

# **Plan de Salud de Aragón 2030**

*Borrador de trabajo*



# Índice

1. Marco conceptual.
2. Misión, visión y valores.
3. Metodología.
4. Planes de Salud de Aragón anteriores.
5. Análisis de situación general de salud.
6. Áreas prioritarias:
  - 1) Salud en todas las políticas.
  - 2) Salud en todas las etapas de la vida.
  - 3) Orientación del Sistema Sanitario hacia las personas.
  - 4) Información, investigación y formación para la Salud.



# **1. Marco conceptual**



## Con el Plan de Salud de Aragón se pretende introducir la salud en las políticas públicas

Aunque hablemos de “**salud**”, es habitual en prácticamente todos los ámbitos referirse con este término en realidad a la **enfermedad**. En los esquemas tradicionales, “la salud” es cosa de los sanitarios (del Departamento de Sanidad), que en la práctica dedica la mayor parte de sus recursos y actividad a diagnosticar y tratar enfermedades. Esto es por supuesto imprescindible, pero los enfoques basados en la asistencia sanitaria son insuficientes para mejorar la salud de las personas.

¿A qué nos referimos entonces? La **salud** está relacionada con la enfermedad, pero es un **concepto mucho más amplio**: tiene que ver con vivir más años, con la calidad de vida, con la adaptación al entorno en todas las etapas de la vida. Se puede pensar en ella desde un punto de vista personal (gozar de buena salud), pero también poblacional (la salud de determinados grupos de personas es peor que la de otros). La salud tiene un valor social, económico, científico, político y de otros muchos tipos. La salud, sobre todo, se ha visto que está causada o “determinada” por un amplísimo conjunto de **factores (llamados “determinantes”)**, de los que el sistema sanitario es sólo uno de ellos y no de los más importantes.

Entre esos factores determinantes están por ejemplo aspectos muy básicos como tener alimento, techo, acceso a la energía, agua potable y eliminación de residuos. También lo son el vivir en una sociedad con más o menos riqueza, conflictos o nivel de justicia. Existen multitud de conductas relacionadas con la salud, como por ejemplo hacer ejercicio físico regular o fumar 20 cigarrillos a diario. Estos a su vez dependen de otros factores como la política de urbanismo, la publicidad, o las relaciones económicas entre las empresas o los países. Y se puede hablar de otros muchos, bajo diferentes puntos de vista: biológico, psicológico, social, político... Estos factores determinantes son más o menos abordados desde una multitud de instituciones y ámbitos en nuestra sociedad: **prácticamente todas las políticas tienen una repercusión sobre la salud**.

El Plan de Salud de Aragón pretende establecer una serie de **actuaciones para mantener y mejorar la salud de la población**. La idea es conocer y actuar sobre esos factores determinantes de una manera más organizada y coordinada, tanto desde el sistema sanitario como fuera de él. Implica cambiar la manera de pensar y actuar, de manera coherente y en varios ámbitos, no sólo en el tradicional sanitario. **Supone un proceso de aprendizaje para todos**. Entendemos que es una oportunidad para introducir la reflexión y el debate sobre la salud en la sociedad, e iniciar un recorrido a largo plazo.

Las **actuaciones** que se proponen deben ser **realistas** y tener una serie de características. Se pretende **medir el resultado real en términos de salud** (por ejemplo, en años de vida ajustados por calidad) y no tanto en términos de recursos o actividad (por ejemplo, número de camas o cantidad de tareas realizadas). Se busca realizar **más funciones de promoción de salud y prevención de la enfermedad y poner menos énfasis en la asistencia sanitaria**, reduciendo la creciente medicalización y evitando las intervenciones perjudiciales o simplemente no efectivas. Supone dar más peso a las **medidas comunitarias** y **atender a las personas de manera diferente**. Las medidas además tienen que tener **recursos** (entre ellos financiación), **responsables** y **ser evaluadas** de una manera objetiva y comparable. De todo ello finalmente habrá que **rendir cuentas** a diferentes niveles.

**Las actuaciones están detalladas más adelante** en el apartado principal de este Plan (áreas prioritarias). Esta división en 4 áreas sólo intenta **estructurar las medidas a realizar de una manera operativa**, pero es importante tener en cuenta varios aspectos. En primer lugar están todas ellas relacionadas, no son compartimentos cerrados. Por ejemplo, promocionar el ejercicio físico (dentro

del apartado de Salud en todas las etapas de la vida) está relacionado con la utilización de espacios urbanos (dentro del apartado de Salud en todas las políticas). Se pueden estructurar de otra manera, de hecho otros planes de salud son diferentes. Pero en definitiva **lo que interesa es lograr los objetivos**.

Un aspecto importante a destacar es que ya se están haciendo o están previstas medidas con repercusión en la salud, tanto desde el propio sistema sanitario como fuera de él. El Plan no es ni enteramente nuevo, ni original en muchas de sus medidas. Pero sí que es nuevo el intento de **organizar y coordinar las actuaciones con un punto de vista global de actuación sobre la salud**.

Todo ello supone un **replanteamiento**, no sólo del sistema sanitario, sino más en general del **abordaje de la salud en la sociedad**. Implica cambios que pueden ser complicados, largos, discutidos y para los que habrá resistencias (y esperamos que también apoyos). No será tarea fácil, pero es imprescindible ponerse en marcha.

## **Hay una serie de ideas de fondo que se consideran importantes**

**La salud** de las personas y de los grupos de personas no sólo tiene importancia en sí misma, sino que **es un activo** para todos los ámbitos (personal, profesional, tiempo libre...). Para mantener y mejorar la salud hay que conocer y actuar sobre sus causas: lo que llamamos en general los **factores determinantes**, tanto los individuales como los colectivos.

Esto implica ir más allá del sistema sanitario actual ya que prácticamente cualquier tipo de intervención en nuestra sociedad tiene consecuencias sobre la salud. Por una parte tiene sentido medir esas consecuencias: lo que se conoce como la **evaluación del impacto en salud**. Por otra, si se pretende mantener y mejorar la salud, habrá que actuar desde varios ámbitos (no sólo desde el sanitario tradicional). Es lo que se conoce como **salud en todas las políticas**. El mantenimiento y mejora de la salud debe ser un **objetivo compartido** por las diversas instituciones y sectores de la sociedad, además de individualmente por las personas, que tienen responsabilidad sobre su salud. El abordaje de la salud en todas las políticas requiere cooperación, coordinación e integración de las actuaciones de gobierno: lo que se conoce como **buena gobernanza**.

La salud es un **factor económico de primer orden en la sociedad**. Aunque en ocasiones hay referencias al “**gasto**” que supone (gasto sanitario), se debería considerar más bien como una **inversión**: dedicar recursos a la salud **repercute favorablemente en la economía**, aunque en parte sea a largo plazo y de manera indirecta. Por otra parte, existe margen para aumentar la **eficiencia** de las actuaciones relacionadas con la salud.

Existen **diferencias en el nivel de salud** entre personas y grupos de la sociedad: se conocen como **desigualdades en salud**. Estas diferencias se manifiestan por la **edad, el género, la clase social, la etnia y el territorio, entre otros**, que se consideran **ejes de desigualdad** según el modelo de determinantes sociales de salud adoptado por el Ministerio de Sanidad. Una buena parte de ellas tienen causas **sobre las que se puede actuar**, especialmente en **personas y colectivos vulnerables**. Entre ellos tienen importancia en nuestra sociedad las **personas mayores**, los **enfermos crónicos** y colectivos **desfavorecidos**, entre otros. No se puede mantener y mejorar la salud en su conjunto si no se abordan estas desigualdades.

Dentro del sistema sanitario asistencial se requiere **fortalecer el abordaje generalista y plantear la atención integral de las personas** (no por patologías, como es el abordaje clásico). Esto implica fortalecer la atención primaria y reorientar la atención especializada, además de **establecer prioridades para la investigación y formación**.



## Pretende ser un Plan de Gobierno, con recorrido a medio y largo plazo

El Plan de Salud de Aragón pretende ser un **instrumento de gobierno general**. Es decir, no es un plan sólo del Departamento de Sanidad. Supone además establecer líneas de trabajo que van mucho más allá de la actual legislatura, con un **horizonte situado en 2030**. El alcance administrativo y político del Plan significa por tanto:

- **La aprobación por el Gobierno** a propuesta del Consejero de Sanidad, tras su debate interno entre todos los Departamentos.
- **Que el Plan afecta y obliga a todos los Departamentos**, en aspectos concretos como pueden ser sus propios planes específicos, el desarrollo legislativo, la dotación de recursos, la designación de responsables o la rendición de cuentas.
- Que una parte importante de esta acción coordinada de gobierno debe ser la **revisión de otros planes de gobierno** para evaluar en qué afectan al Plan de Salud de Aragón y recíprocamente qué consecuencias tiene sobre ellos.
- **Su aprobación en las Cortes de Aragón** estableciendo un **compromiso general de Gobierno a medio y largo plazo por los partidos políticos**, por el que se sigue la línea de planificación iniciada, que no se cambiará en sus líneas maestras en sucesivas legislaturas.
- Iniciar un **proceso de planificación continuado**, en el que se evalúen los planes y se pongan en marcha nuevos planes a partir de los anteriores. Será necesario establecer un **desarrollo normativo** para los sucesivos planes de salud de Aragón, en el que se establezca el mecanismo de planificación.
- Que es especialmente importante **que se asignen recursos**, particularmente económicos y no sólo desde el Departamento de Sanidad.
- Que debe existir un compromiso público de rendición de cuentas: **presentación periódica de resultados**, ante la ciudadanía y especialmente ante los órganos de participación.

El Plan de Salud por tanto deberá realizarse estableciendo un **marco de coordinación interdepartamental** que incluya el órgano directivo responsable de la toma de decisiones, el órgano o los órganos de coordinación y seguimiento periódico del Plan, y las unidades específicas que realicen las actividades necesarias, como medir la situación de salud o realizar la evaluación. las actuaciones. En la sexta parte de este documento referida a las áreas prioritarias se realizan propuestas concretas.

## Modelos de referencia

Se han tomado como referencia varios documentos de planificación para la realización del Plan de Salud de Aragón, que han servido para establecer las ideas del marco conceptual, los valores, la metodología y las líneas estratégicas que se proponen:

- **Agenda 2030 para el desarrollo sostenible**. Naciones Unidas.
- **Health 2020** (Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud): marco político para apoyar actuaciones de los gobiernos y sociedades para la salud y el bienestar.
- **Programa de salud para el crecimiento 2014-2020**. Comisión Europea.
- **Modelo de la Organización Mundial de la Salud de atención a la cronicidad**.
- **Informe de la Comisión de Determinantes de la Salud de la Organización Mundial de la Salud 2009**.
- **Propuesta para reducir las desigualdades sociales en salud en España**. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid 2015.



## **2. Misión, visión y valores**



## **Misión**

Mejorar la salud de la población de Aragón poniendo en marcha medidas que actúen sobre sus determinantes y desde todas las políticas. Orientar el sistema sanitario de Aragón hacia la salud.

## **Visión**

Una población con un elevado nivel de salud, en la que se han reducido las desigualdades que la afectan.

## **Valores**

### **Universalidad**

La salud es un activo que se ofrece a todos los habitantes de Aragón.

### **Solidaridad**

Se compensan las bajas rentas y situaciones desfavorables.

### **Equidad**

Se proporcionan prestaciones en función de las necesidades.

### **Efectividad**

Las medidas se realizan para cumplir los objetivos previstos.

### **Eficiencia**

La relación entre los objetivos previstos y los recursos utilizados será lo más favorable posible.

### **Calidad**

Las actuaciones que se realicen deben igualar o superar un estándar preestablecido.

### **Participación**

Los ciudadanos tienen la posibilidad de influir en las decisiones, a través de los órganos de participación.

### **Sostenibilidad**

Las medidas del Plan se pueden mantener económica, social y ambientalmente.

### **Autonomía**

Los ciudadanos son corresponsables y pueden mejorar las competencias respecto a su propia salud.

### **Transparencia y rendición de cuentas**

Tanto ciudadanos como profesionales tendrán acceso a la información sobre la salud. Los responsables políticos presentarán periódicamente resultados.

### **Ética**

Las decisiones que afectan a la salud de la población deben ajustarse a valores éticos.

### **Innovación**

La mejora de la salud supone poner en práctica nuevas ideas con mejores soluciones para nuevas necesidades.



# 3. Metodología





Se propusieron **4 etapas** en la elaboración del Plan de Salud de Aragón:

Etapa 0 – Análisis y propuestas básicas del Plan.

Etapa 1 – Presentación de la propuesta y definición de objetivos.

Etapa 2 – Desarrollo de las áreas prioritarias.

Etapa 3 – Participación e información pública.

## Etapa 0 – Análisis y Propuestas Básicas del Plan

El objetivo fue conseguir un primer borrador: **Plan de Salud de Aragón versión 0**. Para ello se plantearon las ideas de partida y se formó un grupo redactor que revisó documentos y otros planes de salud. A partir de sus sesiones de discusión se redactó el primer borrador.

### Planteamiento y creación de un grupo redactor

#### Planteamiento

El encargo inicial de redactar y poner en marcha un Plan de Salud de Aragón se produjo a finales de 2015. El Consejero de Sanidad encargó la coordinación a la Dirección General de Salud Pública. El Plan debía estar dirigido a actuaciones para mejorar la salud de la población basado en ideas como la actuación sobre determinantes, la salud en todas las políticas y reorientar el sistema sanitario hacia objetivos de salud. El Plan por tanto debía ir más allá de la asistencia sanitaria.

Durante la primera mitad de 2016 se desarrolló el trabajo interno en la Dirección General de Salud Pública para definir las ideas de partida en un marco conceptual, realizar una revisión inicial de documentación, e identificar las grandes estrategias.

#### Creación de un grupo redactor

En mayo de 2016 se creó un **Grupo Redactor** formado por 5 personas y coordinado por el Director General de Salud Pública, con el encargo de planificar el proceso de elaboración y redactar un primer borrador.

