 de 2022 se aprobará el proyecto de ley por el Gobierno español y se presentará para su tramitación en el Parlamento.
i) Ayudas de Estado	La reforma no cuenta con presupuesto asignado. No supone ayuda de Estado.

Inversiones

C18.I1	Plan de inversión en equipos de alta tecnología en el Sistema Nacional de Salud	Ministerio de Sanidad
a) Descripción de la inversión		

Los equipos de alta tecnología médica son un instrumento esencial en los procesos asistenciales. Las inversiones realizadas en equipos médicos que incorporen la tecnología más avanzada permiten incrementar la supervivencia global y la calidad de vida mediante el diagnóstico de enfermedades en estadios tempranos, posibilitando la intervención terapéutica rápida y mejorando la calidad asistencial y la seguridad del paciente y del profesional al incorporar equipos más seguros.

España presenta un nivel de obsolescencia de estos equipos claramente superior a la media europea y un nivel de densidad de estos equipos por habitante inferior también a la existente en los países europeos con un modelo sanitario equivalente al español (modelo Beveridge). La distribución interna presenta también desequilibrios significativos.

La inversión se desplegará en dos ámbitos:

- Renovación (por obsolescencia ajustada a intensidad de uso, siguiendo referencias aceptadas internacionalmente).
- Ampliación de equipos para equilibrar las diferencias interregionales y alcanzar progresivamente la media de la Unión Europea en cuanto a número de equipos por millón de habitante, con especial atención a las zonas del territorio español que presentan una dotación por habitante inferior a la media nacional.

El Plan incluirá los siguientes tipos de equipos: Aceleradores Lineales, Tomografía Axial Computarizada (TAC), incluyendo los de planificación; Resonancia Magnética, Tomografía por Emisión de Positrones (PET), Tomografía por Emisión de Positrones y TAC (PET-TAC), Cámara Gamma, Equipo de Braquiterapia Digital, Angiografía Vascular, Angiografía Neurorradiológica y Sala de Hemodinámica.

El número concreto y la distribución exacta por tipo de equipo y Comunidad Autónoma se realizará una vez finalizados los trabajos preliminares que aún están en curso. El número máximo total (provisional) de equipos identificados en el Plan es de 1.004 (ver cálculo de costes): 618 susceptibles de renovación (+ 12 años) y 386 de ampliación. Estas cantidades son aproximadas y provisionales. Las cifras exactas podrán ser modificadas una vez analizados los planes de adquisición regionales preexistentes y realizados los ajustes necesarios en el presupuesto establecido. La cifra total y el reparto regional serán acordados en el Consejo Interterritorial.

Los objetivos que se persiguen son:

1. **Renovar los equipos que presentan un nivel de obsolescencia**, ajustada por intensidad de uso, superior a las recomendaciones establecidas en la Guía de Gestión del Ciclo de Vida de Tecnología de Imagen Médica en Canadá. La consecución de este objetivo podrá comprobarse mediante futuros estudios de evaluación que utilicen la misma metodología que los estudios de diagnóstico.
2. **Mejorar en la equidad en el acceso a la tecnología sanitaria** por parte de los pacientes en el SNS, reduciendo las desigualdades territoriales y nivelando el acceso de los ciudadanos. El seguimiento sobre cumplimiento del objetivo podrá realizarse analizando los sistemas de información del Ministerio de Sanidad, en concreto el

Catálogo Nacional de Hospitales del Ministerio de Sanidad, y comparando los resultados con la situación existente antes de la reforma

3. Aproximar de forma progresiva al Sistema Nacional de Salud español a la **media europea en términos de densidad de equipos de alta tecnología**. Podrá constatarse la consecución de este objetivo en los diferentes informes comparativos internacionales, en particular las estadísticas europeas (EUROSTAT).
4. Incrementar la **seguridad del paciente y de los profesionales**, ya que las nuevas tecnologías, no sólo permiten diagnósticos más precisos y tratamientos más eficaces, sino que también reducen el nivel de radiación. Podrá comprobarse el efecto de las reducciones de radiación mediante las auditorias y estimaciones de dosis a la población y a los profesionales, según lo dispuesto en la normativa europea y española aplicable.

El proyecto está diseñado por un equipo multidisciplinar formado por expertos del Ministerio de Sanidad, las Comunidades Autónomas, las Sociedades Científicas, la Red Española de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y la Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal.

Se prevé un coste asociado a esta inversión para servicios de apoyo y asistencia técnica en el diseño, seguimiento de la ejecución y evaluación del Plan. El importe asignado a estos servicios es inferior al 0,1% del coste de la inversión (600.000 euros).

La renovación del equipamiento de alta tecnología tendrá un efecto multiplicador positivo sobre el conjunto del sistema sanitario y se realizará mediante una inversión estratégica, planificada y coste-efectiva que atienda al modelo organizativo del SNS fortaleciendo a los centros, servicios y unidades de referencia del SNS y los centros de referencia autonómicos a la vez que considera la insularidad y las zonas de baja densidad de población. No sólo permitirá mejorar la calidad de los diagnósticos, tratamientos y seguimiento, sino que permitirá mejorar el acceso de la ciudadanía a esta tecnología y acortar el tiempo que transcurre entre sospecha y diagnóstico.

Esta inversión se vincula también con I4, por cuanto en los casos que suponga una ampliación o una mejora en la banda tecnológica será necesario incrementar y adecuar la disponibilidad de profesionales con capacitación y formación suficiente para operar los equipos e interpretar adecuadamente sus resultados. Se garantizará que los planes presentados por las regiones incluyan, no sólo una proyección de uso para garantizar la efectividad de la inversión, sino también una previsión adecuada de personal capacitado para el manejo de los equipos.

b) Evidencia, análisis y datos que motiven la necesidad de la inversión

Según diferentes estudios e informes nacionales e internacionales (AIREF, COCIR, Sociedad Española de Radiología Médica), España se sitúa entre los países de Europa con mayor grado de obsolescencia técnica en todos los equipos de alta tecnología analizados (TAC, RM, PET, Intervencionismo/RX, etc). Más de un 40% del equipo instalado a cierre de 2018 tiene más de 10 años (algunos informes elevan la obsolescencia

	<p>de algunos tipos de equipamiento hasta el 59%, por ejemplo en este informe de la Sociedad Española de Radiología Médica), superando ampliamente los estándares o recomendaciones internacionales, que lo limitan en algunos supuestos al 10% (“reglas de oro” de COCIR o Guía de Gestión del Ciclo de Vida de Tecnología de Imagen Médica en Canadá).</p> <p>Asimismo, España se encuentra por debajo de la media europea en términos de densidad de equipos por millón de habitantes (TC, angiógrafos rayos X, radioterapia,...), según se detalla también en varios informes de COCIR (aquí y aquí) y estadísticas de Eurostat.</p> <p>Además de los estudios y estadísticas señalados, España cuenta con un informe previo (Spending Review) de la Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal (AIREF), que en su Estudio sobre el gasto hospitalario del SNS: farmacia e inversión en bienes de equipo concluye en esta línea que existe una elevada obsolescencia de equipos (ajustada por intensidad de uso), con un 44% de equipos con más de 10 años, señalando además que concurren diferencias interregionales intensas en las dotaciones de estos equipos por territorios.</p> <p>De este modo, tal y como se señala en la Recomendación del Consejo sobre el Programa Nacional de Reformas de España 2020, entre los problemas estructurales subsistentes del sistema sanitario español se encuentran las deficiencias de inversión en infraestructuras físicas, existiendo disparidades regionales en la instalación de recursos físicos, como son los equipos de alta tecnología sanitaria. En el CSR 2019 sobre España se señala que “persisten disparidades autonómicas en lo que respecta a la prestación la asistencia, fundamentalmente en el uso de procedimientos basados en pruebas en la asistencia secundaria”. De hecho, como destaca la propia AIREF en su <i>Spending Review</i>, la diferencia entre las regiones con mayor y menor dotación de equipos de alta tecnología por habitantes es del 121% (2017). Por ejemplo, según datos del Catálogo Nacional de Hospitales del Ministerio de Sanidad, esta diferencia es de 1,97 a 1,18 por 100.000 habitantes en equipos de resonancia magnética o de 2,4 a 1,18 por 100.000 en Tomografía Computerizada (TC).</p> <p>Finalmente, la renovación de equipos mejorará ostensiblemente la seguridad de los pacientes, en particular por la mayor eficiencia y menores niveles de radiación que emiten los equipos de última generación, en línea con lo dispuesto en la Directiva 2013/59/Euratom, sobre seguridad en las radiaciones ionizantes, y la norma española que la transpone al ordenamiento interno (Real Decreto 601/2019, de 18 de octubre).</p>
c) Colectivo objetivo de la inversión	Ciudadanía en general

d) Implementación de la inversión	<p>Para su ejecución se seguirá una metodología que asegura la participación integral de las Comunidades Autónomas en todas las fases del proceso y que incluye las siguientes etapas:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Disposición de un inventario completo de cada tipo de equipamiento de alta tecnología (en curso)2. Disposición de un Plan de necesidades de cada Comunidad Autónoma (a nivel de equipo y hospital)3. Definición y aprobación de un modelo objetivo para la priorización de las inversiones análisis en grupos de trabajo de expertos y en comisiones de segundo nivel del Consejo Interterritorial de los criterios a utilizar y de los tipos de equipos, en los que participarán expertos reconocidos4. Definición de un plan de distribución de fondos, en el que se tendrá en cuenta de manera destacada el objetivo de reducción de la brecha territorial en cuanto a densidad de equipos por habitante.5. Aprobación del plan y de la distribución de fondos en el Consejo Interterritorial del SNS y distribución de fondos a Comunidades Autónomas6. Diseño de forma conjunta con las Comunidades Autónomas de los pliegos técnicos conforme a la ley de contratos del sector público y publicación de la licitación de un acuerdo marco de compra centralizada para la adquisición de los equipos en el SNS. Transferencia de recursos financieros a las Comunidades Autónomas7. Adquisición del equipamiento por las Regiones a través del Acuerdo Marco8. Instalación y verificación por parte del Ministerio de cada una de las adquisiciones <p>La Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación (órgano dependiente del Consejo Interterritorial) será la que desarrolle y acuerde el Plan de inversión y la distribución de fondos, debiendo ser aprobado en el Consejo Interterritorial. En el seno de este Consejo se llevará a cabo el seguimiento y verificación de la ejecución de la reforma.</p> <p>En el diseño de la reforma han participado en diferentes momentos, no sólo las regiones, sino también las sociedades científicas, los agentes sociales y profesionales y las asociaciones de pacientes. También se ha consultado a otros actores importantes como las asociaciones empresariales del sector de las tecnologías sanitarias (FENIN). Asimismo, se informará de la planificación operativa, la ejecución y seguimiento de las reformas a los miembros del Comité Consultivo del Sistema Nacional de Salud y en otros órganos formales e informales de participación y consulta de asociaciones y grupos de interés en el sector sanitario.</p>
---	--

e) Administración ejecutora	Ministerio de Sanidad / Comunidades Autónomas
f) Tamaño y naturaleza de la inversión	792.100.000 euros
g) Calendario de implementación de la inversión	Esta inversión se realizará entre los años 2021 y 2023.
h) Ayudas de Estado	No supone ayudas de estado ya que, de acuerdo con el artículo 107.1 del TFUE, esta inversión no supone ayudas directas o subvenciones a empresas. En cambio, esta inversión supone una mejora en la provisión del servicio sanitario, permitiendo un avance en la garantía de la equidad, universalidad, calidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud

C18.I2	Acciones para reforzar la prevención y promoción de la Salud	Ministerio de Sanidad Comunidades Autónomas
a) Descripción de la inversión		
<p>Esta inversión pretende, en su conjunto, reforzar la capacidad preventiva y de promoción de la salud para evitar la aparición de enfermedades. Se centra especialmente en la promoción de estilos de vida y entornos saludables. La mayor parte de las enfermedades tienen factores de riesgo comunes sobre los que hay que actuar preventivamente, como son el tabaquismo, el consumo de alcohol, el sedentarismo, la alimentación no saludable o la falta de bienestar emocional.</p> <p>La inversión se despliega en 7 ámbitos diferenciados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lucha contra el tabaquismo. - Prevención del consumo de alcohol - Promoción de entornos y estilos de vida saludable - Actuaciones del Plan de resistencia a los antibióticos. - Subvenciones en materia de prevención y tratamiento de adicciones. - Prevención de problemas de salud mental y promoción del bienestar emocional. - Programas de prevención del cáncer. <p>1.- Lucha contra el tabaquismo: 7.000.000 euros.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>3 campañas de concienciación y sensibilización</u>: En 2021 (concienciación del impacto en la salud los nuevos productos del tabaco a la población joven), 2022 		

(sensibilización sobre los daños del consumo) y 2023 (vinculada a la aprobación de la nueva Ley contra el tabaco, prevista para comienzos de 2023). Coste: 3.000.000 euros.

- Refuerzo de las terapias de reemplazo de nicotina. Adquisición a través de compra centralizada de tratamientos sustitutivos de nicotina y su puesta a disposición de los servicios sanitarios de las Comunidades Autónomas. Coste: 4.000.000 euros.

2.- Prevención Alcohol: 2.000.000 euros.

La inversión financiará dos campañas: En 2021 (sensibilización para la desnormalización del consumo de alcohol y evidencia del daño en la salud del consumo de riesgo); y 2022 (dirigida a prevenir el consumo de alcohol en jóvenes y vinculada a la aprobación de la nueva Ley sobre alcohol en jóvenes, cuya aprobación está prevista en la primera mitad de 2022).

3.- Promoción de entornos y estilos de vida saludable: 19.400.000 euros

La inversión irá destinada a subvencionar actuaciones elegibles a realizar en las entidades locales integradas en la [Red Española de Ciudades Saludables de OMS-EURO](#), de la que forman parte 260 entidades locales y que se pretende aumentar en el futuro. Se articulará mediante un Convenio de Colaboración del Ministerio de Sanidad con la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), que agrupa y representa a los 8.000 municipios que existen en España. La Federación asignará los fondos de acuerdo a proyectos presentados y criterios objetivos para que las entidades locales ejecuten inversiones relacionadas con la creación o rehabilitación de espacios saludables (infraestructura para actividad física en parques urbanos, rutas o circuitos saludables, carriles bici e inversiones asimilables).

En paralelo a esta inversión continuarán, con cargo a fondos nacionales, los diferentes programas de promoción de entornos y estilos de vida saludable en la población española, con especial atención a la [infancia y la adolescencia](#) y a la promoción de la salud en el entorno educativo a través del fomento de Escuelas Promotoras de Salud en el marco de la iniciativa Schools for Health in Europe.

4.- Actuaciones para reducir el consumo de antibióticos. 5.400.000 euros

Esta inversión ejecutará varias actuaciones establecidas en el Plan español de resistencia a antibióticos (PRAN) para racionalizar el consumo de antibióticos y reducir la resistencia antimicrobiana en los siguientes ámbitos:

- Implantar en los hospitales españoles una herramienta informática para el manejo de los tratamientos con antibióticos
- Desarrollar una herramienta interactiva para la Vigilancia de Microorganismos Patógenos clínicos de animales enfermos.
- Incrementar el número de estudios de prevalencia de infecciones y uso de antimicrobianos relacionados con la asistencia sanitaria
- Aumentar las acciones de formación a profesionales sanitarios en los Programas de optimización del uso de antibióticos.

