

BALANCE DE LAS APORTACIONES

**INICIATIVA ARAGONESA PARA LA
SOSTENIBILIDAD Y LA EFICIENCIA DEL SISTEMA
NACIONAL DE SALUD**



El 23 de enero de 2023 se presentó el documento titulado “**Iniciativa Aragonesa para la Sostenibilidad y Eficiencia del Sistema Nacional de Salud: marco de debate**”. El acto contó con intervenciones del Presidente del Gobierno de Aragón, Javier Lambán, y de la Consejera de Sanidad, Sira Repollés, y una breve exposición del referido documento por Enrique Bernal, coordinador del grupo redactor formado en el Departamento de Sanidad.

La iniciativa aragonesa, como se ha dado a conocer públicamente, consiste en el planteamiento de cuatro pilares básicos sobre los que debería generarse un debate a nivel nacional, desde diferentes perspectivas, incluidas expresamente las Comunidades Autónomas, para abordar una reforma del Sistema Nacional de Salud que contemplase los retos sociales y sanitarios a medio y largo plazo. Los cuatro pilares o áreas estratégicas identificadas son las siguientes:

- 1) Un nuevo pacto de financiación autonómica
- 2) La incorporación y decaimiento de las prestaciones del sistema de salud
- 3) Mejorar la atención a la dependencia en las personas de alta necesidad médica y social
- 4) Una planificación de profesiones sanitarias y sociosanitarias que atienda a las necesidades de la población

Asimismo, en torno a esos cuatro pilares básicos, se plantearon una serie de propuestas más concretas que se añadían de forma sintética al final del documento.

1. Acordar un nuevo pacto en financiación autonómica que atienda a las necesidades de salud de la población y que establezca cláusulas de protección del gasto sanitario.



2. Redefinir los determinantes de gasto sanitario de forma que recojan con mayor fidelidad las necesidades de gasto de la población.
3. Actualizar los mecanismos de solidaridad interterritorial y de garantía con objeto de equilibrar las eventuales diferencias entre comunidades autónomas.
4. Debatir la creación de una agencia estatal para la evaluación de la inclusión de nuevas prestaciones en la cartera de servicios del sistema y cuyos dictámenes sean vinculantes.
5. Acordar la adopción íntegra de las recomendaciones del Comité Asesor para la Financiación de la Prestación Farmacéutica del SNS sobre la regulación y fijación del precio de los nuevos medicamentos, y de su financiación pública.
6. Abordar la atención a la dependencia de manera integral entre las áreas implicadas, con especial atención a las personas con altas necesidades médicas y sociales.
7. Coordinar la estrategia de planificación de recursos humanos para el Sistema Nacional de Salud, adecuando la oferta de estudiantes egresados de las facultades y escuelas universitarias, así como los profesionales con especialización a las necesidades reales del SNS.
8. Establecer una estrategia común a nivel nacional para la planificación y provisión de recursos sanitarios y socio sanitarios que atiendan a las necesidades de la población en las próximas décadas.

En la presentación del documento se insistió en el carácter amplio y abierto del mismo. Aquel acto pretendía ser, como así fue, el punto de partida para la reflexión conjunta y colectiva sobre el sistema sanitario público. Se marcó un periodo para el envío de aportaciones hasta el 17 de febrero, si bien se ha sido flexible y generoso con el plazo y se han considerado todas las aportaciones recibidas.



Aportaciones

En el acto de presentación de la iniciativa aragonesa, se invitó a todas las entidades, sindicatos, asociaciones de pacientes y demás organizaciones presentes en el mismo a remitir sus aportaciones y sugerencias hasta el 17 de febrero. Además, se remitió al **Consejo de Salud de Aragón**, organismo de participación de referencia para el Departamento de Sanidad, del que forman parte, entre otros, otros Departamentos de la Administración autonómica, las Diputaciones Provinciales, la Federación Aragonesa de Municipios, Comarcas y Provincias, los Grupos políticos con representación en las Cortes de Aragón, sindicatos, patronal, sociedades científicas, colegios profesionales, las Universidades (tanto la Universidad de Zaragoza como la Universidad San Jorge), asociaciones de vecinos de la Comunidad Autónoma, el Foro de Pacientes, consejos de salud de zona y las Cámaras de comercio.

Con el propósito de ampliar el ámbito de participación y facilitar que cualquier persona o entidad pudiera aportar a la iniciativa aragonesa, se remitió el documento **a todos los Consejos de Salud de Zona** de la Comunidad Autónoma. Hay que recordar en este punto que, por cada Zona Básica de Salud, que son 123 en la actualidad, hay o puede haber un consejo de salud de zona, compuesto principalmente por profesionales sanitarios del Centro de Salud, representantes institucionales del barrio o el municipio, farmacéuticos, veterinarios, miembros del consejo escolar, entidades y asociaciones de pacientes y/o consumidores con interés en el mismo, etc.