### Revisión de documentos generales y de otros planes de salud

- Se realizó una revisión de publicaciones internacionales y nacionales para establecer los principios de actuación generales.
- Se revisaron en profundidad los planes de salud vigentes de las comunidades autónomas, con el fin de identificar los que más se aproximaban al planteamiento del Plan de Salud de Aragón y obtener información de utilidad para la realización del borrador. Para cada plan se preparó una ficha de evaluación con los siguientes datos:
  - Nombre del documento.
  - Información general: Comunidad Autónoma, año de publicación, período previsto de vigencia, nº páginas...
  - Soporte institucional/legal: si está aprobado en cortes, por el gobierno, está sujeto a normativa, órganos de dirección. Línea temporal: plan aislado o serie de planes.
  - Situación de partida/diagnóstico de situación: puntos principales que se analizan.
  - Áreas prioritarias de intervención: objetivos, actuaciones, responsables, evaluación

- Asignación económica/presupuestaria
  - Proceso / metodología de elaboración. Grupos de trabajo, proceso de participación...
- 
- Se realizaron dos sesiones de presentación y discusión de cada uno de los planes revisados en el grupo de redacción.
  - Finalmente se seleccionaron 3 planes de salud que sirvieron como referencia general:
    - Políticas de salud para Euskadi 2013-2020.
    - IV Plan de Salud 2016-2020 de la Comunidad Valenciana.
    - IV Plan Andaluz de salud 2013-2020.

## **Documento 0**

A continuación, cada miembro del grupo preparó y presentó una propuesta de estructura general del Plan de Salud de Aragón con las líneas principales de actuación a desarrollar, más un documento con las tareas y contenidos a tener en cuenta. De esta presentación se realizó una primera redacción de propuesta de Plan de Salud de Aragón.

La propuesta fue discutida en varias sesiones entre los miembros del Grupo Redactor y modificada hasta conseguir el documento.

## Etapa 1 – Presentación de la propuesta y definición de objetivos

El objetivo fue conseguir una nueva versión: **Plan de Salud de Aragón versión 1**. Para ello se realizó una parte de trabajo interno (presentación al Consejero y Comisión de Dirección) y fundamentalmente se abrió un proceso de participación externo, tras el cual se trabajó en una nueva versión del Plan de Salud.

### Presentación al Consejero de Sanidad y a la Comisión de Dirección del Departamento de Sanidad

El **Grupo Redactor** presentó el documento de la etapa 0 al Consejero de Sanidad para su valoración y planteamiento del resto de etapas. Posteriormente el Plan se presentó también en la Comisión de Dirección del Departamento de Sanidad para su visto bueno y posterior desarrollo. Se decidió que se seguiría adelante eligiendo la propuesta de mayor nivel de participación, que incluía la creación de un **panel o grupo de expertos** a los que se realizó una entrevista dirigida y la realización de varios **grupos de informantes**. A continuación se detalla la metodología seguida para ambos.

#### Panel de expertos

El panel o grupo de expertos fue constituido por personas que se eligieron por su perfil de conocimiento y experiencia del sistema y de los determinantes de salud y con capacidad para aportar elementos de interés para la elaboración del Plan. Se eligieron 8 personas con diferentes trayectorias profesionales que dieran su opinión en las etapas 1 a 3 del Plan. En la etapa 1 se realizaron entrevistas en profundidad con cada una de ellas, con la idea de obtener información para preparar el Plan.

El coordinador del grupo redactor contactó con cada experto para explicar que se estaba elaborando el Plan de Salud de Aragón y que queríamos contar con su participación. En una primera etapa se realizarían entrevistas con un encuadre y un guión desarrollado previamente. A cada experto se le proporcionó un documento basado en el Plan de Salud versión 0 que sirviera de marco previo a la entrevista. En el guión se preguntaba de manera general por la orientación del plan, los objetivos, los elementos clave que debería considerar y las áreas/estructura que debería contener.

Las entrevistas fueron realizadas por dos personas del grupo redactor. Una de ellas, con experiencia en entrevistas guiadas las realizó con apoyo de otra que actuaba como observador. Las entrevistas fueron grabadas y se tomaron notas sobre las aportaciones y el acuerdo o no con los planteamientos previos. Para cada una de ellas se preparó un documento resumen con las principales ideas aportadas.

Posteriormente todos los miembros del grupo redactor revisaron tanto los documentos resumen como las grabaciones y se pusieron en común en varias sesiones de discusión. La metodología detallada está disponible en documentos de apoyo.

#### Grupos de informantes

Se constituyeron inicialmente 3 grupos de unas 10-12 personas a los que posteriormente se añadió un cuarto, con los siguientes perfiles:

- Grupo 1 – **Ciudadanía**: representantes de asociaciones ciudadanas y otros grupos sociales.
- Grupo 2 – **Departamentos no sanitarios**: departamentos del Gobierno de Aragón (salvo Sanidad que está representado en el grupo 3), Ayuntamiento de Zaragoza y Universidad.

- Grupo 3 – **Sociosanitario**: Representantes del área sociosanitaria, tanto asistenciales como no asistenciales.
- Grupo 4 – **Políticos**: representantes de partidos políticos.

El objetivo fue recoger las aportaciones, fundamentalmente en cuanto a objetivos y grandes áreas que debería en su opinión recoger el Plan de Salud, que se realizaron para cada grupo en una jornada de trabajo presencial.

El listado de personas candidatas a formar parte de los grupos se discutió en varias jornadas de trabajo por el grupo redactor, con la idea de conseguir una representación estructural de las respectivas áreas de interés. Se eligieron de tal manera que pudieran aportar una visión de conjunto sobre como abordar la realización de un plan de salud desde su base profesional y personal y que tuvieran diferentes puntos de vista. Se les proporcionó a cada uno el mismo documento de base basado en el Plan de Salud V 0 que a los expertos.

Para la jornada de trabajo de una mañana para cada grupo se elaboró un guión y se siguieron las siguientes etapas:

- Presentación de la jornada: marco general de realización del plan y metodología a seguir.
- Trabajo personal de los asistentes para completar objetivos y áreas generales de organización del plan.
- Presentación y debate de objetivos del Plan.
- Presentación y debate de áreas del Plan, con ordenación de los objetivos recogidos previamente.
- Espacio abierto para sugerencias.
- Síntesis y conclusiones.

El grupo redactor asistió a todas las jornadas de trabajo con funciones de dinamizador, moderador y relator que asumieron distintas personas. De cada jornada de trabajo se elaboró un documento de síntesis de las aportaciones realizadas y una base de datos general para todas ellas con los objetivos y áreas planteados. El grupo redactor puso en común y discutió en varias jornadas de trabajo las aportaciones realizadas, junto con las del grupo de expertos. La metodología detallada está disponible en documentos de apoyo.

## **Elaboración del documento Plan de Salud versión 1**

A partir de la documentación generada en el panel de expertos y los grupos de informantes, el grupo redactor elaboró y discutió varias propuestas de objetivos y grandes áreas del Plan.

El resultado de este proceso fue el siguiente borrador, que muestra la división en 4 grandes áreas, los objetivos a conseguir en cada área y algunos ejemplos de actuaciones que se podrían establecer.

## Etapa 2 – Desarrollo de las áreas prioritarias

El objetivo fue realizar una nueva versión del plan: **Plan de Salud de Aragón versión 2**.

Se realizó primero una **jornada de presentación del Plan** en junio de 2017. Las jornadas tuvieron en primer lugar el objetivo de mostrar planes de orientación similar de otras comunidades. Para ello se invitó a representantes de País Vasco, Andalucía y Valencia, que expusieron en una mesa redonda los principales puntos de sus planes y los problemas a los que se habían enfrentado al ponerlo en marcha. El segundo objetivo fue presentar las grandes áreas y objetivos del Plan y poner en marcha los **grupos de trabajo** de la segunda etapa.

Cada grupo de trabajo se ocupó de establecer el detalle de cada una de las áreas prioritarias definidas previamente:

- 1. Salud en todas las políticas.**
- 2. Salud en todas las etapas de la vida.**
- 3. Orientación del Sistema Sanitario hacia las personas.**
- 4. Información, investigación y formación para la Salud.**

Se crearon **cinco grupos de trabajo** ya que el área tres se desdobló debido a su extensión. El perfil de los participantes fue de personas con conocimientos en el área correspondiente. Se formaron grupos de unas **10 personas, con un coordinador y relator**. Su tarea fue partir de la versión 1 del Plan y en cada área prioritaria establecer en detalle los siguientes apartados:

- Breve análisis de situación referido específicamente a esa área.
- Objetivos: que se pretende con cada área. Los objetivos estaban previamente definidos en la etapa 1, aunque se podían mejorar y completar.
- Actuaciones: “lo que hay que hacer”: lo que tienen que poner en marcha las distintas organizaciones responsables. Esta fue la parte más importante.
- Evaluación: cómo se mide hasta que grado se alcanza el objetivo, con indicadores de evaluación seleccionados.
- Plazos: qué cronograma hay que seguir para realizar las actuaciones, especificando de manera general a corto (1-2 años), medio (alrededor de 5 años) y largo plazo (sobre 10 años).
- Liderazgo: quién tiene que llevarlo a cabo, quién rinde cuentas.

Los Grupos de Trabajo presentaron sus resultados al grupo redactor el 31 de octubre de 2017. Éste realizó una primera síntesis de resultados en un borrador para devolver tanto a los Grupos de Trabajo como al Grupo de Expertos. A partir de sus aportaciones se realizó el borrador final del Plan de Salud de Aragón versión 2 en enero de 2018.

## Etapa 3 – Participación e información pública

El objetivo es la redacción de la versión final: **Plan de Salud de Aragón versión 3**.

En esta etapa se han establecido 5 ámbitos o niveles de participación e información.

### A) Proceso de participación general

El objetivo es promover la participación en general de la población, especialmente desde áreas que hasta ahora no han intervenido o lo han hecho mínimamente. Este nivel se realizará en coordinación con la Dirección General de Participación Ciudadana, Transparencia, Cooperación y Voluntariado y el proceso se apoyará en el Portal de Participación Ciudadana de la sede electrónica del Gobierno de Aragón. El proceso se estructura en tres fases:

- Fase de información: se presentará el Plan de Salud de Aragón versión 2 mediante video conferencia en las tres provincias.
- Fase de debate: Se definirá un mapa de actores para la realización de los 5 talleres previstos, con participación voluntaria:
  - Un taller de trabajo con ciudadanos por capital de provincia (en total 3). Entre los participantes se incluirán asociaciones de pacientes y familiares, de consumidores, de vecinos, de mujeres, de inmigrantes y otras (personas con discapacidad...). También está previsto que participen plataformas ciudadanas (tercera edad, etc.) y otras entidades. En los talleres de Huesca y de Teruel, habrá además representantes de los municipios y comarcas, de agentes sociales (sindicatos y empresarios) y trabajadores de servicios sociales municipales o comarcales. Por último, se pretende incluir a representantes del Departamento de Sanidad y otros departamentos del Gobierno de Aragón.
  - Un taller, realizado en Zaragoza, con sociedades científicas, colegios profesionales y Universidad.
  - Un taller, realizado en Zaragoza, con representantes de los municipios y o comarcas de la provincia de Zaragoza, federaciones de municipios, representantes de agentes sociales (sindicatos y empresarios), trabajadores servicios sociales municipales o comarcales.
- Fase de Retorno. Se realizará una sesión de devolución de las aportaciones mediante video conferencia con las tres provincias.

### B) Trabajo con las secretarías generales técnicas de los Departamentos del Gobierno de Aragón

Se celebrará una reunión con todas ellas. Se pretende, además de la presentación general del texto resultante de la fase 2 de elaboración del Plan, revisar las propuestas que directa e indirectamente les afectan a cada uno de los departamentos y sentar la base de colaboración con cada departamento para el desarrollo del Plan.

### C) Difusión del Plan de Salud entre profesionales del sistema sanitario y social

Tiene como objetivo que los profesionales del sistema sanitario asistencial y social tengan la oportunidad de conocer el Plan y de hacer, en su caso, aportaciones. Están previstas dos medidas:

- Reunión con el equipo directivo del SALUD para presentar el Plan y concretar el mecanismo más apropiado para presentarlo en cada uno de los sectores, incluyendo tanto los hospitales como la atención primaria. Se invitará a que envíen las aportaciones al plan a través de los mecanismos previstos.

- Envío de información a los hospitales privados y mutuas para que conozcan el Plan y envíen en su caso aportaciones.

#### **D) Jornada de trabajo con los consejos de salud de zona**

Este nivel tiene especial relevancia ya que es el órgano de participación formal en el que interviene directamente la ciudadanía. Se remitirá información a los consejos de salud de zona constituidos y a los coordinadores de los centros de salud de los no constituidos para que se inscriban a una sesión de trabajo monográfica de Plan de Salud de Aragón.

La sesión tendrá en primer lugar una mesa de presentación del Plan y en segundo lugar se establecerán grupos de Trabajo para debatir el contenido y recoger aportaciones.

#### **E) Consulta e información pública**

En paralelo y para completar el proceso de participación del Plan de Salud de Aragón se realizarán las siguientes actividades:

- Información pública. El Plan estará disponible en varias Web del Gobierno de Aragón, incluida una presentación general y con una dirección de correo para realizar aportaciones.
- Consulta a órganos de participación formales de alto nivel: se remitirá el texto para su conocimiento y aportaciones a los órganos formales de participación y consulta del Gobierno de Aragón:
  - Consejo de Salud de Aragón.
  - Comité de Bioética de Aragón.
  - Consejo Asesor de Atención a la Salud de la Mujer.
  - Consejo Escolar de Aragón.
  - Consejo Aragonés de Servicios Sociales.
  - Foro de la Inmigración.
  - Consejo de la Transparencia de Aragón.
  - Consejo de Cooperación Comarcal.
  - Consejo Económico y Social de Aragón.
  - Consejo de Protección de la Naturaleza de Aragón.
  - Consejo de Educación Permanente de Aragón.
  - Consejo de Industria de Aragón.
- Información a los profesionales del Gobierno de Aragón. Se mandará un mensaje de correo electrónico en el que se informará del Plan, donde estará disponible y como realizar las aportaciones por correo electrónico, en su caso.
- Difusión a los medios de comunicación, reuniones con periodistas y con asociación de periodistas de la salud.