5.- Subvenciones en materia de prevención y tratamiento de adicciones. 8.700.000 euros

La [Estrategia Nacional sobre Adicciones](#) (2017-2024) tiene como objetivo favorecer una reducción significativa del impacto sanitario y social de las adicciones en su conjunto. Se centra especialmente en la prevención y el apoyo a la incorporación social de las personas afectadas por las misma.

La ejecución de la Estrategia corresponde principalmente a las entidades más cercanas a estos colectivos: Comunidades Autónomas, Entidades Locales y ONG. Las actuaciones realizadas por las Comunidades Autónomas y Entidades Locales se financian con presupuesto nacional. Esta inversión se refiere exclusivamente al papel de las entidades del tercer sector y ONG y a entidades de investigación en la ejecución de la Estrategia. Incluye dos tipos de programas:

a.- Programas a desarrollar por entidades sin ánimo de lucro a través de subvenciones preferentemente en concurrencia competitiva para diversas finalidades: 1) Mejora de sistemas de información; 2) Creación de y mantenimiento de recursos habitacionales para personas consumidoras de drogas sin hogar; 3) Ampliación de los programas de prevención de adicciones; 4) Mejora de la capacitación de los profesionales de la red ante las adicciones comportamentales.

b.- Programas a desarrollar por entidades investigadoras. Se financiarán proyectos de investigación que analicen la repercusión de la pandemia COVID 19 en los consumos y los trastornos adictivos en la población. Estos proyectos permitirán a las autoridades sanitarias disponer de mayor información para evaluar el funcionamiento de los servicios públicos que han tratado de darles respuesta. Se priorizarán los proyectos centrados en desarrollo de un sistema de información centinela sobre consumidores de drogas que permita detectar de forma rápida cambios y necesidades durante una situación de alertas de cualquier tipo como ha sido la COVID 19.

6.- Prevención y promoción de la salud mental. 2.550.000 euros

La Estrategia española de Salud mental data del año 2009. Está previsto aprobar una actualización de la misma a lo largo de 2021. Esta actualización se centrará en la prevención y diagnóstico precoz, en la mejora asistencial, en el apoyo a las familias de los pacientes y en la promoción de un modelo de atención comunitario que favorezca la integración social. La inversión pretende dar soporte a algunas de las acciones clave de la actualización de la Estrategia. En particular, financiará:

- Tres campañas de difusión para la promoción y protección de la salud mental (2021-2023), luchar contra el estigma y prevenir las conductas suicidas.
- Convocatorias de premios de investigación en todos los ámbitos relacionados con la salud mental.

El resto de medidas de la Estrategia se financiarán con cargo a los presupuestos internos de las distintas instituciones sanitarias.

7.- Campañas de prevención del cáncer. 17.000.000 euros

El 3 de marzo de 2021 se aprobó la [Estrategia Española de Lucha contra el Cáncer](#), por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Está alineada con el Plan Europeo. Su objetivo es garantizar a los pacientes con cáncer y sus familias una adecuada prevención, asistencia y seguimiento, en cualquiera de las fases de la enfermedad, independientemente del lugar de residencia. Aborda diferentes aspectos en materia de prevención, vigilancia, sistemas de información o garantía de acceso a los dispositivos asistenciales, entre otros.

La Estrategia se financiará con cargo a los presupuestos internos de las distintas instituciones sanitarias españolas, pero se extraen de la misma tres actuaciones importantes de prevención a financiar en el marco de este Componente.

a) Campaña de difusión del Código Europeo contra el Cáncer. 1.000.000 euros

El Código Europeo contra el Cáncer es una iniciativa de la Comisión Europea para informar a la ciudadanía sobre las medidas de prevención para reducir el riesgo de cáncer. La cuarta edición actual contiene doce recomendaciones. La estimación de costes se ha realizado a partir de la definición de un perfil tipo de actividad/campaña de publicidad institucional: a) Público objetivo: población general; b) Duración: 2-3 semanas.

b) Cribado poblacional de cáncer colorrectal en personas de 50 a 69 años (cofinanciación) 7.500.000 euros.

Pretende incentivar a las Comunidades Autónomas a extender los cribados poblacionales de este tipo de cáncer. La inversión financiaría los costes no médicos vinculados a la invitación a participar en esta campaña, con una estimación del 10% de la población entre 50 a 69 años residente en España (12,5 millones, [Instituto Nacional de Estadística](#)). El [coste de la invitación](#) (carta, FIT, recursos de gestión del programa) es de 6 euros La financiación de este tipo de costes con una población objetivo del 10% requeriría una inversión de 7.500.000 euros. El objetivo de esta actuación es incentivar de manera equitativa a las Comunidades Autónomas a extender sus campañas, con el objetivo de pasar del 60% actual, a una cobertura cercana al 100% a nivel nacional en 2023.

c) Cribado poblacional de cáncer de cuello de útero (cérvix) en mujeres de 25 a 65 años. 8.500.000 euros

Se trata del cribado poblacional para detectar cáncer de cervix en mujeres entre 25 y 65 años a realizar por las Comunidades Autónomas antes de finalizar el año 2023. Este cribado forma parte de la Cartera Común de Servicios desde 2019 pero la mayoría de las regiones aún no lo han puesto en marcha. Con esta inversión se pretende financiar una parte de los costes de la actuación global e incentivar el despliegue de este cribado poblacional en las regiones. La inversión cubriría los costes de difusión e invitación a participar en la campaña:

- 1.000.000 para campañas de difusión en las Comunidades Autónomas.
- 7.500.000 para financiar los costes de la invitación ([1€ por invitación](#)). El número de mujeres residentes en España entre 25 y 65 años es de 12,5 millones ([INE](#)). Partiendo de la realización de una campaña quinquenal, se invitará a participar a 2,5 millones de mujeres cada año. En el periodo 2021-2023 se invitaría a participar a 7,5 millones de mujeres.

b) Evidencia, análisis y datos que motiven la

La mayor parte de las enfermedades tienen factores de riesgo comunes sobre los que hay que actuar preventivamente, como son el tabaquismo,

necesidad de la inversión	<p>el consumo de alcohol, el sedentarismo y la inactividad física, la alimentación no saludable o la falta de bienestar emocional.</p> <p>El tabaquismo es la primera causa evitable de enfermedad, invalidez y muerte prematura en el mundo. En España mueren más de 50.000 personas cada año por enfermedades derivadas del tabaco. Casi el 60% de los adolescentes españoles entre 14 y 18 años había consumido alcohol en el último mes (encuesta ESTUDES). La alimentación no saludable, la inactividad física y el sedentarismo son los factores clave en el desarrollo de enfermedades crónicas y de la obesidad. La obesidad es un claro ejemplo de condición de salud en la que la perspectiva de equidad es muy importante, ya que tanto en población adulta como infantil, la obesidad presenta un gradiente socioeconómico inverso, es decir, es mayor en familias con niveles educativos o posiciones económicas más bajas, contribuyendo a generar desigualdades en la salud de la población. Promover entornos y estilos de vida saludable mediante espacios públicos saludables accesibles a toda la ciudadanía constituyen una intervención pública que actúa también sobre la perspectiva de la equidad.</p> <p>La evidencia y las recomendaciones internacionales indican que las modificaciones de los entornos y espacios públicos más próximos a la población, como los municipios, los barrios o las escuelas, favorecen que las elecciones más saludables sean más fáciles para la ciudadanía. España cuenta con la Red Española de Ciudades Saludables, que a su vez forma parte de la European Healthy Cities Network de OMS-Europa.</p> <p>Según la Organización Mundial de la Salud, la resistencia a antibióticos es hoy una de las mayores amenazas para la salud mundial, la seguridad alimentaria y el desarrollo. En España es responsable de cerca de 4.000 muertes anuales y un gasto sanitario de 150 millones de euros. España cuenta desde 2014 con un Plan Nacional contra las Resistencias a Antibióticos (PRAN) que ha permitido lograr avances positivos en la reducción del consumo total de antibióticos en salud humana (un 7,2%) y en el ámbito veterinario (una reducción de las ventas del 32,4%), según datos publicados por la Agencia Española del Medicamento y referidos al periodo comprendido entre 2015 y 2018. Pese a todo, España sigue estando peor situada que la media de la UE en esta materia. El Eurobarómetro especial 2018 indica que el 36% de los españoles aún piensa que los antibióticos curan el resfriado (28% en UE). Un 42% confirma haber tomado antibióticos en los últimos doce meses (32% en UE). España sigue superando la media registrada para estos indicadores en Europa, donde el 32% de los encuestados declararon haber consumido antibióticos en el último año y el 28% cree que los antibióticos curan el resfriado. Un 5% de españoles reconoce automedicarse con antibióticos.</p> <p>El coste humano y social de las adicciones es muy elevado. A ellos se añade el coste para el sistema público de atención (promoción de la salud, prevención, atención médica y tratamiento), seguridad pública,</p>
---------------------------	--

medio ambiente y productividad laboral. La población consumidora se estima en unas 85.000 personas, muchas de las cuales se encuentran sin hogar. Una parte muy importante de los servicios que les atienden son gestionados por ONGs. Estas entidades reciben subvenciones de las Administraciones Públicas que fundamentalmente cubren gastos corrientes pero no facilitan las inversiones necesarias en instalaciones, tecnología o sistemas de información. La pandemia ha traído consigo el incremento de adicciones. Conocer mejor la magnitud, efectos y características de estas nuevas adicciones contribuirán a la adopción de políticas públicas para afrontarlas eficazmente.

Una de cada 10 personas mayor de 14 años en España declara haber sido diagnosticada de algún problema de salud mental. Casi el 11% de la población consume tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir, un 4,8% antidepresivos o estimulantes y el 5,4% refiere haber acudido al psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra en los últimos 12 meses ([Encuesta Nacional de Salud en España 2017](#)). Los déficits en la atención a la salud mental se han visto acrecentados por la magnitud del impacto de la pandemia COVID-19.

El número estimado de casos prevalentes de cáncer en España a 31 de diciembre de 2020 es de 2.265.152, y el número total de nuevos casos/año en 2020 es de 277.394. Es una de las principales causas de mortalidad en España. En 2018 causó la cuarta parte de los fallecimientos ([Las cifras en cáncer en España 2020](#), elaborado por Sociedad Española de Oncología Médica). Tanto el Plan Europeo de lucha contra el cáncer, que se marca como objetivo que al menos un 80% de la población conozca el Código Europeo en el año 2025, como la Estrategia española ponen el foco en la prevención y la detección precoz. Ambos documentos sostienen que la detección precoz a través del cribado poblacional puede ayudar a salvar vidas, eliminando las desigualdades en el acceso a pruebas de este tipo.

Según [datos](#) de la Asociación Española contra el Cáncer, el cáncer colorrectal es el más frecuentemente diagnosticado en la población española (34.331 casos detectados en 2017, el 15% del total). Tanto en hombres como en mujeres ocupa el segundo lugar, después del cáncer de próstata y mama, respectivamente. Provoca en torno a 15.000 defunciones al año (15.923 en 2017). El principal factor de riesgo para el cáncer colorrectal es la edad. El 90% de los casos se diagnostica en personas mayores de 50 años. Existen diferentes análisis coste-efectividad, como [este](#), que confirman que el cribado poblacional de cáncer colorrectal es una intervención eficiente, más coste-efectiva que muchas otras intervenciones sanitarias realizadas de forma rutinaria. La financiación de una parte de los costes no médicos (costes de invitación y difusión) de las campañas incentivará la realización o extensión de estas campañas por parte de las autoridades sanitarias regionales.

Por otro lado, en España el cáncer de cérvix es la 11ª neoplasia más frecuente en mujeres con una incidencia de 10,8 casos/100.000 mujeres

	<p>al año y una mortalidad de 3,6 casos/100.000 mujeres. Es un tipo de cáncer especialmente evitable con la adecuada prevención. En 2019 se actualizó la cartera común de servicios para incluir el programa de cribado de cáncer de cérvix como un programa de cribado de base poblacional, dando a las Comunidades Autónomas un plazo de 5 años para iniciar el cambio del actual programa oportunista a un programa poblacional. La inversión financia el coste de la difusión asociada a este cribado (campaña e invitaciones personalizadas), que si bien es una parte reducida del coste total (estimado en 125 millones en un plazo de 5 años, según el coste medio por mujer estimado en estudios de referencia), funcionará a modo de incentivo a las autoridades sanitarias regionales para la realización de estos análisis poblacionales, dado que muchas de ellas no lo han iniciado hasta el momento. Se estima que el cambio a un programa organizado poblacional supondrá un ahorro anual superior a los 75 millones de euros.</p>
<p>c) Colectivo objetivo de la inversión</p>	<p>Ciudadanía en general</p>
<p>d) Implementación de la inversión</p>	<p>Las campañas de concienciación y sensibilización contra el tabaco y el alcohol y para promover la salud mental tendrán alcance nacional. Su gestión y licitación pública corresponderá al Ministerio de Sanidad. Los premios de investigación en salud mental serán convocados por el Ministerio de Sanidad.</p> <p>La adquisición de tratamientos de deshabituación del tabaco la realizará el Ministerio de Sanidad mediante compra centralizada. Pondrá los tratamientos a disposición de las Comunidades Autónomas mediante reparto acordado en el Consejo Interterritorial.</p> <p>Las acciones en relación con el uso de antibióticos (herramientas tecnológicas, estudios y formación) se llevarán a cabo por la Agencia española del Medicamento (mediante licitación pública, convocatorias de investigación y acciones formativas, respectivamente).</p> <p>Las subvenciones a las entidades locales incluidas en la Red de Ciudades Saludables se articularán a través de un convenio de colaboración con la Federación Española de Municipios y Provincias, que será la entidad encargada de su reparto, de acuerdo a criterios objetivos y equitativos, a los miembros de la Red Española de Ciudades Saludables.</p> <p>Las subvenciones a ONGs y a investigadores en el ámbito de las adicciones serán gestionadas por el Ministerio de Sanidad.</p> <p>Los fondos para financiar los costes de difusión de las campañas de prevención del cáncer, incluyendo entre ellas la difusión a nivel autonómico del Código Europeo contra el cáncer y las campañas de cribado poblacional de cáncer (de cérvix y colon), serán transferidos a las Comunidades Autónomas a través del Consejo Interterritorial. Serán</p>

	transferencias finalistas que sólo podrán destinarse por las regiones a la finalidad establecida.
e) Administración ejecutora	Ministerio de Sanidad / Comunidades Autónomas
f) Tamaño y naturaleza de la inversión	Total: 62.050.000 euros con la siguiente distribución: 1.- Lucha contra el tabaquismo: 7.000.000 euros. 2.- Prevención Alcohol: 2.000.000 euros. 3.- Promoción de hábitos de vida saludable: 19.400.000 4.- Actuaciones para reducir el consumo de antibióticos. 5.400.000 euros 5.- Subvenciones en materia de prevención y tratamiento de adicciones. 8.700.000 euros 6.- Prevención y promoción de la salud mental. 2.550.000 7.- Campañas de prevención del cáncer de cérvix. 17.000.000
g) Calendario de implementación de la inversión	Esta inversión se realizará entre los años 2021 y 2023.
h) Ayudas de Estado	No supone ayudas de estado ya que, de acuerdo con el artículo 107.1 del TFUE, esta inversión no supone ayudas directas o subvenciones a empresas. En cambio, esta inversión supone una mejora en el estado de salud general de la población.

