



ARAGON

**Informe Anual
del
Sistema Nacional de Salud 2005**

1. Características socioeconómicas y demográficas de la población

Dos son las principales características del sistema poblacional aragonés: la baja densidad demográfica unida a un desequilibrio territorial y el envejecimiento de la población, sobre todo en el ámbito rural.

Uno de los problemas más graves de Aragón es la baja densidad demográfica unida a un desequilibrio en su distribución. Con el 9,4% del territorio español y menos del 3% de su población la densidad de población es de 26 hab./km², la doceava menor de las regiones de la Unión Europea, con el agravante de que las provincias de Huesca y Teruel tienen densidades próximas a 10 hab./km². Este hecho plantea dificultades en la dotación de servicios públicos en general y de los sanitarios en particular por la imposibilidad de establecer unas mínimas economías de escala, lo que encarece notablemente su coste por habitante.

A principios de 2005 la población es de 1.266.000 habitantes de los que algo más de la mitad viven en el municipio de Zaragoza, 141.000 en la provincia de Teruel, 215.000 en Huesca y 258.000 en el resto de la provincia de Zaragoza.

Uno de cada cinco aragoneses tiene 65 ó más años; en total 267.000 - el 20,5% -, de los que 81.000 tienen 80 y más. Amplias zonas de Teruel y Huesca tienen una proporción de envejecimiento superior al 40%, consecuencia de su agotamiento demográfico.

A pesar de la ligera recuperación del número de nacimientos, en torno a los 11.000 anuales, el saldo vegetativo sigue siendo negativo en 2.700 personas.

La llegada de extranjeros en los últimos años –podemos estimar su número actual en 120.000, el 10%- y su asentamiento no solo en Zaragoza, sino en las cabeceras comarcales han permitido que la población crezca 20.000 personas al año, lo que hace el que escenario demográfico sea menos dramático que hace unos años.

Economía

El Producto Interior Bruto per capita aragonés medido en paridad de poder adquisitivo en 2002 es de 21.547, ligeramente por encima del promedio de la UE25, frente a los 20.034 -94,6%- de España. La tasa de paro es del 5,7% (junio 06), muy inferior a la española -9,2%-. El crecimiento del Producto Interior Bruto es del 3,5%, una décima superior a la tasa española.

Para ampliar datos estadísticos se puede consultar la página web del Instituto Aragonés de Estadística en el portal del Gobierno de Aragón www.aragon.es.

2. Desarrollo normativo e institucional

Una de las medidas legislativas más relevantes para la organización del Sistema de Salud de Aragón en el futuro es la publicación del DECRETO 41/2005, de 22 de febrero, del Gobierno de Aragón, de Organización y funcionamiento del Sector Sanitario en el Sistema de Salud de Aragón. Este Decreto establece las bases de la nueva organización de los servicios sanitarios públicos, basada en la gestión clínica, y en la orientación hacia los resultados de las organizaciones sanitarias.

La Ley de Creación de la de la Entidad Pública Aragonesa del Banco de Sangre y Tejidos, ha hecho posible el inicio de actividades de esta Entidad, que tiene el objetivo de cubrir las necesidades de sangre y hemoderivados en toda la Comunidad Autónoma, mejorando el aprovechamiento de los recursos.

Se ha regulado nuevas prestaciones, como la atención sanitaria bucodental a la población infantil y juvenil, que permite ofrecer atención bucodental gratuita a los niños a partir de los 6 años de edad, mediante conciertos con profesionales en toda la Comunidad Autónoma.

También se ha regulado en 2005 la prescripción y administración gratuita de la píldora postcoital en los centros sanitarios públicos, con el objetivo de mejorar el control sanitario de esta prescripción, a la vez que se ponen en marcha otras medidas de información y sensibilización, eficaces durante mucho más tiempo.

La cirugía de la obesidad mórbida (cirugía bariátrica) es otro de los servicios que se ha regulado este año.

Se han actualizado los requisitos sanitarios para establecimientos como los de ópticas, ortopedia y audioprótesis, y también para los que realizan “piercing” y tatuajes.

En el área de la Salud Pública, se actualizó el reglamento de los manipuladores de alimentos. También se publicaron dos decretos para la prevención de la legionelosis, uno que regula el Registro Oficial de Establecimientos y Servicios Biocidas y otro por el que se establecen medidas especiales para la prevención y control de la legionelosis.

Otra medida de Salud Pública ha sido la creación del Comité Ejecutivo Autonómico para la prevención, el control, y seguimiento de la evolución epidemiológica del virus de la gripe

En el desarrollo del Plan de Salud Mental, se ha creado la Comisión para Ingresos y Seguimiento de los pacientes en los Centros Sanitarios de Rehabilitación de Salud y, por otro lado, se ha creado el Consejo Asesor de Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón.

También se ha creado la Comisión de Formación Sanitaria Especializada en Ciencias de la Salud.

TABLA 2
NORMAS LEGALES FUNDAMENTALES EN MATERIA DE SALUD. INFORME SNS 2005

CCAA: ARAGÓN

| Denominación | Fecha | Descripción ámbito regulado | Observaciones |
|--|---------------------|--|---|
| DECRETO 41/2005, de 22 de febrero, del Gobierno de Aragón, de Organización y funcionamiento del Sector Sanitario en el Sistema de Salud de Aragón | BOA 36, de 23/03/05 | Sector Sanitario en el Sistema de Salud de Aragón | C.E.: BOA 49, de 22 de abril de 2005 |
| LEY 3/2005, de 12 de mayo, de creación de la Entidad Pública Aragonesa del Banco de Sangre y Tejidos | BOA 59, de 18/05/05 | Creación de la Entidad Pública Aragonesa del Banco de Sangre y Tejidos | |
| ORDEN de 24 de enero de 2005, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se regula la Cirugía Bariátrica en la Comunidad Autónoma de Aragón | BOA 15, de 2/02/05 | Cirugía Bariátrica | MODIFICADA POR ORDEN de 24 de octubre de 2005 (BOA 131, de 5/11/05) |
| ORDEN de 12 de enero de 2005, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se desarrollan requisitos mínimos que deben cumplir el personal y los establecimientos donde se llevan a cabo actividades de piercing, tatuaje y/o micropigmentación | BOA 19, de 11/02/05 | establecimientos donde se llevan a cabo actividades de piercing, tatuaje y/o micropigmentación | |
| DECRETO 24/2005, de 8 de febrero, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el reglamento que regula la autorización de los establecimientos sanitarios dedicados a las actividades de óptica, ortopedia y audioprótesis en Aragón | BOA 24, de 23/02/05 | autorización de los establecimientos sanitarios dedicados a las actividades de óptica, ortopedia y audioprótesis | MODIFICADO POR DECRETO 293/2005, de 13 de diciembre (BOA 153 de 28/12/05) |
| ORDEN de 28 de marzo de 2005, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se regula la prestación de la atención sanitaria bucodental a la población infantil y juvenil de la Comunidad Autónoma de Aragón | BOA 43, de 8/04/05 | Atención sanitaria bucodental | |
| DECRETO 81/2005, de 12 de abril, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento de los Manipuladores de Alimentos en la Comunidad Autónoma de Aragón | BOA 50, de 25/04/05 | Reglamento de los Manipuladores de Alimentos | C.E.: BOA 65, de 30 de mayo de 2005 |

| | | | |
|--|----------------------|--|---|
| ORDEN, de 20 de abril de 2005, del Departamento de Salud y consumo, por la que se crea la Comisión para Ingresos y Seguimiento de los pacientes en los Centros Sanitarios de Rehabilitación de Salud Mental del Sistema de Salud de Aragón | BOA 52, de 29/04/05 | Comisión para Ingresos y Seguimiento de los pacientes en los Centros Sanitarios de Rehabilitación de Salud Mental | |
| DECRETO 87/2005, de 26 de abril, del Gobierno de Aragón, por el que se crea el Registro Oficial de Establecimientos y Servicios Biocidas de la Comunidad Autónoma de Aragón | BOA 56, de 11/05/05 | Registro Oficial de Establecimientos y Servicios Biocidas | C.E.: BOA 60, de 20 de mayo de 2005 |
| DECRETO 136/2005, de 5 de julio, del Gobierno de Aragón, por el que se establecen medidas especiales para la prevención y control de la legionelosis | BOA 87, de 20/07/05 | Legionelosis | |
| ORDEN de 4 de mayo de 2005, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se crea y regula la Comisión de Formación Sanitaria Especializada en Ciencias de la Salud de la Comunidad Autónoma de Aragón | BOA 60, de 20/05/05 | Comisión de Formación Sanitaria Especializada en Ciencias de la Salud | |
| ORDEN de 27 de julio de 2005, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se regulan las condiciones sanitarias y técnicas de los establecimientos de óptica | BOA 96, de 10/08/05 | Establecimientos de óptica | C.E.: BOA 123, de 17/10/05 |
| ORDEN de 1 de septiembre de 2005, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se crea el Consejo Asesor de Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón | BOA 111, de 16/09/05 | Consejo Asesor de Salud Mental | |
| DECRETO 179/2005, de 6 de septiembre, del Gobierno de Aragón, por el que se crea el Comité Ejecutivo Autonómico para la prevención, el control, y seguimiento de la evolución epidemiológica del virus de la gripe | BOA 114, de 23/09/05 | Comité Ejecutivo Autonómico para la prevención, el control, y seguimiento de la evolución epidemiológica del virus de la gripe | MODIFICADO POR DECRETO 215/2005, de 25 de octubre (BOA 133, de 9/11/05) |
| ORDEN de 3 de octubre de 2005, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se regula la prescripción y administración gratuita de la píldora postcoital en los centros sanitarios públicos del Sistema de Salud de Aragón | BOA 122, de 14/10/05 | Píldora postcoital | |

3. Planificación y Programas Sanitarios

ESTRATEGIAS DE SALUD 2003 – 2007

El documento “Estrategias de salud 2003-2007”, elaborado y difundido en septiembre de 2002, contiene en 9 líneas estratégicas y 40 acciones concretas las líneas básicas de acción del Departamento:

- Reducir las muertes prematuras.
- Aliviar la pérdida de autonomía personal.
- Facilitar la información que el usuario necesita para decidir
- Atender sanitariamente a tiempo
- Mejorar la formación en salud de nuestros hijos
- Afrontar las amenazas para la salud sentidas por el ciudadano
- Satisfacer las expectativas sanitarias de la población
- Atender las nuevas demandas de pacientes y usuarios
- Contribuir a reducir desigualdades que afectan a la salud

La misión es situar al ciudadano en el centro de la organización y orientar decididamente los esfuerzos de cambio a ofrecer los servicios y estándares de calidad que los pacientes y usuarios esperan y que los profesionales desean proporcionar.

Sobre estas estrategias se han basado las principales iniciativas de planificación y programación del Departamento en los últimos dos años.

GESTION CLINICA - CARTERA DE SERVICIOS DEL SISTEMA DE SALUD DE ARAGON

Resolver la contradicción existente entre la pérdida formal de influencia de los profesionales y la realidad de que sus decisiones vinculan cada vez más los resultados globales de los servicios sanitarios es el mayor reto de las organizaciones sanitarias. Vertebrar toda la organización sobre la gestión clínica que los profesionales realizan es requisito para armonizar las relaciones entre organización y profesionales, transformando organizaciones que no han dejado de regirse por principios administrativos en *organizaciones de profesionales*.

