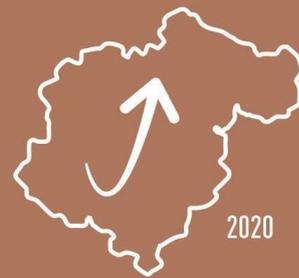
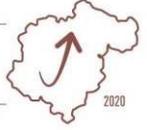


PACTO por la
RECONSTRUCCIÓN
PROVINCIA de
TERUEL







Contenidos.

00. Introducción.

01. Mesa de sanidad
y bienestar social.

02. Mesa de economía y
empleo.

03. Mesa de educación,
cultura, ciencia
y universidad.

04. Mesa de cohesión,
vertebración,
equilibrio territorial.

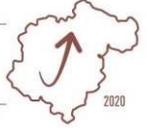
05. Mesa de desarrollo
rural.

06. Mesa para la
transformación
digital.

07. Mesa de Patrimonio
cultural y natural.

08. Conclusiones.

Anexos.

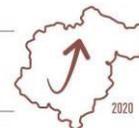




**Mesas de trabajo para un nuevo
Modelo de Desarrollo.**

Introducción.





RESUMEN

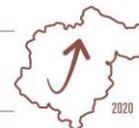
La pandemia sufrida por la COVID-19 ha generado miles de pérdidas humanas, sumiéndonos en una crisis económica, social y sanitaria sin precedentes en España.

Esta situación ha propiciado que desde el propio Gobierno central se creara una Comisión para la Reconstrucción Social y Económica, la cual ha servido de impulso para unir a la sociedad turolense en un ejercicio de reflexión y de inteligencia colectiva que adquiere forma de pacto.

Con esta oportunidad, y sabiendo que este Pacto por la reconstrucción de Teruel debe convertirse en, no solo la oportunidad de la regeneración económica y social tras la COVID-19, sino en un nuevo objetivo para la construcción de una sociedad y una economía más justa, equilibrada y sostenible, el pasado mes de abril la sociedad turolense unió su fuerza para conformar siete mesas de trabajo de diversa índole de las que surgieran, bajo el diálogo, la reflexión y el consenso, suficientes propuestas que ayudaran a alcanzar este objetivo.

Sin embargo, este mismo diálogo y reflexión en su comienzo nos evidenció que esta crisis causada por esta pandemia no es sino un añadido a esa otra crisis histórica que sufre la provincia debido a la despoblación.

Con todo, este pacto está construido desde la honestidad y la generosidad que emana de la inteligencia de la sociedad civil para afrontar la reconstrucción social y económica en Teruel. Este pacto es un pacto solidario, proactivo y colaborativo.



INTRODUCCIÓN

La pandemia del COVID-19 ha generado miles de pérdidas humanas y una profunda crisis económica y social. Paliar y reconducir, además, una crisis sanitaria y sus efectos sociales, representa un desafío para el conjunto de la sociedad española, imprescindible para encauzar nuevamente el futuro hacia el crecimiento económico y la recuperación social.

Las consecuencias del necesario aislamiento de la población y la paralización de muchos sectores productivos hacen imprescindible la aportación de todos los sectores de la sociedad para enfrentar la crisis europea más grave desde 1945 y encauzar el futuro hacia el crecimiento económico sostenible y la recuperación social.

Las predicciones macroeconómicas del Banco de España indican que en el año 2020 habrá una caída de la actividad económica de entre un 6,6% y un 13,6% en España. Esta caída, aun en los escenarios más benignos, **será mucho mayor al impacto causado por la crisis financiera de 2008**. La producción industrial ha tocado mínimos históricos y el desempleo ha caído más de un 14% en el mes de abril.

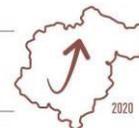
Marco europeo

La Comisión Europea ha actuado con rapidez de manera que “para ayudar a reparar los daños económicos y sociales ocasionados por la pandemia de coronavirus, activar la recuperación europea y proteger el empleo y crear nuevos puestos de trabajo, propone un importante plan de recuperación para Europa basado en el aprovechamiento de todo el potencial del presupuesto de la UE. Para movilizar las inversiones necesarias, la Comisión presenta una doble respuesta” integrada de un lado por el **presupuesto a largo plazo de la UE (2021-2027)** que se ha reforzado, y por otro con un nuevo instrumento financiero de recuperación, llamado **Next Generation EU**, dotado con 750.000 millones de euros, que impulsará el presupuesto de la UE con nueva financiación obtenida de los mercados financieros para 2021-2024.

Si este marco presupuestario y financiero de la UE es finalmente aprobado, **Next Generation EU** se desplegará en tres pilares:

- 1 - Apoyar a los Estados miembros para que se recuperen, reparen sus daños y salgan reforzados de la crisis.
- 2 - Relanzar la economía y apoyar la inversión privada.
- 3 - Aprender de la crisis y abordar los retos estratégicos de Europa.

Entre los muchos instrumentos que el proyecto de la Unión Europea contiene, se detalla el ejemplo de **REACT-EU**, Ayuda a la Recuperación para la Cohesión y los Territorios de Europa, dotado con 55.000 millones de euros de financiación adicional a la política de cohesión (2020-2022), para subvenciones flexibles de la política de cohesión



para municipios, hospitales y empresas a través de las autoridades de gestión de los Estados miembros que no requiere cofinanciación nacional.

Marco provincial

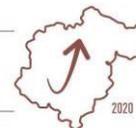
En lo relativo a la provincia de Teruel, el pasado mes de mayo presentó casi un 30% más de paro que en el mismo periodo del año anterior. A final del mes de abril se habían realizado un total de 1.378 Expedientes de Regulación Temporal de Empleo (ERTE) en la provincia de Teruel, con un total de 7.569 trabajadores afectados. Además, Teruel es la provincia de España con mayor tasa de autónomos por habitante, de modo que, al ser los autónomos uno de los colectivos más afectados por la crisis económica del COVID-19, se espera que el impacto negativo en la economía de la provincia sea aún mayor que en otras provincias españolas. Además, hay que tener en cuenta la dramática situación de Andorra tras el cierre de su central térmica. La comarca de las Cuencas Mineras ha perdido más de un 40% de su PIB y el desempleo se espera que suba, si no se hace nada para remediarlo, en más de 3.500 trabajadores entre empleados de la central, subcontratas, y empleos indirectos que se han eliminado sin ninguna verdadera propuesta de transición justa.

La pandemia del COVID-19 ya ha tenido, y va a seguir teniendo, un impacto nefasto sobre las vidas de los ciudadanos. Como frente a cualquier situación de desequilibrio económico, los colectivos más vulnerables serán los más afectados por la crisis. Frente a este escenario, los territorios de la España Vacía en general, y la provincia de Teruel en particular, deben plantear una estrategia de recuperación económica con el objetivo de que la brecha causada por el desequilibrio territorial no se acentúe aún más a causa de la crisis del COVID-19.

Las circunstancias históricas de la falta de desarrollo económico y social de Teruel, y su profunda despoblación, precisan que en este momento de reconstrucción se le preste una especial atención a la provincia. Teruel es la punta del iceberg de la España Vacía y estamos en uno de los momentos más delicados de nuestra historia con el cierre de uno de nuestros principales sectores productivos como la central térmica de Andorra, y la actividad minera adyacente. Necesitamos estar unidos y trabajar juntos para afrontar esta reconstrucción.

Un pacto necesario

La interacción de cuatro factores bien conocidos ha impulsado el Pacto por la Reconstrucción de Teruel, un acuerdo ciudadano construido desde la voluntad de modernizar la sociedad turolense y con una visión de consenso para superar los problemas económicos y políticos del presente.



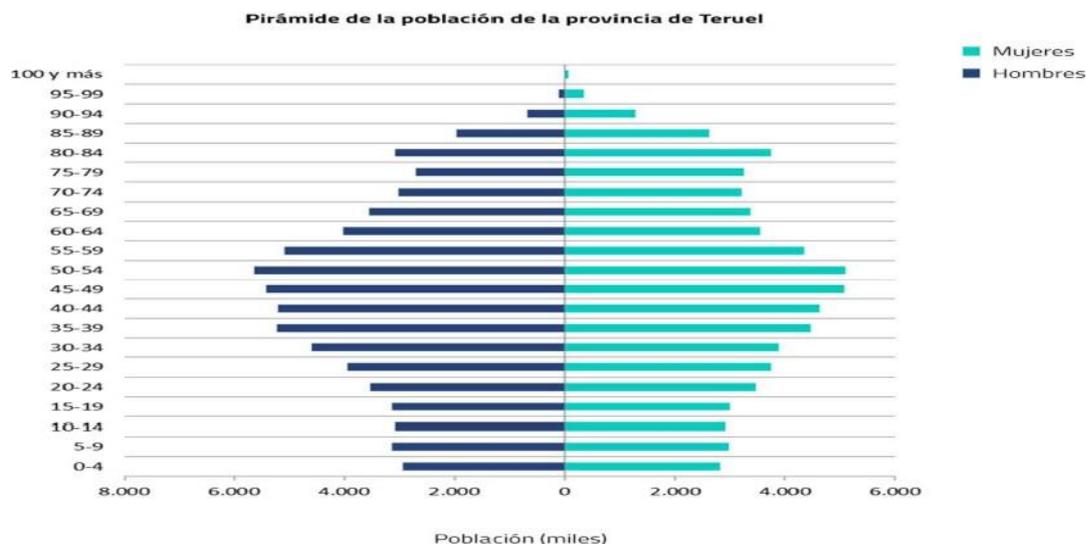
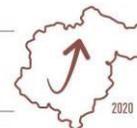
El punto de partida que impulsa este pacto es la realidad de la España Vacía, un fenómeno social y geográfico que alcanza un amplio territorio de España, como la provincia de Teruel en Aragón; caracterizado por el envejecimiento, la despoblación y una crisis económica que ya es histórica y que se profundiza día a día, comprometiendo la viabilidad de estas regiones.

Desde el reconocimiento de esta crisis demográfica y funcional, el Pacto por la Reconstrucción de Teruel nace de la continuidad de la visión, la acción cívica y las reivindicaciones que el movimiento ciudadano mantiene desde hace años; surge por la obligación insoslayable de enfrentar la crisis del COVID-19, de carácter sanitario, económico y social, cuya gravedad supera a las de la últimas cuatro décadas y cuyo alcance y efectos todavía se desconocen; llega por la necesidad de alcanzar un consenso político y social que actúe como revulsivo en España, en Aragón y en Teruel, y que catalice las ideas más creativas en un esfuerzo común para hacer de esta crisis una oportunidad, un consenso al que, por sentido cívico, todos estamos obligados a contribuir.

El Pacto por la Reconstrucción de Teruel es un acuerdo para impulsar las políticas públicas desde la visión *bottom-up*, de abajo-arriba, frente a las tradicionales acciones y planes de gobiernos y administraciones públicas *top-down*, de arriba-abajo. Es una oportunidad estratégica en el nuevo escenario político creado de un lado por el parlamento español con la Comisión de Reconstrucción del Congreso y de otro por el Plan de recuperación para Europa de la Unión Europea, para impulsar medidas necesarias en los ámbitos social, sanitario y económico.

Según datos del INE a 31 de diciembre de 2019 la población de la provincia es de 133.071 habitantes. La pirámide de población de la figura 1 muestra claramente la realidad de la provincia. Si fijamos la atención por grupos de edad, como vemos en la figura 2, las tendencias demográficas de la provincia van hacia el envejecimiento progresivo de la población y la dispersión de la población en núcleos pequeños de población desde hasta 500 habitantes. Es de más del 83% del total de la población de la provincia.

Figura 1



Fuente: Caja Rural Teruel - Figura 2

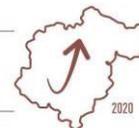
INDICADORES DEMOGRÁFICOS. AÑO 2018

Evolución y densidad	España	Aragón	Teruel
Evolución de la población 1950-2017 (%)	66,5	20	-44,4
Evolución de la población 2008-2017 (%)	0,9	-1,4	-7,4
Densidad de población (Hab/km ²)	92,2	27,5	9,1
Estructura demográfica	España	Aragón	Teruel
Mayores de 65 años (%)	19,1	21,6	24
% Menores de 15 años (%)	14,8	14,1	12,9
Edad media (años)	43,9	44,7	46,4
Índice de envejecimiento (%)	97	115,9	138,2
Tasa de masculinidad (%)	98,1	97,3	102,3
Tasa bruta de natalidad (‰)	8,41	8	7,1
Poblamiento	España	Aragón	Teruel
Municipios Rurales I (hasta 500 habitantes) (%)	49,1	74,4	83,1
Municipios Rurales II (501-2.000 habitantes) (%)	23,2	17,6	12,3
Municipios Intermedios (2.001-9.999 habitantes) (%)	18,4	6,2	3,8
Municipios Urbanos (Mas de 10.000 habitantes) (%)	9,3	1,8	0,8

Fuente: Documento base para el desarrollo estratégico de la provincia de Teruel. Legislatura 2019 - 2023.