C18.I3	Aumento de capacidades de respuesta ante crisis sanitarias	Ministerio de Sanidad
a) Descripción de la inversión		
<p>Una de las principales enseñanzas a extraer de la pandemia de COVID-19 es la necesidad de fortalecer las capacidades de vigilancia, detección precoz y respuesta rápida ante la eventualidad de cualquier situación crítica. También requiere reforzar las capacidades de laboratorios y de instituciones sanitarias, cuyas debilidades se han puesto en evidencia con la pandemia y solventarlas es determinante para una mejor respuesta en el futuro. Finalmente, es preciso afrontar un proceso de evaluación global del desempeño del Sistema Nacional de Salud desde el inicio de la crisis sanitaria con el objetivo de extraer lecciones útiles de cara al futuro.</p> <p>Esta inversión se compone de un conjunto de actuaciones dirigidas precisamente a aumentar las capacidades de respuesta ante futuras crisis sanitarias. Son las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Equipamiento del nuevo Centro Estatal de Salud Pública 2.- Sistema de Información de Vigilancia en Salud Pública 		

- 3.- Finalización del Hospital Universitario de Melilla y construcción del nuevo edificio del Centro Nacional de Dosimetría
- 4.- Aumento de capacidad del laboratorio de ensayo de Equipos de Protección Individual del Centro Nacional de Medios de Protección
- 5.- Refuerzo del Centro Nacional de Alimentación y laboratorio de biotoxinas.
- 6.- Inversiones tecnológicas en la Agencia del Medicamento y la Organización Nacional de Trasplantes
- 7.- Evaluación del desempeño del Sistema Nacional de Salud durante la pandemia

1.- Equipamiento tecnológico del nuevo Centro Estatal de Salud Pública. 9.450.000 euros

Esta inversión está vinculada con la R2. El nuevo Centro aglutinará las competencias, dispersas hasta ahora, en dos ámbitos principales: a) Vigilancia en salud pública, evaluaciones de riesgos y análisis de la situación en salud de la población española; b) Preparación del sistema sanitario ante amenazas para la salud pública, principalmente de carácter epidemiológico, y coordinación de las respuestas ante emergencias de salud pública nacionales e internacionales.

Esta inversión incluye los gastos necesarios para la dotación de equipamiento tecnológico del nuevo Centro:

- Dotación de equipamiento tecnológico para el edificio: equipos de sobremesa, cableado, equipos de videoconferencia, etc.
- Equipamiento físico hardware (ampliación del Centro de Proceso de Datos para dar capacidad suficiente al Centro Estatal de Salud Pública):
- Dotación de equipos tecnológicos para el Centro de Operaciones de Emergencias Sanitarias de acuerdo con las especificaciones recomendadas por el ECDC y que responda a las necesidades incluidas en la propuesta de Reglamento de la UE sobre amenazas transfronterizas graves para la salud

2.- Nuevo sistema de Información de la Red Vigilancia en Salud Pública. 27.400.000 euros.

Este sistema ampliará, mejorará e integrará los sistemas de información de enfermedades transmisibles y no transmisibles existentes en España. Incluirá el equipamiento y las herramientas tecnológicas que le dan soporte. Esta inversión se realizará tanto en el nodo central (nuevo Centro Estatal de Salud Pública y Ministerio de Sanidad) como en los nodos regionales (instituciones de salud pública de las Comunidades Autónomas). El sistema aprovechará todos los desarrollos e infraestructuras del Nodo Central del SNS ya existente en el Ministerio de Sanidad, así como los mecanismos actualmente en uso para el intercambio de información administrativa y clínica, tanto en la recepción de datos remitidos desde fuentes primarias, como los que dan soporte a Tarjeta Sanitaria Individual, Receta electrónica e Historia Clínica del SNS, etc. Para ello:

a.- El nodo central se reforzará con la infraestructura y servicios necesarios para desarrollar e integrar la información de todas las fuentes de datos necesarias para cumplir con los requisitos de la futura Red Nacional de Vigilancia en Salud Pública. Integrará al menos 7 componentes de vigilancia que requerirán el desarrollo de al menos 7 subsistemas de información, una herramienta de análisis integrado de datos de múltiples fuentes de

información de vigilancia de diversos sectores y una herramienta de transmisión segura de información al ECDC y a otras instituciones nacionales e internacionales (8.000.000 euros).

b.- En los nodos regionales se financiarán proyectos para desarrollar en cada Comunidad Autónoma los componentes de la Red Nacional de Vigilancia en Salud Pública. Incluirá las herramientas necesarias para implantar los 7 subsistemas de información señalados anteriormente en cada Comunidad Autónoma (16.200.000 euros). Estos proyectos deberán ir acorde con los desarrollados en el punto a) y con los estándares y mecanismos actuales de intercambio del Nodo con las Comunidades Autónomas para lograr una mayor eficiencia y reducir los tiempos necesarios para su puesta en marcha.

Dada la complejidad de este sistema de información, se necesitará realizar con carácter previo estudios técnicos para crear e implantar la nueva Estrategia y Red de Vigilancia en Salud Pública (estimados en 1.200.000 euros). En particular, un estudio de situación y recomendaciones para la integración de los diferentes sistemas de vigilancia existentes a nivel nacional y en las Comunidades Autónomas y una guía para el desarrollo modular de las herramientas informáticas necesarias para integrar todos los componentes de la vigilancia en salud pública a nivel central y en las Comunidades Autónomas.

La inversión se completa con el desarrollo de una herramienta de vigilancia entomológica de ámbito nacional, en base a la ciencia ciudadana (que utiliza la implicación activa del público no especializado junto con científicos y profesionales), validada por estudios de campo, que se combine con el sistema ya existente de [vigilancia de las enfermedades transmitidas por vectores](#). 2.000.000 euros.

3.- Finalización del Hospital Universitario de Melilla y construcción del nuevo edificio del Centro Nacional de Dosimetría. 34.160.000 euros.

La inversión pretende financiar la dotación de equipamientos del nuevo hospital de Melilla (286 camas) en el menor plazo de tiempo posible con el objetivo de inaugurarlos en el primer semestre de 2023.

Junto a ello, durante 2021 se pretende tramitar la redacción del Proyecto de la Obra del nuevo edificio del Centro Nacional de Dosimetría de Valencia, con el fin de ejecutarla en los ejercicios 2022 y 2023.

4.- Aumento de capacidad del laboratorio de ensayo de Equipos de Protección Individual (EPI) del Centro Nacional de Medios de Protección. 3.880.000 euros

La actividad de análisis y control de calidad de equipos de protección individual se ha incrementado exponencialmente desde el inicio de la pandemia. La inversión consiste en acometer reformas en el laboratorio, adquirir equipamiento e instrumentos de medida así como impartir formación a los trabajadores del laboratorio, teniendo en cuenta la cualificación necesaria para la realización de ensayos y certificación de EPIs de acuerdo a los estándares europeos y a los requisitos de la Entidad Nacional de Acreditación española.

5.- Refuerzo del Centro Nacional de Alimentación y laboratorio de Biotoxinas. 3.480.000 euros

La inversión pretende renovar e incrementar el equipamiento técnico necesario para la realización de pruebas en los laboratorios dependientes de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición.

- Por un lado, en el Centro Nacional de Alimentación que es el Laboratorio Nacional de Referencia en materia de seguridad alimentaria en España para 20 de las 28 referencias en el marco del control oficial establecido por la Unión Europea. Coordina sus actuaciones con el Laboratorio Europeo de Referencia en los distintos ámbitos de seguridad alimentaria y con las redes de Laboratorios de Control Oficial (a nivel estatal y regional).
- Por otro, en el Laboratorio de Biotoxinas Marinas, que es el laboratorio de referencia de la UE para el control de biotoxinas marinas (EURLMB) (Reglamento UE Nº 208/2011).

Esta inversión permitirá avanzar en el ODS 9 y cumplir con las prioridades estratégicas de la UE en el marco del Pacto Verde Europeo en lo que se refiere a la identificación y control de los contaminantes procedentes del medio ambiente y de los alimentos,

6.- Inversiones tecnológicas en la Agencia del Medicamento y la Organización Nacional de Trasplantes. 1.740.000 euros

Por un lado, incluye la adquisición por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios de equipamiento informático, necesario para hacer frente al importante incremento del volumen de datos manejados desde el inicio de la crisis (pandemia y vacunación) en cuanto a capacidad de procesamiento y almacenamiento (750.000 euros). Por otro, la Organización Nacional de Trasplantes, que desarrolla las funciones relacionadas con la obtención y utilización clínica de órganos, tejidos y células, precisa mejoras en la seguridad de los sistemas, en los servicios de intercambio de comunicación con el ciudadano y en la explotación de los datos (920.000 euros).

7.- Evaluación del desempeño del Sistema Nacional de Salud durante la pandemia. 800.000 euros

Se considera necesario contar con una evaluación amplia y rigurosa del desempeño del Sistema Nacional de Salud frente a la pandemia de COVID-19. Esta evaluación permitirá conocer mejor la pandemia y su gestión en España, evaluar el impacto de las medidas tomadas a nivel del sistema sanitario y de salud pública, identificar áreas de mejora y proponer nuevas estrategias para su control.

La evaluación del desempeño del Sistema Nacional de Salud frente a la pandemia de COVID-19 se realizará a nivel central, regional y local en las diferentes fases de la misma. La realizará un equipo independiente de evaluadores especializados, designados por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. En su realización contará con el apoyo operativo de equipos de profesionales con la cualificación y experiencia requeridos para un proyecto de esta dimensión.

Propondrá medidas, a corto plazo, para mejorar el control de la pandemia y para asegurar la atención esencial de los pacientes no COVID-19. Contribuirá a generar conocimiento de valor y utilidad a los responsables políticos, a los gestores, a los profesionales sanitarios y al conjunto de la ciudadanía. Esta evaluación permitirá: a) Valorar la situación de partida del Sistema Nacional de Salud; b) Identificar y priorizar los principales desafíos y buenas prácticas en su contexto; c) Estudiar los abordajes realizados, tanto desde el análisis como desde la intervención, enfatizando la vertiente social, preventiva y promotora de la salud; d) Identificar las metodologías más idóneas para el análisis y la respuesta del sistema sanitario; e) Realizar una propuesta de acciones concretas de mejora para llevar a cabo a corto plazo en el Sistema Nacional de Salud, tanto a nivel estatal como autonómico y local.

b) Evidencia, análisis y datos que motiven la necesidad de la inversión

La crisis sanitaria ha demostrado que es preciso aumentar las capacidades de los sistemas nacionales de salud pública y reforzar la coordinación, tanto hacia el interior de los países como a nivel europeo. El sistema español de vigilancia epidemiológica y de respuesta ante las emergencias ha funcionado bien, pero se ha evidenciado la necesidad de afrontar reformas institucionales y operativas que nos permitan estar mejor preparados en el futuro ante crisis sanitaria como la actual. Igualmente, se ha evidenciado la necesidad de reforzar el carácter integral de la Salud Pública en todas sus vertientes, desde la vigilancia a la prevención, protección y promoción de la salud, siguiendo la experiencia de otros sistemas sanitarios y las recomendaciones de la UE. El nuevo Centro Estatal de Salud Pública responde a esta pretensión.

También lo hace la nueva Red de Vigilancia en Salud Pública, cuyo elemento nuclear será el sistema de información integrado. Este nuevo sistema incluirá, por un lado, la integración y mejora de los sistemas de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). Su plataforma más importante, SIVIES (Sistema para la Vigilancia en España), creada en 2011 posibilita la remisión de datos sobre contagios de enfermedades de declaración obligatoria, como el virus SARS-COV2, desde las Comunidades Autónomas, que recaban estos datos a través de procesos no estandarizados. El aumento de volumen de datos en los últimos meses y las características de los procesos de validación de calidad de los registros y carga tampoco están estandarizados. La eficiencia de todo el proceso es muy limitada.

Por otro lado, la vigilancia en salud pública requiere la integración de los sistemas de vigilancia de determinantes de enfermedad, comportamientos de riesgo, vigilancia de la salud, salud ambiental y laboral y de las enfermedades no transmisibles (ENT), incluidas las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las cardiopatías crónicas y la diabetes. En la actualidad existen sistemas de recogida y envío de datos de pacientes con estas patologías desde los servicios de salud de las Comunidades Autónomas al Ministerio de Sanidad, pero es necesario establecer nuevas herramientas que permitan una mayor inmediatez e integración de los mismos, así como extender la aplicación de tecnologías emergentes para la explotación de los datos. Todo ello debe permitir disponer de un sistema de información de salud pública para el

	<p>conjunto del Estado que evolucione y mejore los subsistemas existentes y los examine en un sistema específico que cuente con una herramienta de análisis integrado de datos de múltiples fuentes y una herramienta de transmisión segura de información al ECDC y a otras instituciones nacionales e internacionales.</p> <p>Melilla es una ciudad autónoma ubicada en el norte de África. La actual infraestructura hospitalaria (hospital comarcal) es insuficiente, tanto en capacidad (168 camas) como en dotaciones y servicios, para atender a una población residente de 85.000 habitantes aproximadamente, que se ve incrementada por una población extranjera de entre 25.000 y 30.000 personas, fundamentalmente población marroquí que atraviesa diariamente la frontera. La infraestructura existente ya era insuficiente antes del inicio de la crisis sanitaria. La pandemia ha agudizado los problemas de capacidad asistencial en la ciudad. Durante diversos periodos se ha producido una sobrecarga importante en el hospital comarcal existente (168 camas), haciendo necesaria en ocasiones la derivación de pacientes críticos a la Comunidad de Andalucía. Esta situación hace necesario finalizar con celeridad las obras que ya estaban en marcha y que se afrontarán con presupuesto nacional y completar la dotación de equipamientos en el nuevo hospital (286 camas) en el menor periodo de tiempo posible.</p> <p>Asimismo, se hace necesario la construcción de un nuevo edificio para albergar las instalaciones del Centro Nacional de Dosimetría de Valencia, como centro de referencia nacional de lectura de dosímetros, toda vez que, se hace imprescindible la renovación del bunker para que pueda contar con una fuente radioactiva de cesio, lo que posibilitará dar cobertura a las demandas del conjunto del Sistema Nacional de Salud</p> <p>Por otro lado, la necesidad de aumentar las capacidades de prevención y respuesta ante crisis sanitarias justifica también el refuerzo de los laboratorios que aseguran la calidad de los equipos de protección individual y garantizan la seguridad alimentaria.</p> <p>Los sistemas de la Organización de Trasplantes tienen un elevado grado de obsolescencia, con una antigüedad superior a los 10 años. En la Agencia del Medicamento existen carencias importantes en la capacidad de los sistemas debido al incremento de gestión necesario para hacer frente a la pandemia Covid-19 y a la gestión de vacunas</p> <p>Finalmente, realizar evaluaciones independientes y de amplio alcance sobre el desempeño de los sistemas sanitarios durante la pandemia es fundamental para aprender de la experiencia y reforzar los servicios sanitarios en línea con las conclusiones que se alcancen. La Organización Mundial de la Salud y algunos países han iniciado procesos de evaluación similares. De la misma forma, en España ya se han realizado algunas evaluaciones parciales de la respuesta ante la COVID-19 como es el caso de los centros residenciales en Navarra o el proyecto para evaluar los</p>
--	--

	centros asistenciales en Castilla y León. La realización de una evaluación independiente permitirá también reforzar la coordinación entre el Ministerio de Sanidad y las Regiones.
c) Colectivo objetivo de la inversión	Ciudadanía en general
d) Implementación de la inversión	Licitaciones públicas. En el caso de la evaluación del desempeño del Sistema Nacional de Salud, el Consejo Interterritorial designará un equipo experto encargado de dirigir la evaluación, diseñar la metodología y el plan de trabajo. Una agencia independiente prestará apoyo operativo. La inversión cubrirá el coste de honorarios de los expertos y financiará un convenio de colaboración con una agencia independiente para realizar los trabajos de campo y dar soporte técnico.
e) Administración ejecutora	Ministerio de Sanidad / Comunidades Autónomas
f) Tamaño y naturaleza de la inversión	Total: 80.910.000 euros, con la siguiente distribución 1.- Equipamiento del nuevo Centro Estatal de Salud Pública. 9.450.000 euros 2.- Sistema de Información de Vigilancia en Salud Pública. 27.400.000 euros 3.- Finalización del Hospital Universitario de Melilla y construcción del nuevo edificio del Centro Nacional de Dosimetría. 34.160.000 euros 4.- Aumento de capacidad del laboratorio de ensayo de Equipos de Protección Individual del Centro Nacional de Medios de Protección: 3.880.000 5.- Refuerzo del Centro Nacional de Alimentación y laboratorio de biotoxinas. 3.480.000 euros 6.- Inversiones tecnológicas en la Agencia del Medicamento y la Organización Nacional de Trasplantes: 1.740.000 euros 7.- Evaluación del desempeño del Sistema Nacional de Salud durante la pandemia: 800.000 euros
g) Calendario de implementación de la inversión	Esta inversión se realizará entre los años 2021 y 2023.
h) Ayudas de Estado	No supone ayudas de estado ya que, de acuerdo con el artículo 107.1 del TFUE, esta inversión no supone ayudas directas o subvenciones a empresas. En cambio, esta inversión supone una mejora en la provisión

	de servicios de salud pública y asistenciales y de prevención y respuesta ante riesgos sanitarios.
--	--