A partir del 23 de enero, progresivamente se fueron recibiendo correos electrónicos a la dirección comunicada para ello (gabinete.sanidad@aragon.es) y en total hasta 36 personas físicas o jurídicas han respondido a la invitación. Del total de 36 escritos recibidos, 32 contienen algún tipo de propuesta o sugerencia, mientras que 4 agradecen la invitación y confirman que no hacen alegaciones.



Balance cuantitativo

De total de las 32 entidades que suscriben alegaciones, las primeras 29 lo hacían dentro del plazo establecido (17 de febrero), y las 3 restantes se recibieron en la semana del 20 al 24 de febrero, si bien se han considerado igualmente.

Relación de instituciones/entidades que han respondido:

1. EL JUSTICIA DE ARAGÓN
2. CÁMARA DE CUENTAS DE ARAGÓN
3. CHA. Cortes de Aragón
4. VOX. Cortes de Aragón
5. IU (Rosa Magallón)
6. UNIVERSIDAD SAN JORGE
7. COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE TERUEL
8. COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE HUESCA
9. COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE ZARAGOZA
10. COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE ZARAGOZA
11. COLEGIO PROFESIONAL DE FISIOTERAPEUTAS DE ARAGÓN
12. COLEGIO PROFESIONAL DE TERAPETUAS OCUPACIONALES DE ARAGÓN
13. COLEGIO DE PODÓLOGOS DE ARAGÓN
14. CCOO Aragón
15. FTPS ARAGÓN (SAE y TCAE)
16. SATSE Sindicato de Enfermería
17. ASEM ARAGÓN. Asociación Aragonesa de Enfermedades Neuromusculares
18. ASAPME. Asociación Aragonesa Pro Salud Mental
19. AECC Aragón. Asociación Española Contra el Cáncer en Aragón
20. UNIÓN DE CONSUMIDORES DE ARAGÓN. UCARAGÓN
21. FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE BARRIOS DE ZARAGOZA. Comisión de Salud y Sanidad
22. CONSEJO DE SALUD DELICIAS SUR
23. AAVV ACTUR REY FERNANDO
24. FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE VECINOS DE TERUEL (Pepe Polo)
25. MOVIMIENTO DE ACCIÓN RURAL (M.A.R.) DE LAS CUENCAS MINERAS (TERUEL)

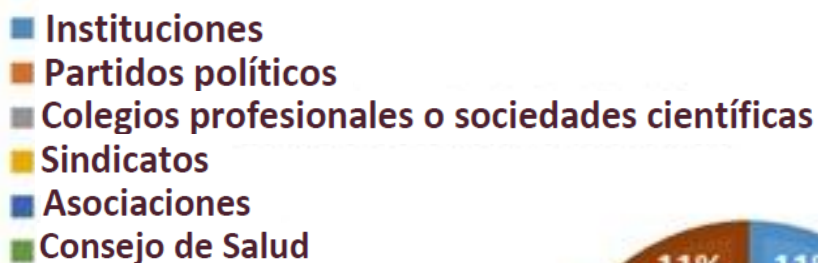


26. INMACULADA MARÍN JARA (CENTRO DE SALUD CANTAVIEJA)
27. ROSA BROTO (ADMISIÓN DEL CENTRO DE SALUD DE GRAÑÉN)
28. CADIS HUESCA. Coordinadora de Asociaciones de Personas con Discapacidad
29. SOCIEDAD CIENTÍFICA NACIONAL DE TERAPIA OCUPACIONAL
30. COMARCA DE RIBAGORZA
31. CSIF Sanidad Aragón
32. ASAFA Huesca. Sensibilidad Química Múltiple

Entidades/instituciones que responden que NO HACEN ALEGACIONES:

1. DEPTO. DE CIUDADANÍA Y DERECHOS SOCIALES
2. DIRECCIÓN GENERAL DE PRESUPUESTOS, FINANCIACIÓN Y TESORERÍA DEL DEPTO. DE HACIENDA Y ADMÓN. PÚBLICA
3. HOSPITAL GENERAL DE LA DEFENSA DE ZARAGOZA
4. COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE ZARAGOZA

BALANCE DE LAS ENTIDADES QUE HAN REMITIDO APORTACIONES





En lo que respecta al tipo de entidad, de las 32 que han remitido aportaciones:

- 4 corresponden a instituciones autonómicas, educativas o supramunicipales (EL Justicia de Aragón, la Cámara de cuentas, la Universidad de San Jorge y la comarca de Ribagorza)
- 3 surgen de partidos políticos con representación en las Cortes de Aragón: Chunta Aragonesista, Vox e Izquierda Unida.
- 8 proceden de colegios profesionales o sociedades científicas (COM de Teruel y Huesca, COE de Zaragoza, COF de Zaragoza, Fisioterapeutas, y Terapeutas Ocupacionales).
- 4 tienen origen en organizaciones sindicales (CCOO, FTPS, SATSE y CSIF)
- 10 están suscritas por asociaciones de pacientes o de vecinos (ASEM, ASAPME, AECC, UCA, FABZ, AAVV ACTUR REY FERNANDO, AAVV TERUEL, MAR, CADIS ASAFA)
- 1 corresponde a un Consejo de Salud de Zona (Delicias Sur)
- 2 están enviadas por personas a título individual por trabajadoras de Centro de Salud del territorio (CS Cantavieja y de Grañén)



Balance cualitativo

CONTENIDO DE LAS APORTACIONES RECIBIDAS

Las diferentes entidades, asociaciones e instituciones que han remitido un escrito a propósito de la invitación a participar en la Iniciativa Aragonesa lo han hecho de forma muy dispar. Los escritos recibidos no comparten una estructura similar, ni se organizan necesariamente según los epígrafes del documento original. Algunas alegaciones o propuestas son muy concretas y afectan a una página o una redacción del texto, mientras que otras comparten unos juicios de valor, opiniones, sugerencias generales, que afectan al conjunto de la Iniciativa o son transversales a la misma.

Por otro lado, hay entidades que han redactado y argumentado sus posiciones, desarrollado los conceptos incluso justificado los mismos; mientras que otras han apostado por señalar propuestas, como por ejemplo “Atención domiciliaria multidisciplinar” o “Historia Clínica Digital” que en el sector sanitario se comprenden, pero fuera de él pueden quedar descontextualizados.

Sea como fuere, con el propósito de ordenar las aportaciones para analizarlas y relacionarlas con la Iniciativa Aragonesa para la Sostenibilidad y la Eficiencia del Sistema Nacional de Salud, se han desagregado de cada escrito, las principales enmiendas al texto. En este sentido pedimos disculpas si alguna entidad no encuentra alguna de sus aportaciones, ya que se ha hecho una **tarea reflexiva e intensa de lectura, asociación y vinculación de las sugerencias** entre ellas y con el documento original.



En consecuencia, las 32 entidades que han remitido alegaciones, se han identificado un total de 98 sugerencias, que se reparten en los 4 pilares o bloques propuestos y además se crea un quinto, denominado "general", para aglutinar aquellos textos de referencia más amplia.

APORTACIONES SEGÚN BLOQUE DEL DOCUMENTO



BLOQUE GENERAL

Hay una serie de entidades que han trasladado apreciaciones de carácter general, relacionadas no sólo con la Iniciativa Aragonesa, sino con el sistema sanitario o la política sanitaria. Este es el caso de VOX, que propone la **devolución de las competencias sanitarias al Estado**, dejar de actuar "según las órdenes de la dictadura China" y la eliminación del "acceso a la sanidad de quienes violentan nuestras fronteras, saturando nuestros recursos sanitarios y perpetuando el efecto llamada". Entendemos que forma parte de su estrategia compartir estas afirmaciones, pero las mismas no se corresponden con el propósito del documento.

También se ubican en este bloque las **consideraciones generales y las opiniones** compartidas por el Colegio Oficial de Médicos de Huesca, el de Enfermería de Zaragoza que se muestran favorables al pacto, así



como otras opiniones, también de carácter general pero con un matiz crítico expuestas por Izquierda Unida, y el Movimiento de Acción Rural, que en particular se queja de que la Iniciativa no hace referencia a la atención sanitaria en el medio rural y exige un **Pacto por la Sanidad** al margen de los partidos políticos. Esta propuesta en concreto no se acaba de comprender, pues son los partidos políticos los que, desde el poder ejecutivo y legislativo, tienen la capacidad de transformar la realidad, de tal suerte que un pacto sin ellos no parece que pueda tener mucho recorrido.

En otra línea, pero similar al Pacto por la Sanidad, el Consejo de Salud de Delicias Sur, propone una **Mesa Permanente por la Atención Primaria** tanto a nivel estatal como autonómico. Además, da cuenta de una serie de reflexiones sobre la salud pública, la salud mental y la participación en salud. Inmaculada Marín, del Centro de Salud de Cantavieja, también menciona la educación para la salud y ampliación de recursos en salud mental. Todas ellas se comparten desde el Departamento de Sanidad, puesto que están en línea con los diferentes proyectos o estrategias impulsadas: Plan de Salud de Aragón 2030, Plan de Salud Mental, Estrategia de Atención Comunitaria, Plan de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023, etc.

