

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2018

Estrategias y acciones destacables

Comunidad Autónoma de Aragón



Índice

Introducción	5
Resumen	7
Población cubierta	9
1 Salud Pública	11
2 Asistencia sanitaria	13
2.1 Atención a pacientes crónicos complejos	13
2.2 Estrategias de cuidados paliativos pediátricos	15
2.3 Oncología pediátrica	16
2.4 Plan de salud mental	16
2.5 Estrategia de anticoncepción	18
2.6 Interconsulta virtual	19
2.7 Anillo radiológico	21
2.8 Gestión clínica	23
3 Derechos y garantías de los usuarios	25
4 Sistemas de información. Historia Clínica Electrónica	27
5 Profesionales	29
6 Infraestructuras sanitarias	31
Índice de tablas	33
Índice de gráficos	35
Abreviaturas, acrónimos y siglas	37
Equipo de trabajo	39

Introducción

La Ley 6/2002 de Salud de Aragón establece el *Sistema de Salud de Aragón* como el conjunto de recursos, medios organizativos y actuaciones de las Administraciones Sanitarias de la Comunidad Autónoma cuyo objetivo último es la mejora del nivel de salud, tanto individual como colectiva, su mantenimiento y recuperación a través de la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad, la atención sanitaria y la rehabilitación e integración social.

Entre sus objetivos está el de asegurar la efectividad, la eficiencia y calidad en la prestación de los servicios, y entre sus características el uso preferente de los recursos sanitarios públicos en la provisión de los servicios.

El Sistema de Salud de Aragón ha contribuido de forma esencial durante estos últimos años a soportar, aliviar y evitar que la crisis económica no haya derivado en una crisis social de gran magnitud. El que los ciudadanos tengan acceso, hasta hace poco tiempo prácticamente universal, a la sanidad pública es un logro y un derecho, pero además es un elemento de desarrollo, progreso, crecimiento, cohesión social y de protección de la salud que ha mostrado todo su valor en estos momentos.

Resumen

La Ley 6/2002 de Salud de Aragón establece el *Sistema de Salud de Aragón* como el conjunto de recursos, medios organizativos y actuaciones de las Administraciones Sanitarias de la Comunidad Autónoma cuyo objetivo último es la mejora del nivel de salud, tanto individual como colectiva, su mantenimiento y recuperación a través de la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad, la atención sanitaria y la rehabilitación e integración social.

La población con derecho a asistencia sanitaria en el sistema público de Aragón se eleva casi al millón trescientas mil personas, con un perfil de gran envejecimiento y acusada dispersión en el territorio.

En el ámbito de la Salud Pública las actuaciones previstas se configuran alrededor de la elaboración de un nuevo Plan de Salud y de las estrategias de Salud en Todas las Políticas. Destaca la colaboración con otros Departamentos y entidades en el impulso de la Promoción de la Salud y de la Estrategia de Atención Comunitaria, la elaboración de la Estrategia de Salud y Seguridad en el Trabajo y la implantación del Plan Autonómico de Control de la Cadena Alimentaria.

El cambio, ya anunciado hace tiempo, en el patrón de morbilidad, la incorporación de la tecnología y adquisición de conocimientos específicos y muy especializados exigen modificar radicalmente la oferta de servicios.

En Asistencia Sanitaria, los proyectos incorporan cambios organizativos que favorezcan una respuesta más adecuada a las necesidades de la población. Entre estos, la mejora de la continuidad asistencial, especialmente en la población con más necesidades asistenciales, donde la dispersión genera problemas de seguridad y de falta de efectividad. En ese sentido destacamos los proyectos de Paciente Crónico Complejo, el Plan de Salud Mental y el Programa de Cuidados Paliativos Pediátricos. También la Interconsulta Virtual pretende facilitar la comunicación entre profesionales y por tanto mejorar la continuidad. Otros proyectos van dirigidos a facilitar la accesibilidad de los ciudadanos a los servicios, como la Estrategia de Anticoncepción, o el proyecto de Anillo Radiológico, que ha permitido disminuir de forma importante las demoras diagnósticas.

Entre las estrategias relacionadas con participación ciudadana, tanto en su papel de paciente como de sujeto político, destaca la creación de la red de Comités de Ética, el trabajo con los Consejos de Salud de Zona, el desarrollo de la Escuela de Salud de Aragón y del proyecto de Salud Informa, y el Anteproyecto de Ley de Derechos y Garantías de los Usuarios del Sistema de Salud en Aragón.

En el ámbito de los sistemas de información, los esfuerzos se centran en el proyecto GUHARA que pretende ofrecer a los profesionales del sistema y a los pacientes una herramienta de historia clínica única del paciente, a lo largo de todos los niveles y entornos asistenciales.

En lo que respecta a gestión de profesionales, destacamos la unificación de baremos y el impulso a la estabilización de los profesionales del sistema con el desarrollo de una Oferta Pública de Empleo de 2.621 profesionales en las diferentes categorías.

Finalmente, los proyectos de infraestructuras y equipamiento más importantes desarrollados en 2017 son el arranque de la construcción del nuevo Hospital de Alcañiz, y el Plan de Renovación tecnológica, que va a permitir modernizar el equipamiento en áreas como Radioterapia, Medicina Nuclear, Radiodiagnóstico, Hemodinámica e Intervencionismo.

Población cubierta

La población con derecho a asistencia sanitaria en el sistema público de Aragón se eleva casi al millón trescientas mil personas. El envejecimiento de la población es más acusado que en otras comunidades: a 31 de diciembre de 2017, las personas con 65 años o más en Aragón suponen el 21,1%, con una tasa global de dependencia del 54,4% (50,6% en España).

El sector sanitario con mayor proporción de personas con 65 años o más es Calatayud (27,6%), seguido de Alcañiz y Teruel (23,7% y 23,4% respectivamente). En Barbastro, Zaragoza II y Huesca alrededor de un 22% de la población tenía 65 o más años. Los sectores con menos población mayor en el año 2015 fueron Zaragoza I (16,9%) y Zaragoza III (19,8%).

La proporción de la población de Aragón que tiene menos de 15 años (14,1%) no ha variado en los últimos años. El Sector con mayor porcentaje de menores de 15 años es Zaragoza I (15,9%), siendo a su vez el que menor proporción de mayores de 65 años tiene.

Tabla 1 Población por sectores y grupos de edad en la Comunidad Autónoma de Aragón, 2017				
Sector	0-14 años	15-64 años	65 años y más	Total general
Alcañiz	9.550	43.803	16.547	69.900
Barbastro	14.863	69.038	23.715	107.616
Calatayud	5.161	27.629	12.511	45.301
Huesca	14.529	69.056	23.336	106.921
Teruel	9.361	46.702	17.117	73.180
Zaragoza I	31.302	132.533	33.310	197.145
Zaragoza II	52.290	254.274	87.316	393.880
Zaragoza III	45.992	197.961	60.390	304.343
Total	183.048	840.996	274.242	1.298.286

Fuente: Base de Datos de Usuarios de Aragón (BDU) a 31 de diciembre de 2017.

La población extranjera ha ido descendiendo en Aragón desde el año 2011, manteniéndose actualmente en un porcentaje del 9,9%, de los que la mitad proceden de países de la UE28. Los países que aportan mayor volumen de inmigrantes son Rumanía y Marruecos.

En Aragón hay 673 municipios con menos de 2.000 habitantes, y más del 24% de la población con derecho a asistencia sanitaria vive en municipios de menos de 5.000 habitantes.

1 Salud Pública

A finales de 2015 se inició la elaboración del *Plan de Salud de Aragón 2017-2030* con la constitución de un grupo redactor. Durante 2016-2017 se han realizado las fases de la que consta el proceso: análisis y propuestas básicas del plan, definición de objetivos y desarrollo de las áreas prioritarias. Está previsto que el Plan de Salud de Aragón se apruebe en el segundo trimestre de 2018. Durante 2017 se ha impulsado la estrategia de Salud en todas las políticas como uno de los ejes que constituyen el futuro plan.