C18.I4	Formación de profesionales sanitarios y recursos para compartir conocimiento	Ministerio de Sanidad
---------------	---	------------------------------

a) Descripción de la inversión

Esta inversión pretende reforzar las capacidades y competencias de los profesionales de la sanidad, con especial atención a la formación vinculada a las reformas e inversiones de este Componente. Asimismo, pretende promover herramientas que permitan a los profesionales sanitarios compartir conocimiento para mejorar la coordinación y calidad de la atención sanitaria, también en aspectos prioritarios recogidos en este Componente. La inversión se despliega en 4 ámbitos:

- Formación continuada
- Recertificación de competencias
- Herramientas colaborativas para atender a los pacientes de alta complejidad.
- Elaboración de un mapa informatizado para visualizar recursos compartidos y prestaciones de la atención temprana en España

1.- Formación continuada

La formación continuada de los profesionales de la sanidad en España es la formación que se ofrece desde el sistema sanitario a estos profesionales una vez han obtenido la titulación básica o la especialidad, y sin que esta actividad esté orientada a la obtención de una nueva titulación. Su objetivo prioritario es el mantenimiento o la mejora de sus conocimientos, habilidades y actitudes, a fin de que el profesional pueda adecuar permanentemente su actuación ante la evolución científica y tecnológica y las demandas y necesidades, tanto sociales como del propio sistema sanitario.

El sistema de formación continuada en España pivota sobre dos elementos. Por un lado, un sistema de acreditación de centros e instituciones para impartir esta formación. La acreditación la realizan las Comunidades Autónomas de acuerdo a los criterios establecidos por la Comisión de Formación Continuada (creada en 2003 y en la que está representado el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas). Esta acreditación tiene efectos en todo el territorio nacional. Por otro lado, la planificación y financiación de las acciones de formación continuada se realiza, en el ámbito público, desde los servicios regionales de salud a través de los planes de formación continua. También existen fórmulas de financiación de actividades formativas de entidades privadas y centros de investigación con el objetivo de que los profesionales de la sanidad pública puedan acceder a la misma de manera gratuita o con un coste reducido.

La inversión consiste en incluir en los planes de formación continua de profesionales sanitarios de las Comunidades Autónomas, acciones formativas vinculadas con los objetivos y medidas incluidos en este componente. La formación deberá ofrecerse por entidades

acreditadas y las acciones formativas (sin perjuicio de lo establecido en el I5) deberán versar, entre otros, sobre los siguientes ámbitos:

- Utilización de tecnologías sanitarias y sistemas de información
- Vigilancia de la salud pública y epidemiología.
- Seguridad del paciente y profesionales
- Uso racional de los recursos diagnósticos y terapéuticos
- Detección precoz del cáncer
- Salud Mental
- Salud ambiental
- Prevención de factores de riesgo
- Detección precoz de violencia de género
- Detección precoz del maltrato infantil
- Bioética
- Comunicación clínica
- Medicina basada en la evidencia
- Trabajo en equipo
- Metodología de la investigación
- Desarrollo de las competencias directivas de los responsables de los centros sanitarios
- Formación de tutores de la formación sanitaria especializada

La formación en habilidades y conocimientos tecnológicos y digitales del personal sanitario forma parte de una acción específica para este colectivo en el Componente 19.

Las Comunidades Autónomas presentarán al Ministerio de Sanidad sus planes específicos de formación de acuerdo a estas prioridades para poder recibir financiación. Deberán justificar que las acciones incluidas en el plan no formaban parte con anterioridad de los planes regionales. Serán analizados en la Comisión de Formación Continuada. La aprobación de los criterios de reparto y la asignación de fondos corresponderá a la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.

2.- Recertificación de competencias

La inversión consiste en establecer un sistema que permita evaluar y acreditar las competencias no regladas adquiridas por los profesionales del Sistema Nacional de Salud. El lanzamiento de este sistema, novedoso en España, requerirá, en primer lugar, la realización de los estudios técnicos necesarios para la elaboración del modelo de recertificación, que se financiarán con presupuesto nacional.

La inversión financiable con cargo al MRR abarcará dos aspectos destacados del proceso de diseño e implantación del modelo de recertificación:

- Formación a los responsables del Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas sobre modelos de recertificación internacionales (135.000 €) y formación sobre aplicación del modelo español una vez diseñado, dirigida a Colegios Profesionales y Sociedades Científicas (210.000 €)

- Desarrollo de una aplicación web para la presentación y tramitación de solicitudes de recertificación (650.000 €)

Asimismo, se mejorará y evolucionará el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios para adaptarlo a las nuevas necesidades derivadas del nuevo modelo de recertificación de competencias. El desarrollo de este Registro, que requiere una inversión de carácter tecnológico, se llevará a cabo a través del Componente 11.

3.- Herramientas colaborativas para compartir conocimiento y mejorar la atención a los pacientes de alta complejidad.

Esta inversión se relaciona con la R3 y pretende ampliar los recursos que permiten compartir conocimiento entre profesionales sanitarios para mejorar la coordinación de la atención de pacientes de alta complejidad. Se compone de los siguientes elementos:

a.- Desarrollo de una plataforma tecnológica en red de atención al paciente para compartir conocimiento entre las Redes Europeas de Referencia (ERN) y los CSUR de España y entre estos y los centros sanitarios españoles que les derivan pacientes. Esta plataforma permitirá el acceso de pacientes a las redes europeas y de estas a los CSUR españoles. Asimismo, permitirá el intercambio de información entre los profesionales de los CSUR y el resto de centros sanitarios españoles, mejorando sustancialmente la práctica clínica.

b.- Implantación de una aplicación informática “CSUR web” para la evaluación de CSUR existentes y designación de nuevos CSUR.

4.- Mapa informatizado para visualizar recursos compartidos y prestaciones de la atención temprana y medicina genómica en España

Se relaciona también con la R3. Consiste en desarrollar dos herramientas tecnológicas que permita poner a disposición de todos los profesionales sanitarios los recursos desarrollados en el conjunto del Sistema Nacional de Salud con la finalidad de prestar más eficazmente los servicios de atención temprana y medicina genómica.

b) Evidencia, análisis y datos que motiven la necesidad de la inversión

El Informe del Parlamento español sobre la reforma de la sanidad de julio de 2020. recomienda regular e incentivar la formación continuada de los profesionales sanitarios durante toda su vida profesional. En particular, establece la necesidad de “incentivar la formación continuada de los profesionales sanitarios durante toda su vida profesional. Ello es una garantía inexcusable de la calidad y la seguridad asistenciales, por lo que la formación continuada debe fomentarse, tutelarse y financiarse por las administraciones sanitarias”.

La experiencia en el funcionamiento del sistema de atención a la alta complejidad (CSUR) muestra que hay carencias importantes en los sistemas de información y en herramientas tecnológicas de apoyo a la gestión, cuyo desarrollo puede mejorar notablemente las evaluaciones y la comunicación y colaboración entre profesionales sanitarios en beneficio del paciente.

	El mencionado Dictamen del Parlamento español de julio de 2020 recomienda “desarrollar un sistema de atención temprana universal, gratuita, integral y de calidad para toda la infancia que lo necesite y sus familias, de manera que se provean los servicios y recursos necesarios independientemente del lugar donde residan”. Igualmente, señala que “son esenciales los avances en medicina de precisión o personalizada (...) para acelerar el conocimiento de esta y futuras emergencias sanitarias, gracias a la posibilidad tecnológica de interrelacionar los datos clínicos y genómicos de los pacientes y así encontrar mejores prácticas clínicas”.
c) Colectivo objetivo de la inversión	Profesionales sanitarios
d) Implementación de la inversión	Licitaciones públicas
e) Administración ejecutora	Ministerio de Sanidad
f) Tamaño y naturaleza de la inversión	Total: 13.140.000 euros, con la siguiente distribución: <ul style="list-style-type: none"> - Formación continuada: 10.000.000 euros - Modelo de recertificación: 1.000.000 euros - Plataforma en red para compartir conocimiento – pacientes alta complejidad: 1.540.000 euros - Mapa de recursos para mejorar la atención temprana y la medicina genómica: 600.000 euros

C18.I5	Plan para la racionalización del consumo de productos farmacéuticos y fomento de la sostenibilidad	Ministerio de Sanidad
a) Descripción de la inversión		
<p>Esta inversión pretende financiar la aplicación de un Plan para la racionalización del consumo de medicamentos y productos sanitarios. Este Plan incluye herramientas y medidas dirigidas a cumplir los siguientes objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Utilizar los medicamentos cuando son necesarios y en caso de utilizarlos, emplear aquellos que sean más coste-efectivos. b) Reducir la polifarmacia (más de 5 medicamentos) y disminuir el uso innecesario de medicamentos. c) Disminuir la incertidumbre clínica asociada a los nuevos medicamentos para incrementar el conocimiento científico, mejorar la información disponible y reducir la incertidumbre financiera. 		

Las inversiones a realizar en el ámbito de este Plan son las siguientes:

1.- Mejoras en los sistemas de evaluación de medicamentos, tecnologías y prestaciones sanitarias

Se pretende potenciar la evaluación de la eficacia incremental y coste-efectividad de medicamentos, especialmente los innovadores, y tecnologías sanitarias en el SNS. El coste estimado total es de 10.775.000 euros

a) Creación de la Red de Evaluación de Medicamentos en el Sistema Nacional de Salud

En el sistema español existen procedimientos de evaluación que permiten aplicar la financiación selectiva de medicamentos en función de su coste-efectividad. Desde 2013 existe además la figura de los [“Informes de Posicionamiento Terapéutico” \(IPT\)](#), mediante los que se realiza el análisis acerca del valor añadido de los nuevos medicamentos y se informa sobre la posición que el nuevo medicamento ocupa en comparación con otros medicamentos o medidas de salud ya existentes. Se ha demostrado que los IPT son una herramienta positiva para mejorar la prescripción del medicamento más coste-efectivo. Sin embargo, es necesario concentrar y ampliar el conocimiento experto en la evaluación de medicamentos en el SNS, así como garantizar la evaluación bajo una metodología homogénea y rigurosa basada en los mejores estándares.

Por ello, el Ministerio de Sanidad junto con las Comunidades Autónomas creará una Red de Evaluación de Medicamentos que se encargue de forma permanente y continua de elaborar estos IPT. Esta red estará integrada por un equipo de evaluación terapéutica, un equipo de coordinación de la red, un equipo de evaluación farmacoeconómica y 7 nodos de evaluación integrados por aproximadamente 120 expertos designados por las Comunidades Autónomas (de 15 especialidades diferentes). También se estandarizará su metodología y se desarrollarán herramientas que faciliten su realización. También se desarrollará un cuadro de mando para el control y seguimiento de los IPT que contenga indicadores relativos al tiempo de cada etapa.

La inversión consiste en desarrollar una plataforma tecnológica que permita tanto gestionar como compartir los IPT en sus distintos estados de desarrollo entre las estructuras que componen la Red, generar fuentes de información y conocimiento para la mejor evaluación y monitorizar el cumplimiento de los plazos definidos para cada una de las etapas

b) Valoración de medicamentos de alto impacto en el Sistema Nacional de Salud

Para evaluar el valor terapéutico en la vida real de medicamentos con alto impacto sanitario y económico (aquellos cuyo coste y uso puede impactar en la salud de las personas y en la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud), es preciso conocer con precisión sus resultados en la salud. Para este fin existe un sistema de información en España (VALTERMED) que incluye medicamentos con incertidumbres financieras o de efectividad.

[VALTERMED](#) registra datos de carácter administrativo, clínico y terapéutico que permiten conocer el estado inicial y la evolución de los pacientes tras iniciar un tratamiento farmacológico. Las variables clínicas a medir se basan en protocolos farmacoclinicos, asentados en el consenso clínico y gestor. Actualmente cuenta con 10 protocolos farmacoclinicos y ya están registrados más de 3.600 pacientes. La inversión consiste en

evolucionar y desarrollar el sistema tecnológico ya existente, integrarlo con los sistemas de información de las Comunidades Autónomas e incorporar información relativa a la calidad de vida del paciente en la utilización de los medicamentos

c) Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS (redETS)

[Esta Red](#) está formada por 7 agencias de evaluación regionales, el Instituto de Salud Carlos III y el Ministerio de Sanidad. Desempeña un papel clave de asesoramiento científico-técnico que es fundamental para una adecuada toma de decisiones sobre incorporación a la financiación pública de tecnologías y prestaciones sanitarias. Se pretende incrementar la actividad de estas agencias en la labor de evaluación de la eficacia, seguridad y coste-efectividad de tecnologías y, en particular, disponer de nuevas herramientas tecnológicas para apoyar su gestión. Las acciones a financiar son:

- Una plataforma tecnológica que permita tanto gestionar como compartir los distintos productos de la RedETS en sus distintos estados de desarrollo entre las agencias/unidades que componen la Red, y monitorizar el cumplimiento de los plazos definidos para cada una de las etapas
- Un programa de difusión de los productos de la RedETS para incrementar el impacto y el conocimiento, y, por tanto, mejorar la implantación de los mismos

2.- Fomento de la utilización de los medicamentos genéricos y biosimilares, así como de los medicamentos innovadores, en el Sistema Nacional de Salud.

En línea con lo establecido en la Estrategia Farmacéutica de la UE, el objetivo es reducir las barreras de entrada que tienen los medicamentos genéricos y los medicamentos biosimilares en el Sistema Nacional de Salud a través de un Plan nacional para el fomento de su utilización. Este Plan incluirá una campaña de difusión de ámbito nacional, que es el objeto de esta inversión (300.000 euros).

3.- Desarrollo y modernización de la prestación ortoprotésica en el SNS.