Hasta ahora, las soluciones aportadas se han basado en modificaciones en la gestión de los Centros que implicaban cambios en la titularidad de los mismos o en modificar las relaciones laborales con los profesionales, medidas encaminadas a alejarse de los procedimientos habituales de la Administración. Pero aunque estos cambios pueden facilitar aspectos relacionados con la optimización de costes y la eficiencia de los recursos, sólo estableciendo con mayor nitidez la interrelación de profesionales y usuarios y reconociéndolos a ambos como protagonistas y elementos nucleares de los servicios sanitarios se abordarán cambios esenciales y no meramente instrumentales.

El Departamento de Salud ha establecido como núcleo de la organización el desarrollo de la Gestión Clínica recuperando dos de las características más arraigadas en la idiosincrasia de la asistencia sanitaria:

- La capacidad de los profesionales para organizarse con autonomía y responsabilidad.
- La libertad de relación entre paciente y médico.

NUEVOS VALORES ESTRATEGICOS

| | Hacia.... | Desde..... |
|----------------------|--|--|
| OBJETIVO: | Legitimación social (usuarios) y realización personal de los profesionales, basada en resultados. | Eficiencia por parte de los gestores, basada en los recursos |
| PRODUCTO: | Servicios efectivos y de calidad. | Incremento de la Actividad |
| RECURSO: | Unidades Clínicas. | Equipamiento, Recursos, Centros. |
| ACTIVOS: | Profesionales sanitarios | Equipos de Dirección y de Gestión |
| ENERGIA: | Conocimiento y competencias de los profesionales. Información basada en la evidencia, útil y suficiente. | Regulación jerarquizada y estratificada por niveles de complejidad |
| ORGANIZACION: | Flexible, Descentralizada, coordinada, Instrumental respecto a usuarios y profesionales. | Centralizada, Divisional. Uniforme. |

Para ello y como requisito previo se esta desarrollando el diseño de la CARTERA DE SERVICIOS del Sistema de Salud de Aragón.

Se entiende por Cartera de Servicios un listado de las actividades, procedimientos clínicos y de cuidados para los que los Centros y Unidades quedan autorizados, teniendo la obligación de ofertar y proveer.

La Cartera de Servicios aclara y pone de acuerdo a gestores, profesionales y usuarios, sobre lo que "que hay que hacer" o "se puede pedir". Por lo tanto, la elaboración de una Cartera de Servicios facilita la relación, el control y la participación de los gestores y usuarios, permite una mejor coordinación con otras instituciones y departamentos de los servicios de atención social y salud pública y supone un elemento de regulación básico y coherente con otros aspectos reguladores relacionados con ella: oferta de servicios, ordenación de recursos, etc.

La Cartera de Servicios fija el límite de responsabilidad de las Unidades asistenciales y establece para los gestores la respuesta que deben dar a los profesionales para que pueda ser prestada cuantitativa y cualitativamente según las demandas de los ciudadanos

Para la fijación de los servicios a prestar en cada centro y unidad se han valorado los siguientes criterios

- Pertinencia con las necesidades de salud y demandas de los ciudadanos.

- Comprensibles para gestores y profesionales. Con posibilidad de ser explicados a los usuarios y pacientes.
- Factibles en el sentido de ser viables por la capacitación de los profesionales y los recursos disponibles
- Evaluables, es decir, con posibilidad de conocer sus resultados y su contribución a la salud de los pacientes.
- Aceptables por los profesionales que los van a prestar y culturalmente aceptados por los ciudadanos
- Financiables en el sentido de suficiencia y de coste/oportunidad

La Cartera de Servicios de los centros y unidades recoge todos los servicios que se incluye en el aseguramiento de los usuarios, en este caso los servicios definidos para el Sistema Nacional de Salud y aquellos otros particulares del Sistema de Salud de Aragón, con independencia de su lugar de prestación, o de las características del provisor de servicios.

La Cartera de Servicios conforma un Subsistema de Información estructurado, jerarquizado y multiusuario que debe permitir la congruencia con otros subsistemas de información (actividad, recursos, consumos, resultados) y orientar las decisiones sobre la oferta de servicios, la planificación de las inversiones y la formación y capacitación de los profesionales

TABLA 3

PLANIFICACION SANITARIA. PROGRAMAS, ESTRATEGIAS Y PLANES. INFORME SNS 2005

CCAA: ARAGON

| | | Sí/No | Ediciones (Fecha) | Observaciones (*) |
|--------------------------------------|--|-------|--|-------------------|
| Planes de Salud | Estrategias de salud 2003-2007 | Si | sep-03 | |
| Cáncer de mama | programa de cribado poblacional | si | Programa de cribado poblacional iniciado en 1996 | |
| | apoyo psicológico tras diagnóstico y durante tratamiento | si | | |
| Cáncer de cervix | programa de cribado poblacional | no | | |
| Enfermedades cardiovasculares | | no | | |
| Salud mental | | si | Plan 2002-2010 | |
| Violencia de género | Plan de Acción | si | Guía publicada en 2005 | |
| | Acciones preventivas | si | | |
| | Protocolo de actuación sanitaria | si | | |

(*) Aspectos innovadores y diferenciales.

4. Farmacia

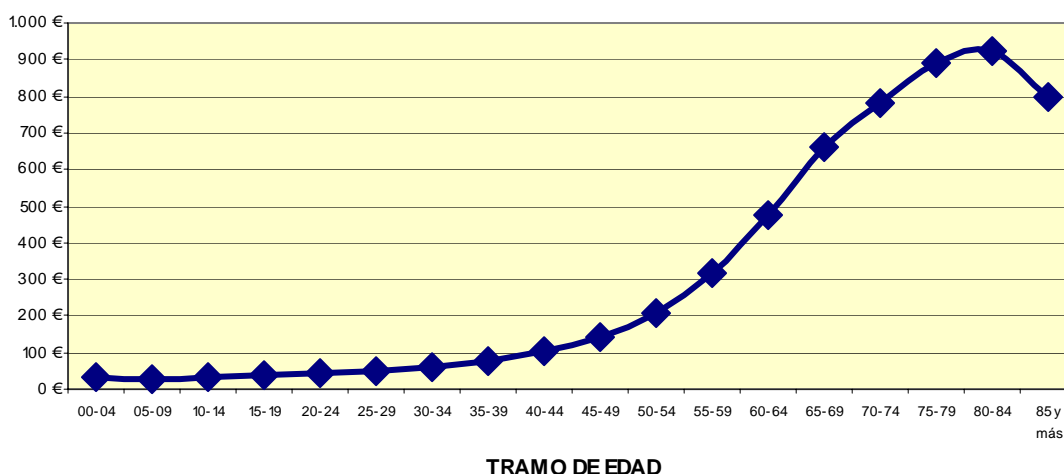
Aragón es una de las Comunidades con mayor índice de envejecimiento de España lo cual tiene incidencia importante en la asistencia sanitaria que es necesario realizar, sus costes y el gasto concreto de la prestación farmacéutica. Además, las diferencias demográficas entre Aragón y la media nacional son más importantes para los mayores de 75 años que son precisamente los tramos de edad con mayor consumo farmacéutico.

En Aragón se dispone de datos precisos de consumo por usuario desde el mes de diciembre de 2003 a consecuencia de la Orden del Consejero de Salud, Consumo y Servicios Sociales de fecha 8 de abril de 2003 que hace obligatoria la presentación de la Tarjeta Sanitaria en las farmacias para tener acceso a la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud y del Concierto con las Oficinas de Farmacia firmado en enero de 2003 que exigía a éstas la colocación en la receta de una etiqueta autoadhesiva con el CIP del usuario en código barras en caso de que éste no figurara en la receta en caracteres legibles informáticamente.

En el año 2005 el 89,05% de las recetas correspondían a usuarios identificados y con residencia en Aragón, el 2,25% a usuarios de otras CCAA y el 8,71% restante a usuarios no identificados por diversos motivos.

En la gráfica adjunta se presenta el consumo farmacéutico registrado en Aragón por tramos de edad.

GASTO FARMACÉUTICO POR PERSONA. AÑO 2005



Se aprecia las enormes diferencias de gasto farmacéutico existentes en función de la edad: Las personas de 80-85 años ocasionan un gasto farmacéutico 34 veces superior al de los usuarios de 5-10 años. El consumo de este grupo de edad (80-85 años) es casi 14 veces superior al de los menores de 50 años y 7,7 veces superior al de los menores de 65 años. El colectivo de mayores de 65 años acapara el 64 % del gasto cuando solo supone el 21% de la población.

Con los datos de gasto farmacéutico de Aragón de 2005, y las diferentes proporciones de población en cada tramo de edad en Aragón y en España tomadas de datos del Censo, se ha calculado que el envejecimiento de la población aragonesa en relación a la española supone un sobrecoste del 15,8% en el gasto por persona protegida de Aragón achacable únicamente a este factor.

Por otra parte, comparando la evolución del coste por persona y tramo de edad en Aragón en 2004 y 2005 se aprecia que con un incremento medio del coste por persona del 4,74% el gasto por persona de los mayores de 65 años experimenta un incremento del 7,32% (dos puntos y medio superior) resultando extraordinariamente preocupante para Comunidades como Aragón con la población envejecida que el gasto por persona de los mayores aumente a un ritmo muy superior al de la media.

4.1.- Actuaciones en relación con el análisis de la prestación farmacéutica

En farmacia extrahospitalaria se ha continuado obteniendo información de los datos de consumo por usuario y en farmacia hospitalaria se ha seguido el enriquecimiento de la información sobre consumos hospitalarios con un especial hincapié en el consumo de pacientes externos.

En relación a la posibilidad de relacionar informáticamente los sistemas de información sobre consumo extrahospitalario e intrahospitalario entendemos que su inclusión en una única aplicación puede resultar en este momento poco oportuna por los diferentes tiempos de recogida de información que perjudicaría a los datos que llegaran en primer lugar y la diferente organización de su contenido que perjudicaría a la información de contenido más rico.

No obstante disponemos ya de un Nomenclátor conjunto que incluye tanto envases clínicos como normales y obtenemos informes conjuntos de consumo farmacéutico global extra e intra hospitalarios.

4.2.- Políticas de uso racional desarrolladas

Al igual que en años anteriores, se ha proseguido con las medidas de uso racional de medicamentos basadas en la formación e información de nuestros profesionales sanitarios.

Se ha continuado recomendando la prescripción por principio activo, política mediante la que se ha obtenido desde 2003 una mejora muy importante en el consumo de medicamentos genéricos que ha continuado en 2005 con un incremento del 16,50% en el número de envases de genéricos consumidos en relación a 2004.

En el año 2005 se han convocado en Aragón concursos centralizados de adquisición de medicamentos para dispensación hospitalaria de productos que suponen más del 25% del consumo hospitalario, consiguiendo mejoras tanto de la eficiencia de las compras como de su transparencia.