## **4. Planes de salud anteriores**



Se han realizado varios documentos de planificación en salud en Aragón. Sin embargo:

- Los planes tenían un **alcance muy diverso** entre ellos. Hay desde planes dedicados exclusivamente a la mejora de la gestión de la estructura sanitaria asistencial hasta planes generales que abordaban la salud de la población.
- En varios de ellos **no estaba prevista una evaluación**. En los que sí estaba prevista, **no se ha realizado de manera sistematizada y explícita, ni se han presentado los resultados públicamente**.
- **No se ha establecido un proceso continuo de planificación**, a diferencia de otras Comunidades Autónomas. Los planes han obedecido a iniciativas aisladas, siendo prácticamente “planes de legislatura” sin continuidad.
- Se ha dedicado comparativamente **mucho esfuerzo a realizar análisis de situación** muy completos y exhaustivos y menos a establecer las medidas de actuación concretas.
- Aunque en todos ellos se han establecido objetivos a conseguir y actuaciones a realizar y estaba prevista algún tipo de evaluación con indicadores, sin embargo en ninguno se han especificado las unidades responsables ni los recursos necesarios, ni la legislación a desarrollar.
- **No mostraban** o estaban poco desarrolladas **las ideas esenciales** que se consideran en el marco conceptual de este Plan: la actuación sobre determinantes, salud en todas las políticas, reducción de desigualdades o la actuación en grupos vulnerables.
- Sobre todo, el aspecto más importante a destacar es que **no se han llevado a cabo o sólo parcialmente**.

Lista de planes generales relacionados con la salud en Aragón:

- Plan de Salud de Aragón (1992) (borrador).
- Plan de Salud de Aragón (1999).
- Documento de planificación de salud 2001-2005.
- Plan Estratégico de Salud Pública (2006).
- Estrategias Departamento Sanidad Aragón 2007-2011.
- Medidas Sanitarias 2012-2015.



# **5. Análisis de la situación general de salud**



# DETERMINANTES DE LA SALUD

## Demografía

- La **densidad de población** en Aragón es muy inferior a la media nacional. Además, la mitad de la población reside en Zaragoza capital. Pese a que el 91,8% de los municipios aragoneses pertenecen a la “Zona Rural” sólo el 16,4% de la población reside en este tipo de municipios.
- La estructura de la pirámide de población en Aragón es similar a la de España, típica de una **población envejecida**, aunque en Aragón el porcentaje de personas mayores de 65 años es superior al de España (21% en Aragón y 18% en España).
- La **esperanza de vida al nacimiento** en el año 2014 en Aragón era de 82,9 años (80 en hombres y 85,7 en mujeres). Es muy similar a la media nacional y superior a la media de los 17 países de la Eurozona. En los últimos 10 años ha aumentado un 3,1% en hombres y un 2,4% en mujeres, situándose la diferencia mujer-hombre en torno a 6 años.
- La **tasa bruta de natalidad** en Aragón es inferior a la de España, aunque la **tasa de fecundidad** que es un indicador no relacionado con el envejecimiento de la población, presenta valores similares en el año 2014.
- El **crecimiento vegetativo en Aragón se mantiene negativo** (en España es ligeramente positivo).
- El **porcentaje de población extranjera** en Aragón es similar al nacional (10,6% y 10,1% respectivamente).

## Entorno Físico

- **Calidad del aire.** En Aragón, durante el año 2014 no se superaron los valores límites establecidos por la legislación para ninguno de los contaminantes regulados y registrados.
- **Calidad del agua.** El agua se mantuvo en nuestra Comunidad Autónoma en los 6 últimos años por encima del 95% de análisis considerados con aptitud para el consumo. Los parámetros que se incumplen con mayor frecuencia son los de contaminación, sulfatos y turbidez. Destacan las incidencias en la calidad del agua debida a presencia de nitratos.

## Entorno Social y económico

- **Condiciones de la vivienda.** En Aragón en 2014, según los datos de la encuesta de condiciones de vida, el porcentaje de hogares que no sufren problemas en la vivienda es superior que en España. Sin embargo según los datos del informe sobre pobreza energética en Aragón, **se prevé que el número de hogares en situación de pobreza energética aumente hasta 2017.**
- **Entorno Familiar.** La encuesta de condiciones de vida clasifica a los hogares en tres categorías, siendo tanto para Aragón como España en 2014, el más frecuente aquel que consta de dos adultos sin niños (30,6% y 28,4% del total, respectivamente).
- **Educación.** El porcentaje de “personas con instrucción insuficiente” en Aragón es de 23%, siendo el porcentaje de “personas jóvenes con instrucción insuficiente” de 11%. Ambos datos presentan gran variabilidad si los desagregamos en zonas de salud. (Censo 2011)
- **Situación laboral.** El desempleo es un **problema importante** tanto en Aragón como en España, presentando datos según el censo de 2011 del 23,5%. Además, el 31% de las personas ocupadas eran asalariados eventuales.
- **AROE** (At Risk Of Poverty and Exclusion) es un indicador agregado que combina la tasa de riesgo de pobreza relativa (o pobreza monetaria) con la privación material y la baja intensidad del trabajo en los hogares. En Aragón en 2016 era 18,6%, inferior al de España (27,9%).

- Un componente significativo del indicador anterior, la **tasa de riesgo de pobreza**, era en Aragón según la Encuesta de Condiciones de Vida de 2016 el 15,7% de la población, por debajo de la española que se sitúa en algo más del 22%. La evolución en los últimos años es estable y siempre por debajo de la española.
- El índice S80/S20 era en Aragón en 2012 de 6,8 (España 7,1), con un incremento progresivo desde 2004, en que en Aragón era 4,2 y en España 5,2.

## **Estilos de vida**

- **Alimentación.** Según la Encuesta Nacional de Salud 2012 para éste y el resto de indicadores de este apartado, el 6,4% de los aragoneses no suele desayunar, siendo el doble que a nivel nacional. El 51,6% de la población consume frutas, ensaladas u hortalizas todos los días.
- **Higiene.** Solo el 31,1% se cepillan los dientes 3 o más veces al día, frente al 36,4% a nivel nacional.
- **Actividad física.** El 45% de los adultos no realiza nada de ejercicio físico en su tiempo libre, llegando al 50% en las mujeres.
- **Tabaco.** El 27,3% de los aragoneses fuman habitualmente, siendo el porcentaje superior en hombres (32,4%) que en mujeres (22,3%).
- **Alcohol.** El 77,5% de los aragoneses ha consumido alcohol en los últimos 12 meses, frente al 65,5% de los españoles.

## **Sistema sanitario**

- El gasto sanitario público en España en 2014, fue de 1.332€ por habitante (5,9% del PIB). El 92% de esta cantidad correspondió al gasto realizado por los servicios de salud autonómicos. En Aragón, el gasto sanitario fue de 1.427€ por habitante (5,8% del PIB).
- La mayor inversión se realizó en servicios hospitalarios, con un porcentaje de gasto del 60,6% en Aragón y del 62,5% en el conjunto de servicios de las comunidades autónomas. La distribución del gasto para otros servicios fue: 16% en farmacia (17,3% en todas las comunidades); 15,2% en servicios de atención primaria (13,8% en todas las comunidades); 1,2% salud pública (el 1% en todas las comunidades autónomas) y 7% en el resto de servicios (prótesis, aparatos terapéuticos, traslados, servicios colectivos y gastos de capital).
- En el periodo 2010-2014 el gasto sanitario público en Aragón disminuyó un 4,6% (un 10,3% en el conjunto de comunidades autónomas). El gasto en Aragón se redujo en todos los servicios excepto en servicios hospitalarios, los cuales crecieron en porcentaje de gasto, pasando del 54,2% en 2010 al 60,6% en 2014.
- El Servicio Aragonés de Salud tiene 123 zonas básicas de salud distribuidas en ocho sectores sanitarios. Cuenta con 118 centros de salud, 870 consultorios y 17 hospitales.
- Hay 2,91 camas hospitalarias en funcionamiento por cada 1000 habitantes y 17,6 puestos de hospital de día por cada 100.000 habitantes. En el Sistema Nacional de Salud hay 2,4 camas y 36,2 puestos de hospital de día.
- Un 85% de las camas en Aragón están en hospitales públicos generales, un 12% en centros de psiquiatría y el 3% en hospitales de media y larga estancia (SNS: 79% camas de procesos agudos; 11% psiquiatría y 10% media y larga estancia).
- El 40% de las camas de psiquiatría y el 55,4% de las camas de media y larga estancia en Aragón son concertadas.
- En 2014, por cada 1.000 habitantes había 0,9 médicos y 0,7 enfermeras en equipos de atención primaria (SNS: 0,8 médicos y 0,6 enfermeras). En los hospitales públicos aragoneses había 2 médicos y 3,9 enfermeras por cada 1.000 habitantes (SNS: 1,7 médicos y 2,9 enfermeras).



- En atención primaria la frecuentación durante el año 2014 fue de 5,2 visitas por persona, a la consulta de medicina y de 2,5 visitas por persona, a la consulta de enfermería (SNS: 5,2 visitas médicas / persona y 2,9 visitas enfermeras / persona). La frecuentación varió entre sectores sanitarios (de 6,3 visitas médicas y 3,4 visitas enfermeras, en Calatayud, a 4,8 visitas médicas y 2,1 visitas enfermeras en el sector Zaragoza II).
- La actividad domiciliaria supuso el 3% de la atención médica y el 11% de la atención enfermera (el 1,5% de la actividad médica y el 8% de la actividad enfermera en el SNS).
- Las visitas para atención urgente fueron 0,73 por persona/año en Aragón y 0,6 por persona/año en el SNS.
- En los hospitales públicos de Aragón, en el año 2014, la frecuentación fue de 104 altas por cada 1000 habitantes, con una estancia media de 8 días (87 altas/1000 habitantes y estancia media de 7,8 días en el SNS). La tasa de intervenciones quirúrgicas fue de 84,6/1000 habitantes y año (SNS: 77,4/1000 habitantes y año) y el porcentaje de cirugía ambulatoria fue de 38,6% (SNS: 46,9%). La tasa de cesáreas fue del 18,3% (SNS: 21,5%)
- En 2014 se prescribieron en Aragón 20,1 recetas por habitante, el gasto medio por receta fue de 11€ (SNS: 18,6 recetas por habitante con un gasto de 10,8€ por receta). El gasto farmacéutico ha descendido en toda España en los últimos 10 años. Las dosis por habitante y día de antibióticos fueron de 23,3 (SNS: DHD antibióticos 20,9), la DHD de sustancias hipnóticas fue de 31,2 (SNS: DHD hipnóticos 29,4) y la DHD de antidepresivos fue de 68,8 (SNS: DHD antidepresivos 65,6).

## RESULTADOS EN SALUD

### Salud percibida:

- **Autovaloración del estado de salud por ejes de desigualdad.** El porcentaje de personas que consideraban su estado de salud como bueno o muy bueno fue: el 78% de los hombres y el 71% de las mujeres; el 83% de las personas de 15 a 64 años y el 45% de las personas de más de 65 años; el 48% de las personas con educación primaria, el 74% con educación secundaria de 1ª etapa y el 85% con educación secundaria de 2ª etapa o superior; el 50% de los inactivos jubilados o prejubilados, el 66% de otros inactivos y el 86% de los activos. Todo ello según datos de la Encuesta de Integración social y salud de 2012 en Aragón.
- En la Encuesta Nacional de Salud Española de 2012, en Aragón, el 10,5% de los niños percibían su salud como regular, mala o muy mala, porcentaje superior al nacional (6,8%). Los adultos, tanto en España como en Aragón, en un porcentaje del 29%, valoran su estado de salud de la misma forma.

### Morbilidad en atención primaria

- En el año 2014 aproximadamente cuatro de cada 5 aragoneses consultaron a su médico de atención primaria por un problema de salud y cada paciente visitado tenía un promedio de cinco problemas de salud activos.
- A partir de los 15 años de edad los problemas más frecuentes fueron las dislipemias, la hipertensión y los síntomas músculo esqueléticos. Cada uno de estos problemas estuvo presente en más del 20% de la población.
- En la edad infantil los problemas de salud más frecuentes fueron las infecciones de vías respiratorias altas, la dermatitis, la fiebre, la otitis media, la tos y la diarrea.

## **Morbilidad hospitalaria**

- En el año 2014, las causas más frecuentes de alta hospitalaria fueron las enfermedades del aparato circulatorio, las de aparato digestivo y respiratorio, suponiendo un 12,8%, 11,9% y 10,4% respectivamente.
- En las mujeres el motivo principal de hospitalización fueron las enfermedades relacionadas con complicaciones de embarazo, parto y puerperio, seguido de enfermedades de aparato digestivo.
- En los hombres, las enfermedades de aparato circulatorio y las de aparato digestivo.
- La estancia media más elevada tanto en hombres como en mujeres correspondió a las enfermedades mentales.

## **Mortalidad**

- Las causas más frecuentes de muerte para el total de la población y en mujeres, fueron las relacionadas con las enfermedades del aparato circulatorio y el cáncer, con el 31% y 34% respectivamente. Desde el año 2.000 los tumores son la primera causa de muerte en los hombres (33%).
- Las cinco primeras causas de muerte por frecuencia absoluta (circulatorio, tumores, respiratorio, sistema nervioso y trastornos mentales) supusieron el 79% de todas las defunciones.
- Los años potenciales de Vida Perdidos (APVP) son un indicador importante de mortalidad prematura entre 1 y 69 años. El mayor número fue causado por los tumores. Entre ellos el tumor maligno de pulmón supuso un 10% de todos los APVP en el hombre y el tumor maligno de mama el 12% de los APVP en la mujer.
- Las causas externas ocuparon el segundo puesto como causa de APVP, tanto en hombres como en mujeres.