Tal y como se ha expuesto en la R3, desde el año 2019 ya existe para todo el territorio español un catálogo común en servicios de prestación ortoprotésica. Para el control y la gestión ágil y eficaz es necesario desarrollar las siguientes inversiones:

A.- Evolucionar el sistema de información que sustentará el procedimiento de oferta de productos ortoprotésicos para su financiación pública (OFEPO). Este desarrollo tecnológico permitirá: a) integrar en la aplicación los documentos administrativos que se intercambiarán las diferentes partes que intervienen en el proceso; b) Crear un módulo de consumo de productos facturados al SNS, que será alimentado por las Comunidades Autónomas y el resto de entidades gestoras y que mejorará la gestión de esta prestación a través de un conocimiento más preciso, tanto a nivel económico como de consumo, de este tipo de productos; c) Desarrollar un sistema para que las empresas puedan presentar telemáticamente sus solicitudes de inclusión de productos ortoprotésicos en la oferta financiada por el SNS.

B.- Diseñar e implementar un sistema de información corporativo para la gestión de la prestación ortoprotésica en el SNS que nazca interoperable y que aborde desde la prescripción médica hasta la entrega del producto al usuario, que garantice la trazabilidad del proceso y disminuya las cargas administrativas asociadas en el proceso asistencial y de gestión. Este sistema sería similar al ya existente de receta electrónica interoperable, que permite que todo el proceso, desde la prescripción del facultativo hasta la adquisición en oficinas de farmacia, sea completamente telemático.

Ambas inversiones ascienden a un total de 1.125.000 euros.

4.- Aumento de las habilidades y el conocimiento de los profesionales para el uso racional de medicamentos y tecnologías sanitarias

Se desarrollará un programa formativo acreditado y dirigido tanto a médicos en formación como a médicos especialistas. En concreto, se van a desarrollar 4 líneas formativas:

a) Programa de formación en uso racional del medicamento dirigido a médicos/as especialistas en formación.

Será una actividad que refuerce el programa formativo actual y se desarrollará en alianza con todas las sociedades científicas españolas. Se articulará a través de las unidades docentes, estructuras ya existentes y consolidadas en la formación especializada en el SNS. Entre otras, las competencias a desarrollar serán: 1) Selección de medicamentos. Principios para una prescripción razonada y racional: prescripción de hábitos de vida saludables como base de salud; 2) Utilización de fármacos en personas mayores y situaciones especiales (embarazo, lactancia, insuficiencia renal e insuficiencia hepática); 3) Abordaje de la polimedición y del riesgo asociado a los fármacos; 4) Adherencia terapéutica y perspectiva del paciente; 5) Habilidades para la deprescripción razonada de medicamentos; 6) Identificación y manejo de eventos adversos relacionados con los medicamentos. Importancia de la Farmacovigilancia; 7) Criterios principales para la evaluación de la calidad de los medicamentos.

La duración de este curso será de 50 horas y en cuanto a su cobertura, se pretende que alcance al 90% de las plazas de formación especializada en el SNS, es decir, unas 9.000 en total.

b) Programa de formación en conocimiento científico para la acción clínica

Estará dirigido a médicos/farmacéuticos especialistas. Se realizará en alianza con CASPe (Critical Appraisal Skills Programme español). Es una organización sin ánimo de lucro creada en 1998 y asociada a CASP internacional. Se desarrollará un curso básico para comprender el conocimiento científico e integrarlo en la actividad clínica. Abordará los modelos de pensamiento y de ciencia en clínica. Desarrollará, entre otras, las siguientes competencias: 1) Capacidad de comprensión y contextualización del tipo de conocimiento y del tipo de ciencia que se usa en la clínica; 2) Habilidades para la formulación de preguntas clínicas y de preguntas de investigación a partir de escenarios clínicos complejos; 3) Conocimiento de

la estructura de los nuevos documentos de evidencia; 4) Comprensión de la estructura de las preguntas PICO subyacentes en las guías de práctica clínica como paso imprescindible para el traslado de esa evidencia a los escenarios de decisión clínica; 5) Capacidad para comprender y aplicar en la clínica las escalas GRADE para graduar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones que son usadas en los documentos de evidencia pre evaluada (GRADE).

La duración de este curso será de 60 horas lectivas y en cuanto a su cobertura, se pretende que alcance un total de 9.000 profesionales.

c) Programa de formación para el desarrollo de habilidades en lectura crítica de la literatura científica.

Se realizará en alianza con CASPe. Abordará distintos talleres, con aplicación práctica y debate, donde se profundice en la lectura crítica de ensayos clínicos aleatorios, estudios de diagnóstico, estudios de pronóstico, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorios, reglas de predicción clínica, Revisiones sistemáticas con meta-análisis network y evaluaciones económicas. La duración de este curso será de 64 horas lectivas y en cuanto a su cobertura, se pretende que alcance un total de 6.000 profesionales.

Los cursos previstos en los apartados b) y c) anteriores se inspiran en la experiencia de la [EU EBM UNITY](#).

d) Curso para la evaluación avanzada de medicamentos y tecnologías sanitarias.

Estará dirigido a médicos/farmacéuticos especialistas. Se realizará en alianza con una Universidad pública (Universidad Nacional de Educación a Distancia).

El coste global de las acciones formativas es de 7.100.000 euros.

5.- Fomento y adaptación regulatoria para la mejora de la I+D+i del sector del medicamento

La Agencia española del Medicamento, agencia reguladora en el sector, pretende fomentar la investigación y uso de nuevas tecnologías, favoreciendo su encaje en el ámbito regulatorio español, garantizando la seguridad y eficacia de su utilización en la población (1.500.000 euros). Actuaciones:

- Formación a los investigadores independientes en el desarrollo de nuevas alternativas terapéuticas que respondan a las necesidades reales de la sociedad, cumpliendo con las garantías de seguridad, eficacia y calidad requeridas
- Financiación de registros de medicamentos y productos sanitarios con el objetivo de evaluar la seguridad de estas herramientas terapéuticas.

b) Evidencia, análisis y datos que motiven la necesidad de la inversión

Las cifras de gasto farmacéutico en España (ver datos en R5) muestran la necesidad de continuar y reforzar las políticas para contener el gasto en productos farmacéuticos, sobre todo en farmacia hospitalaria, pero también en productos sanitarios, tecnologías y prestaciones.

	<p>En España, la prevalencia de la población en tratamiento simultáneo con 5 o más medicamentos (denominada población con polifarmacia) se ha triplicado en 10 años (2005-2015), siendo mayor en mujeres durante todo el período de estudio y en el grupo de 80 años. Asimismo, la correspondiente a la población en tratamiento con 10 o más medicamentos (denominada población con polifarmacia excesiva) se ha multiplicado por 10, especialmente en los mayores de 80 años y en mujeres. La proporción de pacientes sin tratamiento crónico disminuyó del 80,2% al 63,1%. Es decir, en 2005, dos de cada diez personas se medicaban para tratar una enfermedad crónica, mientras que, en 2015, cerca de cuatro de cada diez incorporan en su historial médico la prescripción de un tratamiento crónico. (“Evolution of polypharmacy in a spanish population (2005-2015): A database study”, Estudio publicado en la revista <i>Pharmacoepidemiology and Drug Safety</i>, donde la muestra alcanzó 4 millones de personas). El análisis de los motivos apunta a causas tales como el envejecimiento de la población, la medicalización de la asistencia y el uso excesivo de medicamentos frente a la alternativa de los hábitos de vida saludables u otras alternativas no farmacológicas.</p> <p>Por otra parte, es importante destacar que el gasto devengado en medicamentos y productos sanitarios tiene un gran peso en el gasto sanitario público en el Sistema Nacional de Salud, y es creciente, representando casi el 32% del gasto sanitario y siendo una cifra en alza en los últimos 10 años. La última cifra consolidada disponible en el Ministerio de Hacienda de gasto devengado (acumulado de enero a noviembre de 2020) es de 23.921.480,92 miles de euros.</p>
c) Colectivo objetivo de la inversión	Ciudadanía en general
d) Implementación de la inversión	Licitaciones públicas
e) Administración ejecutora	Ministerio de Sanidad
f) Tamaño y naturaleza de la inversión	<p>Total: 20.800.000 euros, con la siguiente distribución:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mejoras en los sistemas de evaluación de medicamentos, tecnologías y prestaciones sanitarias: 10.775.000 - Fomento de la utilización de los medicamentos genéricos y biosimilares, así como medicamentos innovadores, en el SNS: 300.000 - Desarrollo y modernización de la prestación ortoprotésica en el SNS: 1.125.000 - Acciones formativas: 7.100.000 - Fomento I+D+i sector medicamento: 1.500.000

g) Calendario de implementación de la inversión	Esta inversión se realizará entre los años 2021 y 2023.
h) Ayudas de Estado	No supone ayudas de estado ya que, de acuerdo con el artículo 107.1 del TFUE, esta inversión no supone ayudas directas o subvenciones a empresas. En cambio, esta inversión supone una mejora en la provisión del servicio sanitario, permitiendo un avance en la garantía de la equidad, universalidad, calidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud

C18.I6	Data lake Sanitario	Secretaría de Estado de Digitalización e Inteligencia Artificial
a) Descripción de la inversión		
<p>La crisis mundial provocada por la pandemia COVID-19 ha evidenciado también la necesidad de disponer de información precisa, completa y fiable, de manera prácticamente inmediata, para adoptar decisiones de enorme trascendencia sobre la vida de las personas y el funcionamiento de la sociedad</p> <p>Esta inversión forma parte de un proceso más amplio de impulso de la digitalización de la sociedad y los servicios públicos españoles y, en particular, los relacionados con la salud digital, la interoperabilidad y los servicios en red en el ámbito nacional, europeo e internacional, el desarrollo e implantación de sistemas de información sanitarios, así como potenciar la innovación en la explotación de la información relativa a la salud, a través del uso de tecnologías emergentes.</p> <p>Aunque no es parte de este componente sí es preciso dar una concepción global de la transformación digital en el sistema sanitario. Para llevarla a cabo está prevista la utilización de fondos en diversos ámbitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Componente 11 (transformación digital de las Administraciones), para la modernización de los servicios digitales ofrecidos por el Ministerio de Sanidad, en tres ámbitos principalmente: a) los servicios digitales de salud, b) la salud en red y 3) la interoperabilidad de la información sanitaria y la explotación de datos. En concreto con estos tres objetivos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Potenciar la inteligencia del negocio del SNS y la innovación en el análisis de la información relativa a la salud. ○ Impulsar la salud digital y la interoperabilidad electrónica de información clínica y sanitaria, tanto en el ámbito nacional, como internacional. ○ Proporcionar al Sistema Nacional de Salud los sistemas de información necesarios para la gestión eficiente de los servicios ofertados a los ciudadanos, la capacidad asistencial del Sistema Nacional de Salud, así como el seguimiento, y coordinación, junto con las Comunidades Autónomas, de las medidas para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. 		

Para desarrollar estos servicios, el Ministerio gestiona un Nodo Central, que garantiza la conectividad e Interoperabilidad entre regiones para los servicios de salud digital, así como la interconexión con los proyectos europeos, como el eHDSI, a través de este nodo central.

- Componente 18. Recoge los proyectos específicos para la realización de las reformas definidas en el mismo, así como el data lake sanitario, ejecutada por la Secretaría de Estado de Digitalización e Inteligencia Artificial, que, se incluye en esta inversión.

Creación de un Data Lake sanitario

Esta inversión consiste en la generación de un Data Lake sanitario, que recoja la información de los sistemas de información, con el objetivo de proporcionar un análisis masivo con capacidad de respuesta en tiempo real para la identificación y mejora del diagnóstico y tratamiento, identificación de factores de riesgo, análisis de tendencias, identificación de patrones, predicción de situaciones de riesgo sanitario y programación de recursos para su atenciónincluyendo algoritmos de inteligencia artificial, y utilizando nuevas arquitecturas de sistemas escalables y nuevas herramientas de procesamiento y descubrimiento de modelos. La definición de usos se establecerá en fases posteriores del proyecto y se prevé la posibilidad de incorporar a los proveedores sanitarios privados. La Secretaría de Estado de Digitalización e Inteligencia Artificial es la responsable del proyecto y se llevará a cabo en colaboración con el Ministerio de Sanidad.

Se compone de diversas medidas:

a.- La adquisición de infraestructura tecnológica por las Comunidades Autónomas para la construcción del Data Lake sanitario.

- La creación de un repositorio de datos que permita incorporar datos provenientes de múltiples fuentes y dispositivos, tanto de las administraciones públicas como de redes abiertas y, en general, lo que se conoce como open data, en múltiples formatos (imagen, texto, sensores,) requiere un dimensionamiento específico de los recursos de almacenamiento y tratamiento de la información.
- Además, es preciso contar con herramientas de última tecnología, que permitan usos analíticos sofisticados, incluyendo algoritmos de inteligencia artificial. También es preciso contar con las necesidades de proporcionar respuesta en tiempo real.
- Es preciso una nueva arquitectura de sistemas escalables y nuevas herramientas de procesamiento y análisis de los datos, que den apoyo a la exploración de datos y al descubrimiento de modelos, al análisis ad hoc de diferente nivel de complejidad, a los reportes de gestión y seguimiento, y a los análisis de datos a tiempo real.
- Por ello, se utilizará una combinación de conceptos y tecnologías de data warehouse (almacén de datos) y data lake (repositorio de datos raíz) que incluirá una gran variedad de procesos y herramientas analíticas

b.- Incorporación de Comunidades Autónomas al Data Lake

- Definición de estructura, gobernanza y estrategia de coordinación común a través de grupos de trabajo específicos, y aprobado en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

- Identificación de colecciones de datos y servicios a proporcionar por las Comunidades Autónomas, así como las condiciones de seguridad y conservación aplicables en un modelo de federación de espacios de datos.
- Definición de modelos de consumo de información por las Comunidades Autónomas, usos permitidos de datos, teniendo en cuenta particularidades en la organización y modelos de gestión de sus servicios de salud y de las necesidades derivadas de las diferentes estrategias específicas (salud pública, medicina personalizada y otras)
- Establecimiento de derechos y obligaciones para agente en relación a la aplicación de tecnologías disruptivas sobre el Data Lake.
- Implementación de sistemas, plataformas y procesos tecnológicos necesarios para la incorporación y explotación de la información, en cada una de las Consejerías de Salud participantes, con una certificación técnica y funcional común previa
- Definición y puesta en marcha de proyectos de tratamiento masivo de datos por las Comunidades Autónomas, intentando primar la búsqueda de colaboración y sinergias entre organizaciones del sector privado y centros de investigación.

Esta arquitectura deberá tener un dimensionamiento en seguridad y capacidad ajustado a los niveles de servicio definidos en cada uno de los escenarios de uso.

Objetivos: Proporcionar recursos que faciliten el desarrollo e implantación de proyectos de procesamiento masivo de datos por parte de las Comunidades Autónomas, el Ministerio, centros y unidades de investigación u organizaciones del sector privado del sector de la salud

Las inversiones para la puesta en marcha del Data Lake sanitario serán las siguientes:

- a) Adquisición de la infraestructura tecnológica necesaria. Esta arquitectura deberá tener un dimensionamiento en seguridad y capacidad ajustado a los niveles de servicio definidos en cada uno de los escenarios de uso.
- b) Implementación de sistemas, plataformas y procesos tecnológicos necesarios para la incorporación y explotación de la información, en cada una de las Consejerías de Salud participantes, con una certificación técnica y funcional común previa
- c) Incorporación de Comunidades Autónomas a Data Lake Sanitario
- d) Definición y puesta en marcha de proyectos de tratamiento masivo de datos por las Comunidades Autónomas, intentando primar la búsqueda de colaboración y sinergias entre organizaciones del sector privado y centros de investigación.