En el área de promoción y educación para la salud, se han mantenido los programas de salud en la Escuela con 166 centros integrados en la *Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de Salud* y manteniéndose la tendencia ascendente desde 2009. En los centros acreditados en 2017 participaron el 72,5% del profesorado, el 42,9% del personal no docente y el 87,6% del alumnado.

Por otra parte, la *Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPS)* integraba en 2017 a 75 proyectos. En sus equipos interdisciplinarios participan 701 personas, de las que el 89,6% son profesionales y el 10,6% son agentes sociales. De los 270 centros participantes en la RAPPS, el 34,4% son centros educativos, el 25,9% son servicios sociales y comunitarios, el 19,3% asociaciones y organizaciones de iniciativa social y el 18,9% son centros sanitarios.

Se mantiene la oferta de programas escolares en centros educativos de primaria, incluyendo los programas *Dientes Sanos*, la *Aventura de la Vida* y *Solsano*, con una participación de 1.899, 6.875 y 4.126 alumnos y alumnas respectivamente. En centros de secundaria se realizan los programas *Órdago*, *Retomemos*, *Cine y Salud*, *Unplugged* y *Pantallas Sanas* con la participación de 7.022, 1.107, 10.947, 1.364 y 1.532 alumnas y alumnos, respectivamente.

Como complemento al programa Cine y Salud se realiza anualmente un certamen. En 2017 se presentaron 52 trabajos audiovisuales, de los que 22 fueron seleccionados para su exhibición y editados en DVD como instrumento para el trabajo del profesorado en el aula.

En 2017 se ha impulsado la *Estrategia de Salud Comunitaria en Aragón* desde la que los Equipos de Atención Primaria (EAP) elaboran la Agenda Comunitaria, desarrollan proyectos de Atención Comunitaria y proponen la recomendación de Activos. En total fueron seleccionados 170 proyectos de atención comunitaria en los acuerdos de gestión clínica entre los 123 EAP en Aragón. De ellos, el 62,0% abordan los determinantes de salud, el 18,0% los problemas de salud y el 20,0% las transiciones vitales.

Durante 2017, mediante el trabajo colaborativo entre la Dirección General de Trabajo, el Instituto Aragonés de Seguridad y Salud Laboral, la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, la Dirección General de Salud Pública y Organizaciones Sindicales y Empresariales, se ha elaborado la *Estrategia de Seguridad y Salud en el Trabajo*, que establece como objetivos:

- Reducir la siniestralidad laboral e impulsar la calidad del sistema de prevención de riesgos laborales.
- Contribuir al fortalecimiento de la coordinación y la colaboración de las Administraciones y la interlocución social en el ámbito de la participación institucional frente a los riesgos en seguridad y salud laboral.
- Impulsar la cultura preventiva sensibilizando, promoviendo y comprometiendo a organizaciones, representación sindical, empresas, trabajadores y trabajadoras y a la sociedad en general con la seguridad y salud en el trabajo.

Se ha realizado la evaluación del *II Plan de drogodependencias y otras conductas adictivas*. El análisis valorativo de las distintas áreas (prevención, asistencia, integración social y sistemas de información) constituye la base para la elaboración del II Plan de adicciones, actualmente en curso.

Se ha constituido el grupo de trabajo para la elaboración del Calendario de vacunaciones del adulto y vacunación en grupos de riesgo y situaciones especiales. Ambas líneas de actuación constituirán, junto con el calendario de vacunaciones infantiles, la *Estrategia de Vacunación de la Comunidad Autónoma*,

homogeneizando todas las recomendaciones en el ámbito del uso de vacunas dentro de todos los sectores sanitarios del Sistema de Salud de Aragón.

Durante el año 2017 se elaboró el *Plan Autonómico de Control de la Cadena Alimentaria en Aragón*, en colaboración con los Departamentos de Desarrollo Rural y Sostenibilidad y de Ciudadanía y Derechos Sociales. En lo correspondiente al Departamento de Sanidad, el Plan recoge 15 programas. El Plan recoge la adaptación al Plan Nacional de Control Oficial de la Cadena Alimentaria actualmente en vigor.

En el año 2017, se siguió realizando la vigilancia entomológica del mosquito tigre en Aragón, cuyo resultado se recoge en el Informe de la Vigilancia Entomológica de mosquito tigre (*aedes albopictus*) en Aragón, en el que se confirma que el mosquito tigre está en plena expansión por la Comunidad Autónoma. Se ha detectado la especie en 6 nuevos municipios y en 12 se ha confirmado el establecimiento de sus poblaciones o la posibilidad de que tengan lugar importaciones continuadas.

2 Asistencia sanitaria

Los cambios en Atención Primaria se basan en conseguir una mayor resolución de la demanda, superando una organización basada exclusivamente en el “cupo” médico y de enfermería. La oferta de los equipos de atención primaria debe ser algo más que un sumatorio de cupos con una cartera de servicios común e independiente de la población que atiende o el territorio en que se ubica.

En los hospitales los cambios que se están realizando tienen que ver con:

- Unificar aquellos servicios con utilización intensiva de la tecnología como pueden ser la medicina nuclear y la oncología radioterápica o los de alta complejidad como la neurocirugía.
- Establecer una gestión de procesos protocolizados a través de unidades funcionales multidisciplinarias y que trabajan en red en todos los hospitales de Aragón: infarto, ictus, cáncer de mama, patología de la columna, endometriosis, oncología infantil.
- Implantar unidades nodriza que dan servicios en distintos hospitales y localidades: paliativos infantiles, oncología, dermatología, anatomía patológica...
- Centralizar en unidades específicas procesos muy prevalentes y de baja complejidad como cataratas, insuficiencia venosa crónica.
- Conseguir mediante el desarrollo de un anillo digital un trabajo cooperativo entre todos los servicios de radiología.

Por otra parte, en cada hospital se crean espacios “generalistas” en los que pretendemos integrar a internistas y geriatras para la atención a pacientes pluripatológicos o crónicos complejos con una oferta de servicios que incluyen, además del ingreso, el hospital de día y consultas específicas en menos de 48 horas a demanda de atención primaria. Con acceso directo de los pacientes, sin ingresar por urgencias.

En cada EAP, según sus características y competencia de los profesionales, se están implantando actividades transversales a los cupos, como son: realización de ecografías, cirugía menor, consultas monográficas para el tratamiento de problemas emocionales, deshabitación del tabaco, educación diabetológica, autocontrol de la anticoagulación, programas de promoción de salud comunitaria.

Se han creado espacios digitales de colaboración entre profesionales de atención primaria y hospitales, que superan el tradicional procedimiento de “derivación” y que han evitado el desplazamiento de los pacientes al hospital en un 23% de los casos.

Se trata, en resumen, de mejorar la continuidad asistencial superando el fraccionamiento de una oferta basada en especialidades, de garantizar la misma calidad y servicios para cualquier ciudadano independientemente de dónde viva y de conseguir la máxima eficiencia de la tecnología y de los profesionales con conocimientos muy específicos.

En estas modificaciones de la oferta asistencial adquieren un papel relevante los profesionales de enfermería, con un desarrollo profesional coordinado pero propio, a través de la implantación de consultas de enfermería en los hospitales, en casi todos los procesos y especialidades, y de pasar a ser las responsables directas de la atención a los pacientes crónicos complejos en atención primaria y de algunas de las actividades transversales que se están desarrollando en los equipos.

2.1 Atención a pacientes crónicos complejos

El 27 de junio de 2012 se aprobó en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, la Estrategia para el Abordaje a la Cronicidad (EAC). A la hora de implantar la estrategia en Aragón, el

Departamento de Sanidad se ha planteado una serie de proyectos prioritarios entre los que destaca el *Proyecto de atención al Paciente Crónico Complejo (PCC)*.