## **VALORACIÓN**

En conjunto se puede valorar el estado de salud de Aragón como bueno. Se observa la morbilidad y mortalidad típica de las poblaciones desarrolladas con buenos indicadores sanitarios, como una alta esperanza de vida, e incluso económicos con una buena posición con respecto al resto de España en ingresos o tasa de riesgo de pobreza.

Sin embargo sigue habiendo problemas importantes. Aragón es una población altamente envejecida y con unos estilos de vida que condicionan una alta prevalencia de determinadas patologías. Presenta un gran agrupamiento de la mitad de su población en un único municipio frente a una manifiesta dispersión geográfica de la otra mitad, complicada por la complejidad orográfica del territorio, lo que dificulta enormemente la organización de recursos. Se observan indicadores económicos preocupantes como la gran cantidad de población que presenta riesgo de pobreza.

Además esta visión de conjunto distorsiona la realidad ya que desconocemos el estado de salud de territorios o grupos de población concretos que puedan necesitar abordajes diferentes. Esta dificultad radica en parte en que no disponemos de datos representativos por área pequeña y de grupos específicos, que permitan analizar desigualdades en salud. Esto permitiría no solo incidir en aquellos agrupamientos más vulnerables, sino trabajar hacia la equidad.

## **6. Áreas Prioritarias**



En este apartado se muestra el resultado del proceso de trabajo de la etapa 1 y la etapa 2. En la **etapa 1** se establecieron **4 grandes áreas prioritarias**. Para cada una de ellas se fijaron **objetivos**, con 2 niveles de importancia (se designan con uno y dos números: por ejemplo 1 y 1.1). En la **etapa 2** se obtuvo una relación de **actividades o actuaciones, indicadores de evaluación, plazo** (a corto plazo: 1-2 años, medio plazo: sobre 5 años y largo plazo: unos 10 años) y **liderazgo** (institución u organismo encargado de liderar la propuesta considerada).

A continuación se muestran las 4 áreas y sus objetivos de primer nivel, como **esquema general de este apartado**. Seguidamente se desarrolla cada área. Para cada una de ellas hay en primer lugar un resumen y valoración de la situación actual. En segundo lugar se muestran para cada uno de los objetivos las actuaciones previstas, con sus indicadores de evaluación, el plazo y liderazgo.

## **ESQUEMA GENERAL:**

### **Área 1: Salud en todas las políticas.**

- Objetivo 1: Impulsar el Plan de Salud de Aragón como una estrategia del Gobierno de Aragón dirigida a consolidar la equidad y la salud como áreas transversales en todas las políticas públicas.
- Objetivo 2: Desarrollar políticas públicas transversales dirigidas a superar las inequidades en salud originadas desde los determinantes sociales de la salud.
- Objetivo 3: Definir políticas efectivas en todos los Departamentos del Gobierno de Aragón que mejoren la salud de la población aragonesa disminuyendo las inequidades y haciendo que los entornos sean más saludables.

### **Área 2: Salud en todas las etapas de la vida.**

- Objetivo 1. Mejorar la salud en todas las etapas de la vida y aumentar la esperanza de vida en buena salud disminuyendo las inequidades.
- Objetivo 2. Fomentar las conductas saludables en cualquier etapa de la vida.
- Objetivo 3. Incorporar el enfoque de salud positiva y promover los activos en salud a nivel individual, familiar o comunitario.

### **Área 3: Orientación del Sistema Sanitario hacia las personas.**

- Objetivo 1. Orientar el sistema sanitario hacia la salud de las personas y no sólo hacia la enfermedad.
- Objetivo 2. Reorganizar los recursos del sistema sanitario hacia un enfoque integral y generalista.
- Objetivo 3. Adecuar la atención en el sistema sanitario a las necesidades de las personas enfermas.
- Objetivo 4. Situar a los y las profesionales como agentes esenciales del sistema.
- Objetivo 5. Impulsar la coordinación sanitaria y social para optimizar la respuesta a las necesidades de pacientes y cuidadores.

### **Área 4: Información, investigación y formación para la Salud.**

- Objetivo 1: Fomentar la coherencia técnica y orientación estratégica de los sistemas de información del Gobierno de Aragón, poniéndolos al servicio de la mejora del nivel de salud de los aragoneses.
- Objetivo 2: Potenciar la investigación e innovación sobre la salud, sus determinantes y las desigualdades, para mejorar la capacidad de respuesta del sistema de salud a los retos actuales y a las prioridades marcadas en el Plan de Salud de Aragón.
- Objetivo 3: Orientar la formación en salud, la gestión del conocimiento y nuevas tecnologías hacia los objetivos y actividades del Plan de Salud de Aragón.



# Área 1:

## Salud en todas las políticas.

- Objetivo 1: Impulsar el Plan de Salud de Aragón como una estrategia del Gobierno de Aragón dirigida a consolidar la equidad y la salud como áreas transversales en todas las políticas públicas.
- Objetivo 2: Desarrollar políticas públicas transversales dirigidas a superar las inequidades en salud originadas desde los determinantes sociales de la salud.
- Objetivo 3: Definir políticas efectivas en todos los Departamentos del Gobierno de Aragón que mejoren la salud de la población aragonesa disminuyendo las inequidades y haciendo que los entornos sean más saludables.





## ÁREA 1:

# RESUMEN Y VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL

La necesidad de establecer la salud como objetivo en todas las políticas se justifica por la multiplicidad de factores determinantes de salud sobre los que se puede incidir. Sin embargo, con algunas excepciones como en las políticas educativas y sociales, ésta prácticamente no se aborda de una manera explícita y coordinada desde otras áreas. La salud se considera un área sectorial del Departamento de Sanidad. Este a su vez está condicionado por la necesidad de prestación de servicios de asistencia sanitaria y su creciente demanda, por lo que dedica la mayor parte de su esfuerzo (personal y financiero) a dicha prestación, siendo insuficiente la asignación de recursos para otras intervenciones, especialmente las centradas en los determinantes de salud.

La consideración de que las políticas no sanitarias tienen repercusión sobre la salud y son determinantes de salud es una idea relativamente reciente. Los organismos y unidades responsables de la toma de decisiones y de establecer políticas no sanitarias, aun siendo conscientes en mayor o menor grado de su repercusión en la salud, no se plantean de forma explícita el impacto en salud que va a tener una determinada política. La evaluación del impacto en salud utiliza técnicas que se han puesto en marcha relativamente en pocos lugares y desde hace poco tiempo. Aunque se sabe de manera genérica que factores como la demografía, el nivel socioeconómico o las políticas laborales tienen gran repercusión en la salud, cuantificar esa relación y hacer visible que una decisión en un sentido o en otro se traducirá en consecuencias (medibles) sobre la salud de la población es difícil y en la actualidad no se lleva a cabo.

Existe un reconocimiento general de la influencia de determinados factores en la salud. Entre ellos, se sabe que el empleo justo y de calidad, así como las condiciones de trabajo dignas contribuyen a reducir la pobreza y las desigualdades. El trabajo permite obtener ingresos, posición social, autoestima y relaciones sociales. Pero por otra parte también produce riesgos, estrés y dificultades de conciliación con la vida personal y familiar. El nivel educativo de la población es esencial ya que tiene repercusiones en el empleo, pero también en otras muchas dimensiones de la vida y por ello las medidas que se tomen en el ámbito educativo son de gran importancia para el nivel de salud futuro de la población. Las tecnologías de la información y la comunicación tienen un papel cada vez más importante en la relación y socialización de las personas, por lo que es necesario tener en cuenta la brecha digital y sus consecuencias sobre la salud. Las políticas medioambientales y el cambio climático pueden tener efectos directos sobre la salud de las personas. Igualmente, las políticas de urbanismo y vivienda se relacionan directamente con la calidad de vida de los ciudadanos. Estos y otros muchos factores que no enumeramos tienen repercusión sobre la salud.

Hay que tener en cuenta también algunas características de la situación actual. Aragón tiene una población envejecida, concentrada en las ciudades principales y con un territorio muy despoblado. La renta media por persona y por unidad de consumo se ha ido reduciendo en los últimos cinco años, hasta 17.116€ en 2016. Se ha producido un incremento en la desigualdad en los ingresos, más manifiesta como consecuencia de la crisis. El índice de Gini era 31,63 en 2015 (España 34,61) y se ha observado un incremento de la pobreza energética en los hogares, afectando sobre todo a niños y población anciana. Todo ello probablemente tiene una incidencia negativa sobre la salud.

Intentando sintetizar los factores más relevantes que pueden influir en la integración de la salud en todas las políticas, por una parte habría que tener en cuenta las siguientes debilidades y amenazas:

- El Gobierno de Aragón no dispone de órganos de carácter directivo y de orden técnico que consideren la salud y su relación con todo tipo de políticas públicas desde una perspectiva global, fuera del Departamento de Sanidad o el propio Consejo de Gobierno.

- Las distintas organizaciones y entidades cuyas actuaciones pueden tener repercusión sobre la salud realizan sus funciones de manera en general independiente, con poca planificación conjunta entre ellas y escasos mecanismos de coordinación, lo que no facilita la eficiencia de recursos y el desarrollo de acciones enfocadas a mejorar la salud de la población.
- Las políticas de los diferentes departamentos y organismos habitualmente no valoran ni objetiva ni específicamente las posibles repercusiones en la salud de la población. Estas repercusiones, así como las desigualdades en salud que se pueden producir en varios ejes (clase social, género, edad, etnia y territorio, según el modelo de determinantes sociales de salud) no se establecen en los diversos planes y estrategias y no se tienen en cuenta en la toma de decisiones.
- Al ser una metodología reciente y poco desarrollada, no se realizan evaluaciones de impacto en la salud de las diferentes políticas y estrategias.
- El papel que la ciudadanía puede desempeñar en la toma de decisiones sobre salud y calidad de vida es un camino a recorrer. Las estructuras y experiencias de participación para los temas relacionados con la salud son susceptibles de mejora, así como la información y formación sobre la magnitud de la repercusión de todo tipo de políticas sobre la salud.
- Los profesionales que toman las decisiones no disponen en ocasiones de suficientes elementos de juicio para valorar la repercusión que tienen sobre la salud de las personas.
- Tomar decisiones en los distintos ámbitos es difícil ya que intervienen consideraciones económicas, organizativas, ideológicas y de otros muchos tipos. Incluso teniendo criterios para valorar la repercusión sobre la salud, es muchas veces difícil saber qué priorizar. Por ejemplo, determinadas medidas con un impacto económico favorable, como una nueva instalación industrial, pueden tener a la vez una repercusión negativa sobre la salud. Vivimos en un mundo complejo: a medida que construimos sociedades sofisticadas, hay que incorporar nuevos puntos de vista en la formulación de políticas y su posterior ejecución.

Por otra, frente a estas debilidades existen también fortalezas y oportunidades que pueden impulsar una integración progresiva de la salud en todas nuestras políticas:

- Las personas cada vez valoran más la salud como un elemento muy importante para la vida. Las medidas para incluirla en la planificación de todo tipo de políticas serían probablemente bien consideradas por el conjunto de la sociedad.
- Cada vez son más los países que están incorporando la salud en la planificación de todas sus políticas. También se empieza a contemplar en los planes estratégicos de otras comunidades autónomas.
- Las administraciones públicas de Aragón se encuentran en un proceso de reestructuración encaminado a mejorar el cumplimiento de sus cometidos con los ciudadanos. Esto supone una oportunidad para incluir la salud como un objetivo explícito en todas las políticas.
- Están disponibles las herramientas metodológicas y la infraestructura tecnológica para poner en marcha los sistemas de información necesarios, si se destinan los recursos adecuados.
- Existen precedentes de trabajo conjunto y coordinado sobre aspectos relacionados con la salud en políticas no sanitarias en Aragón. Hay una trayectoria de colaboración de Sanidad con otros departamentos, instituciones y organismos públicos que se refleja en actuaciones conjuntas.
- Se detecta, asimismo, un alto nivel de implicación de los profesionales de ámbitos no sanitarios cuando se trabaja coordinadamente en temas relacionados con la salud.
- Hay actuaciones que no conllevan asignación de presupuesto adicional, precisando más de coordinación y compromiso.

En definitiva, plantear una mejora del nivel de salud de la población y aumentar la esperanza de vida con buena salud, requiere que todas las políticas tengan en consideración de forma explícita y manifiesta la salud, desde una perspectiva global como objetivo y como criterio de priorización y de adopción de decisiones.

# ÁREA 1:

## PROPUESTA DE OBJETIVOS, ACTUACIONES, INDICADORES, PLAZOS Y LIDERAZGO

**OBJETIVO 1:** Impulsar el Plan de Salud de Aragón como una estrategia del Gobierno de Aragón dirigida a consolidar la equidad y la salud como áreas transversales en todas las políticas públicas.

**Actuación 1:** Crear el Consejo Director del Plan de Salud de Aragón como un órgano directivo del Plan de Salud de Aragón que, con carácter interdepartamental e intersectorial y bajo el liderazgo del Presidente de la Comunidad Autónoma de Aragón, garantice y supervise la progresiva implementación del Plan. Tendrá, entre otras, las siguientes funciones generales:

- Impulsar y supervisar las estrategias del Plan y conocer su situación y evaluación periódica.
- Aprobar e incorporar al plan nuevas políticas que se demuestren eficaces en la reducción de las inequidades en salud.
- Indicador:
  - Órgano en funcionamiento. Al menos 1 reunión/año.
- Plazo: a corto plazo.
- Liderazgo: Presidencia de Aragón.