La Asociación de Vecinas Actur Rey Fernando, además de agradecer la iniciativa, sugiere en su escrito la creación de una **Gerencia de Atención Primaria** y la promoción tanto de **los activos comunitarios como de la hospitalización a domicilio**, proyectos que ya están en marcha en la organización. Aprovecha también la entidad para solicitar un nuevo **hospital de gestión pública en la margen izquierda** de la ciudad de Zaragoza, en línea con el anuncio del Presidente del Gobierno de Aragón realizado en octubre de 2022. Remite un documento en el que se propone, entre otras, ampliar las camas disponibles en el Sector I así como garantizar que la gestión sea pública.

La remisión de documentación complementaria se repite en otras entidades, como el Justicia de Aragón, que adjunta el **Informe sobre la Sanidad en el medio rural**, y la Cámara de cuentas de Aragón con el **Informe sobre el grado de cumplimiento de los ingresos del presupuesto de la comunidad autónoma procedentes de la administración general del estado (ejercicios 2016-2020)**. Sendas instituciones agradecen la invitación a participar en el debate, así como la Iniciativa Aragonesa.



También agradece la iniciativa ASAMPE Aragón, y opina que *“la sostenibilidad se producirá cuando se establezca un equilibrio entre: las nuevas necesidades sanitarias y demandas de salud, la adaptación de la cartera de servicios proporcionada por el sistema a dichas necesidades y demandas y se garantice la financiación necesaria para su mantenimiento.”* Formula alegaciones en relación con la incorporación de los *“criterios ESG (Enviromental, social and governance)”*, así como otros determinantes que afectan al sistema, como crisis migratorias, violencia y brecha de género, crisis económica, cronicidad, salud mental... Todas son aceptadas y se consideran subsumidas en el texto.

Por último, el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Zaragoza *“observa una visión “médica” en la redacción del documento”*, y propone la sustitución de algunas expresiones. Asimismo, propone añadir las Mutualidades e INGESA en la página 6, donde se mencionan los 17 sistemas sanitarios. Se aceptan ambas apreciaciones, salvo las Mutualidades cuya gestión depende otro Ministerio y tiene un sistema de financiación distinto.

BLOQUE NUEVA FINANCIACIÓN

Sobre este bloque han sido numerosas las aportaciones de las diferentes entidades, cuyas propuestas mayoritariamente coinciden en **invertir más recursos en sanidad, y en Atención Primaria**. En concreto, Comisiones Obreras propone una financiación finalista del 7'2% al Sistema Nacional de Salud, en línea con la petición de la Universidad de San Jorge, que solicita una financiación realista con un incremento de, al menos, un 2%.

Sobre la inversión en Atención Primaria, tanto CCOO Aragón, SATSE y MAR proponen dedicar el 25% al nivel asistencial, y apostilla CCOO que el 10% de los recursos sanitarios se dediquen a Salud Pública.

La Federación de Barrios, sin embargo, propone, literalmente, *“aumentar el presupuesto sanitario público hasta el 25% como indica la OMS”*. Entendemos que es un error, puesto que actualmente el gasto sanitario en la Comunidad Autónoma representa casi un 40% del total del gasto público. Además, añade la reforma el art.135 de la Constitución



Española, para permitir el endeudamiento del Estado en hasta un 20%. Este último aspecto excede del objeto de la Iniciativa.

Respecto a estas propuestas, estamos de acuerdo en invertir recursos públicos tanto en sanidad en general, como en Atención Primaria en particular. Sin embargo, discrepamos en establecer un porcentaje o cifra finalista para cada área.

En primer lugar, respecto al carácter finalista, conviene traer a colación el proceso de descentralización sanitaria de 2002. Antes de aquel momento, la financiación de los servicios sanitarios era finalista a través del INSALUD, mientras que desde entonces la financiación sanitaria se integra dentro de la financiación general de cada Comunidad Autónoma. Este nuevo modelo de financiación autonómica introduce el principio de corresponsabilidad fiscal, esto es, las Comunidades Autónomas asumen la responsabilidad en los ingresos fiscales mediante la transferencia de impuestos tan rentables como el IRPF y el IVA. Para compensar a las comunidades con menos ingresos fiscales se constituyen dos fondos de solidaridad que redistribuyen los ingresos públicos hacia dichas comunidades. En resumen, desde hace más de 20 años la financiación de la sanidad se integra dentro de los presupuestos de las Comunidades Autónomas.