Se define paciente crónico complejo como el paciente con multimorbilidad, que presenta necesidades de salud cambiantes, que obligan a una re-evaluación continua adaptada a su estado de salud en cada momento. Se asocia a factores que contribuyen a aumentar la complejidad en el manejo de estos pacientes como son la polimedicación, la privación social o el bajo nivel socioeconómico.

Los objetivos de este Programa son:

- Orientar la organización de forma activa para identificar y dar respuesta a las necesidades de cuidados de los pacientes crónicos complejos y sus cuidadores:
 - Identificar en historia clínica digital a los pacientes crónicos complejos.
 - Comunicar al paciente los beneficios de la nueva organización asistencial.
 - Garantizar la valoración integral del paciente.
 - Establecer y priorizar las diferentes intervenciones a realizar en el tratamiento y seguimiento del paciente con la participación del mismo y/o del cuidador principal.
 - Promover la autonomía y la capacitación de pacientes y cuidadores garantizando que adquieren las competencias necesarias para el manejo de su patología y la detección precoz de descompensaciones.
- Garantizar la accesibilidad y la continuidad asistencial:
 - Establecer mecanismos en los centros de salud que garanticen a los pacientes crónicos complejos y a su familiar de referencia/cuidador la máxima accesibilidad al servicio de admisión, a su enfermera y a su médico de AP.
 - Establecer circuitos de coordinación entre AP y especializada que garanticen la continuidad de cuidados del paciente con una comunicación directa entre niveles asistenciales.
 - Definir la cartera de servicios en atención especializada, que incluya tanto atención ambulatoria (hospital de día y consulta de alta resolución) como hospitalización.
 - Definir los circuitos internos de comunicación en el hospital con otras especialidades para minimizar las estancias y traslados innecesarios de estos pacientes.
- Intervenir oportunamente en el proceso de la enfermedad y disminuir la variabilidad clínica mediante el establecimiento de normas consensuadas de actuación que permitan dar respuesta a las necesidades del paciente en cada momento.
- Mejorar los resultados de salud:
 - Mejorar la seguridad de la atención y disminuir la iatrogenia en la atención a estos pacientes.
 - Disminuir el número de pacientes con fármacos de eficacia no probada o contraindicados en este tipo de pacientes.
 - Disminuir el número de pacientes polimedicados.
 - Disminuir el número de ingresos por paciente.
 - Disminuir el número de asistencias en urgencias de los pacientes.

Para identificar a la población diana sobre la que se han centralizado las actuaciones establecidas en el proyecto, se ha realizado un proceso de clasificación de toda la población de Aragón mediante la herramienta de estratificación *Grupos de Morbilidad Ajustados (GMA)*, desarrollada dentro de los proyectos impulsados por el Ministerio de Sanidad en el marco de la EAC, teniendo en cuenta la situación de salud de los individuos y una serie de variables de ajuste (utilización de servicios sanitarios, consumo farmacéutico...). En una primera fase se seleccionó a los pacientes que estuvieran por encima del Percentil 99 (P99), ampliándose al grupo de población entre el P97 y el P99 que cumplieran una serie de requisitos clínicos.

El proceso de atención al PCC se subdivide en dos subprocesos fundamentales:

- Identificación, valoración y seguimiento (nivel de atención primaria).
- Atención a las descompensaciones (atención hospitalaria).

El proceso de atención al PCC tiene como eje la atención por parte del equipo sanitario de atención primaria (personal médico y de enfermería), responsables de la captación, valoración integral,

establecimiento del plan de intervención y seguimiento longitudinal del paciente, estando accesible en todo momento y anticipándose de forma proactiva a las necesidades de atención de este tipo de pacientes.

Para garantizar la continuidad con el nivel de atención primaria en la atención a las descompensaciones de estos pacientes, se han creado en los servicios de Medicina Interna de los hospitales generales de Aragón *Unidades de Atención a Pacientes Crónicos Complejos (UCC)* como unidades que garanticen un acceso y una transición ágil de los pacientes entre los dos niveles asistenciales. Estas unidades disponen de consultas, camas de hospitalización y hospital de día, garantizando también la coordinación con otras unidades hospitalarias si fuera necesario. El personal médico y de enfermería responsables en la UCC son los encargados de la actualización del plan de intervención tras la asistencia del paciente en el hospital y de garantizar la continuidad de cuidados al alta con el nivel de atención primaria.

2.2 Estrategias de cuidados paliativos pediátricos

El 11 de junio de 2014 es aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el documento *de Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP) en el SNS*, que enmarca los estándares de atención en cuidados paliativos para la población pediátrica. En 2016, en la Comunidad Autónoma de Aragón, se crea un grupo técnico de trabajo de Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP) que elabora un documento de recomendaciones en cuidados paliativos pediátricos donde se realiza la propuesta de atención para Aragón.

La población infantil estimada, subsidiaria de esos cuidados según los grupos ACT (Asociación para niños con situaciones que amenazan la vida o en situación de terminalidad y sus familias), está entre 1 y 1,5/1000 de la población infantil (247-371 niñas y niños aragoneses).

El objetivo es organizar la atención paliativa para los pacientes tributarios menores de 18 años de Aragón mediante la creación de una red especializada que proporcione al paciente y sus familiares una atención integral adaptada en cada momento a su situación, en cualquier nivel asistencial y en todo su proceso evolutivo, favoreciendo el domicilio como mejor lugar para los cuidados y el fallecimiento.

La red de atención en paliativos pediátricos inició su funcionamiento en septiembre de 2017. La estructura de la red implantada es la siguiente:

- *Una Unidad Central*: ubicada en el Hospital Materno-Infantil Miguel Servet de Zaragoza. Realiza la atención directa a todos los pacientes de Zaragoza y alrededores y tiene el papel de gestor de casos en los pacientes que por su lejanía no pueda atender directamente. En esos casos, se realiza la atención conjuntamente con los profesionales de referencia en el Sector (red periférica), estableciendo el plan de intervención, y dando apoyo a los profesionales que realizan la atención directa. La unidad central se ha creado, siguiendo los Estándares para Cuidados Paliativos Pediátricos en Europa y está formada por dos pediatras, dos enfermeras, un trabajador social y un psicólogo.
- *La Red Periférica*: existe un equipo multidisciplinar local en cada sector sanitario, organizados en red (pediatría y enfermería –tanto de atención primaria como de atención especializada–, médicos de familia, equipos de soporte domiciliario, así como psicólogo y trabajador social), coordinada en cada uno de los sectores, por un pediatra del hospital de referencia. En estos casos, los profesionales de la Unidad Central se desplazan para colaborar en la atención directa a los pacientes a demanda de los profesionales de la Red Periférica.

La Cartera de Servicios incluye tanto la atención a pacientes ingresados, ambulatoria y domiciliaria, elaboración del Plan de Intervención, asistencia telefónica 24 horas, acompañamiento familiar y coordinación y formación de otros profesionales.

Entre los puntos clave de la implantación destaca la formación en competencias avanzadas de los profesionales que participan en la red, la definición de un Plan de Intervención individualizado integrado

en la historia clínica electrónica y accesible a todos los profesionales implicados, la puesta en marcha de circuitos de comunicación específicos para facilitar una coordinación flexible y fluida.

Desde su puesta en marcha se han atendido un total de 43 niños en la comunidad, un 63% en Zaragoza. La mayor parte de los niños atendidos son mayores de 6 años y con enfermedades del sistema nervioso (el 49,0%), seguidas en frecuencia por los tumores (16,0%) y las malformaciones congénitas (16,0%). El 60,0% de los niños presentó más de 3 problemas de salud con un promedio de 4 problemas por niño. Los problemas más frecuentes observado en estos niños fueron los neurológicos (crisis epiléptica, cefalea, etc) y el dolor, seguidos por los problemas respiratorios, digestivos e infecciosos.