Con todo ello presente, en la provincia de Teruel se considera que para llevar a cabo un cambio que conduzca a un futuro mejor es necesaria la realización de un pacto que impulse una cultura del acuerdo como modo de relación social y acción política.

Así, este pacto nace de la necesidad de enfrentar la crisis del COVID-19 con carácter sanitario, económico y social, cuya gravedad supera a las crisis anteriores, y cuyo



alcance y efectos todavía se desconocen. Y surge también por la necesidad de dar continuidad a la visión, la acción cívica y las reivindicaciones que la ciudadanía mantiene desde hace años.

Por tanto, el Pacto por la reconstrucción de Teruel se plantea como una oportunidad estratégica en el nuevo escenario político creado de un lado por el parlamento español con la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica constituida por el Congreso, y de otro por el Plan de recuperación para Europa de la Unión Europea, ambos con el objetivo de impulsar medidas necesarias en los ámbitos social, sanitario y económico.

Debido a la realidad y las demandas de la provincia, en este documento se pone de manifiesto la necesidad de, no solo aportar propuestas para la reconstrucción tras el COVID-19, sino también añadir otras que generasen una oportunidad para que la provincia logre avanzar hacia un modelo de desarrollo sostenible que ayude a solventar la crisis histórica que sigue sufriendo la provincia debido a la despoblación, porque a la crisis estructural que sufre la España Vacía se superpone la crisis post COVID-19, de manera que el escenario de incertidumbres económicas y sociales alcanza a todas las capas sociales, pero especialmente a las más desfavorecidas.

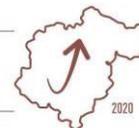
El siguiente pacto presenta medidas efectivas y concretas que han sido dialogadas, reflexionadas y consensuadas en cada una de las mesas de trabajo. Además, estas medidas pueden ser adoptadas urgentemente, intentando así revertir la situación de crisis e impulsando un modelo de desarrollo basado en el reequilibrio territorial donde la provincia de Teruel pueda volver a ser ese territorio poblado, innovador, inclusivo y sostenible que nunca debió dejar de ser.

Sirva este consenso social de la ciudadanía para la toma de decisiones de las propuestas de este pacto como base para un consenso político y social en España, Aragón y Teruel que ayude a la reconstrucción de la provincia.

FUNDAMENTACIÓN

Como bien se ha indicado, el Pacto por la reconstrucción de Teruel surge de la confianza en sí misma de la sociedad turolense. Un sentido cívico y un compromiso por lo público que han impulsado la visión, la acción cívica y las reivindicaciones que la ciudadanía mantiene desde hace años, ya que es importante entender dónde está la situación de la provincia y cuál es la trayectoria de los últimos años en las variables afectadas principalmente por la pandemia.

En este sentido la renta por habitante es un factor fundamental para comprender la estructura económica de un determinado lugar geográfico. El problema del



desequilibrio territorial entre las distintas provincias de España puede ser explicado parcialmente por la estructura de rentas en tanto que los movimientos migratorios entre provincias son normalmente fruto de diferencias en renta o en tasa de empleo. Teruel es una de las provincias más afectadas por el vaciamiento poblacional y económico de las zonas de interior en España.

Si se analizan las diferencias en renta por población entre las tres provincias aragonesas desde el año 2000, se evidencia ya en un primer momento la problemática de fijar la mirada en Aragón como unidad territorial para idear la reconstrucción tras la crisis del COVID-19. Las particularidades de la provincia de Teruel hacen necesario un proceso de deliberación ciudadana, como el iniciado por el “Pacto por la reconstrucción de la provincia de Teruel” para poder idear medidas reales y adaptadas a la situación concreta de la provincia.

La diferencia de renta de los hogares aragoneses

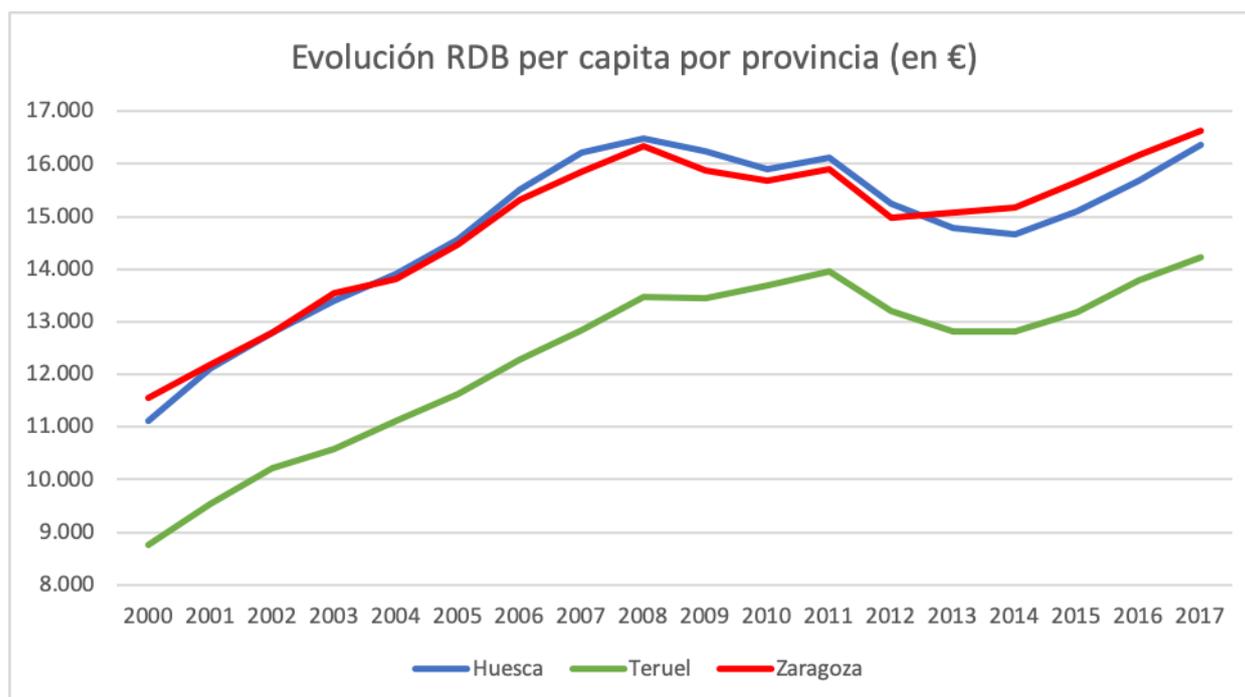
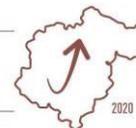
La Renta Disponible Bruta de los hogares (RDB) es la magnitud que mide la cantidad de ingresos que disponen los residentes de un territorio para destinarlos a las operaciones de consumo y ahorro.

Como podemos ver en la Figura 3, la diferencia en RDB entre Teruel y las otras dos provincias aragonesas es más que sustancial. Según los datos más recientes (año 2017), mientras los hogares de Zaragoza y Huesca disponían de media de una renta de 16.500€, los hogares de Teruel se situaban en poco más de 14.000€.

Además, si observamos el patrón temporal de evolución de la magnitud, si bien es cierto que las diferencias no se incrementan entre las provincias, tampoco se observa un proceso de convergencia. En el año 2000, la diferencia entre la RDB de Teruel, y la de las otras dos provincias aragonesas era de casi 2.500€, cantidad similar a las actuales diferencias.

A esta situación dramática hay que añadir el impacto negativo sobre la renta que va a generar el cierre de la central térmica de Andorra, que representaba una parte importante de las rentas de muchos ciudadanos de la comarca de las Cuencas Mineras, y por consecuencia, de la provincia de Teruel. Seguramente, estas diferencias observadas de renta se ampliarán en los próximos años debido a este proceso, si no se hace algo para revertirlo.

Figura 3



Fuente: Elaboración propia con datos del IAEST

Algunos factores que podrían ser causantes de este desequilibrio podrían ser las diferencias en PIB per cápita, en población o en estructura industrial.

Las diferencias de PIB per cápita en Aragón

El Producto Interior Bruto per cápita es el valor por habitante de los bienes y servicios finales producidos por unidades residentes, que pueden ser empresas, familias, Administración pública, etc. en un territorio en un período de tiempo, normalmente un año.

Como vemos en la Figura 4, las diferencias en PIB per cápita entre las provincias aragonesas no son tan abultadas como las diferencias de RDB.

No obstante, podemos observar que la trayectoria de la magnitud desde el 2000 al 2017 no es nada halagüeña para la provincia de Teruel en términos comparados. En 2001, el PIB per cápita de las 3 provincias aragonesas era prácticamente igual, tal y como muestra la gráfica. Progresivamente ha aparecido una divergencia entre las 3 provincias quedando Zaragoza en la posición más privilegiada, Huesca en posición intermedia y Teruel en la posición más desfavorecida. En 2017, la diferencia en PIB per cápita de Teruel con Huesca era de 2000€ anuales, y de 4.000€ anuales con Zaragoza.

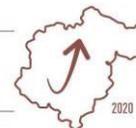
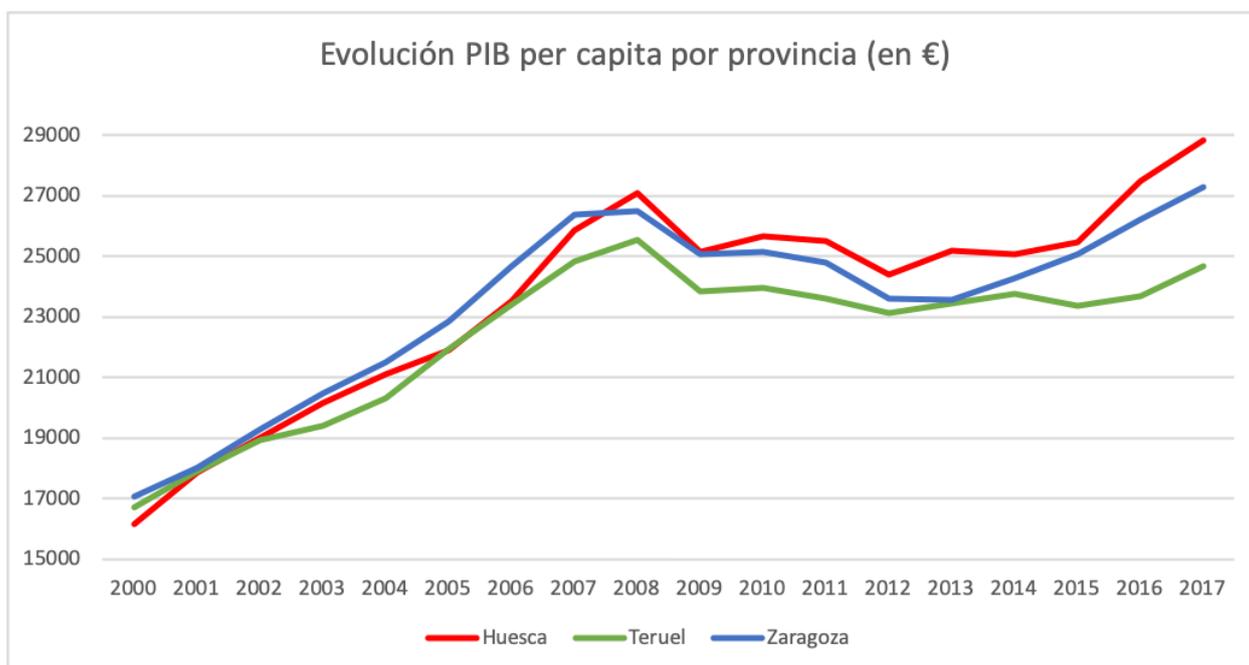


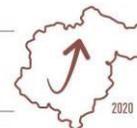
Figura 4



Fuente: Elaboración propia con datos del INE

Es revelador constatar que la única provincia aragonesa que a fecha de 2017 no había alcanzado un nivel de PIB per cápita igual al que tenía previo a la crisis de 2008 es Teruel. La actividad económica de las provincias de Zaragoza y Huesca parece haberse reactivado desde los años 2013/2014, mientras Teruel ha sufrido un estancamiento de su crecimiento económico tras la caída de la actividad económica en los años 2008 y 2009.