TABLA 4

FARMACIA. INFORME SNS 2005

CCAA: ARAGON

Datos dispensación farmacéutica extrahospitalaria (en receta oficial del SNS a través de oficina de farmacia)

| | | Datos 2005 | Observaciones |
|---|---|---|---------------|
| Número de recetas dispensadas | nº total de recetas | 23.472.411 | |
| | %recetas de genéricos/total de recetas | 13,58% | |
| Gasto farmacéutico (considerado el resultado de la siguiente operación:Importe total a PVP-aportación del usuario) | gasto farmacéutico total | 333.268.973,53 € | |
| | % gasto genéricos/gasto farmacéutico total | 6,01% | |
| Tres primeros subgrupos terapéuticos más prescritos (considerando el nº de recetas dispensadas y especificando el nombre del subgrupo que se corresponda con el código de 5 dígitos de la clasificación ATC, según RD 1348/2003) | en el total de recetas dispensadas | A02BC: INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (ANTIULCERA PEPTICA) N02BE: ANILINAS (ANALGESICOS) N05BA: BENZODIAZEPINAS (ANSIOLITICOS) | |
| | en el total de recetas dispensadas de genéricos | A02BC: INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (ANTIULCERA PEPTICA) R05CB: MUCOLITICOS M01AE: DERIVADOS DEL ACIDO PROPIONICO (AINES) | |

5. Aspectos relacionados con la planificación y desarrollo de recursos humanos

Uno de los hechos fundamentales que ha determinado la gestión de recursos humanos en el Sistema de Salud de Aragón ha sido la firma en mayo de 2005 del **Acuerdo Profesional Sanitario**, suscrito por todas las fuerzas sindicales presentes en la Mesa Sectorial de Sanidad.

Este Acuerdo ha supuesto, entre otros cambios, la aplicación de diferentes modalidades de Complemento Específico entre el personal estatutario, lo que está permitiendo que, paulatinamente, un número de profesionales modifique su horario laboral y, de esta forma, sea posible abrir determinados servicios asistenciales en horario de tardes.

Durante el año 2005 se ha dictado una Orden por la que se convoca a la integración del personal funcionario de carrera y laboral con contrato indefinido fijo en la condición de personal estatutario del Servicio Aragonés de Salud. También se han dictado instrucciones por las que el personal funcionario de carrera y laboral fijo que preste servicios en centros sanitarios del Servicio Aragonés de Salud se puede acoger a retribuciones propias de personal estatutario.

Las estadísticas sobre disponibilidad de **médicos especialistas** entre países muestran enormes diferencias en cuanto a indicadores sobre el número de profesionales sanitarios y además, los indicadores internacionales no son siempre una buena fuente de comparación. Así por ejemplo, el número de médicos empleados por cada millón de habitantes presenta enormes variaciones entre países, pero éstas son difíciles de valorar tanto por la falta de estandarización como por la existencia de sistemas sanitarios muy distintos entre sí.

Se han hecho múltiples intentos para intentar ajustar la demanda de profesionales a la oferta en muchos países. En España este mismo año, la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud se ha comprometido a elaborar un estudio de necesidades de Médicos Especialistas con la colaboración de las Comunidades Autónomas.

El Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón realizó en febrero de 2005 un "Análisis sobre las necesidades de formación de Médicos Especialistas" en la Comunidad Autónoma de Aragón" que supuso una primera aproximación al problema, fundamentalmente cuantitativa.

El mes de noviembre de 2005 se creó en Aragón la "Comisión de Formación Sanitaria Especializada en Ciencias de la Salud" como órgano consultivo del Departamento de Salud y Consumo en esta materia. Uno de los primeros objetivos que se fijó esta Comisión fue elaborar un informe de necesidades de especialistas en ciencias de la salud para nuestra Comunidad Autónoma, que permita, en el futuro, adecuar la oferta de formación sanitaria especializada en

Aragón a las necesidades reales de nuestra población, de una forma más racional.

Tras el análisis de las variables que se han tenido en cuenta para la realización de este estudio, se establecen diferentes grupos de especialidades en función de la suficiencia de oferta docente actual y del porcentaje de abandonos:

- Especialidades con oferta suficiente y que presentan, en general, bajo porcentaje de abandonos.
- Especialidades con oferta suficiente pero con un porcentaje significativo de abandono de la formación.
- Especialidades con oferta formativa insuficiente pero en las que, además, en la actualidad, existe un porcentaje significativo de abandono de la formación
- Especialidades en las que ya existe acreditación de plazas, con oferta formativa, a priori insuficiente, en las que podría plantearse iniciar el procedimiento de solicitud de aumento del número de plazas acreditadas.

FOCUSS

El programa de Formación en Competencias profesionales Utilizadas en el Sistema de Salud (FOCUSS) está basado en el concepto de Desarrollo Profesional Continuado promulgado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Según la OMS, las mejores evidencias sugieren que el Desarrollo Profesional Continuado eficaz se caracteriza por una formación que responda a una necesidad clara, una formación práctica y un seguimiento posterior para garantizar la puesta en marcha de lo aprendido.

El FOCUSS en Aragón consiste en desarrollar un programa de formación en competencias, mediante programas cortos de formación práctica. Se llevará a cabo facilitando estancias de corta duración en aquellos centros o servicios cuyo funcionamiento cumpla los criterios necesarios para impartir este tipo de formación.

El programa se basa en la concesión de becas para desplazamiento y manutención, en programas formativos prácticos de duración inferior a seis semanas, y en un sistema de acreditación de esos programas de acuerdo con unos criterios explícitos.

En los meses de septiembre y octubre de 2005 el programa ha sido presentado a los responsables del Servicio Aragonés de Salud, Gerentes de sector, Directores de Atención primaria, Directores de hospital.

Entre octubre de 2005 y enero de 2006 se han recibido las propuestas de proyectos formativos, y en los meses siguientes se desarrollarán las fases de:

- Captación de consultores (ene - feb 2006)
- Envío de programas a consultores para su valoración (feb-mar 2006)
- Recepción valoraciones de consultores (feb – mar 2006)

- Revisión programas con las observaciones de los consultores (mar-abr 2006)

En la primera convocatoria, FOCUSS ha recibido 58 proyectos de programas. De ellos, 47 han sido aprobados por el Comité de Coordinación. De los 47 programas aprobados 12 han sido propuestos por profesionales de Atención Primaria, 10 de Atención Especializada, 1 del 061 y 2 de los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria.

TABLA 5

PLANIFICACION Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS. INFORME SNS 2005

CCAA: ARAGÓN

| | | si/no | Nombre | Referencia legislativa | Figura jurídico-administrativa (tipo) |
|---|------------------------------------|-------|--|-------------------------------|---------------------------------------|
| Organización de la formación continuada | Institución ú Organismo específico | SI | instituto Aragonés de Ciencias de la Salud | Ley 6/2002 de Salud de Aragón | |
| | Otro Sistema (especificar) | si/no | Centros sanitarios | | |

Número de Profesionales en Atención primaria

| | hombres | mujeres | edad | | | Observaciones |
|---------------------------------|---------|---------|----------|------------|----------|---------------|
| | | | <30 años | 30-50 años | >50 años | |
| Medicina familiar y comunitaria | 583 | 358 | 1 | 494 | 446 | |

| | | | | | | |
|------------|-----|-----|----|-----|-----|--|
| Pediatría | 52 | 89 | | 92 | 49 | |
| Enfermería | 182 | 828 | 50 | 677 | 283 | |

Número de Profesionales en Atención primaria

| | hombres | mujeres | edad | | | Observaciones |
|--|---------|---------|----------|------------|----------|---------------|
| | | | <30 años | 30-50 años | >50 años | |
| Farmacia | 1 | 5 | | 6 | | |
| Psicología Clínica | 3 | 16 | | 14 | 5 | |
| Otros profesionales sanitarios (Rehabilitación, Fisioterapia) | 123 | 250 | 8 | 267 | 98 | |
| Otros profesionales no sanitarios | 146 | 464 | 9 | 470 | 131 | |

| | |
|--|-----|
| %de población atendida por Equipos de Atención Primaria | 100 |
|--|-----|

Número de Profesionales en atención especializada

| | | | | | |
|--|------|------|-----|------|------|
| Enfermería | 281 | 3067 | 136 | 2156 | 1056 |
| Auxiliar de enfermería | 116 | 2871 | 52 | 1569 | 1366 |
| Farmacia | 10 | 35 | 0 | 25 | 20 |
| Otro personal sanitario | 54 | 377 | 32 | 324 | 75 |
| Personal no sanitario vinculado | 1075 | 2283 | 68 | 2055 | 1235 |

Número de profesionales por Especialidades médicas

(según RD 127/1984 por el que se regula la Formación especializada y la obtención del Título de Médico Especialista)

| | hombres | mujeres | edad | | | Observaciones |
|------------------------------|---------|---------|---------|------------|---------|---------------|
| | | | <30años | 30-50 años | >50años | |
| Alergología | 6 | 4 | 0 | 8 | 2 | |
| Análisis clínicos | 13 | 35 | 0 | 15 | 33 | |
| Anatomía patológica | 23 | 19 | 0 | 22 | 20 | |
| Anestesiología y reanimación | 82 | 59 | 0 | 73 | 68 | |

| | | | | | |
|---|-----|----|---|----|----|
| Angiología y cirugía vascular | 13 | 4 | 0 | 7 | 10 |
| Aparato digestivo | 34 | 9 | 0 | 24 | 19 |
| Bioquímica clínica | 22 | 22 | 0 | 8 | 36 |
| Cardiología | 40 | 15 | 0 | 27 | 28 |
| Cirugía cardiovascular | 7 | 0 | 0 | 2 | 5 |
| Cirugía general y del aparato digestivo | 105 | 8 | 0 | 34 | 79 |
| Cirugía maxilofacial | 5 | 2 | 0 | 2 | 5 |
| Cirugía pediátrica | 10 | 3 | 0 | 3 | 10 |
| Cirugía torácica | 6 | 0 | 0 | 5 | 1 |
| Cirugía plástica y reparadora | 8 | 1 | 0 | 1 | 8 |
| Dermatología médico-quirúrgica y venereología | 15 | 15 | 0 | 11 | 19 |

| | hombres | mujeres | edad | | | Observaciones |
|--|---------|---------|---------|------------|---------|---------------|
| | | | <30años | 30-50 años | >50años | |
| Endocrinología y nutrición | 15 | 8 | 0 | 14 | 9 | |
| Estomatología | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Farmacología clínica | 5 | 3 | 0 | 6 | 2 | |
| Geriatría | 6 | 10 | 0 | 12 | 4 | |
| Hematología y hemoterapia | 23 | 20 | 1 | 17 | 25 | |
| Hidrología | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Inmunología | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | |
| Medicina del trabajo | 2 | 5 | 0 | 7 | 0 | |
| Medicina de la educación física y el deporte | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Medicina espacial | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Medicina intensiva | 43 | 19 | 0 | 26 | 36 | |

| | | | | | |
|-------------------------------------|----|----|---|----|----|
| Medicina interna | 57 | 28 | 0 | 50 | 35 |
| Medicina legal y forense | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Medicina Nuclear | 4 | 3 | 0 | 1 | 6 |
| Medicina preventiva y salud pública | 12 | 4 | 0 | 10 | 6 |
| Microbiología y parasitología | 8 | 28 | 0 | 17 | 19 |
| Nefrología | 21 | 6 | 0 | 10 | 17 |

| | | | | | |
|------------------------------------|----|----|---|----|----|
| Neumología | 30 | 10 | 0 | 20 | 20 |
| Neurocirugía | 14 | 0 | 0 | 3 | 11 |
| Neurofisiología clínica | 5 | 7 | 0 | 3 | 9 |
| Neurología | 22 | 9 | 0 | 21 | 10 |
| Obstetricia y ginecología | 78 | 43 | 0 | 58 | 63 |
| Oftalmología | 41 | 43 | 0 | 44 | 40 |
| Oncología médica | 9 | 4 | 0 | 12 | 1 |
| Oncología radioterapia | 10 | 5 | 0 | 5 | 10 |
| Otorrinolaringología | 44 | 13 | 0 | 31 | 26 |
| Psiquiatría | 58 | 29 | 0 | 51 | 36 |
| Radiodiagnóstico | 77 | 51 | 0 | 58 | 70 |
| Rehabilitación | 16 | 15 | 0 | 9 | 22 |
| Reumatología | 12 | 7 | 0 | 12 | 7 |
| Traumatología y cirugía ortopédica | 82 | 13 | 0 | 45 | 50 |
| Urología | 58 | 5 | 0 | 33 | 30 |

| | | | | | |
|----------------------|----|----|---|----|----|
| Otras Especialidades | 73 | 79 | 7 | 79 | 66 |
|----------------------|----|----|---|----|----|