En el seguimiento de los niños un 47% han requerido asistencia en ingreso domiciliario y 13 niños han fallecido en su domicilio.

2.3 Oncología pediátrica

La baja incidencia y la necesidad de alta especialización condicionan que la atención al cáncer infantil y de la adolescencia deba limitarse a aquellos centros que garanticen experiencia suficiente (mínimo de 30 casos nuevos al año según los Estándares Europeos), equipo asistencial multidisciplinario e integración en un hospital con la cartera de servicios requerida.

En Aragón, en el año 2017 se reguló la unidad de oncohematología de atención al niño y adolescente del Hospital Universitario Miguel Servet como unidad de referencia para Aragón. Esta Unidad atiende a una media anual de 45 pacientes nuevos menores o iguales a 15 años y a una media anual de 3 adolescentes, entre 15 y 19 años, diagnosticados de tumores malignos.

Esta Unidad dispone del acceso a la Cartera de Servicios necesaria para abordar la complejidad terapéutica de este tipo de pacientes bien en la propia unidad o en las unidades con las que trabaja en coordinación para proporcionar los siguientes tratamientos:

- Cirugía: se incluye cirugía de alta especialización, con capacidad de abordaje de localizaciones complejas, dentro del contexto pediátrico.
- Quimioterapia: se dispone de personal sanitario con experiencia en manejo de personas frágiles (niños muy pequeños, neonatos).
- Radioterapia: locales que facilitan una estancia continuada con sus padres.
- Inmunoterapia: se incluye el tratamiento de efectos secundarios agudos importantes, incluyendo síntomas severos amenazantes para la vida como el síndrome de fuga capilar, reacciones alérgicas, dolor severo, etc.
- Nuevos tratamientos: acceso a ensayos clínicos de nuevos fármacos y ensayos clínicos tempranos (fase I-II).

Cuando los pacientes de estas características, que por deseo o conveniencia familiar, deciden permanecer en el hospital más cercano a su lugar de residencia, la unidad de oncohematología pediátrica colabora con la unidad asistencial en la que el paciente está siendo atendido. En este sistema de *atención compartida* el hospital local proporciona algunos aspectos de la asistencia cerca del domicilio del paciente, especialmente en cuidados de soporte y urgencias, creando redes de expertos en oncología pediátrica.

2.4 Plan de salud mental

El Departamento de Sanidad presentó en octubre de 2017 el Plan de Salud Mental 2017-2021, que marcará sus estrategias en esta área durante los próximos años. Las entidades y colectivos sociales implicados en la salud mental han participado activamente en la confección del documento, que plantea cinco líneas estratégicas:

- Actuar sobre los determinantes, autocuidado y hábitos saludables mediante acciones de promoción y prevención de la salud mental.
- Garantizar la autonomía y desarrollo de las personas con trastornos de salud mental mediante una atención de calidad, integral, con continuidad y comunitaria.
- Facilitar mediante la participación, la información y la colaboración con entidades y asociaciones, la autonomía y derechos del paciente.
- Facilitar la toma de decisiones clínicas y de gestión disponiendo de un sistema de información fiable y útil.
- Facilitar un entorno que favorezca el desarrollo, autonomía y responsabilidad de los profesionales.

Para el desarrollo y consecución de las estrategias se plantea la realización de los siguientes proyectos, que se materializarán durante los dos próximos años:

- *Abordaje del trastorno mental en atención primaria:* centrado en la prevención de la enfermedad mental mediante intervenciones educativas orientadas al aprendizaje del afrontamiento de situaciones vitales estresantes (evitando la medicalización de la vida cotidiana) en cualquiera de las etapas vitales.
- *Atención integrada a todos los problemas de salud del paciente:* tanto de salud mental como físicos.
- *Programas colaborativos entre primaria y salud mental:* se basa en el modelo de colaboración-interconsulta.
- *Programas colaborativos entre primaria y salud mental:* se basa en el modelo de colaboración-interconsulta.
- *Actuaciones de promoción y prevención en salud mental:* desarrollo de la atención comunitaria y la participación en salud en la Cartera de Servicios de Atención Primaria de Aragón.
- *Gestión de casos de trastorno mental grave en adultos:* se basa en la elaboración de un plan terapéutico individualizado.
- *Procesos de rehabilitación:* el proceso de rehabilitación dará respuesta a las necesidades de rehabilitación e inserción psicosocial y laboral del paciente, que estarán identificadas en un documento denominado Plan Personal de Recuperación (PPR).
- *Trastorno mental en fase aguda (Programa Subagudos):* el Programa se sitúa en las unidades de Media Estancia, dirigido a personas con trastorno mental grave, que ha requerido, por su situación clínica, de hospitalización de corta estancia pero que, tanto la remisión de sintomatología aguda como la adquisición o recuperación de habilidades básicas para el autocuidado y la vida diaria, precisan de una estancia más prolongada con intervenciones de alta intensidad.
- *Programa para la atención a adicciones:* la atención ambulatoria a las adicciones se debe integrar en la red de Salud Mental, manteniendo el programa de comunidad terapéutica orientada a la deshabituación e inserción social.
- *Gestión de casos de trastorno mental grave infantojuvenil:* incluye asistencia temprana, rápida, continuada e interdisciplinar tanto al paciente como a su núcleo familiar, facilitando su vinculación al proceso terapéutico y la coordinación con otros ámbitos (social, escolar, sanitario, judicial, etc.).
- *Atención temprana:* en niños de 0 a 6 años, pretende prevenir, identificar e intervenir de manera temprana sobre trastornos de su desarrollo.
- *Psicogeriatría:* la asistencia psicogeriátrica va dirigida a la atención a las personas mayores que presentan enfermedades mentales activas, así como a su entorno. Se caracteriza por ser comunitaria, global, interdisciplinar, integral, atendiendo también a las actividades preventivas, la formación y la investigación.
- *Coordinación para el traslado del paciente agitado:* con unas premisas de absoluto respeto a los derechos y a la dignidad de las personas, en las que se coordinen de manera efectiva las diferentes instancias que pueden participar (sanidad, servicios sociales, justicia y fuerzas de seguridad del estado).

- *Protocolo para la contención mecánica*: consenso de un protocolo único para su aplicación en las diferentes unidades de hospitalización de la red de salud mental en Aragón.
- *Salud mental en poblaciones específicas*: personas sin hogar, personas judicializadas y personas con discapacidad intelectual.
- *Suficiencia de recursos*: adecuación de las plantillas profesionales a las ratios establecidas, además de un aporte de recursos suficiente.
- *Espacio colaborativo para el desarrollo de procesos de trabajo compartido*: se trata de un espacio productivo de trabajo abierto, con soporte informático, basado en la comunicación, la colaboración y la coordinación donde compartir recursos para sacar adelante tratamientos, procesos y proyectos.
- *Estigma*: aborda el histórico estigma asociado a la enfermedad mental.
- *Sistema de información en salud mental*.
- *Organización de la red de salud mental*: regulación de la Unidad de Coordinación de Salud Mental, como órgano de coordinación de todos los recursos implicados en la red, tanto externos como internos.
- *Formación e investigación*.