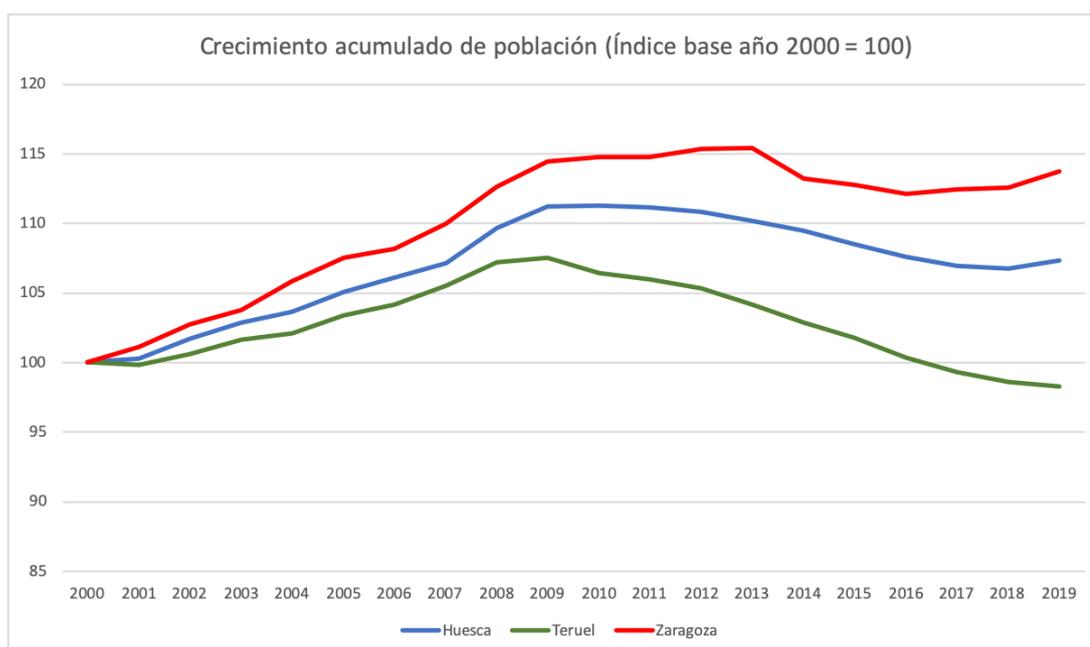
Esto es especialmente relevante en un momento como el actual, donde la economía española va a sufrir una crisis económica de mayor magnitud debido a las consecuencias de la pandemia del COVID-19. Si la estructura industrial turolense no recibe apoyo económico, político y social, es previsible que esta crisis ahonde más aún la brecha entre las tres provincias aragonesas. La inversión territorial que atienda sólo a criterios económicos de eficiencia, como el reciente caso de las plantas de Amazon en Zaragoza y Huesca, aumentará los desequilibrios territoriales agravando el problema de la despoblación.



Las tendencias poblacionales de Aragón

El crecimiento de la población es una magnitud estrechamente relacionada de manera bidireccional con el crecimiento económico. De este modo, los incrementos de población impulsan, por lo general, el crecimiento económico, y a la vez este crecimiento económico atrae población de otros lugares. Este círculo virtuoso de la economía puede ser observado en todas las grandes comunidades de España que salieron ganadoras del proceso de industrialización española. Sin embargo, el círculo virtuoso también funciona al revés a modo de círculo vicioso. **A menos población, menos crecimiento económico, por tanto, menor atracción de nuevos pobladores.**

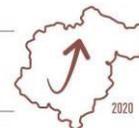
Figura 5



Fuente: Elaboración propia con datos del IAEST

El crecimiento acumulado de población mide el crecimiento porcentual de la población con respecto a un año base (en este caso el año 2000). De este modo, al establecer los datos en porcentajes, podemos comparar con facilidad poblaciones de distintas magnitudes (como Teruel y Zaragoza), que en caso de comparar con estimadores absolutos harían prácticamente imposible la comparación

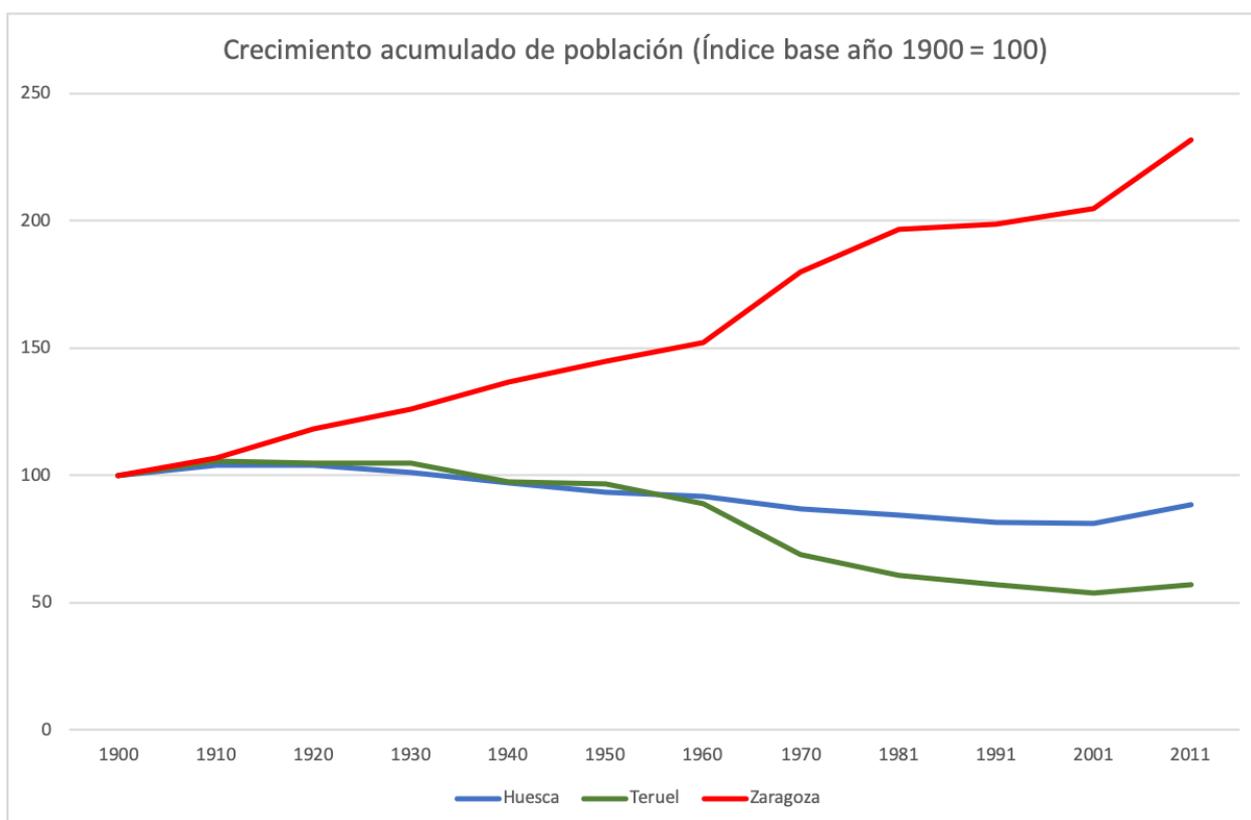
En la Figura 5 podemos ver que, si tomamos el año 2000 como base, la población de las tres provincias aragonesas creció, aunque a distintos ritmos, hasta el año 2008, sobre todo con un crecimiento vinculado a la llegada de inmigrantes, no tanto a nuevos nacimientos. En ese momento, el crecimiento acumulado de la población de las provincias de Zaragoza y Huesca sufrió un estancamiento, después un periodo de caída, y



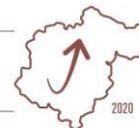
por último otro periodo de estancamiento en el que seguían a fecha de 2017. En cualquier caso, en 2017, la provincia de Huesca exhibía un crecimiento de un 7% con respecto a la población del año 2000, y la provincia de Zaragoza un crecimiento de un casi 15% con respecto al año 2000. Por su parte, la provincia de Teruel continuó perdiendo masivamente habitantes después del 2008, permaneciendo en una tendencia de caída desde entonces hasta los datos más recientes. Como saldo general, la Tabla 3 nos indica que Teruel fue la única provincia aragonesa que perdió población en comparación con el año 2000, teniendo un 2% menos población que hace dos décadas.

Si observamos una tendencia más a largo plazo para tener una perspectiva mayor, podemos observar que, tal y como nos indica la Figura 6, si establecemos el año base en 1900, Zaragoza es la única provincia que gana población, con un aumento del 130% desde comienzos del S. XX. Esto significa que la provincia de la capital aragonesa duplicó la población durante el S.XX mientras las provincias de Huesca y Teruel perdían población. La provincia de Huesca perdió un 10% de su población durante este periodo y la provincia de Teruel perdió casi un 45% de la población que tenía en 1900.

Figura 6



Fuente: Elaboración propia con datos del IAEST

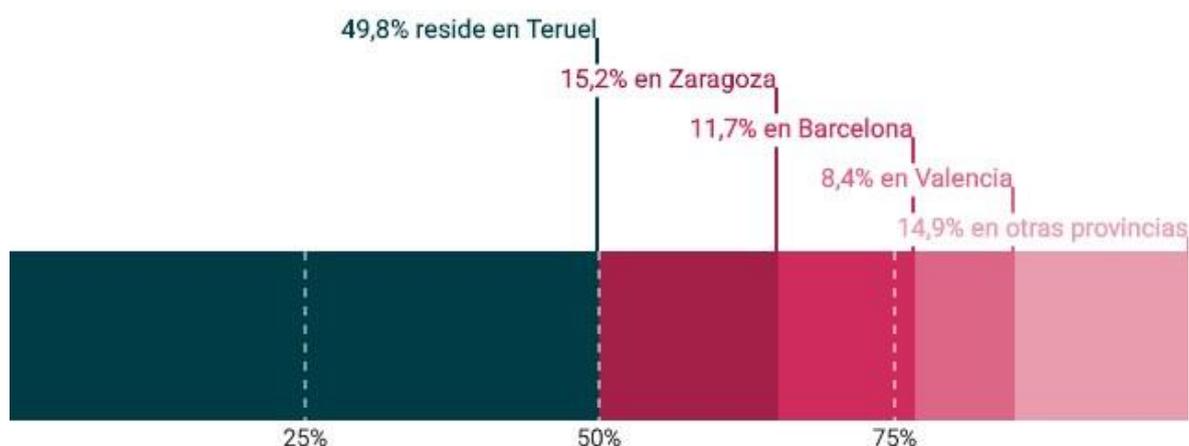


Las estimaciones demográficas no nos presentan una mejor situación para los años venideros. La pérdida de población continuará su trayectoria. Para 2033, el INE ha estimado que Teruel habrá perdido algo más de un 8% de la población, es decir, unos 11.000 habitantes. Solo un pacto de estado con políticas para revertir la situación de desequilibrio territorial podría parar la pérdida poblacional que sufre la provincia de Teruel.

La Figura 7 muestra la situación de abandono poblacional en que se encuentra la provincia. **Del total de las personas nacidas en Teruel, menos del 50% vive en su ciudad de nacimiento.** Algo más de un 15% emigró a Zaragoza, un 11,7% a Barcelona, casi un 8,5% a Valencia, y un 15% a otras provincias. Se evidencia de este modo que la migración va en la dirección de las grandes urbes que están ya saturadas de población, agravando la problemática del modelo de desarrollo dual con megalópolis por un lado y territorios vaciados por otro.

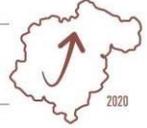
Figura 7

De las 184.319 personas nacidas en Teruel...



Fuente: El Confidencial

Fijándonos en estos datos, cabe preguntarse si no será la despoblación un proceso natural al que están condenados las extensiones territoriales no vertebradas por una gran urbe. Sin embargo, la realidad es bien diferente. Tal y como indica el estudio “Valoración de las transformaciones territoriales en la España peninsular mediante el estudio de la red viaria, indicadores de accesibilidad y de potencial de población”, el hecho de **la despoblación es mayormente debido a una falta de dotación de infraestructuras de transporte que puedan vertebrar el territorio.** La despoblación comienza cuando se deja de apoyar las infraestructuras de transporte entre territorios con peligro de empezar a despoblarse.