El Data Lake sanitario se creará conjuntamente entre la Administración del Estado y las Comunidades Autónomas con la coordinación del nivel nacional. En su ejecución la participación de las Comunidades Autónomas es imprescindible. También se contará con todas las instituciones públicas y privadas que se incorporen al proyecto según las pautas de gobernanza que se establezcan.

b) Evidencia, análisis y datos que motiven la

Anualmente el Sistema Nacional de Salud atiende 234 millones de consultas médicas de atención primaria, 83 millones de consultas hospitalarias, 4 millones de ingresos hospitalarios y 23 millones de

necesidad de la inversión	urgencias. Asociadas a estos servicios existe una amplia variedad de pruebas diagnósticas y de prescripciones que deben ser almacenadas con un doble propósito: constituir la historia médica del paciente, asegurando la continuidad asistencial del sistema; y, debidamente anonimizadas o seudonimizadas, permitir este análisis masivo que se pretende cubrir con esta inversión.
c) Colectivo objetivo de la inversión	Ciudadanía en general
d) Implementación de la inversión	Licitaciones públicas
e) Administración ejecutora	Secretaría de Estado de Digitalización e Inteligencia Artificial (Ministerio Asuntos Económicos y Digitalización)
f) Tamaño y naturaleza de la inversión	100.000.000 euros
g) Calendario de implementación de la inversión	Esta inversión se realizará entre los años 2021 y 2023.
h) Ayudas de Estado	No supone ayudas de estado ya que, de acuerdo con el artículo 107.1 del TFUE, esta inversión no supone ayudas directas o subvenciones a empresas. En cambio, esta inversión supone un avance significativo en los sistemas de información sanitaria cuya explotación y uso supondrán importantes mejoras en la práctica clínica y la investigación.

4. Autonomía estratégica y seguridad

En el momento actual, ninguna transformación o reforma puede estar alejada de las herramientas adecuadas, en muchos casos, no ya como herramienta auxiliar, sino como la base sobre la que se puede sustentar toda la reforma.

Por ese motivo, las herramientas digitales necesarias se han incluido como base estratégica para la consecución de las reformas aquí mencionadas.

Esta contribución se materializa a través de la construcción de servicios de e-health dirigidos a los ciudadanos y los profesionales sanitarios y a la digitalización de las administraciones públicas sanitarias:

- Automatización de procesos y sistemas de información para la toma de decisiones, tanto en el ámbito de sistemas de información de emergencias y clínicos, como en los de gestión económica y gestión de personal
- Mejoras en la seguridad de la información almacenada
- Mejoras en el intercambio de información con los ciudadanos
- Aplicación de Big Data para la generación de conocimiento relativo a la seguridad de los medicamentos
- Extender el servicio público digital a la ciudadanía, profesionales, Administraciones Sanitarias y grupos de interés
- Generación de datos e infraestructura de análisis para el I+D sanitario:
 - Atención de pacientes de alta complejidad
 - Evaluación de medicamentos, a través de una plataforma colaborativa para el trabajo en red de REvalMED y el desarrollo de un cuadro de mando para control y seguimiento de la elaboración de los IPT
 - Aplicaciones de Inteligencia Artificial
- Plataforma colaborativa para gestionar la evidencia, que maneje una gran heterogeneidad y cantidad de información, producto de las tecnologías y demás productos de la RedETS
- Entorno virtual de formación en el Ministerio de Sanidad, que se pone a disposición de las administraciones sanitarias autonómicas
- Avance en desarrollo de una historia clínica electrónica compartida entre ámbito sanitario y social
- Proyecto de estratificación de la población
- Sistema de información de enfermedades no transmisibles
- Sistema integrado de vigilancia ante alertas epidemiológicas
- Extender el alcance de los servicios públicos digitales, tanto para ciudadanos como para empresas y establecer las bases para ampliar los servicios de e-health transfronterizos.

5. Proyectos transfronterizos y multi-país

6. Contribución del componente a la transición ecológica

Este componente no incluye inversiones que contribuyan de manera directa a la transición ecológica.

7. Contribución del componente a la transición digital

Este componente contribuirá fundamentalmente al punto 4) E-government, servicios públicos digitales y ecosistemas digitales locales.

En concreto, en el sector sanitario, el Ministerio de Sanidad hace de nodo central e impulsor de un ecosistema digital sanitario, en el que, los datos pertenecen a las Comunidades Autónomas, pero se produce una sinergia para conseguir producir datos de calidad, que permita la toma de decisiones en los distintos ámbitos territoriales, así como su integración en proyectos de similares características en Europa.

La inversión C18.I6-Data lake sanitario, permite asignar la etiqueta digital 095-*Digitalización en el sector sanitario*, con un coeficiente del 100%, con lo cual la contribución a la transición digital de este componente es del 9,35%.

8. Principio “Do not significant harm”

C18.R1

<i>Indique cuáles de los siguientes objetivos medioambientales requieren una evaluación sustantiva según el principio DNSH de la medida</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>Si ha seleccionado "No" explique los motivos</i>
Mitigación del cambio climático		X	La medida tiene un impacto previsible nulo o insignificante sobre el objetivo medioambiental relacionado dada su naturaleza.
Adaptación al cambio climático		X	La medida tiene un impacto previsible nulo o insignificante sobre el objetivo medioambiental relacionado dada su naturaleza.
Uso sostenible y protección de los recursos hídricos y marinos		X	La medida tiene un impacto previsible nulo o insignificante sobre el objetivo medioambiental relacionado dada su naturaleza.
Economía circular, incluidos la prevención y el reciclado de residuos		X	La medida tiene un impacto previsible nulo o insignificante sobre el objetivo medioambiental relacionado dada su naturaleza.
Prevención y control de la contaminación a la atmósfera, el agua o el suelo		X	La medida tiene un impacto previsible nulo o insignificante sobre el objetivo medioambiental relacionado dada su naturaleza.
Protección y restauración de la biodiversidad y los ecosistemas		X	La medida tiene un impacto previsible nulo o insignificante sobre el objetivo medioambiental relacionado dada su naturaleza.

C18.R2

<i>Indique cuáles de los siguientes objetivos medioambientales requieren una evaluación sustantiva según el principio DNSH de la medida</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>Si ha seleccionado "No" explique los motivos</i>
Mitigación del cambio climático		X	La medida tiene un impacto previsible nulo o insignificante sobre el objetivo medioambiental relacionado dada su naturaleza.
Adaptación al cambio climático		X	La medida tiene un impacto previsible nulo o insignificante sobre el objetivo medioambiental relacionado dada su naturaleza.
Uso sostenible y protección de los recursos hídricos y marinos		X	La medida tiene un impacto previsible nulo o insignificante sobre el objetivo medioambiental relacionado dada su naturaleza.
Economía circular, incluidos la prevención y el reciclado de residuos		X	La medida tiene un impacto previsible nulo o insignificante sobre el objetivo medioambiental relacionado dada su naturaleza.
Prevención y control de la contaminación a la atmósfera, el agua o el suelo		X	La medida tiene un impacto previsible nulo o insignificante sobre el objetivo medioambiental relacionado dada su naturaleza.
Protección y restauración de la biodiversidad y los ecosistemas		X	La medida tiene un impacto previsible nulo o insignificante sobre el objetivo medioambiental relacionado dada su naturaleza.
C18.R3			
<i>Indique cuáles de los siguientes objetivos medioambientales requieren una evaluación sustantiva según el principio DNSH de la medida</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>Si ha seleccionado "No" explique los motivos</i>
Mitigación del cambio climático		X	La medida tiene un impacto previsible nulo o insignificante sobre el objetivo medioambiental relacionado dada su naturaleza.
Adaptación al cambio climático		X	La medida tiene un impacto previsible nulo o insignificante sobre el objetivo medioambiental relacionado dada su naturaleza.
Uso sostenible y protección de los recursos hídricos y marinos		X	La medida tiene un impacto previsible nulo o insignificante sobre el objetivo medioambiental relacionado dada su naturaleza.
Economía circular, incluidos la prevención y el reciclado de residuos		X	La medida tiene un impacto previsible nulo o insignificante sobre el objetivo medioambiental relacionado dada su naturaleza.
Prevención y control de la contaminación a la atmósfera, el agua o el suelo		X	La medida tiene un impacto previsible nulo o insignificante sobre el objetivo medioambiental relacionado dada su naturaleza.
Protección y restauración de la biodiversidad y los ecosistemas		X	La medida tiene un impacto previsible nulo o insignificante sobre el objetivo medioambiental relacionado dada su naturaleza.

C18.R4			
<i>Indique cuáles de los siguientes objetivos medioambientales requieren una evaluación sustantiva según el principio DNSH de la medida</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>Si ha seleccionado "No" explique los motivos</i>
Mitigación del cambio climático		X	La medida tiene un impacto previsible nulo o insignificante sobre el objetivo medioambiental relacionado dada su naturaleza.
Adaptación al cambio climático		X	La medida tiene un impacto previsible nulo o insignificante sobre el objetivo medioambiental relacionado dada su naturaleza.
Uso sostenible y protección de los recursos hídricos y marinos		X	La medida tiene un impacto previsible nulo o insignificante sobre el objetivo medioambiental relacionado dada su naturaleza.
Economía circular, incluidos la prevención y el reciclado de residuos		X	La medida tiene un impacto previsible nulo o insignificante sobre el objetivo medioambiental relacionado dada su naturaleza.
Prevención y control de la contaminación a la atmósfera, el agua o el suelo		X	La medida tiene un impacto previsible nulo o insignificante sobre el objetivo medioambiental relacionado dada su naturaleza.
Protección y restauración de la biodiversidad y los ecosistemas		X	La medida tiene un impacto previsible nulo o insignificante sobre el objetivo medioambiental relacionado dada su naturaleza.
C18.R5			
<i>Indique cuáles de los siguientes objetivos medioambientales requieren una evaluación sustantiva según el principio DNSH de la medida</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>Si ha seleccionado "No" explique los motivos</i>
Mitigación del cambio climático		X	La medida tiene un impacto previsible nulo o insignificante sobre el objetivo medioambiental relacionado dada su naturaleza.
Adaptación al cambio climático		X	La medida tiene un impacto previsible nulo o insignificante sobre el objetivo medioambiental relacionado dada su naturaleza.
Uso sostenible y protección de los recursos hídricos y marinos		X	La medida tiene un impacto previsible nulo o insignificante sobre el objetivo medioambiental relacionado dada su naturaleza.
Economía circular, incluidos la prevención y el reciclado de residuos		X	La medida tiene un impacto previsible nulo o insignificante sobre el objetivo medioambiental relacionado dada su naturaleza.
Prevención y control de la contaminación a la atmósfera, el agua o el suelo		X	La medida tiene un impacto previsible nulo o insignificante sobre el objetivo medioambiental relacionado dada su naturaleza.

Protección y restauración de la biodiversidad y los ecosistemas		X	La medida tiene un impacto previsible nulo o insignificante sobre el objetivo medioambiental relacionado dada su naturaleza.
C18.11			
<i>Indique cuáles de los siguientes objetivos medioambientales requieren una evaluación sustantiva según el principio DNSH de la medida</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>Si ha seleccionado "No" explique los motivos</i>
Mitigación del cambio climático		X	<p>La medida tiene un impacto previsible nulo o insignificante sobre el objetivo medioambiental relacionado dada su naturaleza.</p> <p>Los equipos cumplirán con los requisitos relacionados con la energía establecidos de acuerdo con la Directiva 2009/125 / EC para servidores y almacenamiento de datos, o computadoras y servidores de computadoras o pantallas electrónicas.</p> <p>En estas adquisiciones se activarán medidas para asegurar la compra de aquellos equipos energéticamente eficientes, que sean absolutamente respetuosos con el Code of Conduct for ICT de la Comisión Europea, y se tomarán medidas para que aumente la durabilidad, la posibilidad de reparación, de actualización y de reutilización de los productos, de los aparatos eléctricos y electrónicos implantados.</p>
Adaptación al cambio climático		X	La medida tiene un impacto previsible nulo o insignificante sobre el objetivo medioambiental relacionado dada su naturaleza.
Uso sostenible y protección de los recursos hídricos y marinos		X	La medida tiene un impacto previsible nulo o insignificante sobre el objetivo medioambiental relacionado dada su naturaleza.
Economía circular, incluidos la prevención y el reciclado de residuos		X	<p>La medida tiene un impacto previsible nulo o insignificante sobre el objetivo medioambiental relacionado dada su naturaleza.</p> <p>Los equipos cumplirán con los requisitos de eficiencia de materiales establecidos de acuerdo con la Directiva 2009/125 / EC para servidores y almacenamiento de datos, o computadoras y servidores de computadoras o pantallas electrónicas. Los equipos utilizados no contendrán las sustancias restringidas enumeradas en el anexo II de la Directiva 2011/65 / UE, excepto cuando los valores de concentración en peso en materiales homogéneos no superen los enumerados en dicho anexo</p> <p>Al final de su vida útil, los equipos se someterán a una preparación para operaciones de reutilización, recuperación o reciclaje, o un tratamiento adecuado, incluida la eliminación de todos los fluidos y un tratamiento selectivo de acuerdo con el Anexo VII de la Directiva 2012/19 / UE.</p>
Prevención y control de la contaminación a la atmósfera, el agua o el suelo		X	La medida tiene un impacto previsible nulo o insignificante sobre el objetivo medioambiental relacionado dada su naturaleza.
Protección y restauración de la biodiversidad y los ecosistemas		X	La medida tiene un impacto previsible nulo o insignificante sobre el objetivo medioambiental relacionado dada su naturaleza.