Con la finalidad de implementar estos proyectos incluidos en el nuevo Plan de Salud Mental, se han realizado una serie de actuaciones concretas:

- Plan de adecuación y refuerzo de los recursos profesionales en las áreas más deficitarias, especialmente en salud mental infanto-juvenil, con la dotación de una nueva Unidad en Calatayud y ampliación de recursos en el Sector III de Zaragoza.
- Implantación de la Interconsulta Virtual para procesos de colaboración entre Atención Primaria y Salud Mental.
- Implantación de nuevo proceso de derivación a través de Historia Clínica Electrónica para personas que precisan de recursos para procesos rehabilitadores. Adecuación de la red de recursos rehabilitadores en salud mental en colaboración con las asociaciones, y con soporte de una aplicación informática desarrollada ad hoc.
- Reforma de la unidad de corta estancia del Hospital Universitario Miguel Servet, y apertura de otra unidad en el Hospital de la Defensa, duplicando las camas en el Sector.
- Creación de una nueva unidad para la media estancia y subagudos en el Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRP) Nuestra Señora del Pilar.
- Programa formativo para profesionales de atención primaria que permita poner en marcha consultas monográficas para el abordaje del malestar psíquico.
- Colaboración con Servicios Sociales para la adecuación de recursos para personas ingresadas en unidades de Psicogeriatría.
- Colaboración con el Fórum de Salud Mental de Aragón para el establecimiento de una línea común de lucha contra el estigma.

2.5 Estrategia de anticoncepción

En el mes de mayo del año 2016 se puso en marcha en la Comunidad Autónoma de Aragón el *Programa de Anticoncepción en Atención Primaria*, cuyo objetivo fue unificar la asistencia anticonceptiva de manera que todas las mujeres residentes en Aragón recibieran la misma atención con independencia de su lugar de residencia.

Como objetivos específicos del Programa se plantearon los siguientes:

- Garantizar una asistencia anticonceptiva de calidad y equitativa a toda la población femenina en edad fértil de Aragón.
- Definir las competencias y responsabilidades de todos los profesionales sanitarios implicados en la asistencia anticonceptiva.

- Homogenizar la ruta de acceso de las usuarias a la atención anticonceptiva.
- Establecer los criterios y circuitos de derivación entre los diferentes niveles de asistencia anticonceptiva (Atención Primaria/Atención Especializada).
- Promover la utilización de guías y protocolos.
- Establecer un plan de formación continuada.

Se establece como competencia de atención primaria (matronas y médicos de familia) el asesoramiento anticonceptivo y la prescripción y seguimiento de los métodos anticonceptivos no invasivos de la mujer sana y sin factores de riesgo asociados, incluyendo la colocación de implantes subdérmicos.

Se establece como competencia de la atención especializada la valoración de las usuarias de riesgo, la resolución de las posibles complicaciones que aparezcan durante el uso de los métodos hormonales, así como la inserción de Dispositivo Intrauterino (DIU) y la realización de ligadura de trompas u oclusión tubárica.

Se diseñó un Programa de formación específico dirigido a adquirir conocimientos y habilidades que permitieran al personal de atención primaria realizar un consejo anticonceptivo adecuado, así como el manejo de los anticonceptivos hormonales en la población femenina de bajo riesgo.

Su puesta en marcha ha supuesto el traslado a la consulta de la matrona de actividades que con anterioridad únicamente se realizaban en el nivel de atención especializada, como la colocación de implantes subdérmicos y el control y retirada de DIUs. Ello ha mejorado la accesibilidad de la población femenina a métodos anticonceptivos de forma equitativa en todo el territorio, disminuyendo la lista de espera de 16 meses de espera en algún sector a menos de 30 días. Así mismo la financiación completa por el Sistema de Salud de Aragón de métodos anticonceptivos de larga duración ha supuesto la eliminación de barreras en el acceso.

Tabla 2 Actividades programadas de anticoncepción, 2017

Prestación	Número
Consulta de matrona para consejo anticonceptivo	12.293
Colocación de Implantes en consulta de matrona	988
Retirada de Implantes en consulta de matrona	185
Revisión/retirada de DIUs en consulta de matrona	7.262
Anticoncepción de urgencia	241
Derivaciones para tratamiento hormonal en ginecología	256
Derivaciones para colocación de DIU en ginecología	172

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria.

2.6 Interconsulta virtual

En Aragón durante el año 2017 se ha implantado la *Interconsulta Virtual* en los distintos sectores sanitarios para facilitar la comunicación clínica entre profesionales sanitarios de atención primaria y hospitales.

Garantizar la continuidad asistencial a través de la colaboración clínica entre los profesionales sanitarios constituye una prioridad en todos los sistemas sanitarios complejos. El cambio en el patrón de morbilidad, con el aumento de la demanda por parte de pacientes crónicos pluripatológicos, el fraccionamiento de la oferta, al incorporar nuevos conocimientos y tecnologías y las posibilidades que ofrecen las nuevas herramientas de la información y comunicación, plantean retos y soluciones para abordar desde otra perspectiva la colaboración entre los profesionales, como condición imprescindible para mejorar la continuidad asistencial.

La actual organización de la oferta sanitaria presenta puntos críticos respecto a la continuidad de los procesos asistenciales, entre los que destaca la relación entre los profesionales de atención primaria y

especializada en los procedimientos de derivación, alta hospitalaria y seguimiento compartido de los pacientes.

La interconsulta virtual tiene como objetivo mejorar la continuidad asistencial, acortar el proceso diagnóstico, priorizar las actuaciones clínicas según la necesidad asistencial de cada paciente, evitar visitas innecesarias de los pacientes al hospital, compartir criterios clínicos comunes entre profesionales y garantizar la seguridad y confidencialidad de la información clínica.

Los especialistas de atención primaria pueden solicitar una colaboración con atención especializada vía virtual por diferentes motivos (control de patología crónica, sospechas diagnósticas...) y el especialista que recibe la colaboración en su buzón virtual debe de contestarla en un plazo máximo de una semana y atenderá la colaboración solicitada pudiendo optar por:

- Indicar su criterio sobre aspectos clínicos consultados.
- Citar al paciente para consulta presencial.
- Solicitar comunicación telefónica para contrastar información clínica o criterios.

El número de especialidades que al finalizar el año 2017 han comenzado con dicho procedimiento varía de un sector a otro siendo en global 30 especialidades las que se benefician de este sistema.

Las especialidades que tienen implantada interconsulta virtual en todos los sectores son: digestivo, endocrinología y nutrición, neumología y urología.

Los resultados (promedio mensual) en el año 2017, con una media de casi 10.000 interconsultas mensuales gestionadas por esta vía y un porcentaje de resolución (interconsultas que son resueltas por vía telemática y no requieren consulta presencial) del 22,7%.

Tabla 3 Interconsultas realizadas y porcentajes de resolución, 2017		
Especialidades	Interconsultas	Resolución (%)
Alergología	228	3,1
Cardiología	820	17,0
Cirugía General y Digestiva	726	10,7
Dermatología	106	1,9
Digestivo	895	44,9
Endocrinología y Nutrición	749	29,4
Geriatría	60	31,7
Ginecología	225	7,1
Hematología Clínica	311	42,1
Medicina Interna	80	40,0
Nefrología	168	57,1
Neumología	502	18,9
Neurología	725	27,9
Oftalmología	412	4,1
Otorrinolaringología	500	1,2
Pediatría hospital	67	14,9
Rehabilitación	384	23,7
Reumatología	449	22,3
Traumatología. y Cirugía Ortopédica	692	44,8
Unidad de Crónico Complejo	25	92,0
Unidad Musculo-esquelética	438	21,0
Urología	1.294	11,5
Total	9.856	22,7

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria.