Por otro lado, las recomendaciones de la OMS deben entenderse para todo el conjunto de países, en los que naturalmente se incluyen países subdesarrollados o en vías de desarrollo que carecen de un sistema público y universal. En un entorno como el nuestro, esto es, un Estado social y de Derecho, bajo el paraguas de la Unión Europea, que se identifica y es referente por el acceso al sistema sanitario público a través de la Atención Primaria, parece razonable no tanto exigir una cifra de inversión, sino **exigir que se financie todo aquello que sea necesario**. En efecto, establecer un mínimo o máximo puede incluso producir situaciones perversas en las que dediquen recursos públicos sin un fin claro, sólo por el mero hecho de alcanzar el objetivo propuesto.

Respecto a la financiación que se distribuye desde el Estado, Chunta Aragonesista propone introducir el **término “población ajustada”**, así como solicitar la Deuda Histórica del Estado con Aragón. Estamos de acuerdo con la primera propuesta que puede vincularse con la de FTPS, en la que se refiere a un trato igualitario entre Comunidades Autónomas teniendo en cuenta **despoblación o dispersión**, si bien debemos



entender incluido también el **envejecimiento y el sobre-envejecimiento**, mientras que la segunda excede del propósito de la Iniciativa Aragonesa.

Por otro lado, son varias las instituciones o entidades (ASAPME, UCA Aragón y CSIF) que apuestan por un **modelo de gobernanza** del sistema que tenga en cuenta a profesionales y pacientes, mejore la participación de los beneficiarios, incluso haga partícipes también a los trabajadores de los costes. CHA menciona expresamente la cogobernanza entre el Estado y las comunidades autónomas. La AECC insiste en el principio de equidad.

Destaca entre las propuestas la suscrita por UCA Aragón consistente en revisar la existencia y continuidad de los **modelos de mutuas de empleados públicos**. Efectivamente, en un nuevo planteamiento del sistema sanitario público parece razonable que deba abordarse el debate a nivel nacional sobre el papel de las mutuas públicas.

BLOQUE CARTERA DE SERVICIOS Y PRESTACIONES

En este bloque, las aportaciones se han dirigido a la **revisión de la cartera de servicios**, en concreto, de las prestaciones farmacéutica, ortoprotésica, de transporte y bucodental (CCOO Aragón); a la auditoría de las prestaciones (ASEM Aragón), y a la participación tanto de usuarios/pacientes (FTPS) como de las CCAA (CHA) en el diseño de la cartera.

SATSE concreta en la **creación de una cartera de servicios propia de fisioterapia**, en la que estamos de acuerdo.

La propuesta número 7 de la USJ consiste en *“Replicar un NICE (The National Institute for Health and Care Excellence) con autoridad e informes vinculantes que evalúa las prestaciones. Hacer desinversiones. Informes vinculantes de las agencias. No hacer lo no recomendado. Disminuir la variabilidad en la práctica clínica. Centralización o coordinación estricta de las agencias de evaluación sanitaria diseminadas para hacer una priorización de las evaluaciones a realizar y un Plan Estratégico Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.”*

Desde el colegio oficial de Médicos de Teruel se propone establecer un marco de **relación con la industria farmacéutica innovadora y la**



tecnología sanitaria, mientras que el COFZ menciona la **concertación de servicios profesionales farmacéuticos** por su impacto positivo en el uso racional del medicamento, la salud pública y la atención a la dependencia.

La propuesta de una agencia nacional podría adoptar el modelo de gobernanza de NICE, pero también podría adoptar otros modelos como el de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS), la agencia australiana o la agencia sueca, por mencionar algunas. Lo importante a resaltar es que el documento propone la creación de una agencia estatal independiente que se sirva de la actividad de evaluación que se lleva a cabo por la red de agencias de evaluación creada en 2012 (RDL 16/2012) y otros actores de evaluación en España, y que, sobre todo, que sus dictámenes sean vinculantes. En todo caso, la propuesta recibida se refiere más al modelo de gobernanza y no tanto al concepto – agencia estatal independiente cuyos dictámenes sean vinculantes – de tal suerte que se considera la propuesta subsumida en la del documento original.

También se repiten las propuestas o sugerencias en torno a la **cartera de servicios única** en todo el territorio (ASEM Aragón, VOX) y la **tarjeta sanitaria única** (VOX, Federación de Vecinos de Teruel- Pepe Polo) o interoperabilidad de los sistemas de información (Universidad de San Jorge).

La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud de 2002 garantiza, entre otras, *“la prestación de los servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud en condiciones de igualdad efectiva y calidad”* (art.2a). Así mismo, en el artículo 7 y siguientes, se describe el catálogo de prestaciones, la cartera común básica, suplementaria y de servicios accesorios. Por tanto, la cartera de servicios básica ya existe y el usuario tiene derecho a ella, sin perjuicio de su lugar de residencia.