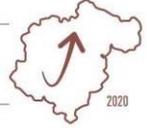
De ese mismo modo, aprovechando esta situación, se debe realizar un profundo cambio socioeconómico, y la medida más efectiva para frenar la despoblación consiste en la construcción de infraestructuras de comunicación tales como redes viales o ferroviarias, sumadas estas a infraestructuras digitales que palíen el subdesarrollo digital de grandes zonas de la provincia. No debemos olvidar tampoco lo necesario que es una red de servicios decente que complemente a las infraestructuras de transporte y pueda fijar la población, dando oportunidades a los ciudadanos para permanecer viviendo y trabajando en sus provincias de origen.

Sirviéndose de marco lo expuesto, el ejercicio de reflexión y de toma de decisión de la ciudadanía turolense para la creación de propuestas, persigue unos objetivos generales, que son:

OBJETIVOS

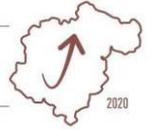
El pacto por la reconstrucción de la provincia de Teruel se plantea como objetivos:

- Reunir a la sociedad civil turolense para recoger su sentir tras la dramática crisis sanitaria que estamos viviendo y la crisis social y económica que se avecina.
- Plantear una propuesta de reconstrucción de la provincia que sea inclusiva para todos los actores de la ciudadanía y que pueda ser holística en los objetivos que plantee.
- Generar un conjunto de propuestas concretas y efectivas que permitan impulsar esa reconstrucción en territorios afectados por el desequilibrio territorial si éstas son implementadas por las instituciones nacionales, autonómicas y locales.
- Trasladar a la comisión parlamentaria de reconstrucción social y económica del país las soluciones que se plantean desde las entidades de los territorios despoblados conocedoras de las dificultades y potencialidades para aportarlas a un pacto nacional que debe afrontar la salida de esta crisis, abordando el problema del desequilibrio territorial.
- Asentar las bases para la construcción de un nuevo modelo de desarrollo para el estado español, basado en el reequilibrio territorial. Para corregir el actual modelo de desarrollo basado en grandes núcleos de población que vacían los territorios cercanos y crean desigualdades económicas, sociales, poblacionales y medioambientales, que perjudican la situación de nuestro país.



- Crear una base que pueda servir de modelo para la reconstrucción post COVID-19 a otras provincias de la España Vacía que presenten problemas y particularidades similares.

Con todo lo expuesto, a continuación, se presentan las propuestas, en forma de medidas perfiladas, de las mesas de trabajo creadas para la realización del pacto.





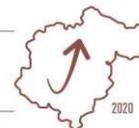
Mesas de trabajo para un nuevo
Modelo de Desarrollo.

1

Mesa de sanidad y bienestar social.

PACTO por la
RECONSTRUCCIÓN
PROVINCIA de
TERUEL





MESA 1: Sanidad y Bienestar Social

a. Descripción general

La actualidad del COVID19 ha provocado un impacto sin precedentes en lo que corresponde a la sanidad y el bienestar social de este país. Es el momento de valorar lo sucedido y actuar en consecuencia en el presente y en la era post Covid.

Para ello, antes de entrar en los objetivos generales de esta mesa, vamos a hacer una descripción general de lo que nos referimos con sanidad y bienestar social.

a.1 Sanidad

Para comenzar con una definición del concepto al que se refiere sanidad hay que centrarse en la relación médico-paciente:

A. Actualidad y futuro:

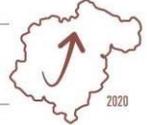
Nuestro código de deontología exige para la asistencia médica “una relación plena de entendimiento y confianza entre el médico y el paciente”. Entendimiento y confianza son pues los pilares de tal relación.

Para nuestro compatriota el turolense profesor, Laín Entralgo, la relación médico-enfermo (RME) se encuadra dentro de la amistad, “amistad médica” y el modo específico de la amistad del médico con el enfermo es la confianza. El entendimiento es el otro pilar de la RME. Requiere un proceso de comunicación, iniciado desde la primera entrevista (a veces antes) y que sigue más allá, a veces durante toda la vida. La necesidad de comunicación dice Ortega y Gasset, parte, no solo de la necesidad de nombrar y señalar cosas externas, sino de la existencia en el hombre de un rico mundo interior que reclama ser manifestado.

B. Evolución de la RME

La autonomía del paciente: La tradicional RME se apoyó durante siglos en las referencias de la escuela hipocrática (s. V a. de C.), según la cual, el médico, conocedor del arte (techné), mirando por el mayor bien para el paciente, es quien tenía autoridad para prescribir lo bueno. Esta relación paternalista (con sus virtudes e inconvenientes, pero siempre sobre el buen deseo hacia el enfermo) se ha mantenido durante siglos.

En el siglo XVIII con la Ilustración emerge en la vida social el principio de autonomía. Es el filósofo Kant quien expresa que el hombre, guiado por la razón es



capaz de legislarse a sí mismo. Pero la RME mantiene su talante paternalista. No llegará un ejercicio de la autonomía del paciente hasta la primera mitad del siglo XX, en que desde ámbitos judiciales estadounidenses se proclama en algunos de los casos enjuiciados, el derecho de pacientes a tomar decisiones sobre su propia salud. Vendrán después el código de Nuremberg (1948) y la declaración de Helsinki (1964) y otros acontecimientos en torno a derechos del paciente. El principio de autonomía se incorpora a los principios del Informe Belmont (1978). En España en 1986 con la Ley General de Sanidad (1986) y con la aprobación de la primera Carta de los Derechos de los Pacientes se da un paso decisivo a la vez que se va creando un clima de progresivo reconocimiento de la autonomía del paciente. Así, el paciente, que era ya considerado como persona en la que desde la “amistad médica” se centra nuestra actuación, es enjuiciado también como persona que por su autonomía debe compartir nuestras decisiones y ser corresponsable de las actuaciones médicas.

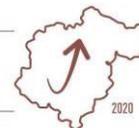
Las nuevas tecnologías de la información y comunicación (TIC): durante las últimas décadas ha sido notoria su instauración, llegando además a transformar las actividades humanas (Moore, J.H.).

Gracias a las nuevas TICs, las consultas no presenciales (CNP) seguirán adquiriendo desarrollo en el futuro. Prestan un importante servicio a pacientes que viven alejados de consultas o con dificultades para su movilidad y en especial en el seguimiento de pacientes crónicos. Las posibilidades de notificar a través de telefonía, imágenes o videoconferencias brindan nuevas posibilidades. Pero para ningún paciente deben constituir la única forma de contacto con el médico (ver art. 26 del CDM, p.21). En la consulta presencial recibiremos un paciente previamente informado (no siempre adecuadamente) a través de Internet (hemos de recordar que Internet en la década de los 80 del pasado siglo ya funcionaba plenamente y que a finales de los 80 apareció ya la World Wide Web). Le corresponde al médico en estos tiempos ese importante papel de orientar y aconsejar.

En todos los casos (también utilizando las nuevas TICs) ha de asegurarse la confidencialidad, pues “el secreto médico es uno de los pilares en los que se funda la relación médico-paciente basada en la mutua confianza” (CDM, art. 27, p. 23).

En resumen, puede decirse que la autonomía del paciente y la eclosión quizá demasiado rápida de las nuevas TIC, matizan la RME, pero la relación de “amistad médica”, según expresión de Laín, persistirá en el futuro.

Dentro del marco de Sanidad, en términos generales, han trabajado expertos de diversos campos con características muy concretas, por lo que resultaría una lectura más compleja, de modo que se va a realizar un estudio detallado de cada ámbito



desarrollando las circunstancias de la situación actual y las acciones a tomar para una reconstrucción adecuada dentro de cada uno de ellos.

a.2 Bienestar Social

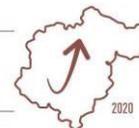
Bienestar social se denomina al conjunto de factores que se conjugan para que los integrantes de una sociedad puedan satisfacer sus necesidades fundamentales y, en consecuencia, tener óptimos niveles de calidad de vida.

Algunos autores lo emplean “para designar el conjunto de leyes, por una parte, y los programas, beneficios y servicios que por otra parte se establecen para asegurar o robustecer la provisión de todo aquello que se consideran las necesidades básicas para el bienestar humano y el mejoramiento social” (Ander-Egg, 1984).

Las medidas trabajadas guardan relación con un antes y un después de la crisis sanitaria producida por la COVID 19, por lo que creemos conveniente que en el post-covid se lleve a cabo una intervención coordinada entre el ámbito sanitario y servicios sociales, ya que las consecuencias socioeconómicas en la población turolense van a ser muy determinantes, estando influenciadas por los ERTes, pérdidas de puestos de trabajo por desempleo, empleos precarios, ralentización de la industria, inversiones en los negocios para adaptarse a las nuevas exigencias legales, afectación en la dinámica de grupos de autónomos, hospitalizaciones, cuidados de familiares enfermos, dificultad de incorporación de los jóvenes a la economía, incrementación del trabajo precario y de la economía sumergida entre otras causas remotas y próximas.

Desde la propia concepción del bienestar social se pretende que se lleven a cabo medidas para optimizar recursos que reviertan en una mejor asistencia en la población. Conseguir unos servicios sociales de calidad se perfila como objetivo, y estos deben estar equipados y bien dotados de personal para realizar su función e intervención profesional cotidiana; surtidos con unos programas, proyectos y actuaciones básicas y estructurales, que tengan en cuenta el envejecimiento de las personas y la dispersión geográfica como características principales de los territorios rurales en la provincia de Teruel.

Cada comarca tiene que poseer unos servicios básicos y que trabajen con la garantía de tener las necesidades básicas cubiertas, partiendo de unos mínimos, es decir que no se pueda llegar a detectar que un usuario de un municipio perteneciente a una comarca determinada no tiene los mismos recursos que otro residente en otra dentro de la misma provincia de Teruel.



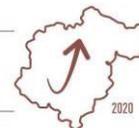
b. Objetivos generales

b.1 Sanidad

- Profesionalizar la gestión sanitaria dentro de las diferentes profesiones.
- Instaurar la historia clínica electrónica de cada paciente, siendo un registro unificado y personal, a través de una tarjeta única de salud para todo el territorio.
- Incluir un potenciamiento de la red de vigilancia de epidemias a nivel autonómico por parte del Centro Nacional de Enfermedades Infecciosas, Emergentes y Zoonóticas.
- Garantizar el suministro de material sanitario.
- Impulsar la atención primaria, dotándola de presupuesto, formación, herramientas y material. Además, de darle el espacio necesario que se merece en los centros universitarios.
- Reforzar con personal el sistema sanitario en la provincia con reconocimiento económico y profesional.
- Impulsar el establecimiento de personal sanitario en la provincia, entendiendo diversos factores; geográfico, económico, y oferta pública. Además, de tener un mínimo de permanencia de dos años e impulsar la flexibilidad horaria.
- Favorecer la inclusión del papel del veterinario en la lucha pandémica actual y posteriores, por ser expertos en epidemias en animales.
- Lograr un tratamiento fiscal (IVA) equiparable a otros profesionales sanitarios.
- Potenciar la función del farmacéutico en la Salud Pública.

b.2 Bienestar Social

- Mejorar la intervención de los servicios sociales en la provincia de Teruel dotando de aquellos recursos personales, materiales y técnicos necesarios y adaptados a las necesidades actuales.



- Promover nuevos servicios a la ciudadanía para que puedan ser equitativos, eficientes y eficaces, instaurando si fuese necesario políticas sociales de discriminación positivas.
- Potenciar la integración de grupos de acción social en los diferentes territorios y que éstos estén bien formados técnicamente para afrontar nuevos retos.
- Desarrollar políticas sociales que empoderen a las mujeres en el medio rural, formándose en aquellas materias que sean necesarias para su desarrollo integral.
- Conciliar vida familiar y laboral, acercando las instituciones sociales y de gestión a los ciudadanos.
- Empoderar a personas, colectivos y grupos por medio de la solidaridad del voluntariado.
- Producir una red de transporte tanto general como social, rentable socialmente.
- Promover nuevos modelos de vivienda adaptadas a las características, necesidades de personas dependientes para evitar institucionalizaciones innecesarias.

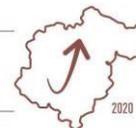
c. Posibles cambios estructurales

Favorecer a los colectivos vulnerables y desfavorecidos que son los que menos recursos económicos disponen y los que también menos apoyos familiares pueden recibir. Se incidirá en la autonomía personal de colectivos en riesgo favoreciendo la inserción y/o reinserción laboral, incentivando la economía circular.

Crear sistemas operativos, programaciones informáticas adaptadas y en revisión constante para adaptarlas a las nuevas necesidades.

Incorporar nuevos perfiles profesionales, como los educadores sociales, para dar salida a los diferentes programas y proyectos que vayan surgiendo en servicios sociales, tanto en el ámbito local como comarcal. Servicios sociales eficaces y eficientes trabajando con diferentes programas y diversas estructuras básicas que facilite el trabajo.