2.7 Anillo radiológico

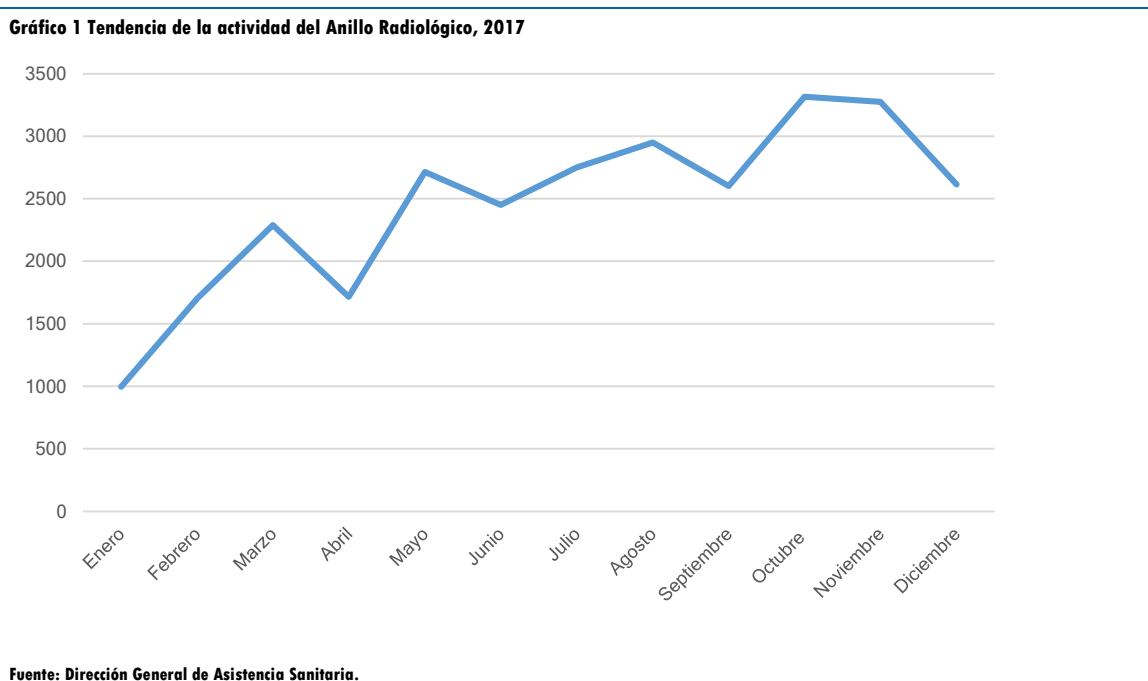
La evolución natural de los servicios de radiodiagnóstico ha llevado a la implantación y uso de sistemas digitalizados de imagen (RIS-PACS), que actualmente se utilizan en todos los Servicios de Radiodiagnóstico del Servicio Aragonés de la Salud (SALUD). La existencia de este sistema digitalizado nos permite establecer la telerradiología, y así aprovechar las capacidades y habilidades de los diferentes expertos y especialistas, independientemente de su localización, compensando asimetrías o carencias en las diferentes unidades. A esta interconexión de diferentes unidades radiológicas es lo que se denomina Anillo Radiológico (AR).

El AR no tiene entidad estructural propia y depende de la Dirección General de Asistencia Sanitaria. Inicialmente abarca las modalidades de Tomografía Computarizada (TC), Resonancia Magnética (RM), ecografía, radiografía convencional y mamografía. Se incluyen preferentemente estudios poco complejos y que no precisen contraste, excluyendo los procedimientos invasivos. Inicialmente atiende radiología programada, con un tiempo de respuesta inferior a 4 días.

El alcance del proceso es parcial, incluyendo únicamente el informado de los estudios. El resto del proceso radiológico: las citas, la recepción de los pacientes, la realización de las pruebas y el archivo y

almacenamiento de los estudios, es realizado por los servicios de radiodiagnóstico de referencia de los pacientes.

La coordinación del AR gestiona el informado de las exploraciones que los servicios no puedan asumir en horario convencional. La adjudicación de los listados de trabajo para el anillo se acuerda de forma periódica, según sus competencias y su centro de origen. Preferentemente se informan las exploraciones por los radiólogos del mismo centro de procedencia del paciente. Se pueden realizar interconsultas radiológicas entre cualquier radiólogo de la red, incluyendo la realización de informes de segunda opinión.



Como consecuencia de la actividad del Anillo Radiológico, han disminuido las demoras diagnósticas alrededor de un 50%.

Tabla 4 Demoras prospectivas en radiodiagnóstico, 2016 y 2017

Procedimiento	Demora 2016	Demora 2017	Variación (%)
Ecografías	107,5	48,2	55,2
TAC	38,5	19,8	48,6
RM	147,1	69,8	52,5

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria.

2.8 Gestión clínica

La apuesta por la gestión clínica en nuestros servicios sanitarios parte de la necesidad de priorizar las decisiones clínicas para garantizar la pertinencia de la oferta (entendida como oferta que añade valor y que se corresponde con las necesidades de pacientes y ciudadanos), además de la calidad, seguridad, y efectividad de los servicios.

En este sentido quizás la mayor innovación que se ha incorporado en estos años, aunque no suficientemente todavía, es acordar con las unidades, equipos y servicios una metodología basada en la información clínica y que permite priorizar proyectos clínicos, adecuar la oferta de servicios, la formación y la investigación a los objetivos de estos proyectos y establecer un sistema para evaluar lo conseguido.

La estrategia que se ha adoptado ha sido considerar a las unidades clínicas, tanto en los hospitales como en atención primaria, como el núcleo de la organización, ya que de su práctica clínica depende casi en exclusividad la efectividad y la eficiencia de los servicios sanitarios. Considerar a las direcciones médicas y de enfermería como unidades transversales responsables del liderazgo y el gobierno clínico de los centros, que deben garantizar la continuidad de la asistencia, el desarrollo profesional y la ejecución y evaluación de los proyectos clínicos de las unidades. Y asignar a las gerencias la responsabilidad de crear un entorno de recursos humanos y técnicos que faciliten la práctica clínica. Se trata de ir desarrollando una organización horizontal, profesional.

Los Contratos Programa (CP) reflejan esta estrategia. Su contenido responde a un acuerdo individual con cada uno de los centros y sectores en el que se compaginan las estrategias y prioridades del Departamento de Sanidad con las necesidades, proyectos y aspiraciones de cada uno de ellos.

Bajo estos principios se organizan y jerarquizan los contenidos del CP:

- Información relevante para el análisis: sobre casuística que se atiende, actividad asistencial, utilización de recursos y resultados en salud.
- Objetivos estratégicos: principales objetivos estratégicos del Departamento y los indicadores y acciones propuestos para alcanzar los mismos:
 - Objetivos derivados de estrategias de salud.
 - Objetivos de atención a tiempo.
 - Objetivos en relación con la gestión de incapacidad temporal.
 - Objetivos de funcionamiento global del centro y actividad.
- Análisis de situación y objetivos seleccionados: Enumeración de los puntos más críticos y relevantes identificados, seleccionándose aquellos de los que se derivan proyectos propios del centro/sector.
- Proyectos asistenciales: se describen el título del proyecto, los indicadores y los estándares relacionados con los objetivos del mismo.
- Ordenación de la oferta: nuevas incorporaciones, modificaciones y adaptaciones en la cartera de servicios o en el mapa de unidades clínicas.
- Organización profesional: comisiones clínicas y grupos de trabajo existentes en el centro/sector o de nueva creación, como método de trabajo para el desarrollo de proyectos asistenciales y evaluación de resultados.
- Formación e investigación: programa de formación continuada, formación especializada y proyectos de investigación a desarrollar.
- Presupuesto y productividad: presupuesto de gasto autorizado en los capítulos I, II y IV y la bolsa de productividad asignada.
- Criterios de evaluación.

Se han formalizado anualmente los siguientes contratos programa entre el Departamento y las Direcciones Asistenciales y Gerencias del Servicio Aragonés de Salud: 8 contratos con las Gerencias de

Hospitales de Sector; 8 contratos con las Gerencias de Atención Primaria; 1 contrato con la Gerencia del 061; 3 contratos con los Centros de Rehabilitación Psicosocial; 2 contratos con los Centros de Atención Sociosanitaria.