6. investigación

Los proyectos desarrollados e implementados a lo largo del año 2005 sobre Investigación en Ciencias de la Salud en Aragón han sido coordinados desde el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

Convocatorias competitivas financiadas por el gobierno autonómico relacionadas con la investigación: proyectos, becas a personas, premios, otras ayudas, etc:

- Premios: Premio “Aragón Investiga” (Dpto. Ciencia, Tecnología y Universidad) a: La excelencia investigadora, Jóvenes Investigadores, Entidades.
- Reconocimiento de Grupos de Investigación: se clasifican en: Grupos de Excelencia, Consolidados, Consolidados de Investigación Aplicada y Emergentes. (Dpto. Ciencia, Tecnología y Universidad)
- Proyectos de Investigación en líneas prioritarias. (Dpto. Ciencia, Tecnología y Universidad)
- Ayudas para la reparación, mantenimiento y puesta a punto de equipamiento científico de los centros públicos de investigación (Dpto. Ciencia, Tecnología y Universidad)
- Subvenciones para la incorporación de personal técnico de apoyo a la investigación (Dpto. Ciencia, Tecnología y Universidad)
- Subvenciones de fomento de la movilidad de los investigadores. (Dpto. Ciencia, Tecnología y Universidad)
- Becas:
- Ayudas para la obtención del Diploma de Estudios Avanzados (Dpto. Ciencia, Tecnología y Universidad)
- Ayudas destinadas a la formación de personal investigador (Dpto. Ciencia, Tecnología y Universidad)

Balance de la investigación en Aragón durante el año 2005 a partir de la participación en convocatorias competitivas (FIS-Carlos III, Fondos Europeos, etc.) y de la evolución de los equipos investigadores:

Resultados obtenidos en Convocatorias del ISCIII:

- Convocatoria de Proyectos de Investigación del Instituto de Salud Carlos III: Concedidos: 24 (61% de los admitidos)
- Convocatoria de Proyectos de Investigación de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III: Concedidos: 1 (100% de los admitidos)
- Convocatoria de Contratos de Formación en Investigación post-Formación Sanitaria Especializada del Instituto de Salud Carlos III: Concedidos: 3 (75% de los admitidos)

La evolución de la actividad investigadora a lo largo de 2005 ha sido altamente satisfactoria, con un aumento en el número de solicitudes de proyectos de

investigación y un aumento en el porcentaje de concesión de proyectos presentados a convocatorias del ISCIII. Además, 2005 ha sido el año en el que las 13 Redes Temáticas de Investigación Cooperativa obtenidas en la convocatoria de 2002 han tenido una mayor actividad científica.

Valoración general de los ensayos clínicos en Aragón:

A lo largo de 2005, se ha consolidado el modelo de gestión centralizada de ensayos clínicos realizados en los centros asistenciales del Servicio Aragonés de Salud según lo previsto en las instrucciones de la Dirección Gerencia del Salud.

En este año el Comité Ético de Ensayos Clínicos de Aragón (CEICA) ha asumido nuevos retos. El principal de los retos de 2005 ha sido la implantación de un Sistema de Gestión de Calidad y la obtención del Certificado ISO 9001:2000. Durante todo el año se ha realizado un esfuerzo extra para, sin descuidar la tarea de evaluación del Comité, sistematizar todos los procedimientos y establecer los mecanismos adecuados para una mejora continua de la calidad. En este proceso hay que destacar el importante apoyo del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (ICS), que ha facilitado los medios materiales y personales que han permitido alcanzar con éxito este objetivo.

Los resultados en 2005 han sido:

- Ensayos evaluados por el CEICA: 104
- Ensayos aprobados por el CEICA: 93
- Contratos firmados para la puesta en marcha del ensayo: 92

Estrategia de difusión de los resultados de la investigación:

Se realiza un informe de publicaciones ordenadas según la disciplina temática ISI del Journal Citation Report distribuidas en cuartiles según su factor de impacto. De esta manera se orienta a los investigadores para que obtengan el mayor rendimiento posible de sus publicaciones.

Asimismo, se está desarrollando un Sistema de Información cuyo fin es difundir entre los investigadores del Instituto sus publicaciones y así tener un conocimiento más exhaustivo de la producción originada en una área determinada. Este Sistema de Información tendrá su soporte en la aplicación web de gestión del conocimiento que se está desarrollando.

Mecanismos para introducir la práctica sanitaria basada en la evidencia científica

Desde el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud se desarrollan una serie de actividades encaminadas a mejorar la práctica clínica mediante el uso de la evidencia científica. En concreto las actividades son:

- Facilitar el acceso a la literatura científica a los profesionales del Servicio Aragonés de la Salud (SALUD): Acceso a más de 1200 revistas científicas

on-line, así como a bases de datos como Embase, Trip database y Evidencia Clínica (estas dos últimas específicas del área que nos ocupa)

- Formación para aprender a buscar información así como para el manejo de estas bases de datos
- Mejorar las habilidades de lectura crítica de la literatura científica mediante la organización de talleres y seminarios.
- Gestionar el proyecto GUIASALUD, proyecto de todo el SNS, que mediante una web, www.guiasalud.es pone a disposición de los profesionales sanitarios un catálogo de Guías de Práctica Clínica (GPC) que cumplen una serie de criterios de inclusión consensuados por todas las Comunidades Autónomas y con el aval del Comité Científico del proyecto; además en el portal se encuentra, entre otras cosas, información y bibliografía relativa a la elaboración e implementación de (GPC). Desde GuiaSalud se da asesoría a grupos para la elaboración e implantación de GPC.
- Asesorar metodológicamente a grupos del Servicio Aragonés de Salud para la elaboración de protocolos basados en la evidencia científica.
- Desarrollo de un protocolo de prevención de enfermedades cardiovasculares en atención primaria basado en la evidencia científica.
- Desarrollo de 16 protocolos de enfermería basada en la evidencia, así como de su plan de implementación. Este proyecto está implicando a más de 80 profesionales de enfermería de la Comunidad Autónoma y se enmarca dentro de la colaboración de Aragón con el Centro Coordinador del Instituto Joanna Briggs, del Instituto del Salud Carlos III.

TABLA 6

INVESTIGACION. INFORME SNS 2005

CCAA: ARAGON

| | si/no | Denominación | | Figura jurídico-administrativa | Observaciones |
|---|-------|--|--|--|---------------|
| Agencia de Evaluación de Tecnologías | No | | | | |
| Organismo de Investigación en Ciencias de la Salud | Sí | Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud | | Entidad de Derecho Público adscrita al Departamento de Salud | |

| | si/no | número | Observaciones |
|---|-------|--------|--|
| Comités Éticos de Investigación Clínica (CEIC) | Sí | 1 | Comité Ético de Investigación Clínica de ámbito autonómico |
| Proyectos de Investigación financiados por FIS | Sí | 25 | Enmarcados en 12 disciplinas ISI 24 Proyectos FIS 1 Proyecto ETS |

| | si/no | número | Observaciones |
|---|-------|--------|--|
| Proyectos de Investigación financiados por Fondos Europeos | si | 1 | Cofinanciación con Gobierno de Aragón |
| Proyectos de Investigación financiados en Convocatorias Regionales | si | 11 | 10 Grupos DGA. 1 Proyecto Investigación DGA |
| Ensayos Clínicos patrocinados por industria | si | 92 | Contratos firmados para la puesta en marcha del ensayo |

7. Sistemas de información sanitaria

Durante el ejercicio 2005 ha comenzado a desarrollarse e implantarse el Plan de Sistemas de la Información con los siguientes **objetivos**

- **OBJETIVO 1:** posibilitar y hacer efectivo el nuevo modelo organizativo clínico y de soporte a la producción asistencial previsto por el departamento de salud.
- **OBJETIVO 2:** dotar de instrumentos de gestión de la información acordes con la responsabilidad diferenciada de los protagonistas del sistema de salud: usuarios, clínicos y gestores.
- **OBJETIVO 3:** automatizar la captura de los datos en origen, en base a un sistema de dato único, y estandarizar la producción de información en destino, garantizando la fiabilidad de la primera y la validez de la segunda.

Y para alcanzar los siguientes **resultados**

PARA LOS USUARIOS FINALES DEL SISTEMA DE SALUD

- Atención integrada y singularizada de pacientes en función de las características específicas de sus procesos de salud.
- Dispensación electrónica de farmacia sin necesidad de visita reiterada a su médico.
- Mayor seguridad terapéutica.
- Aumento de la fiabilidad de la documentación personal clínica.
- Atención médica diagnóstico-terapéutica sin desplazamiento en especialidades y procesos susceptibles de telemedicina: piel, corazón, oftalmología.
- Disponibilidad de datos clínicos personales integrados en cualquier punto asistencial de la comunidad previa autorización del usuario.
- Disponibilidad de información clínica personal segura cuando el usuario lo requiera.
- Acceso a información sobre resultados asistenciales.
- Participación efectiva en la planificación y gestión sanitaria relacionada directamente con derechos de los usuarios.

PARA LOS PROFESIONALES CLÍNICOS DEL SISTEMA DE SALUD

- Disponibilidad de historia digital única con integración de datos por paciente y procesos plurinivel asistencial.
- Interconsulta con especialistas desde el lugar de ejercicio clínico.
- Apoyo diagnóstico "in situ" para especialidades y procesos susceptibles de telemedicina.
- Gestión de pacientes y recursos según características clínicas y sociosanitarias.

- Autonomía en la gestión clínica de pacientes y en la organización y gestión de recursos asociados.
- Acceso a información sobre resultados asistenciales comparables entre pares.
- Disponibilidad inmediata de conocimiento científico aplicable a la toma de decisiones clínicas.
- Disponibilidad de información económico – contable directamente ligada a la toma de decisiones clínicas.
- Autogestión de procedimientos administrativos internos: permisos, expedientes, certificaciones, etc.
- Posibilidad de enlazar transparentemente desarrollo profesional individual con innovación organizacional.

PARA LOS PLANIFICADORES Y GESTORES:

- Asignación de recursos prospectiva relacionada con cantidad, calidad y coste de la producción sanitaria según resultados asistenciales obtenidos.
- Asignación de recursos financieros para la compra diferenciada de servicios: de soporte a la clínica (logística, administración, gestión de recursos, etc) y servicios clínicos.
- Disponibilidad de una central logística de compras operativa.
- Disponibilidad de un sistema fiable y a tiempo de control e intervención sobre el gasto sanitario.
- Integración de la gestión del recurso humano con el desarrollo organizativo (innovación) y profesional (competencia).
- Disponibilidad de un sistema de información efectivo para el redireccionamiento de los resultados asistenciales y la racionalización del gasto sanitario.
- Disponibilidad de un sistema de gestión de derechos y compromisos de / con los usuarios delegado en sus organizaciones representativas.