**Actuación 2:** Poner en marcha el Comité Interdepartamental del Plan de Salud como un órgano técnico de Salud en Todas las Políticas, de apoyo al órgano directivo del Plan de Salud de Aragón, conformado por directores generales de los departamentos del Gobierno de Aragón cuyas políticas tienen impacto en la salud de las personas. Asumirá, entre otras, las siguientes funciones:

- Seguimiento de la puesta en marcha y desarrollo del Plan.
- Planteamiento de estrategias concretas de acción y metodología de desarrollo generando espacios sectoriales de trabajo conjunto con capacidad decisoria.
- Evaluación del Plan y propuestas de adecuación y ajuste del Plan.
- Indicadores:
  - Órgano en funcionamiento. Al menos 2 reuniones/año
- Plazo: a corto plazo.
- Liderazgo: Departamento de Sanidad.

**Actuación 3:** El Departamento de Sanidad constituirá una unidad administrativa dedicada a dinamizar el Plan, promover la realización de sus acciones y promover la necesaria coordinación y colaboración entre departamentos y administraciones públicas.

- Indicador:
  - Órgano creado y en funcionamiento.
- Plazo: a corto plazo.
- Liderazgo: Departamento de Sanidad.

**OBJETIVO 2: Desarrollar políticas públicas transversales dirigidas a superar las inequidades en salud originadas desde los determinantes sociales de la salud.**

**2.1. Desarrollo de una estrategia amplia de comunicación adaptada a la consecución de los objetivos del Plan de Salud de Aragón.**

**Actuación 1:** Elaborar una estrategia de comunicación del Plan de Salud para difundirlo y hacer partícipe a la ciudadanía y a los profesionales de sus objetivos y resultados.

- Indicadores:
  - Nº actuaciones impulsadas desde la Estrategia.
  - Porcentaje de personas que conocen el Plan de Salud en la Encuesta de Satisfacción de Usuarios.
- Plazo: a corto plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Salud Pública.

**2.2. Impulsar, en las administraciones y en los sectores de decisión, medidas orientadas a desarrollar un sistema de gobernanza eficaz y un liderazgo coherente en todas las administraciones públicas pensando en la salud de los aragoneses y garantizando la transparencia y rendición pública de cuentas.**

**Actuación 1:** Definir instrumentos de colaboración y coordinación entre Departamentos e Instituciones para el desarrollo de la salud en todas las políticas. Incorporar la salud como valor en la dinámica de las organizaciones, en los planes y en las políticas estratégicas.

- Indicadores:
  - Nº de acuerdos, convenios, órganos de coordinación existentes.
- Plazo: a corto y medio plazo.
- Liderazgo: Departamento de Sanidad, Secretarías generales técnicas de los departamentos.

**Actuación 2:** Conseguir que los determinantes sociales de salud estén presentes en la elaboración de presupuestos y en la planificación en las administraciones públicas, primando la asignación de recursos a la prevención de la desigualdad en sus 5 ejes (situación socioeconómica, género, edad, etnia y territorio) y recogiendo en la evaluación de las actuaciones con impacto en la salud.

- Indicadores:
  - Existencia de indicadores de desigualdad en salud que se contemplen en las fichas presupuestarias de cada departamento.
- Plazo: a corto, medio y largo plazo.
- Liderazgo: Departamento de Sanidad, Secretarías generales técnicas de los departamentos.

**Actuación 3:** Informar a los ciudadanos de las actuaciones en salud, de su impacto e incorporar la cultura de la transparencia respecto a los indicadores relevantes relacionados con la equidad en salud con rendición periódica de cuentas.

- Indicadores:
  - Informe sobre la gobernanza de la salud en Aragón presentado por la Presidencia.
  - Nº consultas Web de transparencia en relación con la salud y sus determinantes.
- Plazo: a corto y medio plazo.
- Liderazgo: Departamento de Sanidad

### **2.3. Consolidar la equidad como un objetivo de Gobierno y un criterio de evaluación en todas sus políticas.**

**Actuación 1:** Desarrollar un sistema interdepartamental para monitorizar las desigualdades en salud en Aragón coordinado por el Observatorio de la Salud:

- Crear un mapa de desigualdades en salud, por edad, género, clase social, etnia y territorio y otros ejes de desigualdad, que priorice medidas y zonas de actuación.
- Consensuar un sistema de indicadores relacionados con la equidad y con la vulnerabilidad que se incorporen a los diferentes planes sectoriales para su seguimiento y que sirvan de punto de partida para definir las políticas públicas.
- Indicadores:
  - Mapa creado y accesible.
  - Sistema de indicadores creado.
- Plazo: medio plazo.
- Liderazgo: Departamento de Sanidad, Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales.

**Actuación 2:** Incorporar progresivamente la evaluación de Impacto en Salud y la evaluación de políticas sanitarias en las intervenciones de la Comunidad Autónoma de Aragón.

- Indicadores:
  - Número de evaluaciones de impacto en salud desarrolladas por departamento.
- Plazo: a medio plazo.
- Liderazgo: Departamento de Sanidad, Secretarías generales técnicas de los departamentos.

### **2.4. Implicar a la ciudadanía y potenciar su participación efectiva en las decisiones que puedan afectar a la salud.**

**Actuación 1:** Impulsar y fomentar los órganos existentes de participación, especialmente los consejos de salud, mediante la formación y la clarificación de competencias y funciones de sus miembros.

- Indicadores:
  - Porcentaje de órganos de participación en funcionamiento.
- Plazo: a corto y medio plazo.
- Liderazgo: Departamento de Sanidad, Secretarías generales técnicas de los departamentos.

**OBJETIVO 3: Definir políticas efectivas en todos los Departamentos del Gobierno de Aragón que mejoren la salud de la población aragonesa disminuyendo las inequidades y haciendo que los entornos sean más saludables.**

**3.1 Definir propuestas transversales u horizontales con repercusión en la salud y que impliquen a varios departamentos y organismos.**

**Actuación 1:** Desarrollar medidas de coordinación intersectorial en políticas de redistribución de la riqueza en las políticas fiscales con reducción de los niveles de pobreza y exclusión.

- Indicadores:
  - Cociente S80/S20.
- Periodo: medio y largo plazo.
- Liderazgo: Departamento de Sanidad, Secretarías generales técnicas de los departamentos.

**Actuación 2:** Desarrollo de políticas con evidencia demostrada en la mejora de las condiciones de vida de la ciudadanía.

- Indicador:
  - Renta anual neta media del hogar según situación con respecto a la actividad de sus miembros.
- Periodo: medio y largo plazo.
- Liderazgo: Secretarías Generales Técnicas de los Departamentos.

**Actuación 3:** Mejorar la accesibilidad de las administraciones públicas mediante la eliminación de barreras arquitectónicas, sensoriales y cognitivas.

- Indicadores:
  - Nº pliegos de prescripciones técnicas de los contratos de adjudicación de obras y servicios en centros públicos que incluyen requisitos que garanticen la accesibilidad universal.
- Periodo: corto, medio y largo plazo.
- Liderazgo: Secretarías generales técnicas de los departamentos.

**Actuación 4:** Mejorar la capacitación y formación de los profesionales sobre las amenazas para la salud relacionadas con el clima y el medio ambiente en general.

- Indicador:
  - Nº acciones formativas.
- Periodo: corto, medio y largo plazo.
- Liderazgo: Departamento de Desarrollo Rural y Sostenibilidad.

**3.2 Definir propuestas específicas o verticales, propias de departamentos concretos, con repercusión sobre la salud.**

**Actuación 1:** Garantizar la universalidad en el acceso de los ciudadanos a los sistemas y recursos públicos de educación, sanidad y servicios sociales.

- Indicador:
  - Nº personas que informan o reclaman por falta de acceso a los sistemas educativo, sanitario y de servicios sociales.
- Periodo: corto, medio y largo plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Derechos y Garantías de los Usuarios, Dirección General de Innovación, Equidad y Participación e Instituto Aragonés de Servicios Sociales.

**Actuación 2:** Coordinar las medidas previstas en la Estrategia de Ordenación Territorial (EOTA) con las del Plan de Salud de Aragón (infraestructuras, ciudades, elementos habitacionales, movilidad sostenible, ocio).

- Indicador:
  - Grado de cumplimiento de las medidas implementadas en la EOTA con impacto en la salud y en la equidad.
- Periodo: a medio y largo plazo.
- Liderazgo: Departamento de Vertebración del Territorio, Movilidad y Vivienda.

**Actuación 3:** Definir y desarrollar medidas de mejora del empleo y de condiciones de empleo de calidad con especial atención a los ejes de desigualdad.

- Indicador:
  - Tasa de desempleo por ejes de desigualdad.
- Periodo: medio y largo plazo.
- Liderazgo: Departamento de Economía, Industria y Empleo. Instituto Aragonés de Empleo.

**Actuación 4:** Planificar el espacio urbano, los modos de movilidad y el transporte de manera sostenible, para reducir las emisiones de contaminantes atmosféricos y acústicos e incrementar la actividad física propiciando la salud en el entorno en el que se desenvuelve la vida de trabajo, ocio y relación de las personas. Avanzar en acuerdos e instrumentos de coordinación con la administración local para que los municipios desarrollen estas actuaciones de una forma coordinada.

- Indicadores:
  - Nivel de satisfacción con el entorno en el que vive.
  - Población que sufre problemas de contaminación y otros problemas ambientales.
- Periodo: Corto, medio y largo plazo.
- Liderazgo: Departamento de Vertebración del Territorio, Movilidad y Vivienda

**Actuación 5:** Promover el adecuado cumplimiento de los módulos de reserva de zonas verdes y equipamientos deportivos para mejorar la práctica de actividad física y de ocio en todas las edades de la vida.

- Indicador:
  - Porcentaje de cumplimiento adecuado de los módulos de reserva de zonas verdes y equipamientos deportivos.
- Periodo: corto, medio y largo plazo.
- Liderazgo: Departamento de Vertebración del Territorio, Movilidad y Vivienda

**Actuación 6:** Contemplar en la normativa de planeamiento urbanístico y sectorial el uso compartido de espacios públicos y de equipamientos.

- Indicador:
  - Nº equipamientos que contemplan el uso compartido.
- Periodo: medio y largo plazo.
- Liderazgo: Departamento de Vertebración del Territorio, Movilidad y Vivienda

**Actuación 7:** Reducir la desigualdad en salud generada por la despoblación y desequilibrios territoriales con apoyo y reconocimiento a los valores del entorno rural y urbano, en coordinación con la Estrategia de Despoblación de Aragón.

- Indicador:
  - Nº actuaciones realizadas en relación con la salud por la Estrategia de Despoblación de Aragón.
- Periodo: corto, medio y largo plazo.
- Liderazgo: Departamento de Vertebración del Territorio, Movilidad y Vivienda.

**Actuación 8:** Aumentar acuerdos de colaboración con empresas aragonesas de alimentación para adecuar la composición de sus productos hacia estándares más saludables, incluir parámetros de salud entre los requeridos para la obtención del sello de calidad alimentaria e incluir etiquetado transparente.

- Indicadores:
  - Nº acuerdos vigentes con las empresas.
  - Nº productos con sello de calidad alimentaria obtenidos con criterios relacionados con la salud.
- Periodo: medio y largo plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Salud Pública.

**Actuación 9:** Vigilar y desarrollar actuaciones para reducir la contaminación ambiental en sus diferentes formas, acústica, atmosférica y de las aguas, la utilización de plaguicidas y la contaminación química de alimentos.

- Indicador:
  - Índice de calidad del aire.
- Periodo: corto, medio y largo plazo.
- Liderazgo: Departamento de Desarrollo Rural y Sostenibilidad.

**Actuación 10:** Impulsar medidas de apoyo (becas, ayudas u otros recursos) para compensar el efecto que las desigualdades sociales puedan tener en el acceso de los alumnos a los programas y recursos educativos.

- Indicadores:
  - Nº de becas y ayudas concedidas.
- Periodo: corto, medio y largo plazo.
- Liderazgo: Departamento de Educación, Cultura y Deporte.

**Actuación 11:** Incorporar progresivamente medidas de ahorro, de reducción de emisiones y de eficiencia energética en los edificios de las instituciones públicas, priorizando aquellos de mayor visibilidad (hospitales, centros educativos, sociales,...)

- Indicadores:
  - Nº contratos que incluyen la actuación en el pliego de prescripciones técnicas.
  - Nº medidas adoptadas por los departamentos.
- Periodo: corto, medio y largo plazo.
- Liderazgo: Secretarías Generales Técnicas de los Departamentos



**Actuación 12:** Rehabilitación de viviendas con peores características. Facilitar el acceso a vivienda digna a personas que carecen de alojamiento o están en riesgo de perderlo.

- Indicadores:
  - Nº actuaciones de rehabilitación de viviendas (conservación, eficacia energética, accesibilidad y seguridad de uso).
  - Nº ayudas al alquiler.
- Periodo: corto, medio y largo plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Vivienda y Rehabilitación.

**Actuación 13:** Mejorar los mínimos vitales a través de incrementos en la cobertura y duración de la renta básica ciudadana.

- Indicadores:
  - Adultos situados por debajo del umbral de pobreza (60% de la renta mediana de Aragón) y tasas de pobreza según nivel de formación alcanzado.
- Periodo: corto, medio y largo plazo.
- Liderazgo: Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales.

**Actuación 14:** Articular en el espacio socio-sanitario el que se contemple la prevención y la atención a colectivos con necesidades específicas: dependientes, personas bajo protección judicial, personas que sufren violencia intrafamiliar (género, personas mayores, menores, personas con discapacidad), niños con necesidades de atención temprana y personas con discapacidad.

- Indicador:
  - Nº actuaciones dirigidas a colectivos con necesidades específicas.
- Periodo: corto, medio y largo plazo.
- Liderazgo: Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales.

**Actuación 15:** Implantar tasas específicas a la venta de alimentos no saludables (azucarados, ricos en grasas...).

- Indicador:
  - Tasa puesta en marcha.
- Plazo: medio plazo.
- Liderazgo: Departamento de Hacienda y Administraciones Públicas.