En lo que concierne a la **tarjeta sanitaria única**, el art.57 de la Ley de Cohesión establece que *“el acceso de los ciudadanos a las prestaciones de la atención sanitaria que proporciona el Sistema Nacional de Salud se facilitará a través de la tarjeta sanitaria individual”*. El mismo se concibe como un sistema de intercambio de información sobre la población protegida entre las Administraciones sanitarias, con el fin de mantener la coherencia de los datos de aseguramiento y ser fuente fiable para la gestión de las políticas de cohesión sanitaria. En este sentido, **desde 2010**



es plenamente operativa la base de datos común de TSI del SNS sobre la que trabajan todas las CCAA, que permite una gestión coordinada y eficaz de la población protegida por el SNS.

En otro orden de cosas, en este bloque se han incorporado propuestas que se refieren no tanto a la visión estratégica del sistema sanitario público, sino a **la gestión ordinaria de un servicio sanitario**. Éste es el caso de las apreciaciones de VOX en las que se pide un Plan Nacional de Salud Mental y otro de Enfermedades Raras ya existentes, véase la página web del Ministerio de Sanidad. La Universidad de San Jorge solicita la promoción del **autocuidado de los pacientes y de la atención domiciliaria**, mientras que el CO Enfermería de Zaragoza, así como CSIF coinciden en la **hospitalización domiciliaria**. En una línea similar se manifiestan Rosa Broto y ASAFA (ambos escritos firmados por Rosa Broto), en los que se solicita más formación y unidades de **atención a Síndromes de Sensibilización Central**, así como espacios libres de perfumes y ventilados.

Están de acuerdo tanto la FABZ como MAR en hablar de Atención Primaria, solicitando medidas que aporten mayor accesibilidad, como la apertura de los centros hasta las 20h, la revisión de los cupos y la salud mental comunitaria(FABZ), o bien la limitación de las consultas telefónicas, así como la internalización del transporte sanitario (sendas propuestas proceden de MAR).

Estimamos que estas propuestas corresponden, como ya se ha dicho, a cuestiones de gestión, no de estrategia, y se responden o atienden en planes autonómicos (véase entre otros, el Plan de Salud de Aragón 2030 y el Plan de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023).

Por último, en este bloque sobre prestaciones y cartera de servicios, se ubica la propuesta de ASEM sobre la **creación de un fondo de contingencias específico para prestaciones no incluidas** (gafas, salud bucodental, audífonos...) para pacientes con problemas económicos. En lo que respecta a la consideración de ampliar la obertura de la cartera de servicios y prestaciones, y de acuerdo al informe de la OMS de noviembre de 2021 titulado "¿Se puede permitir la gente pagar por la atención sanitaria? Nueva evidencia sobre la protección financiera en España", entendemos que una de las cuestiones prioritarias que debería valorar esa nueva Agencia a la que se hace referencia en el documento, sería precisamente decidir qué nuevos servicios dentales o de problemas



refractivos o auditivos deberían considerarse, a quién se les debería prestar y como deberían financiarse.

BLOQUE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

Con carácter previo al análisis de las propuestas, vistas las aportaciones remitidas y con el propósito de definir y concretar mejor el espacio de debate, consideramos más apropiado hablar de “cuidados integrados” que, de atención a la dependencia, de tal suerte que el punto 3 del índice, así como todas las menciones posteriores, quedarán como sigue: **“Mejorar los cuidados integrados en las personas de alta necesidad sanitaria y social”**.

Este cambio nos va permitir trasladar el foco del debate de la gestión de la prestación de dependencia, a la que hacen referencia CHA al proponer la aplicación de la Ley 39/2006 para evitar demoras, CCOO al solicitar la financiación del 50% por parte del Estado y ASAPME que sugiere revisar los baremos de valoración de la dependencia, hacia un planteamiento más general de cuidados integrados en el sentido de coordinación sociosanitaria.

Dicho lo anterior, el Justicia, además de remitir a informes especiales redactados por la institución, comparte con el documento “la deseable coordinación entre los servicios sociales y sanitarios”. La aspiración a la máxima u óptima coordinación entre ambos espacios se deduce de todas las demás aportaciones recibidas y tanto es así que **la apuesta general pasa por el refuerzo de profesionales en entornos sanitarios** para la atención a las personas de alta necesidad.

Así, el colegio profesional de fisioterapeutas propone incrementar los servicios de fisioterapia en Atención Primaria mediante programas de actividad física funcional, intervenciones educativas, así como la incorporación de terapeutas ocupacionales. En Atención Especializada, sugiere programas de fisioterapia precoz para pacientes hospitalizados y la atención domiciliaria. Esta última medida es compartida con SATSE, a la que se refiere como “Fisioterapia a Domicilio”.