Optimizar la planificación ante emergencias. Formar y adecuar los recursos. Las consecuencias derivadas por el COVID-19 en materia de bajas laborales, saturación



de recursos sanitarios, racionalización de servicios y racionalización del gasto público y privado, se verían beneficiadas por ello.

Rediseñar el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) para configurar un conjunto de servicios integrados de atención en domicilios, que incorpore, junto al SAD, la atención sanitaria de los equipos de atención primaria, el apoyo a las familias, la teleasistencia, centros de día, la supresión de las trabas para la asistencia personal, la participación del voluntariado y otras iniciativas a incorporar desde un trabajo comunitario y de participación.

Reformular el modelo de vivienda asistencial y la adaptación de viviendas para evitar institucionalizaciones innecesarias e invertir en el diseño de nuevos modelos de vivienda en el ámbito de la dependencia.

En España los pilares fundamentales del bienestar o niveles básicos se pueden agrupar en cuatro, por su importancia y relevancia que tienen en la vida de la ciudadanía: servicios sociales, educación, sanidad y pensiones.

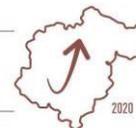
Es por ello por lo que surgen los servicios sociales y servicios sanitarios para dar respuesta a la población y resultan imprescindibles, ya que hay nuevas realidades que atender en una sociedad que avanza. Se debe pensar en mejorar la calidad de vida de la población actual y la del futuro, asegurando los mejores niveles de salud y autonomía posibles.

El reparto actual de funciones en materia de bienestar social entre los distintos órganos del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia y del Instituto Aragonés de Servicios Sociales se recoge en el Decreto 337/2011, de 6 de octubre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba la estructura orgánica del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia.

Son muchos los temas abordados en esta mesa durante el periodo de realización del Pacto por la reconstrucción social y económica de la provincia de Teruel, pero nos hemos centrado en los que consideramos que se debe dar una respuesta inmediata y con vistas a un futuro no muy lejano.

Se ha diferenciado el sector sanidad por un lado y bienestar social por otro, puesto que son dos campos muy extensos que requieren un trabajo exhaustivo de forma diferenciada.

Así mismo algunas de las medidas propuestas son temas que requieren ser estudiados y abordados por otras mesas constituidas para este proyecto del Pacto por la reconstrucción económica y social de la provincia de Teruel.



1.1. GRUPO DE SANIDAD

a. Medidas

1.b.1 MEDIDAS SANIDAD

Justificación

Centrándonos en la sanidad, es uno de los pilares básicos del estado de bienestar. El Sistema Nacional de Salud (SNS), por sus características de universalidad, accesibilidad, equidad, eficiencia, sostenibilidad y su financiación pública, es un gran patrimonio colectivo y un derecho irrenunciable de todos los españoles. Su buena calidad y costes moderados hacen que probablemente sea el mejor servicio público que tenemos.

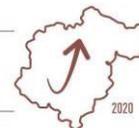
El SNS, ha sufrido un profundo recorte a partir del año 2008, de forma que el presupuesto/gasto actual, sea similar al de hace 10 años, en torno a 74.000 millones de euros.

Esta contracción del gasto público en sanidad ha determinado una disminución del número de profesionales, así como una reducción muy importante de las inversiones.

Los pacientes del SNS, perciben que empeoran los servicios asistenciales (aumento de las listas de espera, mayor dificultad de accesibilidad, mayor copago, exclusiones de fármacos, etc.). Y de forma paralela ha habido un crecimiento en el aseguramiento sanitario privado.

El SNS es una “macroempresa” con aproximadamente 150.000 médicos y 181.000 enfermeros. Esta “macroempresa” está formada por más de “150.000 médicos de altísima cualificación en la cadena de montaje”, un presupuesto en torno a 74.000 millones de euros, que representa el 6,27% del PIB del estado, estando al frente de su gestión el Ministro de Sanidad en coordinación con las comunidades autónomas.

Desde la instauración de la democracia (1977), El Ministerio de Sanidad, ha tenido 24 ministros (de los cuales únicamente 4 han sido profesionales de la sanidad (médicos), con una duración media en el cargo de 1 año y 8 meses. Algunos han sido muy buenos ministros, pero con una duración media en el cargo, tan corta y teniendo en cuenta que la mayoría desconocían en profundidad el sistema sanitario; aunque fueran muy buenos gestores, es imposible que se haya podido realizar una buena gestión sanitaria durante todo este tiempo.

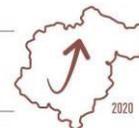


Con fecha 31 de julio de 1981, se inicia en España el Estado de las Autonomías (17 comunidades autónomas y 2 ciudades autónomas), completándose las transferencias Sanitarias en 2002.

Se crea el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de España, como órgano de cooperación e intercomunicación de los servicios de salud de las comunidades autónomas entre sí y con la Administración del Estado para dar cohesión al sistema y garantizar los derechos de los ciudadanos en todo el territorio. Está constituido por el ministro de Sanidad, un secretario y 19 vocales (17 CCAA y 2 ciudades autónomas). Realiza cuatro plenos anuales, pero en alguno de ellos (Pleno 119 del 11 de diciembre de 2018), hubo 6 ausencias de vocales, algunas muy significativas.

El modelo de gestión del SNS, se ha erosionado y ya no es funcional:

- Se han modificado las condiciones demográficas, sociales y económicas.
- Tampoco es equitativo el gasto por habitante de las distintas comunidades autónomas, ni la cartera de servicios.
- La crisis económica del 2008 determinó una caída importante de hasta el 11% del gasto sanitario.
- Estos importantes recortes han determinado actitudes muy conservadoras y poco innovadoras de los responsables de la gestión sanitaria.
- En ocasiones las CCAA crean un problema macroeconómico para forzar al Gobierno Central a realizar rescates financieros (2005, 2012).
- El RDL 16/2012 supuso un durísimo golpe al SNS, se sacaron prestaciones de la cartera de servicios, se instauró múltiples variedades de copago, etc. que favoreció el que parte de los ciudadanos quedarán al margen del sistema sanitario.
- En determinados momentos la relación entre el Gobierno Central y algunas CCAA, no ha sido lo fluida que sería deseable.
- La sanidad pública está atrapada con frecuencia por los responsables económicos y de la función pública de las CCAA, con políticas inmovilistas en el área profesional y de recursos humanos, esto determina falta de motivación, promoción, progresión incentivación, entre otras, de los profesionales. Congelación de salarios, empeoramiento de las condiciones laborales, desapego, desesperanza y resentimiento (sobre todo de los profesionales jóvenes) y muy



probablemente todo ello agudizado por la situación que les ha golpeado muy duro con la pandemia, sea el desencadenante de una futura conflictividad.

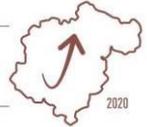
- HISTORIA CLINICA ELECTRONICA UNICA (HCE) O HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA (HCI) La ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente, siendo ministra de Sanidad Ana Pastor, establece que: "El Ministerio de Sanidad y Consumo en coordinación y colaboración de las comunidades autónomas competentes en la materia, promoverá con la participación de los interesados la implantación de un sistema de compatibilidad que atienda la evolución y disponibilidad de los recursos técnicos y la diversidad de sistemas y tipos de historias clínicas, posibilite su uso por los centros asistenciales de España que atiendan a un mismo paciente, en evitación de que los atendidos en diversos centros, se sometan a exploraciones y procedimientos de innecesaria repetición".

En 2006 (Elena Salgado), se decidió abordar el proyecto de Historia Clínica Digital del SNS (HCDSNS) para dar una respuesta realista y en un plazo relativamente breve a esta necesidad y debe ser considerado como uno de los instrumentos de cohesión del Sistema Sanitario Público de España.

El principal problema de la HCE en España es la interoperabilidad. Cada comunidad autónoma tiene su propia forma de gestionar las historias clínicas, e incluso en la misma comunidad cada hospital tiene su propio sistema.

Objetivos y Acciones Sanidad

1. Profesionalizar la Gestión Sanitaria del SNS, con un sistema similar al MIR, en el que diferentes profesionales (no sólo de la rama sanitaria), puedan optar a este sistema de formación y que le podríamos denominar (GS) Gestión Sanitaria.
2. Instaurar la Historia Clínica Electrónica (HCE) o Historia Clínica Informatizada (HCI): La HCE única supone que el historial clínico de un paciente generado entre el paciente y un profesional o centro sanitario, entre a formar parte de un sistema integrado de información clínica basado en procedimientos digitales. Es un registro unificado y personal multimedia del conjunto de información referente a los procesos asistenciales del paciente. El sistema permite el almacenamiento y recuperación de la información asistencial con las garantías debidas (consentimiento, confidencialidad, seguridad, etc.).
3. Implantar un sistema heterogéneo de gestión en todo el país, para permitir la relación entre diferentes sistemas independientemente del centro o CC.AA.



4. Crear una tarjeta sanitaria única, coloquialmente la denominamos “VISA” Sanitaria. Permitiría la identificación de los pacientes en todo el territorio nacional y daría acceso a la Historia Clínica Electrónica única.

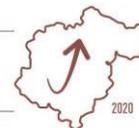
1.b.2 MEDIDAS SALUD PÚBLICA

Justificación

Winslow, la define como la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, fomentar la salud y la eficiencia física y mental mediante el esfuerzo organizativo de la comunidad.

Objetivos y acciones Sanidad Pública

1. Mejorar las condiciones de salud de las comunidades mediante la promoción de formas de vida saludable con campañas de concienciación, educación e investigación.
2. Necesidad de participación de distintos colectivos: médicos, enfermería, biólogos, veterinarios, sociólogos, trabajadores sociales, estadísticos, informáticos y otras áreas. Invertir en salud a corto y largo plazo y cuando esto no se hace hay que gastar, importantes recursos, en curar a las personas que enferman.
3. Tener presencia en todas las agendas políticas (aunque estas suelen estar enfocadas en el corto plazo), en todas las Administraciones públicas, agentes económicos y sociales. Son esenciales para la estabilidad social y sanitaria.
4. Disponer de unos organismos de salud potentes y con capacidad de liderazgo, OMS, ECDC (Centro Europeo para Prevención y Control de las Enfermedades), Ministerio de Sanidad, Instituto Carlos III, Direcciones Generales de Salud Pública de las diferentes comunidades autónomas. Sería lógico que el Instituto Carlos III que genera investigación y formación, dependiera del Ministerio de Sanidad que es quien tiene la competencia y la obligación de salvaguardar la salud de los ciudadanos.
5. Potenciar la RENAVE (Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica) y que tenga capacidad ejecutiva para obligar mediante sanciones aquellas CCAA incumplidoras.
6. Potenciar el Centro Nacional de Microbiología y que la red de laboratorios de salud pública incluya análisis en humanos (no solo de aguas y alimentos).



7. Crear una Red Nacional Centinela con la participación de todas las CCAA, con capacidad de detección y seguimientos de las enfermedades emergentes (incluidas las antro-po-zoonóticas).

La Unión Europea y España, en particular, deben planificar una red de suministros médicos, farmacéuticos y de investigación estratégicos de calidad y en cantidad acordes a nuestras necesidades y posibilidades financieras.

En Europa se debe garantizar la investigación de vacunas en calidad y cantidad suficiente para la población europea y apoyar a los países emergentes de nuestro entorno geográfico y cultural.

Los profesionales de Salud Pública deben tener formación cualificada, no ser de libre designación, y deben tener el reconocimiento profesional y económico similar a los profesionales del régimen estatutario.

Tanto a nivel provincial como autonómico y nacional se debe reforzar la plantilla de Salud Pública (vigilancia epidemiológica, prevención y promoción de salud).

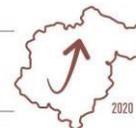
1.b.3 MEDIDAS ATENCIÓN PRIMARIA

Justificación

La Atención primaria (AP) en todos los sistemas sanitarios, es el eslabón más importante en la asistencia sanitaria de la población. Sin embargo, en España es la cenicienta del sistema.

La especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria fue creada en 1978 por el Dr. José María Segovia de Arana, quién a su vez con una gran visión sanitaria integral, fue el que divulgó a nivel nacional el sistema de formación MIR, que se había iniciado en el año 1963 en el Hospital General de Asturias.

- La Medicina de Familia es la puerta de entrada al sistema sanitario.
- Es la responsable de la prevención, tratamiento y recuperación de la población a su cargo.
- Ejerce la medicina integral al considerar al paciente un todo y no como “alguien” con una enfermedad.