En el Area de Evaluación de Servicios Sanitarios, los sistemas de información existentes en la actualidad:

- Sistemas de información sobre población asegurada: Tarjeta sanitaria
- Sistemas de Información sobre Recursos y Cartera de Servicios:
 - Registro de Centros y establecimientos sanitarios,
 - Sistema de Información de Cartera de Servicios
- Sistemas de Información de Actividad:
 - Sistema de Información de Atención Especializada
 - Sistema de Información de Atención Primaria
- Conjuntos Básicos de Datos
 - Atención especializada:
 - CMBD al alta hospitalaria
 - CMBD de procedimientos ambulatorios
 - Registro de Listas de Espera para Intervención Quirúrgica
 - Registro de Pacientes en Espera para Consultas Externas y Pruebas Diagnósticas

- Atención Primaria
- Registro de Pacientes crónicos
- Historia clínica informatizada
- Atención a pacientes Crónicos Dependientes
- Censo de Pacientes Crónicos Dependientes
- CMBD de dispositivos asistenciales para pacientes crónicos dependientes (Hospitalización, ESAD,...)
- Salud Mental
- Registro de Pacientes de Salud mental
- Sistema de Información de gasto sanitario

Los sistemas existentes permiten un conocimiento adecuado de la actividad y del gasto. La utilización de sistemas de clasificación de pacientes para pacientes hospitalizados (GRD) y para pacientes ambulatorios (ACG), permite elaborar indicadores ajustados por complejidad de los pacientes.

En el año 2005 la Base de Datos de Tarjeta sanitaria recogía un total de 1.273.291 usuarios del Sistema de Salud. La frecuentación en Atención Primaria fue de 7,5 consultas por adulto y año en Medicina General, 4,7 consultas por niño y año en pediatría y 3,5 consultas por habitante y año en enfermería.

En atención especializada, en el año 2005 la frecuentación de ingresos fue de 10 ingresos por 100 habitantes y año, con una estancia media de 7,6 días y un índice de ocupación del 81,5%. La frecuentación de Urgencias hospitalarias fue de 42,8 por 100 habitantes y año. Se produjeron 6,55 intervenciones quirúrgicas por 100 habitantes, de las que el 15 % fueron urgentes y el 38% ambulatorias. Los aragoneses realizaron en 2005 185 consultas por cada 100 habitantes, de las que la tercera parte fueron consultas de primer día y el resto de seguimiento.

Respecto a proyectos en marcha, actualmente se está avanzando en la generalización del uso de un identificador personal único (código único de usuario) en todos los dispositivos asistenciales, con el objetivo de mejorar la integración de los sistemas de información y obtener indicadores globales de funcionamiento y resultados del sistema sanitario.

En este sentido se están desarrollando, dentro del Plan de Sistemas de Información del Departamento de Salud y Consumo, varios proyectos entre los que destacamos:

- Registro de Usuarios del Sistema de Salud de Aragón
- Gestión de Pacientes (Gestor Integrado de Informes y Peticiones)

Otro aspecto importante a mejorar es la integración de la información procedente de los servicios sanitarios con los sistemas de información de salud pública y las Estadísticas de interés sanitario, especialmente la mortalidad. Estas Estadísticas dependen de diferentes organismos autonómicos o estatales y no hay herramientas que posibiliten la integración de la información.

8. Calidad

Aragón, como en el resto de España, existía una importante tradición en el desarrollo de actividades para la mejora de la calidad asistencial, la estructura del actual sistema de calidad del Servicio Aragonés de Salud (SALUD) se empezó a construir con la aparición, en el año 2000, del Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en SALUD que comenzó su andadura en el campo de la atención primaria para ampliar rápidamente su ámbito de actuación al resto de los niveles asistenciales. En la convocatoria para 2006, se presentaron 195 proyectos y fueron seleccionados 151 de ellos.

Además, en 2001, la dirección de SALUD decidió utilizar el Modelo de Excelencia de la EFQM como marco para evaluar sus avances. Tras asumir la gestión de los servicios sanitarios en 2002, en las gerencias de atención primaria y en los hospitales de SALUD se llevaron a cabo algunas autoevaluaciones según el modelo europeo. Además, SALUD modificó su estructura organizativa adoptando un modelo "matricial" con cuatro líneas de producto, atención primaria, especializada, salud mental y atención sociosanitaria; y descentralizado en ocho sectores sanitarios, además del 061 Aragón, con una gestión unificada de todos los centros y servicios disponibles en cada uno ellos.

En 2004, se establecieron las líneas generales del sistema de calidad de SALUD, que debían concretarse posteriormente para regir su plan de actuación en los siguientes años. Ese mismo año se decidió impulsar el papel de los contratos de gestión de SALUD como herramienta clave en el despliegue de las líneas prioritarias de su estrategia. Como consecuencia, en 2005, la dirección de SALUD estableció un contrato con cada una de sus Gerencias de Sector y con la de Urgencias y Emergencias 061, en vez de los que antes se firmaban con cada dirección de primaria, hospital, etc. Los contratos, además, adecuaron su estructura y contenidos a los nueve criterios del modelo europeo, incluyendo de manera integrada, relevantes elementos respecto a la gestión de la calidad en SALUD, unos ya existentes previamente y otros que aparecían por primera vez; así en el contrato se establecía:

- Un procedimiento para la evaluación y mejora de SALUD, basado en la autoevaluación de cada Sector según el Modelo Europeo y la realización de proyectos de mejora según sus resultados.
- Un procedimiento para la evaluación y mejora de las unidades clínicas cimentado en el diseño de su propio programa de calidad de acuerdo a la evaluación de su funcionamiento.
- La utilización de herramientas de evaluación "nuevas" en SALUD, que proporcionan elementos de información y comparación no disponibles anteriormente: a) una encuesta de opinión a los usuarios de SALUD de distintos niveles asistenciales, b) una encuesta de clima laboral y satisfacción de las personas que trabajan en SALUD, y c) cuadros de mando más sencillos y homogéneos.

- La introducción de herramientas de mejora “nuevas” en SALUD que pueden ayudar a garantizar el “buen hacer”: a) la certificación con ISO 9001 en los Equipos de Atención Primaria y las centrales de esterilización de los hospitales, b) la acreditación con ISO 15189 para los laboratorios, y c) el diseño de “Procesos Asistenciales Integrados”, empezando con “dolor torácico”, “trastorno mental grave”, “trastorno límite de la personalidad”, “paciente crónico dependiente” y “cuidados paliativos”.
- La aparición de una estructura “nueva” para la gestión de la calidad, que supone la creación de las unidades y comisiones de calidad de cada Sector.

Todos estos elementos para la gestión de la calidad se encontraban explícitamente incluidos entre los objetivos-áreas de intervención del nuevo contrato de gestión, enumerados en la siguiente tabla.

| Relación de Objetivos según los Criterios del Modelo Europeo de Excelencia | |
|---|--|
| CRITERIO EFQM | AREA DE INTERVENCIÓN-OBJETIVOS |
| Resultados Clave (3 obj., 42 ind.) | <ul style="list-style-type: none"> • Producto-Efectividad (32 Ind.) • Presupuesto (3 Ind.) • Farmacia (7 Ind.) |
| Resultados en los clientes (4 obj., 31 ind.) | <ul style="list-style-type: none"> • Accesibilidad (13 Ind.) • Información (7 Ind.) • Satisfacción con la atención (5 Ind.) • Satisfacción con el trato (6 Ind.) |
| Resultados en las personas (2 obj., 5 ind.) | <ul style="list-style-type: none"> • Implicación en iniciativas como gestión clínica o mejora de calidad (2 Ind.) • Satisfacción laboral (3 Ind.) |
| Resultados en la sociedad (1 obj., 4 ind.) | <ul style="list-style-type: none"> • Participación comunitaria (4 Ind.) |
| Liderazgo (3 obj., 8 ind.) | <ul style="list-style-type: none"> • Difusión de la misión de SALUD (1 Ind.) • Desarrollo del Sector (4 Ind.) • Empleo del Modelo EFQM (3 Ind.) |
| Política y estrategia (1 obj., 1 ind.) | <ul style="list-style-type: none"> • Cuadro de mando (1 Ind.) |
| Personas (2 obj., 7 ind.) | <ul style="list-style-type: none"> • Formación (3 Ind.) • Comunicación Interna (acogida, contrato, incentivos) (4 Ind.) |
| Alianzas y recursos (2 obj., 5 ind.) | <ul style="list-style-type: none"> • Mantenimiento y actualización de recursos (3 Ind.) • Información presupuestaria (2 Ind.) |
| Procesos (3 obj., 13 ind.) | <ul style="list-style-type: none"> • Atención de enfermería (3 Ind.) • Diseño y mejora de procesos (8 Ind.) • Procesos asistenciales integrados (2 Ind.) |

Muchos de los objetivos planteados requieren un plazo superior al año, por lo que su implementación todavía está llevándose a cabo. El nuevo contrato de gestión es una herramienta que da continuidad a esta situación y está facilitando la integración entre "objetivos sobre gestión de la calidad" y "objetivos de gestión de la organización", en línea con el compromiso adquirido por SALUD con un modelo de "gestión de la calidad total".

La realización en todas las Gerencias de Sector de SALUD de una autoevaluación según el modelo EFQM, utilizando el nuevo EvalExpress de Osakidetza y contando con la colaboración de sus técnicos, ha puesto de relieve una cierta diferencia entre el perfil de resultados por criterio que proporciona la autoevaluación y el que ofrece el contrato de gestión. Queda pendiente mejorar esta situación, quizás en el contexto de una revisión de los contenidos del contrato de gestión.

9. Seguimiento del estado de salud de la población

Para evaluar el estado de salud de la población existen varios sistemas de información directamente gestionados dentro de la administración sanitaria, como por ejemplo los clásicos sobre mortalidad, registro de cáncer o conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria (CMBD). Además se utilizan también otras fuentes de información secundarias (ambientales, económicas, etc.) que resultan de utilidad. Todo ello se analiza conjuntamente de manera periódica para obtener una visión de conjunto de la situación de salud de la población en Aragón.

A continuación se presenta un resumen de la información más representativa agrupada por sistemas de información.

Registro de mortalidad

En el año 2003 murieron 13.694 personas residentes en Aragón (7.026 varones y 6.668 mujeres). La tasa bruta de mortalidad fue de 11,1 por mil habitantes (11,5 en varones y 10,8 en mujeres) y la tasa ajustada a la población europea fue de 5,8 por mil habitantes (7,5 en varones y 4,4 en mujeres). La sobremortalidad masculina está presente prácticamente en todas las edades y presenta un máximo en el grupo de 25 a 34 años con una razón de tasas varón/mujer de 3,9. Las tasas de mortalidad han mostrado un descenso desde 1975 con tendencia a la estabilización en los últimos años. El porcentaje de disminución en el periodo 1975-2003 fue similar en Aragón y España (37,1% y 36,9% respectivamente).

Se han producido 50 defunciones en menores de 1 año (26 niños y 24 niñas), lo que representa una tasa de mortalidad infantil de 4,6 por 1000 nacidos vivos.

Las enfermedades del sistema circulatorio, los tumores y las enfermedades del sistema respiratorio suponen el 69,4 % de todas las muertes. La primera causa de muerte para el conjunto de los sexos y mujeres son las enfermedades del sistema circulatorio. En los varones son los tumores, por cuarto año consecutivo.

Se ha observado un descenso de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en Aragón para el periodo 1975-2003 (53,7% en varones y 57,2% en mujeres).