El colegio de enfermería, por su parte, hace un alegato a las competencias profesionales de la enfermería en los cuidados, en concreto, en el paciente polimedicado, y propone una reflexión sobre el papel de la profesión: *“debemos buscar coherencia entre las responsabilidades y herramientas”* y *“dar responsabilidad al que puede actuar”*.

En lo que a cuidados se refiere, también FTPS reivindica el papel de los técnicos de cuidados auxiliares de enfermería (TCAEs). Literalmente, expresa *“tienen un papel fundamental en esta materia, actuando en el cuidado y acompañamiento de las personas; cuidado de la piel, ingesta y eliminación; control de constantes vitales; función de prevención aplicando cuidados; indicar cómo llevar a cabo cuidados a persona con alta necesidad y a sus cuidadores; movilización de pacientes”*, etc. Y sentencia *“los Tcae están suficientemente preparados para asumir nuevos retos y dispuestos siempre a seguir formándose.”*

Por otro lado, CCOO aboga por revisar el número de geriatras y gerocultores, mientras que ASEM solicita la incorporación de otros profesionales como psicólogos y trabajadores sociales.

En definitiva, prácticamente todas las propuestas en esta área o que puedan influir a este bloque pasan por mejorar la atención sociosanitaria, con mayor coordinación no sólo entre lo social y lo sanitario, sino también con las **organizaciones del sector de la discapacidad y la dependencia** (CADIS Huesca). **Apostar por equipos multidisciplinares**, impulsar el envejecimiento saludable (CCOO, SATSE, entre otros) **y el incremento de recursos generalizado** (Inmaculada Marín, CADIS).

Por último, mencionar la propuesta de VOX en este bloque sobre atención a las personas de alta necesidad sanitaria y social consistente en una **ley de cuidados paliativos**. Se recuerda al partido político proponente que Aragón cuenta desde hace más de 10 años con la Ley 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte, y que recientemente se ha aprobado la Ley Orgánica 3/2021 de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.



BLOQUE PLANIFICACIÓN DE RECURSOS

El bloque sobre planificación de recursos es, junto al de cartera de servicios, el que más aportaciones ha recibido durante el proceso, muestra sin duda del interés del conjunto de la sociedad en proyectar el sistema sanitario público en el futuro apostando por su sostenibilidad y eficiencia. Dentro de este bloque, se pueden distinguir medidas dirigidas tanto a la formación de profesionales, como a la gestión; si bien destacan por su volumen las aportaciones relativas a la Atención Primaria y a la cobertura de plazas en el medio rural.

Comenzando por aquellas sugerencias que se dirigen a la formación de profesionales, son recurrentes las que animan a la **planificación a 5 o 10 años** (USJ, COMT) y las que se refieren a la **ampliación de plazas de formación sanitaria en las universidades** (FTPS, MAR, CSIF, AAVV Actur Rey Fernando). Para ayudar a la planificación de recursos, se plantea un registro estatal de profesionales (COMT y CCOO). Por su parte la USJ propone igualar salarios en todo el territorio (al igual de FTPS) y evaluar el desempeño, así como la puesta en marcha de incentivos no económicos.

Se distinguen, en cuanto a formación y gestión de recursos humanos, aquellas propuestas imperativas o forzosas. Por un lado, se plantea por la FABZ **la obligación de los médicos residentes de rotar por el medio rural**.

Por otro, tanto la FABZ como FTPS proponen **la prestación de servicios en el sector público** durante un periodo de tiempo. Se pone encima de la mesa la obligación de un residente en medicina de, tras su periodo de formación en un Servicio Autonómico de Salud, permanecer en él "al menos en la mitad de tiempo que se invirtió en su formación" según FTPS; o "durante 10 años tras terminar la carrera de todos los médicos, igual que se hace con los pilotos militares, debido al gasto que supone para el estado su formación", según plantea FABZ. Lo cierto es que esta propuesta podría entenderse como un **compromiso con la sociedad** y debería ser objeto de debate a nivel nacional.

En otro orden de cosas, diversas aportaciones sugieren apostar por la incorporación de nuevos perfiles. El colegio de podólogos solicita la creación de la categoría profesional de **podólogo** en el sistema nacional



de salud. CSIF propone también la creación de la categoría profesional de facultativo especialista de área en **Urgencias y Emergencias**. La Sociedad Científica Nacional de Terapeutas Ocupacionales en su escrito describe las funciones y capacitaciones de la profesión de **Terapia Ocupacional** para finalmente solicitar su inclusión en el sistema. ASAPME, por su parte, anima a incorporar nuevos perfiles profesionales “como matemáticos, ingenieros, expertos en inteligencia artificial y big data, sociólogos, etc”.