- El médico de familia es el referente humano que tiene nombre y apellidos para el paciente dentro del sistema sanitario, que es cada vez más grande y despersonalizado.
- Todo ser humano desde que nace hasta su muerte, tiene siempre a su lado a un médico de Familia.

Son múltiples las dificultades por las que atraviesa la AP desde el punto de vista profesional, es frecuente tener la sensación de abandono a su suerte los centros de salud, con dotaciones escasa de recursos humanos, falta de planificación de las carreras profesionales, dificultad para la realización de educación sanitaria, para la docencia e investigación, así como para la formación continuada.

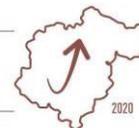
Las plantillas insuficientes, dedicadas mayormente al trabajo asistencial sufren un agravamiento de su situación laboral en el periodo vacacional, bajas por enfermedad, ausencias para formación continuada y de otro tipo. Al no poder ser sustituidos, tiene que ser otro compañero del centro de salud el que asuma esta ausencia, duplicando su tarea laboral que en el periodo vacacional que es cuando mayor carga asistencial hay en el medio rural, llega a estar totalmente desbordada.

En general hay una falta de arraigo de los profesionales hacia la población en que ejercen su asistencia sanitaria, a veces por condicionamientos familiares, otras porque los ayuntamientos no lo favorecen, por excesiva carga laboral, por el excesivo número de guardias, o por la falta de incentivos que hagan atractiva la asistencia sanitaria en centros de difícil cobertura. Tampoco hay un especial atractivo por parte de los MIR para solicitar formarse en esta especialidad.

La Asistencia pediátrica en los centros de salud, todavía es más deficitaria, ya que no se disponen de suficientes médicos Pediatras para que presten su atención de manera continuada.

El recorte presupuestario del gasto sanitario desde el año 2008, se ha sentido de manera especial en la AP, con un crecimiento inferior al de los hospitales, valores inferiores al 15% del gasto sanitario total.

El transporte sanitario está condicionado por la gran dispersión geográfica, aunque se dispone de un helicóptero medicalizado, su operatividad queda limitada al horario diurno. Sólo existen tres UVIS móviles medicalizadas para cubrir una superficie de más de 14.000 Km. cuadrados. Las ambulancias de SVB, son totalmente insuficientes y esta deficiencia se intenta suplir con ambulancias convencionales no asistenciales (con limitadas horas de operatividad), que por ley no están destinadas para este fin.



ATENCIÓN PRIMARIA EN NUESTRO MEDIO

CENTROS DE SALUD

En los centros de salud de la provincia de Teruel, el equipo de Atención primaria AP está compuesto normalmente por: médicos de Familia, médicos Pediatras (habitualmente compartidos por varios centros de salud), enfermeros, fisioterapeutas (solo en algunos de ellos) y personal administrativo. Dependen del Salud.

Hay que destacar que tiene muy poco que ver los centros de salud de los grandes núcleos urbanos con los ubicados en el medio rural.

La AP se realiza a través de ellos, desde donde se atienden los consultorios locales.

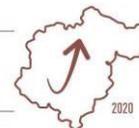
En nuestra provincia los centros de salud están aceptablemente dotados desde el punto de vista de recursos materiales, aunque la ampliación y/o sustitución del equipamiento es complicado, como también lo es el mantenimiento de la estructura, que con frecuencia depende de la “motivación y habilidad” de sus profesionales.

El personal médico y de enfermería tienen que disponer de su propio vehículo para su desplazamiento a la atención de los pacientes de otras localidades y el pago que les realizan por el kilometraje no está ajustado al coste real.

El centro de salud dispone de un vehículo a cargo de la Administración y que solo se utiliza cuando se está de guardia y se requiere de urgencia (urgencia domiciliaria, accidente de tráfico, persona encontrada en el monte, etc.). Son vehículos la mayoría muy viejos, heterogéneos, algunos obsoletos y que se adjudican con frecuencia sin tener en cuenta las condiciones orográficas o climatológicas de cada centro. No son equiparables las características que debe tener un vehículo de un centro urbano, que el que se necesita para el Maestrazgo.

La gestión del trabajo está basada en la tecnología. Los medios informáticos deberían ser de suficiente calidad y su reposición valorando su vida media (hay impresoras antiguas, que no tienen memoria suficiente para almacenar los datos de la impresión).

Problema muy importante es el de no disponer en la mayoría de los consultorios del medio rural de conexión a través de fibra óptica. Hay algunas escuelas a las que le llega la fibra óptica sin que haya posibilidad (a pesar de la insistencia) de que se conecte con el centro de salud o consultorio local, aunque en algunos de ellos pasa la fibra por la misma puerta.



CONSULTORIOS LOCALES

Dependen de los ayuntamientos, que con frecuencia tienen escasos recursos económicos y materiales para la dotación y mantenimiento de dichos consultorios. La dotación suele ser muy heterogénea y a veces insuficiente. Algunos de ellos con importantes barreras arquitectónicas, con frecuencia los pacientes son personas mayores con dificultad para la deambulación. El que los consultorios locales dependan de los ayuntamientos no parece que sea un problema, siempre y cuando estén con la dotación necesaria y se les dote de una dotación económica suficiente.

Problema muy importante es el de la conectividad, el acceso de calidad a Internet. Es muy variable, depende de la orografía, del tipo de servicio contratado y de la compañía que da el servicio. En general suele ser muy deficiente e imposibilita con cierta frecuencia la utilización del sistema informático del Salud, o el tener acceso a la visualización de pruebas complementarias (diagnóstico de imagen). Se ha llegado a situaciones en que un consultorio se quedaba sin señal de internet, cuando en unos chopos próximos crecían sus hojas.

CONECTIVIDAD

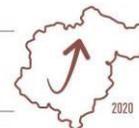
** Ver medida Mesa 6 de Transformación Digital 6.d.1 Conectividad pública para uso privado*

La Atención primaria en nuestro medio rural, implica el desplazamiento de los profesionales (médico, enfermero) de una localidad a otra, siendo necesaria su localización en todo momento.

Muchas localidades de las zonas rurales de provincia tienen una deficiente cobertura de telefonía móvil, sobre todo en el trayecto entre las localidades. En situaciones de emergencia a veces no es posible ponerse en contacto con el profesional sanitario, teniendo que ser el centro de salud quien avise al bar o algún vecino de la localidad para que localicen al sanitario. Esto en una situación de urgencia, se presta a diferentes “interpretaciones”. Recuerda la situación de los años 60-70, en que los avisos se daban a las centralitas de telefonía de la localidad.

Objetivos y acciones Atención Primaria

1. Incorporar el estudio de la Atención primaria de la salud al espacio académico de la Universidad.



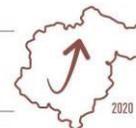
2. Incrementar el presupuesto como mínimo al 20%.
3. Desarrollar una nueva forma de organización de la Atención primaria (AP) con mayor autonomía en la petición de determinadas pruebas complementarias. Coordinación más directa con los médicos especialistas y en el seguimiento de los pacientes que han sido hospitalizados remitidos por AP. Potenciar los trabajos en red y homogeneizar los sistemas de apoyo informático. Uso de las nuevas tecnologías como apoyo asistencial.
4. Dotar los consultorios de “herramientas adecuadas para el trabajo”, ordenadores e impresoras que reúnan condiciones, así como todo el material necesario para atender cualquier tipo de urgencia: para soporte vital avanzado, material de inmovilización, equipos de perfusión, oxigenoterapia, botiquín, etc.
5. Contar con la opinión, a veces muy cualificada, de los trabajadores cuando se plantee la construcción y/o remodelación de un centro de salud.
6. En todos los consultorios, debe haber un teléfono, sin que ello suponga una carga adicional al ayuntamiento.
7. Acceso a internet de calidad (tema transversal desarrollado en mesa 6)

1.b.4 MEDIDAS ATENCIÓN ESPECIALIZADA

a. Justificación

Con la remodelación del Hospital Obispo Polanco iniciada en 1986, las consultas de los médicos especialistas, que se encontraban ubicadas en el antiguo ambulatorio, fueron trasladadas a las nuevas consultas externas proyectadas para el hospital y que habían sido previstas únicamente para atender los pacientes que precisaban seguimiento tras su tratamiento hospitalario. Lógicamente, se evidenció que eran insuficientes, por lo que se tuvo que hacer una ampliación de dicho espacio hospitalario.

La atención médica especializada que atiende fundamentalmente a los pacientes derivados desde la Atención primaria se encuentra en el área sanitaria de Teruel en una situación muy comprometida. Todos los médicos especialistas trabajan como plantilla orgánica del hospital. Las plantillas médicas son manifiestamente insuficientes, con servicios (Reumatología y otros) que tienen un solo especialista, y algunas de ellas descompensadas, pues no suelen tener cubiertas todas las plazas por falta de médicos especialistas que opten a ellas. Existe, además, una gran rotación de médicos que dificulta su estabilidad y el trabajo programado en el servicio. Todo esto, junto con el



desajuste y falta de dotación (tanto de personal como de tecnología) para la optimización de pruebas complementarias, desencadena la existencia de las conocidas listas de espera.

Listas de espera que habitualmente se refieren a listas de espera médicas y listas de espera quirúrgicas (estas últimas salen frecuentemente en los medios de comunicación sobre todo en periodos electorales). Pero consideramos que la lista de espera más importante es la lista de espera diagnóstica, que en ocasiones se demora durante meses y que genera especial preocupación en los pacientes.

El que se esté construyendo un nuevo hospital no debe dejarnos caer en la complacencia de que está resuelto el problema de la atención sanitaria. Ya que en el mejor de los casos el nuevo hospital tardará más de tres años en que esté operativo. Mientras tanto el “viejo” Obispo Polanco tiene que mantenerse con una atención sanitaria lo más eficiente que se pueda.

La falta de médicos especialistas que se pone como justificación a la dificultad para cubrir las vacantes en el hospital, tiene su origen primario en la falta de previsión dentro del Sistema Nacional de Sanidad en la formación de los diferentes médicos especialistas a través del sistema MIR. Se produce un desplazamiento de los especialistas hacia otras comunidades autónomas con mejores condiciones laborales o una concentración de los médicos especialistas en Zaragoza propiciada por la falta de “estímulos” laborales y sociales en nuestro medio que impide la fidelización.

b. Objetivos y acciones

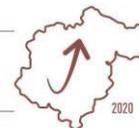
Un amplio estudio reciente, realizado por CEMS Aragón, ha estudiado las necesidades de personal facultativo del Hospital Obispo Polanco, basado en la observación y estudio de las condiciones laborales de los médicos, pormenorizado en las diferentes áreas y servicios. En base a esto, el objetivo general es:

- Aumentar plantillas, fundamentalmente en los servicios de Urgencias, traumatología, anestesia, oftalmología, etc.

1.b.5 MEDIDAS RECURSOS HUMANOS

Justificación

En los últimos años, en la provincia de Teruel, se ha evidenciado la falta de incorporación de médicos tanto a la Atención primaria como a la especializada.



Se han producido situaciones límite en las que el área sanitaria de Teruel se ha quedado sin ningún médico especialista en Reumatología ni O.R.L.

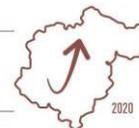
Una noticia actual informa de que únicamente se han adjudicado en la provincia de Teruel 5 de las 26 plazas ofertadas de médicos de Familia.

Tanto desde los colegios profesionales como de los sindicatos y de la sociedad civil se demanda desde hace años solución a este importante problema.

Objetivos y acciones

Se han aportado distintas soluciones, algunas muy bien desarrolladas como la propuesta por los colegios médicos de Huesca, Teruel y Zaragoza:

1. Promocionar la política de ofertas públicas de empleo y concurso de traslados, con oposiciones los años pares y concurso de traslado los impares.
2. Realizar una bolsa de empleo única y homogenización de baremos.
3. Nominar las plazas estructurales de Atención primaria. Cada plaza estaría identificada con su puesto de trabajo (RPT) y concursar a plazas nominativas de acuerdo con ese RPT y realización de OPE nominativa cada seis meses (si fuera necesario), hasta cubrir todas las plazas de difícil cobertura.
4. Fomentar los incentivos de tipo económico por dispersión geográfica y productividad variable, dependiendo de la asignación por criterios (G) similar a los que se utilizan en Atención primaria.
5. Promocionar la formación y la investigación. El médico, además de la función asistencial, tiene la obligación de ejercer la docencia y la investigación, siendo primordial la formación continuada. En los hospitales pequeños, con plantillas muy ajustadas, (máxime si se trata de especialidades con guardias de presencia física) se dedica prácticamente todo el tiempo a la asistencia y apenas para la formación ni investigación ni docencia, siendo este un factor añadido para que no sea atractivo cubrir este tipo de plazas.
6. Redefinir la cartera de servicios en cada uno de los centros, dotándola de los recursos humanos y materiales necesarios y suficientes.
7. Obligación de toma de posesión en la plaza y un tiempo mínimo de permanencia.