## **Área 2:**

# **Salud en todas las etapas de la vida.**

- Objetivo 1. Mejorar la salud en todas las etapas de la vida y aumentar la esperanza de vida en buena salud disminuyendo las inequidades.
- Objetivo 2. Fomentar las conductas saludables en cualquier etapa de la vida.
- Objetivo 3. Incorporar el enfoque de salud positiva y promover los activos en salud a nivel individual, familiar o comunitario.



## ÁREA 2:

# RESUMEN Y VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL

Tradicionalmente se ha trabajado sobre la salud dividiendo la población por grupos de edad. En concreto, en la **población infantil y juvenil** se han realizado muchas actuaciones relacionadas con la salud, fundamentalmente en el área educativa y sanitaria, con estrategias de promoción de la salud mediante programas diversos a corto, medio y largo plazo. En la mayoría de ellos no se han evaluado los resultados de su impacto real en salud. A pesar de que los profesionales más directamente implicados en su realización han tenido un alto grado de motivación (desde Atención Primaria, Salud Pública, Educación y Servicios Sociales), lo cierto es que los resultados no resultan claramente satisfactorios.

Algunos de los problemas encontrados son los siguientes. La cobertura de la primovacunación en la infancia es elevada (superior al 95%), pero luego disminuye a partir de los 12-14 años. La salud bucodental se trabaja desde diferentes ámbitos, pero la higiene dental y la prevención de la caries sigue siendo mejorable, sobre todo en las poblaciones más desfavorecidas. Cada vez hay más niños sedentarios y obesos, sobre todo en estos grupos vulnerables y los obesos cada vez lo son de mayor índice de masa corporal.

Respecto al consumo de alcohol, drogas y adicciones en general, disponemos de datos del Observatorio Español sobre Drogas y Adicciones. En el periodo 2008-2015 se ha logrado un pequeño retraso en la edad de inicio del consumo de tabaco, alcohol y cannabis en adolescentes, siendo mayor en el caso del tabaco y se ha estabilizado el consumo experimental y ocasional de todas las sustancias, pero ha aumentado el consumo problemático. Según la encuesta ESTUDES 2014 en Aragón, 7 de cada 10 alumnos de enseñanzas secundarias de 14 a 18 años admitieron haber tomado alcohol en los últimos 30 días, el 57,1% se había emborrachado alguna vez (en España 50,1%) y el 34,7% reconoció haber realizado en los últimos 30 días consumo en episodios de exceso de alcohol.

Respecto a redes sociales, utilización de móviles y pantallas, la tendencia es el uso a edades cada vez más tempranas, sustituyendo al juego creativo, la socialización, el deporte y en general actividades al aire libre.

Por último, a pesar de los programas educativos desarrollados y destinados a la salud afectivo-sexual de los adolescentes y a la mejora de la autoestima, parece que los problemas relacionados con estos aspectos aumentan. La violencia, el acoso y la intimidación están presentes en edades cada vez más tempranas.

En Aragón, otra etapa de la vida sobre la que hay que prestar especial atención es **el grupo de las personas mayores**. El envejecimiento de la población está provocando importantes cambios sociales y económicos de tal manera que conseguir años de vida libres de discapacidad es uno de los mayores retos. El concepto de fragilidad cobra gran trascendencia, porque a diferencia de las actuaciones anteriores no supone trabajar con la enfermedad sino con conservar la función mientras se envejece. Para reducir la fragilidad una vez cribada hay que actuar sobre su principal factor de riesgo que es la inactividad.

Los programas de actividad física habitual o actividad física multicomponente deben considerarse como una auténtica prescripción médica y revisarse cada 6 meses para evaluar los resultados funcionales. Este hecho requiere una importante adaptación organizativa y tecnológica de los Servicios de salud y sobre todo de los Servicios comunitarios, que deben disponer y adecuar en los próximos años las instalaciones y equipos deportivos para desarrollar la actividad física prescrita.

Otro aspecto importante es abordar no solo los problemas de salud física, sino también de soledad, de exclusión y de brecha digital. No se trata de conseguir capacidad funcional física, sino también social y de funcionamiento.

Las intervenciones sobre la salud de los **adultos** están muy focalizadas en la salud laboral. A lo largo de la vida, una gran proporción de los adultos, aunque con diferencias entre otras variables en función del género y la edad, realiza una o más actividades laborales, por lo que las condiciones de trabajo y la exposición a los riesgos que las mismas determinen pueden tener un gran impacto en la salud. Además, determinadas exposiciones en trabajadores y trabajadoras en edad fértil o en trabajadoras en periodo de embarazo o lactancia pueden repercutir en la salud en otras etapas.

Estas intervenciones se caracterizan por la diversidad de agentes implicados, entre los cuales se encuentran la administración y los profesionales sanitarios y por haber estado focalizadas hasta el momento fundamentalmente en la prevención de accidentes y enfermedades profesionales, así como en los aspectos indemnizatorios. Desde la óptica de la administración sanitaria, un aspecto relevante de la situación actual es el escaso papel que, hasta el momento ha jugado. La percepción de los ciudadanos y de los agentes sociales es que la principal administración referente en salud laboral es la administración laboral. Por otro lado, la coordinación entre los agentes y las administraciones implicadas tiene gran margen de mejora.

En la sociedad existe una gran representación de los temas relacionados con la salud dirigidos a los adultos y una considerable preocupación sobre estilos de vida relacionados con la salud. Éstos a su vez son motivo de estrategias comerciales que no siempre van seguidas de la adquisición de hábitos saludables. Un ejemplo son las relacionadas con la alimentación y actividad física, o con la promoción del juego en Internet.

En alimentación se observa una mejora en la oferta de alimentos saludables y como se va incorporando el concepto de dieta sostenible y equilibrada en los hogares. Estos factores unidos a iniciativas institucionales, como la reformulación de alimentos para reducir las cantidades de sal o azúcares, contribuyen a generar hábitos de vida más saludables. Sin embargo, también hay factores negativos tales como una publicidad excesiva, sugerente o engañosa de productos no saludables o falsamente saludables. Si a esto se añade la falta de tiempo para cocinar y comer se puede llegar a situaciones en que no se adoptan hábitos saludables hasta que no se diagnostica un problema de salud. Además se piden al sistema sanitario medidas rápidas de tratamiento, con preferencia por la medicalización y la toma de fármacos sobre el consumo de alimentación saludable y equilibrada.

En la actividad física observamos una situación similar. Hay factores que la favorecen, como una mayor concienciación en la urbanización actual de ciudades y municipios para fomentar el ocio en calles y parques, o la existencia de programas municipales de actividad física a precios asequibles en instalaciones deportivas. Pero existen factores negativos como el predominio relativo de la iniciativa privada sobre la pública y los elevados precios de las actividades deportivas privadas.

En el caso del juego existe una proliferación en los medios de comunicación de campañas publicitarias incitando a las apuestas en Internet, que podría producir un aumento de los casos de ludopatía. En Aragón no disponemos de datos sobre juego patológico o trastornos del juego. Sin embargo, diferentes estudios a nivel nacional coinciden en subrayar que la adicción a los juegos de azar por Internet ha aumentado en los últimos cinco años y a edades cada vez más tempranas, siendo además los que más problemas generan. Es necesario establecer estrategias preventivas y mejorar la información sobre la prevalencia de este tipo de problemas.

El comportamiento individual también juega un papel en los resultados de salud. Por ello hay que fomentar **las conductas saludables** ya que es posible citar la relación causal entre procesos de diferentes tipos y factores derivados de los estilos de vida, como la obesidad, el abuso de sustancias como el alcohol o la ausencia de bienestar emocional.

Estos factores, si bien parecen tradicionales o clásicos, constituyen una realidad social y sanitaria, no solamente como causantes de enfermedad y muerte, sino como principales responsables de la disminución de la calidad de vida y un incremento de situaciones de cronicidad a lo largo de todo el ciclo vital. Esto está relacionado con el estancamiento de la esperanza de vida en buena salud (en nuestro medio es de unos 60 años, inferior al de otros países), a pesar de gozar de una esperanza de vida mayor.

No obstante, también es indispensable abordar los estilos de vida desde la búsqueda de activos de salud positiva, es decir desde el punto de vista salutogénico. Un activo de salud es cualquier factor o recurso que mejore la capacidad de las personas, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales e instituciones para mantener y sostener su salud y el bienestar y que les ayuda a reducir las desigualdades en salud.

La óptica salutogénica pone énfasis en aquello que genera salud y no en lo que genera enfermedad. Persigue un desarrollo saludable integral, potenciando líneas de trabajo tales como la de las habilidades para la vida (autoconocimiento, empatía, comunicación asertiva, etc.) y de los valores (sentido de coherencia, responsabilidad, solidaridad, compromiso). Parece adecuado potenciar la difusión de estos aspectos en todos los ámbitos y especialmente en el sanitario y social. Se debería hacer un esfuerzo para unificar, simplificar y facilitar la información contenida en las diferentes estrategias de promoción y educación para la salud vigentes, dada la dispersión de documentos y de criterios emitidos a lo largo del tiempo.





## ÁREA 2:

# PROPUESTA DE OBJETIVOS, ACTUACIONES, INDICADORES, PLAZOS Y LIDERAZGO

**OBJETIVO 1:** Mejorar la salud en todas las etapas de la vida y aumentar la esperanza de vida en buena salud disminuyendo las inequidades.

### 1.1 Reducir las desigualdades en salud en todas las etapas de la vida.

**Actuación 1:** Identificar en todas las intervenciones las poblaciones más vulnerables según los ejes de edad, género, clase social, etnia, territorio y otros y priorizar en ellas las acciones.

- Indicadores:
  - Número de intervenciones identificadas dirigidas a población vulnerable.
- Periodo: Corto y medio plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Salud Pública.

**Actuación 2:** Intervenir desde área pequeña (barrio/zona básica de salud) en colectivos vulnerables para realizar promoción de la salud y facilitar el acceso a servicios sociales y sanitarios.

- Indicador:
  - Número de intervenciones identificadas dirigidas a población vulnerable en área pequeña.
- Periodo: Medio y largo plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Salud Pública.

### 1.2 Potenciar la salud infantil y de los jóvenes, fomentando los hábitos saludables e intentando aminorar las conductas de riesgo.

**Actuación 1:** Desarrollar programas en el ámbito educativo y comunitario para evitar el abuso, el acoso, la violencia y el riesgo a la exclusión social.

- Indicador:
  - Nº de programas desarrollados en los ámbitos de las actuaciones de educación para la salud.
- Periodo: Medio y largo plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Salud Pública y Dirección General de Innovación, Equidad y Participación.

**Actuación 2:** Reforzar el desarrollo de los Programas Escolares de Salud y de la Red de Escuelas Promotoras de Salud como líneas de trabajo sobre la infancia, adolescencia y juventud, vinculando sus objetivos a otras redes y potenciando cauces para que los padres y las madres, el centro escolar y su localidad se apoyen y coordinen entre sí.

- Indicadores:
  - Nº de acreditaciones anual de nuevas Escuelas Promotoras de Salud.
- Periodo: Corto y medio plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Salud Pública. Dirección General de Innovación, Equidad y Participación.

**Actuación 3:** Estudio e intervención sobre las condiciones de trabajo de los jóvenes entre 16 y 30 años, para detectar factores que incidan negativamente en la salud en esta etapa de la vida (paro, exceso de trabajo, peores salarios...)

- Indicador:
  - Realización del estudio sí/no.
- Período: corto plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Salud Pública.

**Actuación 4:** Desarrollar protocolos de colaboración para fomentar el asociacionismo y la participación juvenil, impulsando especialmente iniciativas de voluntariado.

- Indicador:
  - Número de iniciativas.
- Período: Corto y medio plazo.
- Liderazgo: Instituto Aragonés de la Juventud.

**Actuación 5:** Impulsar el desarrollo de iniciativas locales de ocio activo y saludable, en medio rural y urbano, dirigido a adolescentes y jóvenes, como alternativa al consumo de alcohol y otras sustancias de abuso.

- Indicador:
  - Número de iniciativas.
- Período: Corto y medio plazo.
- Liderazgo: Instituto Aragonés de la Juventud, ayuntamientos.

**Actuación 6:** Identificar población infantil no vacunada y promover la vacunación según el Calendario oficial de vacunaciones de Aragón

- Indicador:
  - Cobertura de vacunación.
- Período: Corto y medio plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Salud Pública, Salud.

**Actuación 7:** Identificar población sin cobertura del programa de atención bucodental infantil y juvenil y promover su inclusión.

- Indicador:
  - Cobertura de atención bucodental.
- Período: Corto y medio plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Salud Pública, Salud.

**Actuación 8:** Sensibilizar a familias, educadores, niños y jóvenes sobre el uso responsable de las nuevas tecnologías y redes sociales, para adquirir hábitos de vida saludables.

- Indicador:
  - Cobertura del programa Pantallas Sanas.
- Período: Corto plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Salud Pública.

### 1.3 Promover la salud de los adultos en los diferentes ámbitos de la vida

**Actuación 1:** Implementar en el Sistema Sanitario Aragonés el Calendario de Vacunación del Adulto según las distintas situaciones de salud, edad, profesión, estilo de vida y vacunas recibidas con anterioridad.

- Indicador:
  - Cobertura de vacunación.
- Período: Medio plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Salud Pública.

**Actuación 2:** Respaldar la creación de la Red de Empresas Saludables de Aragón, según procedimientos de acreditación con criterios establecidos.

- Indicador:
  - Empresas acreditadas por año.
- Período: Medio plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Trabajo. Dirección General de Salud Pública.

**Actuación 3:** Reforzar el cumplimiento por parte de las empresas de la normativa en relación a la prevención de riesgos laborales en situaciones de vulnerabilidad, especialmente embarazo y lactancia.