Todas estas aportaciones se consideran subsumidas en el texto original por cuanto se insiste en el mismo en la necesidad de incorporar nuevos perfiles profesionales, en concreto, en la página 20 se lee: “d) el déficit de profesionales sanitarios y sociosanitarios como psicólogos, fisioterapeutas o terapeutas ocupacionales mejor equipados para atender las necesidades de nuestras sociedades.”

En términos de gestión, destaca la petición compartida de FTPS, el COM Teruel y la Universidad de San Jorge consistente en la **profesionalización de la gestión sanitaria**, que también se subsume por entenderse incluido en expresiones como “escaso profesionalismo gerencial”.

En torno a la Atención Primaria se reúnen varias propuestas consistentes en la **reorganización de funciones o competencias** (Consejo de Salud de Delicias Sur, COMT, CSIF) y con orientación comunitaria. Inmaculada Marín del Centro de Salud de Cantavieja pone en valor el papel de enfermería y TCAEs para la gestión de la demanda, mientras que SATSE apunta a la revisión de número de enfermeras, matronas y fisioterapeutas. El COEZ insiste en el papel de la enfermería en la salud (promoción y prevención) y en este sentido se plantean medidas como la ampliación de plazas de Enfermería Comunitaria (FABZ).

Rosa Broto, del Centro de Salud de Grañén, apuesta por la profesionalización del personal de admisión de los centros, pudiendo formarse mediante un FP de Administrativo Sanitario. También propone la elaboración y puesta en marcha de protocolos unificados en los Servicios de Admisión.

En lo que concierne al medio rural, se sugiere por MAR la creación de la figura de médico rural y la integración de los médicos de atención continuada dentro de los equipos de atención primaria, medida ésta que



también se suscribe por el Consejo de Salud de Delicias Sur y CSIF. Por último, cabe mencionar las sugerencias de la Comarca de Ribagorza, institución que remite las mociones y resoluciones adoptadas que afectan al sistema sanitario, entre las que destacan las relativas al transporte sanitario y la cobertura de plazas en el medio rural.

Tenemos en cuenta todas las aportaciones si bien se refieren a cuestiones de gestión sanitaria y se responden y atienden en diferentes planes y estrategias del Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón (entre otros, Plan de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023).



Conclusiones

Se han recibido un total de 32 escritos de entidades de las cuales se han identificado unas 98 propuestas al documento titulado “Iniciativa Aragonesa de sostenibilidad y Eficiencia del Sistema Nacional de Salud: Marco de Debate”. Para su toma en consideración, las propuestas se han distribuido en torno a los cuatro grandes bloques, así como un quinto sobre contenido de carácter general. Del casi un centenar de sugerencias registradas, todas han sido analizadas, comentadas y puestas en relación con otras, y con el documento.

El 90% han sido consideradas favorablemente, y el 10% restante corresponden, con carácter general, a aquellas que, o bien contravienen la normativa básica en vigor (véase la devolución de las competencias autonómicas en materia sanitaria, o bien la financiación finalista de la sanidad), o bien porque exceden del propósito del documento (se refieren a cuestiones de gestión de los servicios autonómicos de salud).

Prácticamente todas las propuestas recibidas se han incorporado al texto que pasaría a denominarse “**Iniciativa Aragonesa de Sostenibilidad y Eficiencia del Sistema Nacional de Salud: Propuestas para el debate nacional**”. La incorporación al mismo se ha llevado a cabo de dos formas, tanto implícita, motivando específicamente que las propuestas se subsumen en la redacción original, como explícita, modificando el texto y añadiendo nuevos conceptos y párrafos que, sin duda, enriquecen el resultado final. En cuanto a las incorporaciones manifiestas, se distinguen las que proporcionan un mayor ámbito de actuación (“de necesidades médicas” pasa a “necesidades asistenciales”), las que definen mejor un concepto (de “atención a la dependencia” pasamos a “cuidados integrados”), y las que ponen en valor una realidad que probablemente no estaba suficientemente representada en la redacción original. Por ejemplo, se añade “especialmente en personas con discapacidad” en uno de los párrafos dedicados a la atención a personas con altas necesidades; y también se pasa de “la incorporación de profesiones especializadas” a “la mejora de las competencias tanto



de enfermería como de TCAEs, así como la incorporación de otras profesiones especializadas”.

El resultado, en consecuencia, es un documento más amplio a la par que mejor conducido o enfocado. Cuenta con más matices que lo hacen más maduro y más preparado para ser el punto de referencia para el debate nacional que el sistema nacional de salud necesita para su sostenibilidad y eficiencia.