8. Modificar la normativa de comisiones de servicio y que estas sean empleadas sólo en situaciones extraordinarias.
9. Aquellas contrataciones que se prolonguen más de dos años, automáticamente se deberían transformar en una plaza consolidada.
10. Realizar contratos de larga duración o interinidades, siempre que se pueda. Se deben eliminar las modalidades de acúmulos de tareas, programas especiales quirúrgicos, etc. Deben desaparecer los contratos por horas, días, semanas (lo que se denominan contratos basura).
11. Flexibilizar la libranza de las guardias, sin deterioro de la calidad asistencial.
12. Flexibilizar la jornada laboral, según el tipo de organización o servicio y que sea posible el agrupamiento de las jornadas, para que sea lo menos gravosa para el profesional, encaminado a posibilitar la conciliación familiar.
13. Flexibilidad horaria sobre todo para los profesionales jóvenes con hijos pequeños, en el sentido de que, manteniendo el número de horas de su jornada, se le facilite el que no tenga que depender de terceras personas de cara a desplazamientos a colegios y guarderías. En el caso de que ambos cónyuges sean médicos, intentar la unificación laboral en el mismo centro.

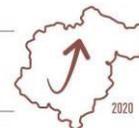
1.b.6 MEDIDAS ENFERMERÍA

Justificación

La enfermería es clave dentro de la asistencia sanitaria para garantizar la calidad en la atención al paciente y eslabón fundamental en el Sistema Nacional de Salud.

En la provincia de Teruel, hay una problemática especial que tiene que ver con la baja densidad de población, el envejecimiento y la gran dispersión geográfica, que condiciona que los recursos tanto humanos como materiales no se ajusten del todo a esta situación.

En relación con los recursos humanos: es necesario dimensionar las plantillas, que permitan realizar proyectos asistenciales de calidad, así como para la investigación, educación para la salud y formación continuada.



Acciones

1.b.6.1 *En Atención Primaria*

1. Dotar de personal fijo de enfermería los Puntos de Atención Continuada (PAC), que tienen asignados algunos Centros de Salud, en los que solo hay dotación de un médico; enfermería tiene que atender tanto al centro de salud como a la PAC alejada en ocasiones por muchos kilómetros (situación que genera con cierta frecuencia problemas la enfermería).
2. Reconocer puntuación en la baremación de bolsas de enfermería en puestos de trabajo que requieran una difícil cobertura (puntuación que sí está prevista para los médicos de Atención primaria y Pediatras).
3. Aumentar los profesionales cualificados en Atención comunitaria por las características de nuestro medio rural.
4. Incrementar la presencia de enfermería en los centros escolares.
5. Aumentar la cobertura de los equipos de prestación de Cuidados paliativos a domicilio.

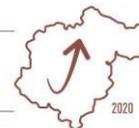
1.b.6.2 *En atención Especializada:*

1. Cumplir las ratios de enfermería recomendados por ley, en las distintas áreas y servicios de los hospitales.
2. Establecer zonas de monitorización controlada, en aquellas áreas que se necesite una vigilancia más estrecha de los pacientes (embarazadas, postquirúrgicos, cardíacos, etc.).
3. Establecer las ratios enfermera-paciente, no sólo por la gravedad.

1.b.7. MEDIDAS ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA DE TERUEL

Justificación

Fue inaugurada en 1970 y tiene la peculiaridad de que está adscrita a Universidad de Zaragoza, pero dependiente del Hospital Obispo Polanco de Teruel. Se trata de una situación anacrónica que se debe solucionar con su total incorporación a la Universidad de Zaragoza.



Las distintas promociones de enfermería que se han formado en esta escuela han alcanzado un meritorio reconocimiento profesional a nivel nacional, en especial por el elevado nivel de sus prácticas clínicas.

Durante estos cincuenta años ha cambiado su ubicación en seis ocasiones.

La Escuela ha dado ejemplo de cómo optimizar sus recursos. A pesar de ello en la actualidad tiene carencias:

1.b.7.1 Estructurales:

Las estancias de la escuela se encuentran en régimen de alquiler, alejadas del campus universitario y en menor medida del hospital.

Las aulas de docencia son de pequeña capacidad que impiden mantener la distancia de seguridad aconsejable por la pandemia.

Carece de salón de actos de suficiente capacidad, dependiendo del salón de actos del hospital.

Las salas para la realización de los talleres prácticos son de pequeñas dimensiones.

No dispone de aula de informática que se suple con la ubicada en el Centro de Salud Ensanche.

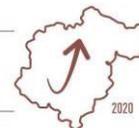
1.b.7.2 Carencias materiales:

Material muy obsoleto o anticuado, debido principalmente a la falta de disponibilidad presupuestaria del Hospital Obispo Polanco, que es el condicionante para mejorar el material de la escuela.

El material de talleres prácticos también se encuentra muy deteriorado (algunos con más de 25 años de uso, maniqués de soporte vital avanzado, soporte vital básico para curas, desfibrilador, etc.). Material al que se ha dado un uso continuo, tanto en la escuela como para cursos de formación continuada en el hospital y centros de salud de la provincia para todo el personal sanitario y ha sido un ejemplo de optimización de recursos.

Objetivos y Acciones

1. Incorporar totalmente a la Universidad de Zaragoza, pero manteniendo su ubicación en el Campus Universitario de Teruel.



2. Traspasar a una ubicación estable y en el lugar más adecuado en el nuevo Hospital de Teruel.
3. Aportar un espacio adecuado a las aulas y salas de talleres de prácticas, además de renovar el material que precisan.
4. Instalar un fácil acceso a las nuevas tecnologías.
5. Renovar el mobiliario de las aulas (sillas, pupitres, etc.).
6. Sustituir el material audiovisual.
7. Actualizar el contenido de la biblioteca, ya que es muy anticuado.
8. Renovar el material utilizado para los talleres prácticos con más de 25 años de antigüedad.

1.b.8. MEDIDAS HOSPITALES:

1.b.8.1. HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Justificación

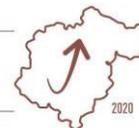
En el año 2007, se presenta el Plan Funcional del Hospital de Alcañiz, elaborado por la Escuela Andaluza de Salud Pública. Con un total de 200 camas (75 más de las que dispone en la actualidad).

Se inicia un lento camino para la determinación de su ubicación y posterior compra de terrenos.

En el año 2012 se licitó el proyecto según el modelo público-privado y similar a los proyectados en la Comunidad de Madrid, en los que una empresa construye y gestiona las instalaciones sanitarias (con dinero público). Los trabajadores sanitarios pertenecen al Sistema Público de Salud, pero no así los no sanitarios (celadores, administrativos, servicio de mantenimiento, etc.), ni los negocios que se instalen dentro (cafetería, prensa, funeraria, gestión del aparcamiento, etc.).

Dicho modelo tuvo una manifiesta contestación social, con reiteradas movilizaciones de plataformas ciudadanas.

En el año 2015, dos meses antes de las elecciones, se adjudicó el proyecto, aunque no se llegó a formalizar el contrato.



Antes de las elecciones de la comunidad autónoma de 2015 hubo un compromiso de todos los partidos de la oposición de que, si llegaban a gobernar, revocarían ese modelo de contrato.

Tras las elecciones (julio de 2015), no se firmó el anterior contrato y se volvió a licitar en el 2016 la obra con financiación pública, aunque con una notable disminución en el número de camas, que pasaron a ser de 157.

La nueva licitación volvió a ganarla la misma empresa OHL-Dragados, con una rebaja sustancial, rozando la baja temeraria.

Se colocó la primera piedra en octubre de 2017, con un plazo de ejecución de 52 meses (finalización prevista para 2021).

El inicio de las obras se retrasó por distintas motivaciones, y tras la amenaza de sanción económica, la empresa realizó el vallado del terreno enero de 2018, iniciándose el movimiento de tierras este año.

Iniciadas las obras y en fase de ejecución de la estructura, la empresa paraliza las obras, iniciando el Salud un expediente de resolución de contrato en diciembre de 2019.

1.b.8.2. HOSPITAL DE TERUEL

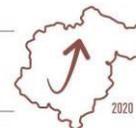
Justificación

El Hospital Obispo Polanco de Teruel, fue inaugurado en 1953, siendo uno de los primeros que se construyeron en la postguerra.

En el año 1982 se colocó la primera piedra de un nuevo hospital, pero al poco tiempo y antes de que se iniciaran las obras, se desestimó su construcción con el argumento de que una profunda remodelación interna del antiguo era mejor y más barata. Esta remodelación interna duró seis años y se hizo simultáneamente con el hospital en funcionamiento.

Si supiéramos el costo final de todas las obras realizadas (incluido el aire acondicionado que se instaló con posterioridad), seguramente quedaríamos escandalizados.

En la actualidad nos encontramos con un hospital obsoleto, con su infraestructura vieja y con una manifiesta falta de espacio (no hay posibilidad de ninguna ampliación).



En el año 2005 se anuncia un nuevo hospital con una dotación de 328 camas. A partir de esa fecha, se han producido una serie de circunstancias (contenciosos con las empresas constructoras, rescisiones de contratos, modificaciones de proyectos, enfrentamientos políticos continuos, uso electoralista, etc.). Cabe resaltar que en la colocación de la primera piedra de este nuevo hospital ha habido seis intentos fallidos.

Este nuevo hospital que los turolenses llevamos esperando desde hace 36 años, se empezó a construir en el primer trimestre de 2019 (justo antes de las elecciones autonómicas) y en la actualidad está en ejecución la estructura.

Su ubicación no es la más adecuada (es distinta al propuesto en el año 1982): está lejos de la ciudad, tiene dificultad con los accesos y se encuentra muy próximo a dos vertederos. Hasta donde se conoce del proyecto es necesaria la ampliación y remodelación de espacios y el aumento del número de boxes en urgencias que permitan aislamiento de pacientes; el espacio de algunos servicios es menor del que se dispone en la actualidad; hay que establecer circuitos independientes de sucio y limpio.

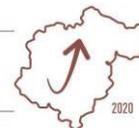
Podemos asegurar que, tras lo vivido con la pandemia por el coronavirus, el nuevo hospital precisa de un profundo replanteamiento estructural, que aún es posible realizar teniendo en cuenta que está en ejecución la estructura y que por su morfología permite ampliación de espacios que se podrían integrar como una ampliación del proyecto.

Este nuevo hospital (para el área sanitaria de Teruel) proyectado para 212 camas: 78 habitaciones dobles y 56 individuales (116 camas menos que el proyecto inicial), y paradójicamente con tres camas menos que el Hospital actual que tiene 215 camas. Supone un despropósito y manifiesto agravio comparativo. La ratio de camas de hospital en la provincia de Teruel sería de 252 camas por 100.000 habitantes, muy lejos de las recomendaciones europeas.

No se han atendido las masivas demandas de los ciudadanos ni del personal sanitario, ni de los colegios profesionales que demandaban habitaciones individuales, en condiciones similares a otros hospitales de nueva construcción, así como un servicio de radioterapia satélite: actualmente se realizan un total de 3200 desplazamientos /año de los pacientes de oncología del hospital O. Polanco a los hospitales de referencia.

Objetivos y Acciones aplicables a ambos hospitales

1. Ampliar el número de camas para cumplir con el objetivo, como mínimo por número de habitante.



2. Cumplir con las reiteradas demandas de los ciudadanos, del personal sanitario y de los colegios profesionales para que las habitaciones fueran individuales.
3. Construir una unidad satélite de radioterapia, también solicitado por ciudadanos, personal sanitario y colegios de profesionales.
4. Remodelar y ampliar espacios, aumento del número de camas, de boxes en urgencias, establecimiento de circuitos independientes sucio-limpio, etc. Dicho replanteo del proyecto original todavía es posible ya que, por su morfología, y estando en fase de ejecución de la estructura, esta ampliación/remodelación de espacios se podría integrar como una ampliación de proyecto, sin necesidad de reiniciar uno nuevo.

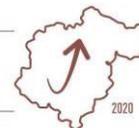
1.b.9 MEDIDAS FARMACIAS

Justificación

Las oficinas de farmacia son establecimientos sanitarios privados de interés público, sujeto a la planificación sanitaria que establezcan las CCAA en las que se deben prestar unos servicios básicos a la población.