Los tumores como causa de muerte en varones aumentaron un 14,5% en el periodo estudiado y en mujeres disminuyeron un 13,8%. La razón de tasas varón/mujer fue de 2,1. El tumor más frecuente en varones es el tumor maligno broncopulmonar, con una razón varón/mujer de 9. Las tasas en varones para este tumor han aumentado un 105,4% desde 1975. En las mujeres el aumento también fue de 30,7%, mostrando una tendencia más pronunciada en la última década. En mujeres el tumor maligno de mama es la primera causa de muerte por tumores. En Aragón presentó un pico de máxima incidencia en el año 1989 y desde entonces muestra una tendencia descendente.

El tumor maligno de colon presenta una clara tendencia ascendente (84,3% de aumento en varones y 47,3% en mujeres en Aragón), con estabilización en los últimos años del periodo en las mujeres.

El tumor maligno de próstata es el segundo tumor más frecuente entre las causas de muerte en los varones. Las tasas han aumentado un 30% entre 1975 y 2003, pero en los últimos años presentó una tendencia al descenso tanto en Aragón como en España.

El tumor maligno de estómago es de los pocos tumores de alta incidencia que presenta una disminución clara como causa de muerte. El descenso en el periodo ha sido del 69,3% en varones y del 73,4 en mujeres.

En el año 2003, se han perdido 35.487 años potenciales de vida (25.063 en varones y 10.424 en mujeres). La causa responsable de una mayor mortalidad prematura, fueon los tumores en ambos sexos, pero con mayor importancia relativa en las mujeres (44,4 de los APVP). Mientras que la enfermedad cerebrovascular en mujeres y el tumor maligno broncopulmonar en varones son las causas más frecuentes de mortalidad, los accidentes de tráfico son la causa específica más frecuente de APVP tanto en varones como en mujeres.

Vigilancia de Enfermedades de Declaración Obligatoria y Red Centinela

Las cinco enfermedades de declaración obligatoria más frecuentemente declaradas numéricamente en Aragón durante el año 2005 fueron: Otros procesos diarreicos (118.401 casos y una tasa de incidencia de 9330,1 casos/100.000 habitantes), Gripe (59.616 casos - 4697,87 casos/100.000 hab), Varicela (6.773 casos - 533,7 casos/100.000 hab), Toxiinfecciones alimentarias (903 casos - 71,1 casos/100.000 hab.) y tuberculosis (255 casos - 20,1casos/100.000 hab).

A continuación y con un número de casos mucho más reducido figuran: parotiditis, otras meningitis, legionelosis, otras tuberculosis, otras hepatitis, hepatitis B y sífilis. Todos ellas con tasas de incidencia superiores a 3,1 casos/100.000 habitantes.

Al comparar las tasas de incidencia de estas enfermedades con las del año 2004 se observa que gripe, TIA, parotiditis y otras hepatitis han sufrido un incremento. El resto de enfermedades han descendido, incluyendo la legionella a pesar del brote ocurrido en agosto en Zaragoza.

La tasa de Incidencia de Casos de SIDA ha pasado de 3.53 casos/100.000 hab en 2004 a 1.21 casos/100.000 hab en el 2005.

Durante el 2005 se notificaron 5 casos de Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, 3 de ellos confirmados.

Registro de cáncer

En el quinquenio 1995-1999 se registraron en Zaragoza un total de 11.627 tumores en varones y 7849 en mujeres, lo que representa una tasa bruta por

100.000 habitantes de 566,5 y 364,5 respectivamente. La tasa de incidencia del total de tumores, ajustada a la población europea, fue de 445,7 para varones y 259,2 en mujeres.

Las localizaciones más frecuentes en varones fueron: pulmón con una tasa ajustada de 72 por 100.000 habitantes; piel no melanoma cuya tasa ajustada fue 65,3, seguido de próstata con una tasa de 60,4; vejiga 44,2 y colorrectal 43,7.

En mujeres el cáncer de mama fue el más frecuente, con una tasa ajustada de 70,8 seguido de piel no melanoma con una tasa de 35,8; le siguen en frecuencia el cáncer colorrectal cuya tasa es 26,6 ; cuerpo de útero con una tasa de 15 por 100.000 habitantes y ovario con una tasa de 10,5.

Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)

En los hospitales de la Comunidad Autónoma (públicos y privados) se registraron durante el año 2004 un total de 149.603 altas. De las 985.795 estancias, las enfermedades del aparato circulatorio han ocasionado el mayor número representando el 17.4% del total, seguidas de las neoplasias (13.6%). La estancia media para el conjunto de patologías fue de 7 días y medio, siendo las enfermedades mentales y las neoplasias los grupos con la estancia media más alta, 13.4 y 10.1 respectivamente. En cuanto a la mortalidad hospitalaria, durante el año 2004 se han registrado 5.406 defunciones, lo que representa 4 defunciones por cada 100 altas y una tasa de 432.6 por 100.000 habitantes-año.

Registro de insuficiencia renal

Durante el año 2004 se han registrado 167 nuevos casos de insuficiencia renal crónica en tratamiento sustitutivo en Aragón, lo que representa una tasa de 13,18 por 100.000 personas-año. Aragón presenta una incidencia baja en comparación con otros registros españoles.

El 31 de Diciembre de 2004 había en Aragón 997 enfermos con insuficiencia renal crónica, 472 con hemodiálisis, 5 en diálisis peritoneal y 520 con trasplante renal funcional, lo que representa una prevalencia de diálisis de 375, 8 para diálisis y 410 enfermos por 1.000.000 para el trasplante. Aragón ocupa un lugar medio bajo en comparación con otras Comunidades Autónomas.

Registro de diabetes infantil

Durante el periodo 1991-2004 se han registrado un total de 362 nuevos casos de diabetes tipo 1 infantil en Aragón, lo que representa una media de 26 casos anuales. La tasa bruta de incidencia para el periodo 2001-2004 fue 15,9 por 100.000 niños-año. La incidencia es mayor en niños que en niñas y las tasas se han mantenido estables desde 1991. Con los datos disponibles, se estima una prevalencia de DM1 en Aragón de 133.8 por 100.000.

Farmacovigilancia

Las notificaciones por reacciones adversas a medicamentos en Aragón fueron 868,3 por millón de habitantes el año 2005, mucho más numerosas que para España (179,2). Además, la tendencia ha sido ascendente en los últimos años.

Esta situación se debe a un esfuerzo importante por recoger adecuadamente las reacciones adversas más que a un aumento real de las mismas.

Salud bucodental

En la encuesta realizada en escolares el año 2004 se midió un índice CAOD a los 12 años de 0,65, inferior a los obtenidos por encuestas de otras CCAA de los últimos años.

10. Participación

La Ley 6/2002, de Salud de Aragón, regula los principales aspectos sobre acceso a la información y capacidad de elección de los pacientes.

Medidas como la garantía de tiempos de espera quirúrgica, la regulación de las voluntades anticipadas, o la regulación de la segunda opinión médica, inciden en mejoras que los sistemas europeos similares al nuestro están incorporando para potenciar el papel central del ciudadano y para mejorar la interrelación médico-paciente.

Se trata de ir concretando los derechos y las garantías que el sistema sanitario aragonés ofrece a los usuarios para paliar la asimetría de información e incrementar la autonomía de los ciudadanos en el ámbito de la salud.

La aplicación de estos derechos en el Sistema Aragonés de Salud puede tener un impacto en la actividad de los profesionales y servicios, en su organización y en la presumible necesidad de recursos complementarios, por lo que es necesario estudiar las distintas alternativas de implantación y su progresividad a los efectos de garantizar los objetivos y resultados propuestos.

Para la participación es fundamental la información. Desde mayo de 2005, se publican los datos de lista de espera quirúrgica, de pruebas complementarias y de consultas externas en la página web del Departamento: (<http://portal.aragob.es/salud/listaespera>), cumpliendo así con el compromiso de transparencia en los servicios sanitarios adoptado por el Departamento de Salud y Consumo.

Los modelos de participación ciudadana en los sistemas de salud tienen que ser coherentes con el modelo de gestión y de organización del propio sistema, a la vez que cumplen los objetivos que la ley les otorga. Se trata de hacer compatible el modelo organizativo territorial por el que hemos optado (los sectores sanitarios) con los mandatos de la Ley de Salud de Aragón.

El nuevo modelo de organización del sistema aragonés de salud queda completamente delimitado con la aprobación, en marzo de 2005, del Decreto 41/2005, de Organización y funcionamiento del Sector Sanitario en el Sistema de Salud de Aragón.

Con la nueva regulación de los sectores sanitarios, la participación de los aragoneses en Sistema de Salud de Aragón en torno a 3 foros:

Consejo de Salud de Aragón
Consejos de Sector Sanitario
Consejos de Zona Básica de Salud.

La Ley de Salud de Aragón crea el Consejo de Salud de Aragón, como órgano colegiado de participación ciudadana en la formulación de la política sanitaria y en el control de su ejecución, asesorando e informando al Departamento de Salud.

Desde su constitución el 11 de mayo de 2004, el Consejo de Salud de Aragón se ha reunido dos veces al año. En la segunda reunión del año 2005, celebrada el 28 de octubre se presentó un estudio sobre el funcionamiento de los Consejos de Sector Sanitario y de los Consejos de Zona Básica de Salud.

Según este estudio, los 8 Sectores Sanitarios habían constituido su Consejo de Sector en el año 2004, y han cumplido con el Decreto reuniéndose al menos en dos ocasiones durante el año 2005. En 4 de los 8 Sectores se había elaborado y aprobado en 2005 un reglamento de funcionamiento.

En cuanto a los Consejos de Zona Básica de Salud, de las 121 Zonas Básicas, 87 habían constituido el Consejo en el año 2005. Sólo 28 de los Consejos habían celebrado alguna reunión en el último año, por lo que en el Consejo de Salud de Aragón se planteó a los diversos representantes de Ayuntamientos, organizaciones profesionales, asociaciones de consumidores, etc., la necesidad de plantear medidas que mejoraran el funcionamiento de los Consejos de Zona Básica.

TABLA 10

PARTICIPACIÓN. INFORME SNS 2005

CCAA: ARAGÓN

Desarrollo de la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica

| | si/no | Referencia legislativa | Observaciones |
|---|-----------|---|--|
| Libre elección de médico | SI | Ley 6/2002, de Salud de Aragón, art. 4. I) | Pendiente Dtº para desarrollo. |
| Segunda opinión | SI | Ley 6/2002, de Salud de Aragón, art. 4. I) | Pendiente Dtº para desarrollo. |
| Acceso a la Historia Clínica | SI | Ley 6/2002, de Salud de Aragón, art. 16,17,18 y 19 | Pendiente Dtº para desarrollo. |
| Consentimiento Informado | SI | Ley 6/2002, de Salud de Aragón, art. 12, 13 y 14. | |
| Instrucciones Previas/Últimas Voluntades | SI | Decreto 100/2003, de Gobierno de Aragón.- Registro de Voluntades Anticipadas. | |
| Guía ó Carta de Servicios | SI | Ley 6/2002, de Salud de Aragón, art. 60. b). | En página Web del Departamento de Salud.Pendiente Dtº de regulación. |

| | | | |
|--|-----------|---|--|
| Información en el Sistema Nacional de Salud (información de carácter administrativo relativa a servicios y unidades asistenciales disponibles y a los requisitos de acceso a los mismos: libertad de elección de médico y centro, conocimiento de listas de espera, posibilidad de segunda opinión, etc.) | SI | Ley 6/2002, de Salud de Aragón, art. 60. b'). | Desde el mes de mayo del 2005 se publican mensualmente las listas de espera (quirúrgica, consultas externas y pruebas diagnósticas) en la Web del Departamento de Salud y Consumo |
| Garantías a los pacientes con necesidades especiales de información asociadas a la discapacidad | SI | Ley 6/2002, de Salud de Aragón, art. 55 | Plan de Asistencia a Urgencias en Personas sordas de Aragón (PAUSA) Proyecto Convenio Singular de Colaboración con ASZA (Asociación Sordos Aragón) para servicio intérpretes Lengua de Signos. Proyecto Contrato de Servicios de intérpretes para pacientes inmigrantes. |

| Figura ó Institución de Defensa de los derechos de los pacientes | si/no | Denominación | Referencia legislativa | Figura jurídico-administrativa (tipo) | Observaciones |
|---|-----------|---------------------------|--|---|--|
| | SI | Justicia de Aragón | Ley 4/1985, de 27 de junio, reguladora del Justicia de Aragón | Comisionado de las Cortes de Aragón. | No existe un Defensor específico pero el Justicia de Aragón asume todas las demandas. |

| | si/no | Cuantía dedicada en 2005 | Nº de Asociaciones subvencionadas en 2005 | Referencia normativa convocatoria | Observaciones |
|---|-----------|--------------------------|---|-----------------------------------|---------------|
| Subvenciones a asociaciones de pacientes | SI | 536.375 | 39 | Convenios | |