Los Acuerdos de Gestión Clínica (AGC) enmarcan la relación de las Unidades Clínicas que son las responsables de realizar gestión clínica, entendiendo esta como el conjunto de procesos y decisiones clínicas que se producen en la relación entre profesionales y pacientes, y tienen como objeto mejorar la efectividad, la calidad y la satisfacción de los usuarios.

El acuerdo de gestión clínica recoge de forma organizada y coherente todas las decisiones y actuaciones clínicas que establecen la Unidad y la Dirección.

Se han formalizado anualmente los acuerdos de gestión con cada una de las unidades clínicas del Servicio Aragonés de Salud: 123 equipos de Atención Primaria y 320 unidades clínicas de Atención Especializada.

Durante 2017 se incluyeron 1.593 proyectos de gestión clínica en los acuerdos del Servicio Aragonés de Salud. El 52,0% de los proyectos fueron de ámbito de atención especializada, el 44,9% correspondieron a equipos de atención primaria y el 3,0% del ámbito de la salud mental. La Gerencia del 061 presentó 6 proyectos.

En el diseño y puesta en marcha de los proyectos participaron 5.500 profesionales. La mayoría de ellos son profesionales de medicina (49,5%) o de enfermería (31,0%). Otros participantes destacados fueron el personal administrativo (4,3%), técnicos de cuidados auxiliares de enfermería (3,3%), matronas (2,0%) y farmacéuticos (1,5%).

Tabla 5 Número de proyectos de Gestión Clínica, 2017

Sector	Primaria	Especializada	Salud Mental	Total
Alcañiz	91	57	3	151
Barbastro	82	69	4	155
Calatayud	60	18	-	78
Huesca	63	109	13	185
Teruel	65	65	4	134
Zaragoza I	96	79	8	183
Zaragoza II	89	286	9	384
Zaragoza II	170	146	7	323
Total	716	829	48	1.593
Porcentaje	44,9%	52,0%	3,0%	

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria.

3 Derechos y garantías de los usuarios

El Departamento de Sanidad cuenta con una Dirección General con competencias en reconocimiento y desarrollo de los derechos de las personas usuarias del sistema de Salud, así como de información, formación y participación con la ciudadanía.

- Bioética
 - La Ley 10/2011, de 24 de marzo, creó el Comité de Bioética de Aragón y reguló la acreditación de los Comités de Ética Asistencial.
 - La Orden SAN/1110/2017 establece la Red de Comités de Ética Sanitaria de Aragón: como instrumento de coordinación de los Comités y de promoción de la bioética.
 - . Se organizan Simposios de Ética Asistencial, de los que este año se realizó la cuarta edición, centrado en los aspectos éticos de la coordinación entre niveles asistenciales.
- Consejos de Salud de Zona

La participación social contribuye a una mayor corresponsabilidad, enriquece las decisiones públicas y posibilita una administración cercana a las necesidades y a las demandas ciudadanas. Los Consejos de Salud de sirven de instrumento a esa importante finalidad, estando constituidos en la actualidad más de cien. A lo largo de 2017 se ha preparado un modelo de reglamento de funcionamiento interno de tal manera que pueda servir de referencia a su actuación y toma de decisiones como órganos colegiados.
- Información para las personas usuarias y pacientes

Salud Informa facilita la gestión y consulta de las citas de atención primaria y especializada, la realización de trámites relacionados con la tarjeta sanitaria, la consulta de datos del centro de salud y centros donde recibir atención sanitaria urgente, la tramitación de las voluntades anticipadas, y el ejercicio de los derechos como usuario.

En el año 2017 se registraron 2.086.348 sesiones en la web, 36.171 ciudadanos se descargaron la App de SaludInforma, y se gestionaron un total de 1.589.073 citas de atención primaria. Se incorporó el acceso a la receta electrónica con el tratamiento médico actual y al de los seis meses previos, y la solicitud de anulación o modificación de las citas de atención especializada. Además, se inició el acceso a la historia clínica del usuario
- Escuela de Salud de Aragón

Uno de los pilares básicos del Sistema de Salud es el empoderamiento de los usuarios del sistema mediante la información de calidad, la formación de pacientes expertos, la transmisión del conocimiento y la participación en la toma de decisiones.

Las escuelas de pacientes y de salud se han mostrado como instrumentos eficaces para mejorar la autonomía de los pacientes, la toma de decisiones en sus cuidados y, por tanto, el control de su enfermedad reconociendo el valor de la formación, la información y la experiencia de pacientes y cuidadores.

A lo largo de 2017 se dotó a la Escuela de Salud de Aragón de un marco normativo en el que integrar sus actuaciones. Se ha profundizado en la denominada alfabetización en salud, incluyendo en su sede virtual un programa completo sobre información y formación en derechos y deberes de las personas usuarias.

En 2017 se puso en marcha el programa paciente experto, siendo esta la metodología de trabajo más reconocida en formación y alfabetización de pacientes. La Escuela de Salud de Aragón busca la integración en red con otras escuelas de pacientes repartidas por el conjunto del estado español.

- **Anteproyecto de Ley de Derechos y Deberes de los Usuarios del Sistema de Salud**
Las demandas expresadas por los ciudadanos en relación con el sistema sanitario se concretan en una atención segura y de calidad, en la que estén presentes los valores de cada persona, su dignidad y su autonomía para tomar decisiones informadas.
Por ello, se ha impulsado un Anteproyecto de Ley con el ánimo de unificar los derechos y deberes ya reconocidos, así como responder a nuevas demandas sociales. Se trata de dar respuesta a los avances en materia de reconocimiento de los derechos y sus obligaciones, en su condición de personas usuarias, y a la vez, comprometidas con el sistema y su sostenibilidad.
El nuevo texto, contribuirá a reforzar los derechos a la vez que se desarrolla el sistema de garantías para reforzar la autonomía del paciente y su protección. Se mejorará la información a disposición del usuario y la accesibilidad a los servicios y producirá, efectos positivos en términos de impacto social, tanto en las personas en situaciones especiales, como sobre el conjunto de la población. En diciembre de 2017 fue presentado el anteproyecto al Consejo de Salud de Aragón y tomó conocimiento del mismo el Consejo de Gobierno de Aragón, permitiendo que los procesos participativos, de información y audiencia pública se inicien en enero de 2018.

4 Sistemas de información. Historia Clínica Electrónica

Los sistemas de información sanitaria en Aragón se caracterizaban por haberse desarrollado en entornos específicos, con aplicaciones diseñadas para responder a necesidades concretas de los servicios y unidades clínicas, configurando una información fragmentada, centrada en los episodios asistenciales y en las necesidades de la organización, y en definitiva poco útil para desarrollar una atención integral en un entorno de continuidad asistencial.

En ese contexto en 2016 se lanzó el proyecto Gestor Unificado Historia Clínica Electrónica para Aragón (GUHARA), que pretende desarrollar una Historia Clínica Electrónica única, centrada en el paciente y común para los diferentes niveles y entornos asistenciales.

Dentro de este proyecto, en el año 2017 se comenzó la implantación de la Estación Clínica de Consultas Externas en el Hospital de Alcañiz, previéndose la extensión del mismo a todo el ámbito ambulatorio de especializada en 2018.

5 Profesionales

- *Sistema unificado de baremos:*

En 2017 se aprobó por unanimidad en la Mesa Sectorial de Sanidad el sistema unificado de baremos, que se comenzará a aplicar en 2018. El modelo unificado de baremos es de aplicación en los siguientes procesos de selección de personal: jefaturas asistenciales; promoción interna temporal o definitiva; ofertas de empleo público; traslados; bolsa de empleo temporal.

Durante 2018 se negociará, con las Organizaciones Sindicales, la incorporación al modelo del procedimiento de acoplamiento interno, así como el sistema de valoración de niveles de la carrera profesional.