C18.I2			
<i>Indique cuáles de los siguientes objetivos medioambientales requieren una evaluación sustantiva según el principio DNSH de la medida</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>Si ha seleccionado "No" explique los motivos</i>
Mitigación del cambio climático		X	La medida tiene un impacto previsible nulo o insignificante sobre el objetivo medioambiental relacionado dada su naturaleza.
Adaptación al cambio climático		X	La medida tiene un impacto previsible nulo o insignificante sobre el objetivo medioambiental relacionado dada su naturaleza.
Uso sostenible y protección de los recursos hídricos y marinos		X	La medida tiene un impacto previsible nulo o insignificante sobre el objetivo medioambiental relacionado dada su naturaleza.
Economía circular, incluidos la prevención y el reciclado de residuos		X	La medida tiene un impacto previsible nulo o insignificante sobre el objetivo medioambiental relacionado dada su naturaleza.
Prevención y control de la contaminación a la atmósfera, el agua o el suelo		X	La medida tiene un impacto previsible nulo o insignificante sobre el objetivo medioambiental relacionado dada su naturaleza.
Protección y restauración de la biodiversidad y los ecosistemas		X	La medida tiene un impacto previsible nulo o insignificante sobre el objetivo medioambiental relacionado dada su naturaleza.
C18.I3			
<i>Indique cuáles de los siguientes objetivos medioambientales requieren una evaluación sustantiva según el principio DNSH de la medida</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>Si ha seleccionado "No" explique los motivos</i>
Mitigación del cambio climático	X		
Adaptación al cambio climático	X		
Uso sostenible y protección de los recursos hídricos y marinos	X		
Economía circular, incluidos la prevención y el reciclado de residuos	X		
Prevención y control de la contaminación a la atmósfera, el agua o el suelo	X		
Protección y restauración de la biodiversidad y los ecosistemas	X		

Preguntas	No	Justificación sustantiva
<p><i>Mitigación del cambio climático.</i> ¿Se espera que la medida genere emisiones importantes de gases de efecto invernadero?</p>	X	<p>Esta inversión persigue la finalización del hospital de Melilla, en los que se asegurará un elevado nivel de eficiencia energética y la aplicación de criterios de sostenibilidad. De este modo se mejorará la eficiencia energética conforme a lo establecido Directiva 2010/31/EU. Por tanto, esto contribuirá a menores consumos y, por tanto, a unas menores emisiones GEI</p> <p>Esta inversión también contempla la compra de equipamientos sanitarios de alta tecnología. Los equipos que se utilicen cumplirán con los requisitos relacionados con el consumo energético establecidos de acuerdo con la Directiva 2009/125 / EC para servidores y almacenamiento de datos, o computadoras y servidores de computadoras o pantallas electrónicas.</p> <p>Para la instalación de las infraestructuras IT, se seguirá la versión más reciente del Código de conducta europeo sobre eficiencia energética de centros de datos, o en el documento CEN-CENELEC CLC TR50600-99-1 "Instalaciones e infraestructuras de centros de datos - Parte 99-1 : Prácticas recomendadas para la gestión energética ”.</p>
<p><i>Adaptación al cambio climático.</i> ¿Se espera que la medida dé lugar a un aumento de los efectos adversos de las condiciones climáticas actuales y de las previstas en el futuro, sobre sí misma o en las personas, la naturaleza o los activos?</p>	X	<p>Según el documento "Impactos y riesgos derivados del cambio climático en España" (2020) las amenazas más importantes para los elementos construidos en áreas urbanas son el aumento de las temperaturas y de los episodios de olas de calor, así como el incremento de las precipitaciones intensas. Las actuaciones previstas en esta medida mejoran las condiciones de las edificaciones ante las amenazas señaladas, ya que se basan en la construcción de edificios energéticamente eficientes preparados para soportar estas amenazas con consumos energéticos más reducidos.</p> <p>Se realizará una evaluación del riesgo climático y la vulnerabilidad de las instalaciones de infraestructuras IT y en su caso, se establecerán las soluciones de adaptación adecuadas para cada caso.</p>
<p><i>El uso sostenible y la protección de los recursos hídricos y marinos</i> ¿Se espera que la medida sea perjudicial: (i) del buen estado o al buen potencial ecológico de las masas de agua, incluidas las aguas superficiales y subterráneas; o (ii) para el buen estado medioambiental de las aguas marinas?</p>	X	<p>Los riesgos de degradación ambiental relacionados con la conservación de la calidad del agua y la prevención del estrés hídrico se identificarán y abordarán con el objetivo de lograr un buen estado del agua y un buen potencial ecológico, tal como se define en el artículo 2, puntos 22 y 23, del Reglamento (UE) 2020 / 852, de conformidad con la Directiva 2000/60 / CE del Parlamento Europeo y del Consejo y un plan de gestión del uso y la protección del agua, desarrollado en virtud de la misma para la masa o masas de agua potencialmente afectadas, en consulta con las partes interesadas pertinentes.</p>

<p><i>Transición a una economía circular, incluidos la prevención y el reciclaje de residuos.</i></p> <p>¿Se espera que la medida (i) dé lugar a un aumento significativo de la generación, incineración o eliminación de residuos, excepto la incineración de residuos peligrosos no reciclables; o (ii) genere importantes ineficiencias en el uso directo o indirecto de recursos naturales en cualquiera de las fases de su ciclo de vida, que no se minimicen con medidas adecuadas; o (iii) dé lugar a un perjuicio significativo y a largo plazo para el medio ambiente en relación a la economía circular ?</p>	<p>X</p>	<p>Los equipos utilizados cumplirán con los requisitos de eficiencia de materiales establecidos de acuerdo con la Directiva 2009/125 / EC para servidores y almacenamiento de datos, u ordenadores y servidores de ordenadores o pantallas electrónicas. Al final de su vida útil, el equipo se someterá a una preparación para operaciones de reutilización, recuperación o reciclaje, o un tratamiento adecuado, incluida la eliminación de todos los fluidos y un tratamiento selectivo de acuerdo con el Anexo VII de la Directiva 2012/19 / UE.</p> <p>La medida apoyará al objetivo europeo de conseguir que al menos el 70 % (en peso) de los residuos de construcción y demolición generados en los proyectos de infraestructura (con exclusión de los residuos con código LER 17 05 04), se preparen para la reutilización, el reciclaje y la revalorización de otros materiales, incluidas las operaciones de relleno utilizando residuos para sustituir otros materiales.</p> <p>Los agentes encargados de la construcción, seguirán el principio de jerarquía de los residuos, dando prioridad a la prevención, preparación para la reutilización, reciclado, valorización energética y por último eliminación, siempre que sea posible desde el punto de vista medioambiental.</p> <p>Se llevarán a cabo las medidas propuestas en el Protocolo de gestión de residuos de la UE, con el objeto de limitar la generación de residuos durante la construcción.</p> <p>Los diseños de los edificios y las técnicas de construcción apoyarán la circularidad y, en concreto, demostrarán, con referencia a la norma ISO 20887 u otras normas para evaluar la capacidad de desmontaje o adaptabilidad de los edificios, cómo estos están diseñados para ser más eficientes en el uso de los recursos, adaptables, flexibles y desmontables para permitir la reutilización y el reciclaje.</p> <p>En la construcción de nuevas edificaciones, se tendrá en consideración las directrices recogidas en la Directiva (UE) 2018/844 relativa a la eficacia energética de los edificios, de cara a que sean edificios de consumo de energía casi nulo.</p>
<p><i>Prevención y el control de la contaminación.</i></p> <p>¿Se espera que la medida dé lugar a un aumento significativo de las emisiones de contaminantes a la atmósfera, el agua o el suelo?</p>	<p>X</p>	<p>De igual manera que ocurre con las emisiones GEI, no se espera que la medida dé lugar a un aumento significativo de las emisiones de contaminantes a la atmósfera, el agua o el suelo.</p> <p>El carácter general de las actuaciones orientadas a la sustitución de sistemas de calefacción y refrigeración basados en energías fósiles por otras tecnologías cero contaminantes, permitirá una significativa reducción de las emisiones al aire y por consiguiente una mejora en la salud pública.</p> <p>Además, se adoptarán medidas para reducir el ruido, el polvo y las emisiones contaminantes durante la fase de obra y se ejecutarán las actuaciones asociadas a esta medida siempre cumpliendo la normativa de aplicación vigente en cuanto la posible contaminación de suelos y agua.</p>
<p><i>Protección y restauración de la biodiversidad y los ecosistemas.</i></p> <p>¿Se espera que la medida (i) vaya en gran medida en detrimento de las buenas condiciones y la resiliencia de los ecosistemas; o (ii) vaya en detrimento del estado de conservación de los hábitats y las especies, en particular de aquellos de interés para la Unión?</p>	<p>X</p>	<p>Se asegurará que las instalaciones de infraestructuras y los equipos IT no afectarán negativamente a las buenas condiciones y la resiliencia de los ecosistemas, tampoco al estado de conservación de los hábitats y las especies, en particular los espacios de interés de la Unión. Por ello cuando sea preceptivo, se realizará la Evaluación de Impacto Medioambiental, de acuerdo con lo establecido en la Directiva 2011/92/EU.</p>

C18.I4			
<i>Indique cuáles de los siguientes objetivos medioambientales requieren una evaluación sustantiva según el principio DNSH de la medida</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>Si ha seleccionado "No" explique los motivos</i>
Mitigación del cambio climático		X	La medida tiene un impacto previsible nulo o insignificante sobre el objetivo medioambiental relacionado dada su naturaleza.
Adaptación al cambio climático		X	La medida tiene un impacto previsible nulo o insignificante sobre el objetivo medioambiental relacionado dada su naturaleza.
Uso sostenible y protección de los recursos hídricos y marinos		X	La medida tiene un impacto previsible nulo o insignificante sobre el objetivo medioambiental relacionado dada su naturaleza.
Economía circular, incluidos la prevención y el reciclado de residuos		X	La medida tiene un impacto previsible nulo o insignificante sobre el objetivo medioambiental relacionado dada su naturaleza.
Prevención y control de la contaminación a la atmósfera, el agua o el suelo		X	La medida tiene un impacto previsible nulo o insignificante sobre el objetivo medioambiental relacionado dada su naturaleza.
Protección y restauración de la biodiversidad y los ecosistemas		X	La medida tiene un impacto previsible nulo o insignificante sobre el objetivo medioambiental relacionado dada su naturaleza.
C18.I5			
<i>Indique cuáles de los siguientes objetivos medioambientales requieren una evaluación sustantiva según el principio DNSH de la medida</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>Si ha seleccionado "No" explique los motivos</i>
Mitigación del cambio climático		X	La medida tiene un impacto previsible nulo o insignificante sobre el objetivo medioambiental relacionado dada su naturaleza.
Adaptación al cambio climático		X	La medida tiene un impacto previsible nulo o insignificante sobre el objetivo medioambiental relacionado dada su naturaleza.
Uso sostenible y protección de los recursos hídricos y marinos		X	La medida tiene un impacto previsible nulo o insignificante sobre el objetivo medioambiental relacionado dada su naturaleza.
Economía circular, incluidos la prevención y el reciclado de residuos		X	La medida tiene un impacto previsible nulo o insignificante sobre el objetivo medioambiental relacionado dada su naturaleza.
Prevención y control de la contaminación a la atmósfera, el agua o el suelo		X	La medida tiene un impacto previsible nulo o insignificante sobre el objetivo medioambiental relacionado dada su naturaleza.

Protección y restauración de la biodiversidad y los ecosistemas		X	La medida tiene un impacto previsible nulo o insignificante sobre el objetivo medioambiental relacionado dada su naturaleza.
C18.I6			
<i>Indique cuáles de los siguientes objetivos medioambientales requieren una evaluación sustantiva según el principio DNSH de la medida</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>Si ha seleccionado "No" explique los motivos</i>
Mitigación del cambio climático	X		
Adaptación al cambio climático	X		
Uso sostenible y protección de los recursos hídricos y marinos	X		
Economía circular, incluidos la prevención y el reciclado de residuos	X		
Prevención y control de la contaminación a la atmósfera, el agua o el suelo	X		
Protección y restauración de la biodiversidad y los ecosistemas	X		
Preguntas	No	Justificación sustantiva	
<i>Mitigación del cambio climático. ¿Se espera que la medida genere emisiones importantes de gases de efecto invernadero?</i>	X	Los equipos que se utilicen cumplirán con los requisitos relacionados con el consumo energético establecidos de acuerdo con la Directiva 2009/125 / EC para servidores y almacenamiento de datos, o computadoras y servidores de computadoras o pantallas electrónicas. Para la instalación de las infraestructuras IT, se seguirá la versión más reciente del Código de conducta europeo sobre eficiencia energética de centros de datos, o en el documento CEN-CENELEC CLC TR50600-99-1 "Instalaciones e infraestructuras de centros de datos - Parte 99-1 : Prácticas recomendadas para la gestión energética ".	
<i>Adaptación al cambio climático. ¿Se espera que la medida dé lugar a un aumento de los efectos adversos de las condiciones climáticas actuales y de las previstas en el futuro, sobre sí misma o en las personas, la naturaleza o los activos?</i>	X	Se realizará una evaluación del riesgo climático y la vulnerabilidad de las instalaciones de infraestructuras IT y en su caso, se establecerán las soluciones de adaptación adecuadas para cada caso.	

<p><i>El uso sostenible y la protección de los recursos hídricos y marinos</i> ¿Se espera que la medida sea perjudicial: (i) del buen estado o al buen potencial ecológico de las masas de agua, incluidas las aguas superficiales y subterráneas; o (ii) para el buen estado medioambiental de las aguas marinas?</p>	<p>X</p>	<p>Los riesgos de degradación ambiental relacionados con la conservación de la calidad del agua y la prevención del estrés hídrico se identificarán y abordarán con el objetivo de lograr un buen estado del agua y un buen potencial ecológico, tal como se define en el artículo 2, puntos 22 y 23, del Reglamento (UE) 2020 / 852, de conformidad con la Directiva 2000/60 / CE del Parlamento Europeo y del Consejo y un plan de gestión del uso y la protección del agua, desarrollado en virtud de la misma para la masa o masas de agua potencialmente afectadas, en consulta con las partes interesadas pertinentes.</p>
<p><i>Transición a una economía circular, incluidos la prevención y el reciclaje de residuos.</i> ¿Se espera que la medida (i) dé lugar a un aumento significativo de la generación, incineración o eliminación de residuos, excepto la incineración de residuos peligrosos no reciclables; o (ii) genere importantes ineficiencias en el uso directo o indirecto de recursos naturales en cualquiera de las fases de su ciclo de vida, que no se minimicen con medidas adecuadas; o (iii) dé lugar a un perjuicio significativo y a largo plazo para el medio ambiente en relación a la economía circular ?</p>	<p>X</p>	<p>Los equipos utilizados cumplirán con los requisitos de eficiencia de materiales establecidos de acuerdo con la Directiva 2009/125 / EC para servidores y almacenamiento de datos, u ordenadores y servidores de ordenadores o pantallas electrónicas. Los equipos no contendrán las sustancias restringidas enumeradas en el anexo II de la Directiva 2011/65 / UE, excepto cuando los valores de concentración en peso en materiales homogéneos no superen los enumerados en dicho anexo. Al final de su vida útil, el equipo se someterá a una preparación para operaciones de reutilización, recuperación o reciclaje, o un tratamiento adecuado, incluida la eliminación de todos los fluidos y un tratamiento selectivo de acuerdo con el Anexo VII de la Directiva 2012/19 / UE.</p> <p>La medida apoyará al objetivo europeo de conseguir que al menos el 70 % (en peso) de los residuos de construcción y demolición generados en los proyectos de infraestructura (con exclusión de los residuos con código LER 17 05 04), se preparen para la reutilización, el reciclaje y la revalorización de otros materiales, incluidas las operaciones de relleno utilizando residuos para sustituir otros materiales.</p> <p>Los agentes encargados de la construcción de las infraestructuras IT, seguirán el principio de jerarquía de los residuos, dando prioridad a la prevención, preparación para la reutilización, reciclado, valorización energética y por último eliminación, siempre que sea posible desde el punto de vista medioambiental.</p> <p>Se llevarán a cabo las medidas propuestas en el Protocolo de gestión de residuos de la UE, con el objeto de limitar la generación de residuos durante la construcción.</p> <p>Los diseños de los edificios y las técnicas de construcción apoyarán la circularidad y, en concreto, demostrarán, con referencia a la norma ISO 20887 u otras normas para evaluar la capacidad de desmontaje o adaptabilidad de los edificios, cómo estos están diseñados para ser más eficientes en el uso de los recursos, adaptables, flexibles y desmontables para permitir la reutilización y el reciclaje.</p>
<p><i>Prevención y el control de la contaminación.</i> ¿Se espera que la medida dé lugar a un aumento significativo de las emisiones de contaminantes a la atmósfera, el agua o el suelo?</p>	<p>X</p>	<p>De igual manera que ocurre con las emisiones GEI, no se espera que la medida dé lugar a un aumento significativo de las emisiones de contaminantes a la atmósfera, el agua o el suelo.</p> <p>El carácter general de las actuaciones orientadas a la sustitución de sistemas de calefacción y refrigeración basados en energías fósiles por otras tecnologías cero contaminantes, permitirá una significativa reducción de las emisiones al aire y por consiguiente una mejora en la salud pública.</p> <p>Además, se adoptarán medidas para reducir el ruido, el polvo y las emisiones contaminantes durante la fase de obra y se ejecutarán las actuaciones asociadas a esta medida siempre cumpliendo la normativa de aplicación vigente en cuanto a la posible contaminación de suelos y agua.</p>

<p><i>Protección y restauración de la biodiversidad y los ecosistemas.</i> ¿Se espera que la medida (i) vaya en gran medida en detrimento de las buenas condiciones y la resiliencia de los ecosistemas; o (ii) vaya en detrimento del estado de conservación de los hábitats y las especies, en particular de aquellos de interés para la Unión?</p>	<p>X</p>	<p>Se asegurará que las instalaciones de infraestructuras IT no afectarán negativamente a las buenas condiciones y la resiliencia de los ecosistemas, tampoco al estado de conservación de los hábitats y las especies, en particular los espacios de interés de la Unión. Por ello cuando sea preceptivo, se realizará la Evaluación de Impacto medioambiental, de acuerdo con lo establecido en la Directiva 2011/92/EU.</p>
---	-----------------	--

9. Hitos, metas y cronograma

La información relativa a hitos se encuentra recogida en el cuadro “T1_MilestonesTargets”.