DESARROLLO DEL PLAN DE SALUD MENTAL

El Plan Estratégico 2002-2010 de Atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón de 2002 estableció una red de recursos sanitarios plenamente integrados en el Sistema de Salud de Aragón que abarca desde la atención más cercana a la población –a través de los equipos de salud mental-, a la asistencia en dispositivos altamente especializados –como las unidades de media estancia-; a la vez que impulsaba los dispositivos rehabilitadores. Además, incluía otros recursos de carácter social sin los cuales no es posible la plena rehabilitación del paciente con enfermedad mental y, por consiguiente, su integración en la sociedad.

Durante el año 2005 este Plan Estratégico se ha completado con un proyecto de planificación de recursos que incluye criterios de ordenación, la situación actual y la propuesta de desarrollo del mismo. Los recursos previstos se han calculado a partir de unos criterios de ordenación aplicados a la población de referencia para cada dispositivo o recurso, con la finalidad de realizar el cálculo de las necesidades estructurales y de recursos humanos. El criterio de ordenación representa el estándar aceptado como adecuado en planificación.

Se han agrupado los recursos en cuatro grupos:

- Recursos básicos. Se engloba en este grupo los recursos más accesibles a la población:
 - Equipo de salud mental
 - Equipo de salud mental infanto-juvenil
- Recursos hospitalarios. Son recursos donde se presta servicios más especializados que requieren internamiento, total o parcial:
 - Unidad de hospitalización psiquiátrica de agudos
 - Unidad de hospitalización infanto-juvenil
 - Hospital de día
 - Unidad de media estancia
- Recursos rehabilitadores y/o residenciales. En ellos confluyen la prestación de servicios de carácter sanitario, especialmente rehabilitador, y social:
 - Centro de día
 - Centro de día infanto-juvenil
 - Unidad de larga estancia
 - Unidad de psicogeriatría
 - Miniresidencias
 - Pisos asistidos
- Unidades monográficas. Unidades altamente especializadas que actúan de referencia para toda la Comunidad Autónoma destinadas a los pacientes más graves afectos de determinados procesos:
 - Unidad de trastornos de la personalidad
 - Unidad de trastornos de la conducta alimentaria de adultos
 - Unidad de trastornos de la conducta alimentaria de adolescentes

El plan de recursos se complementa con un cronograma para su implantación y con la disponibilidad de financiación que asegura su pleno funcionamiento en las tres siguientes anualidades.

DESARROLLO DEL PLAN DE ATENCION A PACIENTES CRONICOS DEPENDIENTES

Hasta ahora, los sistemas sanitarios han abordado la atención a los pacientes crónicos dependientes situándolos de forma jerárquica en un nivel de cuidados mínimos, de escasa complejidad y delegando parte de los cuidados a su entorno social y familiar. La situación se ha visto más como una amenaza al sistema por saturación de los servicios, especialmente de estancias en centros hospitalarios, que como un problema al que había que ofrecer soluciones a través de una oferta específica de servicios.

El programa que el Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón ha diseñado, en colaboración con profesionales y sociedades científicas, que será implantado en el periodo 2006 –2009, parte de los razonamientos anteriores y establece itinerarios específicos para cada tipo de paciente, en virtud de sus características clínicas y personales. En estos itinerarios no se descarta ni la atención sanitaria más compleja, cuando así lo requiera el paciente, ni tampoco aquellos servicios específicos de cuidados y rehabilitación que deba recibir en su entorno más próximo.

Además, el programa contempla la utilización de todos los recursos existentes en la Comunidad Autónoma, tanto los propios como aquellos gestionados por entidades sin ánimo de lucro y por asociaciones de pacientes. En los primeros pasos dados por el Departamento, previos a la elaboración de este programa, ya se ha regulado este tipo de colaboración y se han establecido acuerdos con un buen número de entidades. Esta decisión no se realiza sólo por su cooperación en la prestación de servicios, sino fundamentalmente por establecer un marco de participación efectiva donde no exista asimetría de información entre la administración y los pacientes.

Para conseguir la pertinencia de los cuidados, el itinerario más adecuado y poder evaluar los resultados se ha establecido un conjunto mínimo de datos que incluye

1. El diagnóstico de los pacientes.
2. La fase de la enfermedad en la que se encuentran.
3. La dependencia, establecida a través de su valoración funcional y cognitiva.
4. El tipo de cuidados que precisan, relacionados, asimismo, con el diagnóstico, la fase de la enfermedad y la existencia o no de dependencia.

El programa, que ya ha comenzado a implantarse recoge los siguientes aspectos:

- Itinerarios de pacientes.
- Cartera de Servicios
- Tipologías de pacientes y escalas de valoración
- Tipología de recursos: EAP, Unidades de Valoración, Camas de Convalecencia, Equipos de Atención Domiciliaria, Hospital de Día, Rehabilitación, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Logopedia.
- Sistema de Información y Evaluación
- Cronograma de Implantación y Financiación

MEJORAR LA ACCESIBILIDAD DE LOS CIUDADANOS DEL MEDIO RURAL

Si bien la accesibilidad de los servicios de Atención Primaria es una realidad en todo el territorio no ocurre así con los servicios de Atención Especializada. Esta situación ha acrecentado en los últimos años la demanda por parte de los ciudadanos de servicios de especializada más accesibles.

Para mejorar y dar respuesta a esta situación se ha constituido una red de Centros de Alta Resolución gestionados por un Consorcio en el que se integran el Departamento de Salud, los Ayuntamientos en los que se ubican los Centros y la Mutua de Accidentes de Zaragoza. El diseño de la red de Centros de Alta Resolución responde a los siguientes objetivos:

- **Equidad territorial**

Aragón es uno de los territorios con menor densidad demográfica de Europa, en 47.720 Km² residen 1.266.000 habitantes en 731 municipios. En más de la mitad de las comarcas la densidad es inferior a 10 habitantes/km² y el 95% del territorio corresponde a zonas que pueden considerarse como rurales.

Esta situación obliga a un esfuerzo especial por parte del Gobierno de Aragón para establecer una red e infraestructura de servicios que evite desigualdades, favorezca el desarrollo social y económico de todos los territorios y fije población en aquellas zonas más despobladas.

- **Garantía de Calidad**

Uno de los grandes retos de la oferta sanitaria es el equilibrar los procesos de descentralización con la garantía de calidad de los servicios que se descentralizan. Hasta ahora el acercar la oferta de servicios sanitarios a los ciudadanos no aseguraba que por el volumen de actividad, la diversidad de casos o el nivel de resolución, los problemas fueran resueltos de forma satisfactoria, con garantía de calidad y evitaran nuevos desplazamientos de los usuarios.

Actualmente, con la incorporación de nuevas tecnologías de diagnóstico y de la información y la comunicación es posible asegurar la calidad y el nivel de resolución en centros sanitarios que se alejan de la imagen del clásico hospital y que equilibran recursos y resultados

- **Adecuación a las nuevas demandas**

Las nuevas demandas pueden resumirse en servicios que resuelvan problemas lo antes posible, con niveles altos de confort y con mayor accesibilidad y en una adaptación de la oferta para pacientes crónicos en relación con camas de convalecencia, hospitales de día, salas de fisioterapia...

- **Eficiencia de los recursos**

A los efectos de mantener el liderazgo de los servicios sanitarios públicos y que este sea compatible con los recursos destinados es necesario coordinar e integrar en red a todos los recursos de titularidad pública y adoptar para los nuevos centros sistemas de gestión más flexibles y con mayor capacidad de adaptación a la demanda.

- **Participación de los ciudadanos**

La mejora de la participación de los ciudadanos esta basada en disponer de mayor información individual y en la democratización de los servicios. Esta democratización y corresponsabilidad debe ser congruente con la organización territorial e institucional de la Comunidad Autónoma, incorporando de forma progresiva a las instituciones locales a ámbitos de gestión, control y evaluación que faciliten la adecuación de la oferta a las características de su territorio. Garantes, en conclusión, de la salud y de los servicios que sus ciudadanos reciben.

La oferta de servicios de los Centros dispone de las siguientes líneas de actividad

- Consultas de Alta Resolución
- Cirugía Mayor Ambulatoria
- Internamiento para procesos de baja complejidad y convalecencia
- Servicios de Rehabilitación
- Procedimientos de Diagnóstico por Imagen
- Coordinación e Integración de todos los dispositivos para la atención a la Urgencia y Emergencia

TABLA 11
PROYECTOS Y MEDIDAS PARA LA EQUIDAD. INFORME SNS 2005

CCAA: ARAGON

| | si/no | tipo de medida | referencia normativa | observaciones |
|---------------------|-------|--|----------------------|--|
| Género | si | Edición de la Guía de Atención sanitaria a la mujer víctima de violencia doméstica | | Difusión en todos los Centros de salud y servicios hospitalarios |
| Etnia | Si | Edición de materiales para información a pacientes en los servicios de atención al usuario y en los servicios de urgencias | | |
| Discapacidad | si | Obras en centros sanitarios | | |
| Otras | | | | |

12. Descripción de 2 experiencias innovadoras

LA RED ARAGONESA DE PROYECTOS DE PROMOCIÓN DE SALUD (RAPPS): APOYO A LA INNOVACIÓN DESDE EQUIPOS INTERDISCIPLINARES DE TRABAJO

El desarrollo de redes en promoción de salud ha sido una estrategia muy utilizada desde los años noventa. Las primeras redes se crearon para potenciar determinados escenarios: la red de ciudades saludables, la red de escuelas promotoras de salud o la red de promoción de salud en el lugar de trabajo.

En el ámbito de la promoción de la salud se entiende por red (OMS, 1999) *una agrupación de individuos, organizaciones y agencias, organizados de forma no jerárquica en torno a temas o preocupaciones comunes, que se abordan de manera activa y sistemática, sobre la base del compromiso y la confianza.*

La **Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPS)** se crea en 1.996 con la finalidad de facilitar la extensión de la promoción y educación para la salud en la Comunidad Autónoma de Aragón y pretende ser un instrumento integrador de los grupos de trabajo multidisciplinares que desarrollan proyectos de educación y promoción de la salud en distintos ámbitos. La creación y funcionamiento de la Red se regula mediante la Orden de 8 de mayo de 1.996 del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo (BOA de 20 de mayo).