- *Expediente electrónico del empleado del Servicio Aragonés de Salud:*

Está en diseño el denominado expediente electrónico del empleado. Se trata de una herramienta electrónica en la que cualquier empleado del SALUD o candidato a serlo (integrantes de la bolsa de empleo) grabará todos los méritos profesionales que posea y que puedan ser susceptibles, en algún momento, de ser valorados.

El objetivo es triple: de una parte, evitar la reiterada aportación de méritos, por parte de los interesados, cada vez que se participa en algún procedimiento de valoración; de otra parte, automatizar los procedimientos de valoración, descargando de trabajo a tribunales y comisiones de valoración y unificando criterios de valoración; finalmente, incorporar los expedientes de personal al ámbito de la Administración electrónica lo antes posible.

- *Ofertas de empleo público:*

A lo largo de 2018 se están llevando a cabo diferentes exámenes relacionados con las ofertas de empleo público de las categorías de personal del Servicio Aragonés de Salud. Se trata de convocatorias de ofertas de empleo pendientes (2015, 2016 y 2017) pero, sobre todo, de las dos ofertas de consolidación de plazas aprobadas en 2017 (1.483 plazas en septiembre y 1.138 en diciembre). Esta oferta de empleo permitirá estabilizar de forma importante la plantilla reduciendo el porcentaje de interinidad.

- *Traslados:*

Se están tramitando todos los concursos de traslados de personal que sean precisos para, cumpliendo la exigencia de lo acordado con las Organizaciones sindicales (tramitar sucesivamente ofertas de empleo público y concursos de traslado de cada categoría) pueda cumplirse con el requisito de que haya un concurso de traslados cada dos años y una oferta de empleo público también cada dos años.

Se ha acordado con los representantes de las organizaciones sindicales, la realización anual de concurso de traslados de médicos de familia, con convocatoria cada mes de abril y toma de posesión a partir de la segunda quincena de septiembre. Este modelo (convocatoria de traslados anual) se pretende extender, paulatinamente, al resto de las categorías profesionales del SALUD.

6 Infraestructuras sanitarias

En el año 2016 se elaboró y aprobó el *Plan de Renovación Tecnológica de los Centros Sanitarios* dependiente del Servicio Aragonés de Salud, con un horizonte temporal hasta fin de legislatura, en el año 2019. Este Plan tenía por objeto cubrir los déficits tecnológicos de las infraestructuras sanitarias como consecuencia del bajo nivel de inversión llevado a cabo en los años anteriores, en los que apenas se adquirieron equipos, no alcanzando los ratios de sustitución necesarios para mantener un grado de obsolescencia técnica aceptable. Durante el periodo 2012-2015, las inversiones en equipamiento no alcanzaron los 19 millones de euros, siete de ellos concentrados en el último ejercicio:

El referido Plan 2016-2019, se revisa en mayo de 2017 como consecuencia del acuerdo firmado con la Fundación “Amancio Ortega Gaona”, gracias al cual se obtiene una financiación adicional de 10 millones de euros para la adquisición de equipamiento orientado al diagnóstico y tratamiento del cáncer.

El Plan cubre las necesidades en equipamiento de alta y media tecnología de los centros sanitarios de las tres provincias aragonesas y de todos los sectores sanitarios, incorporándose asimismo la ecografía en el ámbito de la Atención Primaria. Durante el ejercicio 2017 se han adquirido centralizadamente e instalado equipos por valor de 19,5 millones de euros.

Tabla 6 Adquisición de equipamiento de alta y media tecnología, 2017

Equipamiento	Número
Respiradores UCI	48
Ecógrafos	53
Ecocardiógrafos	8
Mamógrafos digitales	15
Aceleradores lineales de electrones	3
PET-TAC	1
SPECT-TAC	1
Mesas de anestesia	45
Resonancias magnéticas	3
Salas de hemodinámica	2
Salas de radiología vascular intervencionista	2
TAC	9
Telemandos	8
Salas de radiología digital	17

Fuente: Servicio Aragonés de Salud.

Además se han ejecutado descentralizadamente a través de los centros gestores, inversiones en equipamiento por valor de 12,6 millones de euros, 9 de los cuáles se han destinado a adquisición de tecnología sanitaria.

Por otro lado, en el ámbito de las obras, destaca la licitación y el inicio de los trabajos en el Hospital de Alcañiz y el avance en el proceso de licitación del Hospital de Teruel, que se prevé para el primer semestre de 2018. Destacamos también obras de reforma del Hospital Universitario Miguel Servet para ampliar la Unidad de Psiquiatría, y en el CRP Nuestra Señora del Pilar se ha reformado uno de sus pabellones para albergar una Unidad de Media Estancia.

En el ámbito de la Atención Primaria destacamos los nuevos centros de salud de Los Olivos (Huesca), Binéfar, Illueca y Mosqueruela, así como reformas en otros centros.

Actuaciones	Presupuesto en euros
Nuevo Hospital de Alcañiz	57.477.931
Unidad Psiquiatría Hospital Miguel Servet	1.876.541
Reforma CRP Nuestra Señora del Pilar	3.491.597
Centro de Salud Los Olivos (Huesca)	2.661.989
Centro de Salud Binéfar	2.731.349
Centro de Salud Illueca	2.106.661
Centro de Salud Mosqueruela	769.885

Fuente: Servicio Aragonés de Salud.

Índice de tablas

Tabla 1 Población por sectores y grupos de edad en la Comunidad Autónoma de Aragón, 2017	9
Tabla 2 Actividades programadas de anticoncepción, 2017	19
Tabla 3 Interconsultas realizadas y porcentajes de resolución, 2017	21
Tabla 4 Demoras prospectivas en radiodiagnóstico, 2017	22
Tabla 5 Número de proyectos de Gestión Clínica, 2017	24
Tabla 6 Adquisición de equipamiento de alta y media tecnología, 2017	31
Tabla 7 Inversiones más destacadas en obras, 2017	32

Índice de gráficos

Gráfico 1 Tendencia de la actividad del Anillo Radiológico, 2017

22

Abreviaturas, acrónimos y siglas

A

ACT	Association for Children with life Threatening conditions and their families
AGC	Acuerdos de Gestión Clínica
AP	Atención Primaria
AR	Anillo Radiológico

B

BDU	Base de Datos de Usuario
-----	--------------------------

C

CP	Contrato Programa
CPP	Centro de Rehabilitación Psicosocial
CRP	Centro de Rehabilitación Psicosocial
CS	Centro de Salud

D

DIU	Dispositivo Intrauterino
-----	--------------------------

E

EAC	Estrategia de Abordaje de la Cronicidad
EAP	Equipo de Atención Primaria

G

GMA	Grupos de Morbilidad Ajustada
GUHARA	Gestor Unificado Historia Clínica Electrónica para Aragón

P

P99	Percentil 99
-----	--------------

PACS	Picture Archiving and Communications System
PCC	Paciente Crónico Complejo
PET/TAC	Tomografía por Emisión de Positrones/Tomografía Computerizada
PPC	Plan Personal de Recuperación

R

RAPPS	Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud
RIS	Sistema de Información Radiológica (basado en web)
RIS-PACS	Sistema de almacenamiento y distribución digital de imagen radiológica
RM	Resonancia Magnética

S

SALUD	Servicio Aragonés de la Salud
SPECT	Tomografía Computerizada de Emisión de Fotón

T

TAC	Tomografía Axial Computerizada
TC	Tomografía Computerizada

U

UCC	Unidad de Crónicos Complejos
UCI	Unidades de Cuidados Intensivos
UE28	Unión Europea (28 países miembros)
USM	Unidad de Salud Mental

Equipo de trabajo

Coordinación:

Abad Díez, José María. Director General de Asistencia Sanitaria.

Edita:

MINISTERIO DE SANIDAD
Secretaría General Técnica
Pº del Prado, 18-20. 28014 Madrid

NIPO: 133-20-031-6

<https://cpage.mpr.gob.es/>



GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD

www.mscbs.gob.es