- Indicador:
  - Intervenciones detectadas.
- Período: corto plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Trabajo.

**Actuación 4:** Establecer un sistema de vigilancia en salud laboral para detectar, comunicar y reconocer las enfermedades profesionales atendidas en el sistema público de salud.

- Indicador:
  - Enfermedades profesionales declaradas.
- Período: corto y medio plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Salud Pública.

**Actuación 5:** Ajustar las características y periodicidad de los exámenes de salud a los riesgos a los que estén expuestos los trabajadores. Evitar exámenes innecesarios, que no aportan valor o no basados en la evidencia.

- Indicador:
  - Número de protocolos ajustados a perfiles laborales específicos.
- Período: medio y largo plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Salud Pública.

#### **1.4 Fortalecer la salud de las personas mayores favoreciendo su autonomía y el envejecimiento activo.**

**Actuación 1:** Consolidar e implantar programas de entrenamiento físico multicomponente en coordinación con los ayuntamientos, para prevenir la fragilidad, las caídas y el deterioro cognitivo y conseguir años de vida con máxima funcionalidad y libres de incapacidad.

- Indicadores:
  - Número de programas implantados y % de personas de 65 años y más que participan en estos programas.
- Periodo: Medio plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Salud Pública, Ayuntamientos.

**Actuación 2:** Fomentar iniciativas que estimulen la participación de las personas mayores en proyectos intergeneracionales y en los medios de comunicación para mejorar la visión social de este colectivo y la imagen positiva del proceso de envejecimiento.

- Indicador:
  - Nº de iniciativas/año.
- Periodo: medio plazo.
- Liderazgo: Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales.

#### **1.5 Garantizar un buen morir procurando un entorno adecuado y potenciando la atención en el domicilio al final de la vida.**

**Actuación 1:** Promover la planificación anticipada de decisiones y la participación del paciente y su entorno en las decisiones finales respecto a un final de la vida digna.

- Indicador:
  - Nº de declaraciones de voluntades anticipadas/año.
- Período: corto y medio plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Derechos y Garantías de los Usuarios.

**Actuación 2:** Fomentar la formación continuada de profesionales sociales y sanitarios sobre el final de la vida y la ayuda al bien morir de las personas, especialmente en los puestos de trabajo con mayor contacto con ellas, promoviendo la cultura del final de la vida en el domicilio.

- Indicador:
  - Número de profesionales formados por año.
- Período: Corto plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Derechos y Garantías de los Usuarios.

## **OBJETIVO 2: Fomentar las conductas saludables en cualquier etapa de la vida.**

### **2.1 Consolidar la Estrategia de Alimentación saludable y promover la actividad física de la población adecuándola a cada etapa.**

**Actuación 1:** Promoción y apoyo para que la oferta alimentaria y de restauración colectiva en entornos laborales, escolares, universitarios y otros sea saludable, según las recomendaciones de las estrategias de Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS) y Promoción de Alimentación y Actividad Física Saludables en Aragón (PASEAR), e incluya la reducción de consumos no saludables (sal, grasas y bebidas azucaradas), de varias procedencias, como las máquinas expendedoras.

- Indicador:
  - Nº de comedores colectivos saludables.
- Período: medio/largo plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Salud Pública.

**Actuación 2:** Mejorar los controles oficiales en las empresas alimentarias y la trazabilidad de los peligros alimentarios, para reducir riesgos, según las directrices del Plan Autonómico de Control de la Cadena Alimentaria y evaluar la exposición a contaminantes químicos y medicamentos en alimentos, según las directrices del Plan Autonómico de Sanidad Ambiental.

- Indicador:
  - Número de controles oficiales por establecimiento o actividad al año, de acuerdo a la frecuencia establecida en dichos Planes autonómicos.
- Período: medio/largo plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Salud Pública

**Actuación 3:** Promoción y apoyo de la constitución en las empresas de grupos que promuevan la actividad física, así como otras iniciativas en esa misma línea (ejemplos: clubs de senderismo, equipos deportivos, gimnasios en las empresas o subvenciones para acudir a los mismos).

- Indicador:
  - Nº de empresas con proyectos o intervenciones que promuevan la actividad física.
- Período: medio/largo plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Salud Pública.

### **2.2 Prevenir conductas adictivas con y sin sustancias.**

**Actuación 1:** Mantener una vigilancia continua sobre las tendencias en el consumo de drogas entre la población adolescente y juvenil, para definir en consecuencia las acciones a emprender e impulsar el desarrollo de las líneas estratégicas y acciones previstas en el Plan Autonómico de Drogas de Aragón, priorizando las actuaciones previstas para limitar el consumo de alcohol en jóvenes y adolescentes.

- Indicador:
  - Prevalencia de consumo a distintas edades por año.
- Período: medio/largo plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Salud Pública.

**Actuación 2:** Inclusión del ámbito laboral en el Plan de drogodependencias y otras conductas adictivas en Aragón.

- Indicador:
  - Nº de empresas con actividades frente a conductas adictivas.
- Período: medio plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Salud Pública.

**Actuación 3:** Desarrollo de programas y medidas dirigidos a regular la publicidad relacionada con el juego en todas las edades.

- Indicador:
  - Desarrollo de legislación sancionadora.
- Período: medio/largo plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Salud Pública

### **2.3 Estimular el bienestar emocional y trabajar en generar resiliencia en comunidades e individuos.**

**Actuación 1:** Desarrollar intervenciones grupales y comunitarias sobre habilidades sociales y cultura emocional para aprender a manejar las emociones y el estrés.

- Indicador:
  - Programas de intervención comunitaria que contemplen el bienestar emocional.
- Período: medio/largo plazo.
- Liderazgo: Departamento de Sanidad.

**Actuación 2:** Fomentar la formación en salud mental, aprendizaje socioemocional y bienestar entre los profesionales de la salud y de la educación, y otros sectores relevantes.

- Indicador:
  - Nº de centros de salud y de educación secundaria con programas de aprendizaje socioemocional.
- Período: medio/largo plazo.
- Liderazgo: Departamento de sanidad, Departamento de educación.

**Actuación 3:** Potenciar la prevención de los problemas de salud psíquicos mediante su detección precoz en los trabajadores a riesgo según su puesto de trabajo, mediante la evaluación de riesgos psicosociales en las empresas.

- Indicadores:
  - Nº de exámenes de salud a personas trabajadoras a las que se les aplica un protocolo de riesgos psicosociales.
- Período: medio/largo plazo.
- Liderazgo: Dirección general de Salud Pública.

**Actuación 4:** Mejorar la autoestima y la aceptación de la imagen corporal en niños y adolescentes y prevenir, detectar y atender los Trastornos de la Conducta Alimentaria en la población adolescente, de manera coordinada con el sistema educativo.

- Indicador:
  - Nº de centros docentes con talleres de autoestima e imagen corporal.
- Periodo: medio/largo plazo.
- Liderazgo: Departamento de Sanidad, Departamento de Educación, Cultura y Deporte.

#### **2.4 Promover una adecuada salud afectiva y sexual.**

**Actuación 1:** Desarrollar programas coordinados de información y educación para la salud afectiva y sexual basados en la igualdad de género y en el respeto a la diversidad sexual.

- Indicador:
  - Nº de centros de educación secundaria con programas de educación afectivo-sexual integrados en el curriculum.
- Período: Corto y medio plazo.
- Liderazgo: Departamento de Educación, Cultura y Deporte.

**OBJETIVO 3: Incorporar el enfoque de salud positiva y promover los activos en salud a nivel individual, familiar o comunitario.**

**Actuación 1:** Identificar los activos en salud en la comunidad e implantar un mapa de activos y recursos que puedan generar salud y potenciar la autonomía del paciente.

- Indicadores:
  - Cobertura de Equipos de Atención Primaria que tienen en su agenda comunitaria el mapa de activos por zona de salud.
- Período: Corto plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Salud Pública, Dirección General de Asistencia Sanitaria.

**Actuación 2:** Desarrollar iniciativas en el ámbito local para impulsar redes de detección y apoyo vecinal, para evitar el aislamiento social, especialmente en ancianos que viven solos.

- Indicador:
  - Nº de iniciativas en barrios, municipios.
- Período: medio plazo.
- Liderazgo: Departamento de Ciudadanía y Servicios Sociales, ayuntamientos.



## **Área 3:**

# **Orientación del Sistema Sanitario hacia las personas.**

- Objetivo 1. Orientar el sistema sanitario hacia la salud de las personas y no sólo hacia la enfermedad.
- Objetivo 2. Reorganizar los recursos del sistema sanitario hacia un enfoque integral y generalista.
- Objetivo 3. Adecuar la atención en el sistema sanitario a las necesidades de las personas enfermas.
- Objetivo 4. Situar a los y las profesionales como agentes esenciales del sistema.
- Objetivo 5. Impulsar la coordinación sanitaria y social para optimizar la respuesta a las necesidades de pacientes y cuidadores.



## ÁREA 3:

# RESUMEN Y VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL

Aragón cuenta con un sistema sanitario con buenos resultados en el abordaje de enfermedades. El 89,2% de las personas hospitalizadas, el 87,6% de los usuarios de atención primaria y el 86,1% de los usuarios de los servicios de urgencias hospitalarios manifiestan estar satisfechos o muy satisfechos con la atención recibida. No obstante, una importante función del Sistema Sanitario debe ser promover la salud, en combinación con otros recursos.

La Organización Mundial de la Salud en su documento Health 2020 recuerda que la Atención Primaria es el lugar privilegiado para redirigir el sistema hacia objetivos de salud. Sin embargo en los últimos 25 años la inversión en ese nivel ha sufrido una disminución continua, lo que dificulta desarrollar sus objetivos. Mientras la Organización Mundial de la Salud recomienda al menos un 25% de la inversión sanitaria para Atención Primaria, Aragón sólo dedicó en 2014 el 15,2% (aunque está por encima de la media española, 13,8%). La dedicación casi exclusiva a tareas asistenciales y la falta de tiempo ha llevado a no poder realizar con calidad el abordaje biopsicosocial que es indispensable en una sociedad desarrollada. También han quedado en segundo lugar actividades docentes, investigadoras y comunitarias. Invertir en Atención Primaria, para mejorar sus capacidades, será de gran ayuda para redirigir todavía más el sistema sanitario hacia las personas y no solamente a la enfermedad.

En una sociedad tecnologizada y con una creciente importancia de las enfermedades crónicas, es conveniente recordar que las personas y las colectividades tienen capacidad de influir en las condiciones y estilos de vida que determinan la salud o enfermedad. Mejorar la formación de los profesionales sanitarios y darles tiempo y recursos para mejorar la autonomía de los pacientes es un reto indispensable para una sociedad saludable.

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Incluso en las sociedades desarrolladas como la aragonesa, la diferencia de esperanza de vida y de calidad de vida viene fuertemente determinada por la clase social, el nivel educativo o el género. En España la esperanza de vida entre personas que vivan en barrios pobres es 8-10 años menor que las de las personas que viven en zonas con mayor poder adquisitivo.

La mejor manera de resolver esta situación es mejorando las condiciones de vida de las poblaciones y disminuyendo la desigualdad social. Pero dentro del sistema también es posible priorizar en programas y estrategias de salud la atención a los colectivos más desfavorecidos. Ya en 1971 se formuló la *“La Ley de cuidados inversos: La disponibilidad de una buena atención médica tiende a variar inversamente a la necesidad de la población asistida. Esto [...] se cumple más intensamente donde la atención médica está más expuesta a las fuerzas del mercado y menos donde la exposición esté reducida”*. Numerosos estudios demuestran que este fenómeno se sigue produciendo aunque en España la Atención Primaria es uno de los espacios que ayuda a disminuir esta desigualdad. Para mejorar la salud de toda la población y disminuir la desigualdad es preciso potenciar la Atención Primaria y detectar estos determinantes sociales en los pacientes para establecer estrategias específicas que ayuden a disminuir estas inequidades en salud.

Por otra parte, las mejoras en las condiciones de vida, los cambios demográficos y los avances tecnológicos y científicos, en todos los campos y especialmente en ciencias de la salud, están generando la necesidad de replantear la organización de los servicios sanitarios y la relación entre profesionales y pacientes.

El envejecimiento de la población y el aumento de personas que viven con enfermedades crónicas suponen nuevas necesidades sociales y sanitarias a las que hay que dar respuesta. En Aragón un tercio de la población tiene dos o más problemas de larga evolución, Los sistemas de salud deben crear las condiciones para que se produzca una atención más respetuosa con las necesidades y las preferencias de las personas y una relación más simétrica y colaborativa, entre profesionales, pacientes y familias. La atención a la cronicidad solo es efectiva si los ciudadanos toman sus propias decisiones y participan en su cuidado.

El modelo de hospital de alta tecnología tiene un coste elevado y no funciona para resolver los problemas derivados de la cronicidad. Sin embargo, en Aragón, los recursos destinados a los servicios públicos hospitalarios para problemas agudos crecen cada año, en detrimento de otros servicios destinados a salud pública, atención primaria, cuidados intermedios o salud mental.

Es urgente cambiar esta situación, el Servicio Aragonés de Salud debe ofrecer más cuidados y menos asistencia. Hay que crecer en atención primaria, especialmente en servicios de atención comunitaria, educación para la salud y atención domiciliaria.

Las iniciativas de promoción y de educación para la salud tienen un largo recorrido en algunos equipos de atención primaria, pero estas prestaciones no alcanzan a toda la población aragonesa. Tanto las intervenciones en la comunidad, como las intervenciones individuales, mejoran las competencias en el autocuidado y son el camino para reducir la medicalización de la vida, que genera en nuestra sociedad una dependencia nociva a medicamentos y a servicios de urgencias. La frecuentación a medicina de familia y pediatría en Aragón supera las 5 visitas por habitante y año. La frecuentación a los servicios de urgencias de los hospitales públicos es de 0,4 por habitante y año.