Destacaremos dentro de sus funciones:

- Dispensación de medicamentos y productos sanitarios.
- Garantiza la atención en la “zona farmacéutica” a aquellos núcleos de población sin oficina de farmacia (botiquines).
- Información y seguimiento de los tratamientos farmacológicos de los pacientes, educando en uso racional del medicamento.
- Control de las reacciones adversas de los medicamentos (farmacovigilancia).
- Colaboración con programas de las Administraciones: calidad asistencial, atención sanitaria, prevención de la enfermedad, promoción de la salud y educación sanitaria.
- Colaboración con la docencia para formación de licenciados en farmacia.
- Participación en el programa SIGRE (Información y recogida selectiva de medicamentos)



Las oficinas de farmacia ubicadas en pequeñas poblaciones, además de cumplir un servicio público, van más allá de sus funciones ya que tienen una mayor implicación en la educación sanitaria, ejerciendo una importante labor social. En ocasiones el profesional farmacéutico es el único sanitario que permanece en la población de manera continua.

Las oficinas de farmacia del medio rural tienen las mismas obligaciones impuestas por la regulación de su actividad que las ubicadas en los grandes núcleos urbanos con la diferencia de que en las primeras es el farmacéutico (habitualmente único profesional) el que tiene que asumir todas las competencias. Los farmacéuticos del medio rural tienen gran dificultad para contratar a profesionales que les suplan en periodo de vacaciones, bajas médicas, etc. Además, se ven obligados a realizar un gran número de guardias normalmente con escasa rentabilidad.

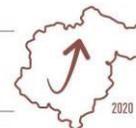
En la provincia de Teruel hay 105 farmacias de las que 42 atienden poblaciones de menos de 500 habitantes y 19 de ellas calificadas como “viabilidad económica comprometida” que no alcanzan un nivel mínimo de facturación. Al estar reconocidas a nivel estatal reciben una pequeña compensación económica que en ocasiones es insuficiente.

El cierre de una farmacia es una pérdida importante para esa población que se traduce en una merma del servicio y de la calidad de vida de sus habitantes.

Esta problemática de la provincia de Teruel es perfectamente extrapolable a la España Vacía.

La farmacia como servicio esencial ha quedado patente durante la pandemia del COVID-19.

- Garantizando el acceso a los medios de prevención/protección y tratamientos de los pacientes con las mismas condiciones de garantía de calidad (reconociendo las limitaciones por los problemas de abastecimiento que han padecido).
- Realizando una intensa labor de educación sanitaria, que han prevenido contagios y han contribuido a que no se haya producido el colapso en los consultorios y centros sanitarios.
- Han regulado la venta de medicamentos y productos sanitarios (mascarillas, guantes, geles, etc.) para evitar el acopio de este material por parte de los usuarios que habrían determinado su desabastecimiento.
- Se han puesto en marcha protocolos de entrega de medicamentos al domicilio de pacientes enfermos o dependientes, incluso de aquellos en que era necesario el desplazamiento para obtenerlos en la farmacia del hospital.



- Modificaciones en la receta electrónica para que pacientes crónicos no tuvieran que acudir a su centro de salud.
- La pandemia ha supuesto un aumento de la actividad, pero no en el nivel de ingresos porque, además, se han tenido que hacer inversiones en medidas de autoprotección y de protección del local y previsiblemente se producirá un retraso en la facturación de la medicación por parte de la comunidad autónoma. En el medio rural la mayoría de los ingresos dependen de la venta de medicamentos y los ingresos están regulados por real decreto, estando el resto de las ventas de la farmacia muy limitados por el bajo consumo de una población escasa y envejecida.

Acciones

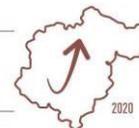
1. Proveer de acceso de calidad a las telecomunicaciones (banda ancha), de al menos 30G simétricos como servicio universal, para gestionar la receta electrónica con ADSL. En la actualidad en varios núcleos rurales con 3G en la práctica es muy complicado.
2. Compensar con apoyo económico por parte de las instituciones sanitarias de las CCAA, para evitar su desaparición (ventajas fiscales, poder acogerse a subvenciones públicas, facilidad para la vivienda/local de la farmacia, compensación, aunque sea justa por guardia realizada y por kilometraje por recorrido, para atender los botiquines, etc.).

1.b.10 MEDIDAS MUTUAS DE ACCIDENTES DE TRABAJO

Justificación

Las Mutuas de Accidentes de Trabajo de la Seguridad Social, son asociaciones de empresarios sin ánimo de lucro, que colaboran con el sistema de la Seguridad Social en la gestión de importantes prestaciones de dicho sistema: se encargan de los accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y control de la enfermedad común (en pacientes en situación de baja), y accidentes no laborales de las empresas asociadas, así como de los riesgos del embarazo para el feto. Se trata en definitiva de una fórmula de colaboración mixta público-privada.

Inspección médica se encarga del control de las altas y bajas laborales tanto por accidente de trabajo, enfermedad profesional como por accidente no laboral y enfermedad común.



El Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) es una entidad gestora de la Seguridad Social con personalidad jurídica propia, adscrita al Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, que tiene encomendada la gestión y administración de las prestaciones económicas del Sistema de la Seguridad Social.

En la provincia de Teruel hay cuatro mutuas que tienen centro asistencial propio: MAZ, Asepeyo, Fremap y Ciclops. Tienen oficina y carecen de centro asistencial fraternidad y universal. El resto tienen conciertos con médicos o con otras mutuas.

Al tratar pacientes que están asegurados habitualmente en el Sistema Público de Salud, se establece una interrelación muy directa entre los profesionales sanitarios y equipamientos de ambos sistemas.

No obstante, y con cierta frecuencia, no se produce esta cooperación que redundaría en una mayor eficiencia en el tratamiento del paciente.

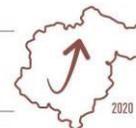
Las mutuas tienen un sistema mucho más dinámico y rápido para el diagnóstico (facilitado también por la no masificación asistencial), sobre todo en relación con las pruebas de diagnóstico de imagen, lo que agiliza el tratamiento y la recuperación del paciente hasta su alta laboral.

Un paciente que está de baja por una enfermedad común o accidente no laboral, y acude al Sistema Público de Salud que suele estar muy saturado, con elevadas listas de espera (sobre todo en diagnóstico de imagen), provoca un notable gasto de recursos económicos que será mayor cuanto más dure su situación de baja:

- Se perjudica al propio trabajador que cobra menos dinero que su salario habitual.
- Se perjudica al empresario (si el trabajador es por cuenta ajena), porque tiene que pagar las cuotas de la S.S., por un trabajador inactivo.
- Se perjudica al sistema sanitario, que tiene que correr con los gastos de la enfermedad y de su salario.

Las competencias sanitarias están transferidas a las CCAA, pero los pagos de las bajas van a la cuenta del estado a través de las mutuas.

Los médicos de las mutuas hacen el seguimiento de los pacientes, pero no dar altas. Pueden hacer propuestas al médico de Atención primaria y a la Inspección médica.



Acciones

1. Demandan una mayor coordinación con los médicos de Atención primaria y especializada de la S.S. para buscar una mayor eficacia en el tratamiento y recuperación de los pacientes.
2. Es necesario hacer un mayor control del absentismo laboral, mejorando la coordinación entre la Atención primaria, Atención especializada y las mutuas. Un aspecto importante que mejoraría la eficacia del sistema sería la incorporación de fisioterapeutas en todos los centros de salud. Personal muchas veces clave en la recuperación de los pacientes.
3. Permitir a los médicos especialistas que indiquen cuando un paciente que está siguiendo un tratamiento puede incorporarse a su puesto de trabajo.
4. Unificar o mejorar la relación entre las competencias sanitarias (que están transferidas a las CCAA) con los pagos de las bajas (que van a cuenta de la S.S.).

1.b.11. MEDIDAS INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

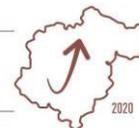
Justificación

El personal sanitario de las instituciones penitenciarias, dependen de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (Ministerio del Interior).

Esta red sanitaria de Atención primaria se encuentra aislada respecto de la red pública. El personal sanitario se ve condicionado por criterios de seguridad, presupuestarios y de orden regimental.

La Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria ha venido reivindicando en diferentes legislaturas (VIII, IX, X, XI) que los servicios sanitarios sean transferidos a las CCAA (algunas ya lo tienen como Cataluña y País Vasco) para su total integración en la red pública asistencial, con gestión tutelada por el Servicio de Salud de la comunidad autónoma correspondiente, formando parte del colectivo de Atención primaria de salud comunitaria.

Este colectivo sanitario se encuentra en una situación preocupante por el reducido número de profesionales para la atención sanitaria (285 médicos y 6 psiquiatras, ejerciendo en 2019 a nivel nacional y la dotación sanitaria del centro Penitenciario de Teruel es de dos médicos y tres enfermeros), su elevada edad (una media de 57 años) y las condiciones laborales. Además, el presupuesto de la sanidad penitenciaria se



mantiene congelado desde el año 2015. Todo ello incide en la elevada proporción de profesionales que solicitan la jubilación anticipada, y que vendría a consolidar la “fuga de batas blancas” que sufre el sistema sanitario de las prisiones españolas.

Acciones

1. Transferir la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria a la red pública asistencial de las CCAA, formando parte del colectivo de Atención primaria.
2. Aumentar el número de profesionales para que compense la “fuga de batas blancas” y baje la edad media avanzada en el sector.

1.b.12. MEDIDAS FORENSES

Justificación

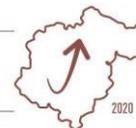
Los médicos forenses constituyen un cuerpo nacional de titulados superiores al servicio de la Administración de justicia, adscrito orgánicamente al Ministerio de Justicia. Dependerá de este ministerio o de las comunidades autónomas transferidas en materia de justicia.

Los médicos forenses son funcionarios de carrera con funciones de asistencia técnica a los juzgados, tribunales, fiscalías y oficinas de registro civil, independientemente de su dependencia orgánica de los institutos de medicina legal. Ejercerán sus funciones con plena independencia y bajo criterios estrictamente científicos.

En la provincia de Teruel hay cuatro médicos forenses: tres en la capital y uno en Alcañiz. Los médicos de la capital asumen también las competencias del juzgado de Calamocha. Dependen del Instituto de Medicina Legal de Aragón.

Acciones

1. Crear en el nuevo hospital que se está construyendo en Teruel una sala de autopsias de nivel 4 de bioseguridad. Dicha infraestructura, podría ser utilizada por profesionales de distintas CCAA, convirtiéndose en un centro piloto.



1.b.13. MEDIDAS VETERINARIOS

Justificación

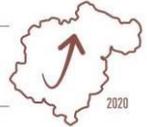
La ley 44/2003 de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, establece que corresponde a los licenciados en veterinaria el control de la higiene y de la tecnología en la producción y elaboración de alimentos de origen animal, así como la prevención y lucha contra las enfermedades animales, particularmente las zoonosis, y el desarrollo de las técnicas necesarias para evitar los riesgos que en el hombre puede producir la vida animal y sus enfermedades.

Las enfermedades zoonóticas son un grupo de enfermedades infecciosas que se transmiten de forma natural de los animales a los seres humanos. El mayor riesgo de transmisión de enfermedades zoonóticas se produce en la interfaz entre el ser humano y los animales a través de la exposición directa o indirecta a los animales; los productos derivados de estos (carne, leche, huevos, etc.) o su entorno. Las más conocidas son encefalopatía espongiforme bovina (vacas locas), ébola, gripe aviar, rabia, brucelosis, tuberculosis, carbunco, listeriosis, salmonelosis, triquinosis, leishmaniosis, SARS y su variante del COVID-19.

De aproximadamente 1400 patógenos humanos conocidos en el mundo, el 61% son zoonóticos y un 75% de las enfermedades humanas emergentes son de origen animal, al igual que el 80% de los agentes patógenos susceptibles de ser utilizados en bio-terrorismo. Todo ello tiene relación directa con las actividades de la salud pública veterinaria.

Acciones

1. Destacar la importancia del papel del veterinario en el ámbito de la salud pública, de ahí su recomendable inclusión en la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública. De esta forma se vería reforzado el Sistema Nacional de Salud en su capacidad de prevención de enfermedades infecciosas de agentes biológicos de origen animal y transmisión ambiental, además de humano a humano.
2. Incluir a los profesionales veterinarios tanto en los comités de lucha contra en el Covid-19 como en la desescalada, por su experiencia en el tratamiento y control de las pandemias de origen animal.
3. Posibilitar la utilización de los laboratorios de sanidad animal para realizar pruebas diagnósticas.



4. Tratamiento fiscal (IVA) equiparable a otros profesionales sanitarios.