10. Financiación

<p>Inversión total estimada del componente</p>	<p>1.069.000.000 M€</p>
---	--------------------------------

Inversiones o reformas que conllevarán una inversión específica

<p>C18.I1</p>	<p>Plan de inversión en equipos de alta tecnología en el Sistema Nacional de Salud</p>							
<p>Coste</p>	<p>792,1 M€</p>							
<p>Periodificación</p>	<p>2020</p>	<p>2021</p>	<p>2022</p>	<p>2023</p>	<p>2024</p>	<p>2025</p>	<p>2026</p>	<p>Total</p>
<p>Coste del Mecanismo</p>	<p>-</p>	<p>400</p>	<p>392,1</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>792,1</p>
<p>Otra financiación</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>-</p>
<p>Total</p>	<p>-</p>	<p>400</p>	<p>392,1</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>792,1</p>
<p>Sinergias con otros fondos UE</p>	<p>Esta inversión desarrolla actuaciones financiadas únicamente por el RRF.</p>							
<p>Metodología de cálculo</p>	<p>Total: 792.100.000 euros La estimación de las necesidades presupuestarias se ha realizado en función del impacto económico que figura en el Estudio sobre gasto hospitalario del SNS: farmacia e inversión en bienes de equipo, publicado en octubre de 2020 por la Autoridad Independiente de</p>							

	<p>Responsabilidad Fiscal (AIReF) enmarcado en el Spending Review que tiene sus orígenes en el encargo realizado por el Gobierno de España en la Actualización del Programa de Estabilidad de 2017-2020.</p> <p>Dentro de este importe se ha considerado un importe de 255.000 euros, repartidos en 2 ejercicios, para la ejecución y control necesarias por parte del Ministerio.</p> <p><i>La información de detalle se encuentra en el documento anexo de financiación</i></p>
Validación por entidad independiente	IGAE

Inversiones o reformas que conllevarán una inversión específica								
C18.I2	Acciones para reforzar la prevención y promoción de la salud							
Coste	62,05M€							
Periodificación	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	Total
Coste del Mecanismo		20,78	24,085	17,185	-	-	-	62,05
Otra financiación	-	-	-	-	-	-	-	-
Total		20,78	24,085	17,185	-	-	-	62,05
Sinergias con otros fondos UE	Esta inversión desarrolla actuaciones financiadas únicamente por el RRF.							
Metodología de calculo	<p>Total: 62.050.000 euros, con la siguiente distribución:</p> <p><u>1.- Lucha contra el tabaquismo: 7.000.000 euros</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 3 campañas de concienciación y sensibilización. 3.000.000 Población objetivo: Totalidad población fumadora <ul style="list-style-type: none"> o concienciación del impacto en la salud los nuevos productos del tabaco a la población joven. o sensibilización sobre los daños del consumo o Vinculada a la aprobación de la nueva Ley contra el tabaco - Refuerzo terapia de reemplazo de nicotina. 4.000.000 Población objetivo: 13.500 personas fumadoras <p><u>2.- Prevención Alcohol: 2.000.000 euros.</u> Dos campañas: Una de sensibilización para la desnormalización del consumo de alcohol y evidencia del daño en la salud del consumo de riesgo. Otra dirigida a</p>							

prevenir el consumo de alcohol en jóvenes y vinculada a la aprobación de la nueva Ley sobre alcohol en jóvenes, cuya aprobación está prevista en la primera mitad de 2022

3.- Promoción de hábitos de vida saludable: 19.400.000 euros

Convenio de Colaboración del Ministerio de Sanidad con la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), que agrupa y representa a los 8.000 municipios que existen en España. La Federación asignará los fondos de acuerdo a proyectos presentados y criterios objetivos para que las entidades locales ejecuten inversiones relacionadas con la creación o rehabilitación de espacios saludables (gimnasios en parques urbanos, rutas o circuitos saludables e inversiones asimilables).

Población objetivo: 485 actuaciones en la Red (260 municipios en la actualidad)

4.- Actuaciones para reducir el consumo de antibióticos. 5.400.000 euros

- Implantación herramienta WASPSS (Wise Antimicrobial Stewardship Program Support System) en hospitales del SNS. 4.580.000 euros
- Implantación de la base de datos de vigilancia de patógenos en animales enfermos: 630.000 euros
- Formación en Programas de Optimización de Antibióticos a profesionales sanitarios (8 cursos anuales). 170.000 euros

5.- Subvenciones en materia de prevención y tratamiento de adicciones. 8.700.000 euros

- Actuaciones realizadas por entidades sin ánimo de lucro destinadas a mejorar sistemas de información, aumentar los recursos habitacionales para las personas consumidoras de drogas sin hogar, ampliar los programas de prevención de las adicciones y mejorar la capacitación de los profesionales de la red ante las adicciones comportamentales: 6.600.000 euros
- Proyectos de investigación que analicen la repercusión de la pandemia COVID 19 en los consumos y los trastornos adictivos en la población: 2.100.000

6.- Prevención y promoción de la salud mental: 2.550.000

Tres campañas de difusión para prevenir trastornos mentales y conductas suicidas.

7.- Campañas de prevención del cáncer. 17.000.000

- Campaña de difusión del Código Europeo contra el Cáncer. 1.000.000 euros
- Cribado poblacional de cáncer colorrectal en personas de 50 a 69 años: 7.500.000 euros.
- Cribado poblacional de cáncer de cuello de útero (cervix) en mujeres de 25 a 65 años. 8.500.000 euros

La información de detalle se encuentra en el documento anexo de financiación

Validación por entidad independiente	IGAE
--------------------------------------	------

Inversiones o reformas que conllevarán una inversión específica								
C18.I3	Aumento de capacidades de respuesta ante crisis sanitarias							
Coste	80,91 M€							
Periodificación	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	Total
Coste del Mecanismo	-	20,165	35,845	24,9	-	-	-	80,91
Otra financiación	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	-	20,165	35,845	24,9	-	-	-	80,91
Sinergias con otros fondos UE	Esta inversión desarrolla actuaciones financiadas únicamente por el RRF.							
Metodología de cálculo	<p>Total: 80.910.000 euros, con la siguiente distribución</p> <p>1.- Equipamiento tecnológico del nuevo Centro Estatal de Salud <u>Pública: 9.450.000 euros</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Dotación de equipamiento tecnológico para el edificio, considerando 460 pcs y monitores, y un alto grado de necesidad de comunicaciones: 450.000 - Equipamiento físico hardware (ampliación del Centro de Proceso de Datos para dar capacidad suficiente al Centro Estatal de Salud Pública): 3.000.000 euros - Almacenamiento SAN de alto rendimiento para virtualización y datos (incluyendo racks, cabinas, discos SSD y licencias: 3.000.000 euros - Electrónica de red SAN para interconexión redundante de servidores y almacenamiento (incluyendo racks, frames, puertos fibra y licencias). 120 puertos: 1.000.000 euros - Otro sw (licencias): 1.000.000 euros - 4 Salas con sistema de Videowall (24x7) y puestos adecuados para centro de operaciones: 1.000.000 euros <p>2.- Nuevo sistema de Información de la Red Vigilancia en Salud <u>Pública: 27.400.000 euros</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Contratos de desarrollo de sistemas de información 24.200.000 euros - Desarrollos por parte del Ministerio de Sanidad, y financiación de desarrollo de los componentes autonómicos de la Estrategia y de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica - Desarrollo de herramientas de vigilancia entomológica de implantación nacional, en base a la ciencia ciudadana validada por estudios de 							

	<p>campo que se combine con la vigilancia de las enfermedades transmitidas por vectores: 2.000.000 €</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apoyo a la definición y coordinación del sistema y auditoría de implantación: 1.200.000 euros <p><u>3.- Finalización del Hospital Universitario de Melilla y construcción del nuevo edificio del Centro Nacional de Dosimetría: 34.160.000 euros-</u></p> <p><u>4.- Aumento de capacidad del laboratorio de ensayo de Equipos de Protección Individual (EPI) del Centro Nacional de Medios de Protección: 3.880.000 euros</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Reforma del laboratorio de ensayos y certificación del CNMP-INSST: 2.940.000 euros - Adquisición de equipos e instrumentos de medida: 640.000 euros - Formación del personal: 300.000 euros <p><u>5.- Refuerzo del Centro Nacional de Alimentación y laboratorio de Biotoxinas: 3.480.000 euros</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Dotación de equipos necesarios para el procesado de muestras <p><u>6.- Inversiones tecnológicas en la Agencia del Medicamento y la Organización Nacional de Trasplantes: 1.740.000</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Organización Nacional de Trasplantes: 920.000 euros Mejoras de las infraestructuras Mejoras de las redes sociales seguras para interactuar con la ONT Herramienta de explotación de datos - Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios: 820.000 euros Financiación de la creación del repositorio de datos y de su explotación en 2021-2023, que incluye adquisición de software de análisis de datos y desarrollos informáticos <p><u>7.- Evaluación del desempeño del Sistema Nacional de Salud durante la pandemia: 800.000 euros</u></p> <p><i>La información de detalle se encuentra en el documento anexo de financiación</i></p>
Validación por entidad independiente	IGAE

Inversiones o reformas que conllevarán una inversión específica

C18.I4	Formación de profesionales sanitarios y recursos para compartir conocimiento							
Coste	13,14 M€							
Periodificación	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	Total

Coste del Mecanismo		4,23	4,635	4,275				13,14
Otra financiación								
Total		4,23	4,635	4,275				13,14
Sinergias con otros fondos UE	Esta inversión desarrolla actuaciones financiadas únicamente por el RRF.							
<u>Metodología de cálculo</u>	<p><u>Total: 13.140.000 euros, con la siguiente distribución</u></p> <p><u>1.- Formación continuada: 10.000.000 euros</u></p> <p><u>2.- Desarrollo profesional y certificación de competencias: 1.000.000 euros</u></p> <p><u>3.- Herramientas colaborativas para compartir conocimiento y mejorar la atención a los pacientes de alta complejidad: 1.540.000 euros</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aplicación informática CSUR web - Plataforma en red de atención al paciente para compartir el conocimiento entre las Redes Europeas de Referencia (ERN) y los CSUR, entre éstos, y entre éstos y los centros sanitarios que les deriven pacientes <p><u>4.- Mapa informatizado para visualizar recursos compartidos y prestaciones de la atención temprana y genética en España: 600.000 euros</u></p> <p><i>La información de detalle se encuentra en el documento anexo de financiación</i></p>							
Validación por entidad independiente	IGAE							

Inversiones o reformas que conllevarán una inversión específica

C18.I5	Plan para la racionalización del consumo de productos farmacéuticos y fomento de la sostenibilidad							
Coste	20,8 M€							
Periodificación	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	Total
Coste del Mecanismo		5,855	7,485	7,46				20,8

Otra financiación								
Total		5,855	7,485	7,46				20,8
Sinergias con otros fondos UE	Esta inversión desarrolla actuaciones financiadas únicamente por el RRF.							
Metodología de cálculo	<p>Total: 20.800.000 euros, con la siguiente distribución:</p> <p><u>1.- Mejoras en los sistemas de evaluación de medicamentos, tecnologías y prestaciones sanitarias: 10.775.000 euros</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mejoras prevista en sistemas de información: 10.500.000 euros: <ul style="list-style-type: none"> ○ Desarrollo de una plataforma tecnológica que permita tanto gestionar como compartir los informes en sus distintos estados de desarrollo entre las estructuras que componen la Red de Evaluación de Medicamentos del SNS y monitorizar el cumplimiento de los plazos definidos para cada una de las etapas ○ Desarrollo de un sistema de información para la evaluación de resultados en salud en la vida real de los medicamentos de alto impacto sanitario y económico. Valtermed ○ Desarrollo de una plataforma tecnológica que permita tanto gestionar como compartir los distintos productos de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones en el SNS (RedETS) en sus distintos estados de desarrollo entre las agencias/idades que componen la Red y monitorizar el cumplimiento de los plazos definidos para cada una de las etapas. - Programa de difusión de los productos de la RedETS para incrementar el impacto y el conocimiento, y por tanto la implantación de los mismos: 225.000 euros <p><u>2.- Desarrollo y modernización de la prestación ortoprotésica en el SNS: 1.125.000 euros</u></p> <p>Diseño e implementación de un sistema de información corporativo para la gestión de la prestación ortoprotésica en el SNS que nazca interoperable y que aborde desde la prescripción médica hasta la entrega del producto al usuario, que garantice la trazabilidad del proceso y disminuya las cargas administrativas en el proceso asistencial y de gestión</p> <p><u>3.- Fomento de la utilización de los medicamentos genéricos y biosimilares, así como medicamentos innovadores, en el SNS: 300.000 euros</u></p> <p>Campaña de educación sanitaria sobre aspectos generales de la seguridad y eficacia de medicamentos genéricos y medicamentos</p>							

	<p>biosimilares, y en el caso de biosimilares también de intercambiabilidad, dirigida tanto a la ciudadanía como a los profesionales.</p> <p><u>4.- Aumento de las habilidades y el conocimiento de los profesionales para el uso racional de medicamentos y tecnologías sanitarias: 7.100.000 euros</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Programa de formación en uso racional del medicamento dirigido a médicos/as especialistas en formación: 2.070.000 € - Programa de formación en conocimiento científico para la acción clínica: 2.745.000 € - Programa de formación para el desarrollo de habilidades en lectura crítica de la literatura científica: 1.800.000 € - Diploma para la evaluación avanzada de medicamentos y tecnologías sanitarias - Auditoría de seguimiento <p><u>5.- Fomento y adaptación regulatoria para la mejora de la I+D+i del sector del medicamento: 1.500.000 euros.</u></p> <p><i>La información de detalle se encuentra en el documento anexo de financiación</i></p>
Validación por entidad independiente	IGAE

Inversiones o reformas que conllevarán una inversión específica								
C18.I6	Data lake sanitario							
Coste	100 M€							
Periodificación	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	Total
Coste del Mecanismo		0	35	65				100
Otra financiación								
Total		0	35	65				100
Sinergias con otros fondos UE	Esta inversión desarrolla actuaciones financiadas únicamente por el RRF.							



Metodología de calculo	Adquisición de infraestructura tecnológica (EQUIPAMIENTO)	40.000.000
	Definición y puesta en marcha de proyectos de tratamiento masivo de datos (DESARROLLO)	30.000.000
	Incorporación de agentes y fuentes a Data Lake Sanitario- (INTEGRACIÓN)	30.000.000
	<i>La información de detalle se encuentra en el documento anexo de financiación</i>	
Validación por entidad independiente	IGAE	