En la Comunidad Autónoma de Aragón se había desarrollado el Programa Experimental de Educación para la Salud en la Escuela (1.986-1.991) y posteriormente del Plan de Apoyo a programas de educación para la salud (1.990-1.995). En ambas iniciativas se ha apoyado la experimentación de proyectos de educación para la salud en distintos ámbitos, escuela, atención primaria, servicios comunitarios. De este modo se ha propiciado la creación de equipos de trabajo multidisciplinares con formación y experiencia en metodología de la educación para la salud.

Los objetivos generales de la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de Salud (RAPPS) son:

- Identificar proyectos de promoción y educación para la salud que se están llevando a cabo desde distintos sectores de la Comunidad Autónoma.
- Fomentar la realización de experiencias nuevas y apoyar la consolidación de los equipos de trabajo ya existentes.
- Disponer de una fuente de información que contribuya al conocimiento de modelos y tendencias y al desarrollo de la investigación en promoción y educación para la salud.
- Facilitar la relación y el intercambio de información entre los grupos de trabajo que se integran en la Red.

Características de los proyectos integrados en la RAPPS

La integración en la Red la pueden solicitar aquellos grupos de trabajo multidisciplinares que estén llevando a cabo un proyecto de promoción y educación para la salud tanto de intervención como de investigación y formación de al menos un año de desarrollo.

Tabla 1 Proyectos, centros y profesionales participantes en la RAPPs 2005

| | Huesca | Teruel | Zaragoza | Aragón |
|-------------------------|--------|--------|----------|--------|
| Nº de proyectos | 14 | 15 | 35 | 64 |
| Nº de centros/entidades | 56 | 40 | 104 | 200 |
| Nº de profesionales | 99 | 70 | 257 | 426 |

La red ofrece a los proyectos:

- Asesoramiento a los equipos de trabajo y seguimiento de los proyectos por parte del equipo de educación para la salud del Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón.
- Acceso a la documentación y materiales didácticos que faciliten el desarrollo de los proyectos, desde el SARES (Sistema de Asesoramiento y Recursos en Educación para la Salud) del Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón.
- Difusión de las experiencias mediante el boletín *Red de Salud*. Es una publicación cuatrimestral, que tiene como finalidad difundir las experiencias y actividades de la RAPPs e facilitar información actualizada sobre educación para la salud.
- Organización periódica de jornadas de intercambio de experiencias y actuaciones que promuevan la interacción y la mejora de la calidad entre los proyectos. Cada Año se celebran las Jornadas Anuales de la RAPPs como un espacio para el intercambio de experiencias entre los proyectos y para profundizar en algún tema de interés común
- Intercambio de información con otras redes de actividades y proyectos de promoción y educación para la salud ya constituidos.

La reflexión realizada entre los equipos de trabajo de la Red, ha llegado a identificar 6 principios que aportan calidad a un proyecto de promoción de la salud y que por tanto hay que valorar y analizar cuidadosamente. Los principios definidos son:

1. Modelo de educación y promoción de la salud compartido.
2. Participación de las personas y grupos implicados.
3. Desarrollo de un equipo interdisciplinar
4. Formación y capacitación de los diferentes agentes
5. Análisis y adaptación al contexto
6. Metodología de planificación, de evaluación y educativa

Se considera un proyecto de calidad, aquel cuyo diseño, procesos, resultados y efectos sean conformes con unos determinados criterios de calidad. Como resultado del trabajo sobre la calidad realizado en la Red Aragonesa de

Proyectos de Promoción de Salud (RAPPS) se han definido diecisiete criterios de calidad. Once de los cuales se refieren a las prácticas de educación y promoción de la salud (clasificados según las cinco áreas definidas en la conferencia de Ottawa) y los otros seis criterios restantes se refieren a la calidad en el diseño, implementación y evaluación de un proyecto.

Los criterios de calidad de la RAPPS son:

A) *Criterios de calidad de promoción de salud*

Construcción de una política pública saludable.

1. Defensa activa de la salud para promover una voluntad política favorable a la educación y promoción de salud a nivel local y/o general.
2. Intersectorialidad y cooperación entre diversos sectores y entidades relacionadas con la promoción de salud del nivel local y/o general.

Creación de ambientes favorables

3. Interacción e influencia en el ambiente físico y/o social donde se realiza la intervención. Clima positivo propiciado por el proyecto.
4. Orientación global e interdisciplinar del proyecto potenciando la interacción de estrategias en diferentes ámbitos/escenarios.

Fortalecer la acción comunitaria

5. Activación de procesos de participación de los diferentes actores implicados en el proyecto.
6. Activación y sinergia del proyecto con los recursos comunitarios y redes sociales.
7. Apoyo al desarrollo y organización comunitaria y coordinación de la comunidad.

Desarrollar las aptitudes personales

8. Promover el desarrollo de capacidades personales (sentido crítico, comunicación interpersonal y grupal, autoestima, resolución de conflictos) orientadas hacia la autonomía y toma de decisiones libres y conscientes sobre la salud personal y social.
9. Partir de un análisis crítico de los problemas de salud y formentar la búsqueda de soluciones (observación y toma de conciencia de la propia realidad) promoviendo acciones dentro del contexto concreto.

Reorientar los servicios sanitarios, sociales y educativos.

10. Integración de la educación y promoción de la salud en los objetivos y dinámica de los servicios socio-sanitarios y educativos, facilitando la continuidad de las actuaciones.
11. Cambio y transformación de las instituciones que respaldan la iniciativa, respecto a su cultura organizativa, metodología de trabajo y funcionamiento.

B) Criterios de calidad del proyecto

12. Coherencia con el modelo de promoción y educación para la salud:
13. Pertinencia y relevancia de la intervención:
14. Programación flexible adaptada a la realidad que contemple unos objetivos coherentes cuyo seguimiento y supervisión estratégica estén realizados por un equipo multidisciplinar.
15. Idoneidad metodológica que facilite el desarrollo de las actividades y la participación (metodología de programación y evaluación y metodología educativa)
16. Innovación y creatividad de los procesos desarrollados como resultado de un buen clima de trabajo y de la activación de los recursos.
17. Satisfacción del equipo de trabajo y la comunidad a la que se dirige el proyecto.

Las redes son una de las estructuras de apoyo más adecuadas para el desarrollo de la promoción de la salud, dado su enfoque horizontal y el carácter interdisciplinario e intersectorial de esta.

La falta de un lenguaje común entre los profesionales, la confusión acerca de los conceptos de promoción de la salud y educación para la salud, la sobrecarga de trabajo asistencial, la rigidez en la organización de los centros y servicios y la escasa experiencia de trabajo en equipo son las principales dificultades para desarrollar un trabajo en red de promoción de la salud.

La experiencia de la RAPPS demuestra la importancia de las redes a la hora de facilitar el intercambio de informaciones y experiencias para el desarrollo de la evaluación y de la calidad. También permite generar una serie de modelos de buena práctica y difundir una cultura de la evaluación y de la mejora continua de la calidad.

El aspecto más importante para mejorar la calidad de las intervenciones de promoción de la salud depende del rol y las capacidades de las personas o equipos que desarrollen la iniciativa. Según la experiencia de la RAPPS se resalta que la calidad de un proyecto esta en relación con la existencia de un equipo fuerte y competente, multiprofesional, interdisciplinar e intersectorial.

Para mejorar la calidad de los proyectos es importante asegurar una formación y asesoramiento conjunto al equipo de trabajo ligado al desarrollo del proyecto. La formación interequipos en el marco de la RAPPS ha favorecido la innovación y el desarrollo de criterios de calidad.

EI PROYECTO DE TELEMEDICINA “HEALTH OPTIMUM”

El II Proyecto “Health Optimum” nace de los programas “e-Ten” de la Unión Europea.

Su finalidad es la aplicación práctica de la tecnología a la telemedicina.

En el proyecto han participado Dinamarca (Condado de Funen), Italia (Véneto) y España (Sector de Salud de Barbastro).

En Aragón, el proyecto ha contado con la participación de tres Departamentos del Gobierno de Aragón:

- Departamento de Presidencia y RR.II. (Aragonesa de Servicios Telemáticos)
- Departamento de Salud y Consumo (Sector de Salud de Barbastro).
- Departamento de Ciencia, Tecnología y Universidad (Instituto Tecnológico de Aragón).

El objetivo general es la evaluación de las tecnologías de comunicación de banda ancha (videoconferencia) a la atención sanitaria.

Como objetivos específicos:

- Acercar la Atención Especializada al paciente.
- Mejorar la comunicación entre Atención Primaria y Atención Especializada.
- Evaluar la aceptación del uso de estos procedimientos y tecnologías entre los profesionales y los usuarios del sector de salud.

Las utilidades previstas del proyecto para el sistema de salud son:

- El desarrollo de la videoconferencia.
- La integración de las historias clínicas en niveles asistenciales de Atención Primaria y Atención Especializada.
- La transmisión y el intercambio de información digital de diagnóstico radiológico.

La zona elegida para desarrollar el proyecto, el Sector sanitario de Barbastro, se considera un escenario idóneo: Un territorio de 7.500 Km², de abrupta geografía, una población de 100.000 habitantes, y una zona con experiencia básica previa en la integración de sistemas informáticos en la asistencia sanitaria (Intranet)

Se eligieron dos Centros de Salud, uno de perfil urbano y otro rural: Fraga y Castejón de Sos, respectivamente.

La selección de Servicios hospitalarios se realizó buscando los que por sus características se adaptaban mejor a estas tecnologías: Oncología, Nefrología, Hematología, Laboratorio de Análisis Clínicos y Radiología.

Los puntos clave del desarrollo del proyecto han sido:

- La formación y la información de los profesionales.
- Incorporación de estas tecnologías a la práctica clínica y de diagnóstico
- Utilización de la banda ancha de la Red Aragonesa de Comunicación Institucional (RACI).

Los logros conseguidos en el primer año de proyecto::

- Definición de los escenarios e infraestructuras.
- Diseño de la estación de videoconferencia.
- Elaboración de cuestionarios de evaluación.
- Implantación de la telemedicina:
- Tele-consulta (especialista + médico de familia)
- Tele-laboratorio (consulta de imagen y datos)
- Consultas virtuales (especialista + médico de familia + paciente).

Número de consultas realizadas en el año 2005

| ESPECIALIDAD | | Número de pacientes |
|---------------------|-----------------------------|---------------------|
| Tele-Radiología | Rx Simple + TAC + Telemando | 790 |
| Oncología + U. Mama | Tele-consulta | 269 |
| Nefrología | Tele-consulta | 16 |
| Hematología | Consulta virtual | 10 |
| Total | | 1.076 |

El futuro inmediato del proyecto pasa por la ampliación de la atención sanitaria con la:

- Oferta de nodos de comunicación con los centros de salud de Monzón, Binéfar y Aínsa (suman el 80% de la población del sector de salud).
- Oferta de nuevas especialidades: Urgencias (con posibilidad de informar electrocardiograma) y Oftalmología (diagnóstico de las retinopatías).

- Extension a otros Sectores Sanitarios de los servicios de:
 - Tele - consejo. Videoconferencia entre facultativos sin presencia del paciente. Se puede establecer entre primaria - especializada y para la formación de equipos multidisciplinares.
 - Consulta virtual: consulta mediante videoconferencia que realiza el especialista en el hospital con el paciente en su centro de salud y con/sin presencia del médico de primaria.
 - Tele - laboratorio: Realización de análisis fuera del laboratorio. Dotar a centros de salud con dispositivos capaces de realizar diferentes determinaciones y enviar vía electrónica los resultados al hospital. Estos dispositivos se denominan POCT (point of care terminal).