Necesitamos una atención domiciliaria más dinámica y proactiva, para garantizar que las personas con enfermedades crónicas avanzadas y sus familias, están bien cuidadas y asesoradas y pueden disfrutar de permanecer en su entorno habitual, el mayor tiempo posible. Para ello es importante una respuesta eficaz del sistema ante las descompensaciones y situaciones urgentes, coordinada por el equipo de atención primaria.

En atención hospitalaria hay que reorientar los recursos hacia hospitales más enfocados hacia la cronicidad y los cuidados. Se necesitan modelos de atención compartida, con una mayor presencia de profesionales generalistas (médicos de familia, internistas, geriatras, pediatras, enfermeras, técnicos auxiliares de enfermería,...) que garanticen una valoración global del estado de salud y una atención más humanizada. Además se necesitan en Aragón más recursos para cuidados intermedios, hospitales de convalecencia o centros de día. Los cuidados altamente especializados deben ser prestados por profesionales adecuadamente entrenados y deben llegar a todo el territorio.

Una de las grandes cuestiones pendientes en Aragón es la Salud Mental. En los últimos 20 años se han propuesto varios planes, todos ellos con resultados poco satisfactorios. En nuestra comunidad el consumo de psicofármacos es elevado, se están ofreciendo como única solución a problemas menores de bienestar emocional. Sin embargo, los dispositivos de Salud Mental son escasos en nuestro territorio. Ante la pesada carga que suponen los trastornos mentales graves, los pacientes y sus familias necesitan más ayuda. Se requiere una mayor disponibilidad y coordinación de los recursos, mediante planes de actuación personalizados que permitan la recuperación social y laboral de las personas con problemas graves de Salud Mental.

Otra de las cuestiones pendientes es la organización de los cuidados paliativos. Hace falta sumar esfuerzos e integrar todos los recursos existentes en la comunidad para las personas con enfermedades crónicas y amenazantes para la vida. Estos cuidados, habitualmente de baja

intensidad, deben ser respetuosos con las decisiones indicadas por la persona enferma, deben ser continuados y accesibles y deben preparar al paciente y su núcleo familiar para que el resultado sea una muerte digna, a ser posible en el hogar del paciente, o en dispositivos apropiados para el final de la vida.

No se está dando una respuesta coordinada a las personas ancianas con una salud frágil, que debido a sus circunstancias requieren apoyo y servicios sociales y sanitarios para poder mantenerse en su hogar de manera confortable y segura. Tampoco hay suficientes recursos para las personas que cuidan de familiares con problemas de salud incapacitantes y de larga evolución. La oferta de servicios sociales y sanitarios, suficientemente coordinada y diversificada, debe llegar a todos los hogares, incluidos los más vulnerables.

La nueva orientación que se pretende dar al Servicio Aragonés de Salud no se va a lograr sin la participación de sus profesionales. Es imprescindible su implicación en las mejoras organizativas, en la innovación y en el uso responsable y seguro de los recursos sanitarios. Hay que dejar de hacer prácticas sin valor, innecesariamente agresivas o directamente peligrosas para la salud de las personas.

Es necesario generar en los centros las condiciones adecuadas para el desarrollo del gobierno clínico, potenciando el trabajo en equipo y la mejor práctica clínica. Una atención más resolutive, implica mejorar la coordinación entre los profesionales implicados en el proceso de atención y una mejor comunicación con los pacientes, evitando los contactos innecesarios con el sistema. Han empezado a ponerse en marcha diversas iniciativas para mejorar la continuidad asistencial como las interconsultas virtuales, los servicios a distancia, las consultas no presenciales, las mejoras en la historia clínica electrónica. Nada de esto va a funcionar sin el esfuerzo y la actitud positiva de los profesionales del sistema.



## ÁREA 3:

# PROPUESTA DE OBJETIVOS, ACTUACIONES, INDICADORES, PLAZOS Y LIDERAZGO

**OBJETIVO 1:** Orientar el sistema sanitario hacia la salud de las personas y no sólo hacia la enfermedad.

### 1.1 Promover la salud desde una perspectiva de salutogénesis.

**Actuación 1:** Aumentar las intervenciones dirigidas a que los servicios sanitarios mejoren las competencias en salud de la ciudadanía, para mejorar la gestión de la salud y la enfermedad y ayudar a reducir las desigualdades en salud.

- Indicador:
  - % de proyectos de educación y promoción de salud realizados en Servicios Sanitarios (Equipos de Atención Primaria, servicios hospitalarios, Escuela de Salud, Dirección General de Salud Pública, otros).
  - Nº de servicios que han integrado en sus protocolos y actuaciones medidas de educación y promoción de salud.
- Plazo: Medio plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Asistencia sanitaria, Dirección General Salud pública.

**Actuación 2:** Potenciar la autonomía personal recomendando cambios de estilos de vida. Creación de protocolos específicos para recomendación individualizada de actividad física, alimentación saludable y reducción de hábitos no saludables.

- Indicadores:
  - Nº de profesionales sanitarios que han recibido formación específica sobre consejo de estilos vida (entrevista motivacional).
  - Registro de recomendación en la Historia Clínica Electrónica (HCE).
- Plazo: Medio plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Asistencia Sanitaria.

### 1.2 Reducir el impacto de la Ley de cuidados inversos disminuyendo desigualdades en salud.

**Actuación 1:** Priorización explícita de la reducción de desigualdades en salud según los ejes de edad, género, clase social, etnia y territorio, en todos los planes y estrategias de los servicios sanitarios.

- Indicador:
  - Nº de planes/estrategias con priorización y/o evaluación explícita de reducción de desigualdades en salud (edad, género, clase social, etnia y territorio).
- Plazo: Medio Plazo.
- Liderazgo: Dirección General Asistencia Sanitaria.

### **1.3 Impulsar la atención centrada en personas, no en enfermedades, con abordaje biopsicosocial.**

**Actuación 1:** Incluir a los hospitales y servicios sanitarios en la Red Europea de Hospitales promotores de salud.

- Indicador:
  - Número de hospitales y servicios promotores de salud.
- Plazo: Medio plazo.
- Liderazgo: SALUD.

**Actuación 2:** Promover nuevas relaciones y decisiones compartidas entre profesionales sanitarios y usuarios: compromiso por la salud personal.

- Indicador:
  - Nº de pacientes con compromiso de la salud personal firmado.
- Plazo: Medio plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Asistencia Sanitaria.

**Actuación 3:** Detección y actuación sobre ancianos vulnerables desde Atención Primaria, con protocolos y guías estandarizados y en coordinación con los recursos sociales disponibles.

- Indicador:
  - Número de notificaciones desde Atención Primaria a los recursos sociales.
- Plazo: Medio plazo.
- Liderazgo: Dirección General Asistencia Sanitaria en coordinación con Servicios Sociales.

### **1.4 Promover la atención a la salud comunitaria que aumente el control sobre la salud y sus determinantes.**

**Actuación 1:** Implementar la estrategia de Atención Comunitaria en el Sistema de Salud de Aragón (Atención Primaria).

- Indicadores:
  - Porcentaje de Equipos de Atención Primaria que tienen una agenda comunitaria.
  - Porcentaje de Equipos de Atención Primaria que realizan atención comunitaria basada en activos.
- Plazo: medio plazo.
- Liderazgo: Dirección General Asistencia Sanitaria, SALUD.



## **OBJETIVO 2: Reorganizar los recursos del sistema sanitario hacia un enfoque integral y generalista.**

### **2.1 Potenciar la Atención Primaria como espacio de atención integral y de disminución de desigualdades en salud.**

**Actuación 1:** Asignar al menos un 20% del presupuesto sanitario a la Atención Primaria.

- Indicador:
  - Porcentaje Gasto sanitario de los presupuestos autonómicos dedicados a la Atención Primaria.
- Plazo: corto y medio plazo.
- Liderazgo: Departamento de Sanidad.

**Actuación 2:** Elaborar un plan integral de Atención Primaria que potencie su accesibilidad, longitudinalidad, capacidad de resolución, integralidad y coordinación.

- Indicador:
  - Existencia del Plan.
- Plazo: Medio plazo.
- Liderazgo: Departamento Sanidad.

**Actuación 3:** Potenciar la figura del técnico de salud en cada sector sanitario en las áreas de Salud Comunitaria y coordinación con Salud Pública.

- Indicador:
  - Existencia de un técnico de salud específico para realizar propuestas en cada sector sanitario.
- Plazo: Medio plazo.
- Liderazgo: SALUD.

**Actuación 4:** Mejora de la organización y refuerzo del trabajo multidisciplinar de los equipos de atención primaria para orientar la atención hacia un enfoque más integral biopsicosocial, especialmente en fisioterapia y terapia ocupacional.

- Indicadores:
  - Ratio de Fisioterapeuta en Atención Primaria por 10.000 pacientes y de Terapeuta ocupacional en Atención Primaria por 50.000 pacientes.
  - Nº de actividades grupales, comunitarias y domiciliarias en las que participen los fisioterapeutas.
- Plazo: Corto plazo.
- Liderazgo: SALUD.

**Actuación 5:** Aumentar la dedicación horaria en el personal de Atención Primaria a tareas docentes, investigadoras, comunitarias y de gestión (dedicaciones parciales asistenciales en función de resultados y competencias).

- Indicador:
  - Porcentaje de profesionales de Atención Primaria con dedicaciones parciales no asistenciales.
- Plazo: corto y medio.
- Liderazgo: Dirección General Asistencia Sanitaria. SALUD.

## **2.2 Contribuir desde el sistema sanitario a la abogacía por la salud en todas las políticas.**

**Actuación 1:** Creación de alianzas entre los Equipos de Atención Primaria y los servicios públicos de la Zona para la mejora de la salud.

- Indicador:
  - Cobertura de Equipos de Atención Primaria que tienen alianzas firmadas con los servicios públicos de la Zona.
- Plazo: Medio plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Asistencia Sanitaria, Dirección General Salud Pública.

## **2.3 Priorizar los autocuidados en el sistema dando mayor poder a los pacientes sobre su propia salud.**

**Actuación 1:** Fomento de la parentalidad positiva desde atención primaria, como estrategia básica para mejorar la crianza saludable y la potenciación de los activos familiares.

- Indicador:
  - Cobertura de equipos que realizan o apoyan actuaciones de parentalidad positiva en su zona.
- Plazos: Corto y Medio plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Asistencia Sanitaria.

**Actuación 2:** Potenciación de actividades de educación para la salud grupal que fomenten los autocuidados.

- Indicador:
  - Porcentaje de Centros de Salud y hospitales con programas específicos.
- Plazo: Corto y Medio plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Asistencia Sanitaria, Dirección General Salud Pública.

**OBJETIVO 3. Adecuar la atención en el sistema sanitario a las necesidades de las personas enfermas.**

**3.1 Incorporar un enfoque de atención centrada en las personas, basado en el análisis de las preferencias del paciente, la formación, información y comunicación.**

**Actuación 1:** Impulsar la *Escuela de Salud* orientada a mejorar la formación y habilidades de pacientes y cuidadores, impulsando la figura del paciente implicado y desarrollando la autonomía en sus relaciones con el Sistema Sanitario.

- Indicadores:
  - Nivel de alfabetización en salud de la población.
- Plazo: corto y medio plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Derechos y Garantías de los Usuarios.

**Actuación 2:** Introducir en Atención Primaria la evaluación y el registro de la historia de valores y preferencias de los pacientes de manera que todos los profesionales que atienden a un paciente sean conocedores de sus prioridades.

- Indicadores:
  - Existencia de la historia de valores en historia clínica electrónica.
- Plazo: corto y medio plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Derechos y Garantías de los Usuarios.

**Actuación 3:** Analizar periódicamente la experiencia y satisfacción de las personas con discapacidad y otras desigualdades, en relación con la atención sanitaria recibida y utilizar esta información para la adecuación de servicios sanitarios.

- Indicadores:
  - Información diferenciada y representativa de respuestas de personas con discapacidad y otras desigualdades en el Informe de encuesta de satisfacción de usuarios.
- Plazo: a corto plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Derechos y Garantías de los Usuarios.

**Actuación 4:** Diseñar y desarrollar un programa integral de sensibilización y formación inicial dirigido a profesionales sanitarios para mejorar la atención a personas con capacidades diferentes contando para ello con las entidades específicas de discapacidad.

- Indicadores:
  - Porcentaje profesionales sanitarios formados de cada servicio o centro sanitario.
- Plazo: a corto plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Asistencia Sanitaria.

**Actuación 5:** Establecer una línea de formación estable en habilidades de comunicación, proceso de decisiones compartidas y atención centrada en el paciente.

- Indicadores:
  - Porcentaje de profesionales formados.
- Plazo: corto y medio plazo.
- Liderazgo: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

### **3.2 Priorizar abordajes transversales y generalistas frente a los verticales en la atención a los pacientes, reforzando el papel de la Atención Primaria como eje coordinador de la atención sanitaria.**

**Actuación 1:** Implantar un programa de atención a pacientes crónicos complejos, que favorezca la permanencia del paciente en su entorno habitual, a través de la coordinación personalizada de cuidados por parte del Equipo de Atención Primaria.

- Indicadores:
  - Cobertura de cuidados domiciliarios (24 horas X 365 días) en pacientes con enfermedades crónicas avanzadas.
  - Nº de plazas de enfermería con la especialidad familiar y comunitaria.
- Plazo: a medio plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Asistencia Sanitaria.

**Actuación 2:** Incorporar profesionales con perfil generalista (medicina de familia, medicina interna, geriatría, pediatría) en los servicios de los hospitales para facilitar el abordaje transversal y centrado en la persona, contribuyendo a mejorar la calidad y humanizar la asistencia.

- Indicadores:
  - Porcentaje de servicios con un modelo de atención compartida.
  - Tasa de médicos con perfil generalista (medicina interna, geriatría, pediatría) por 1000 habitantes.
- Plazo: a corto plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Asistencia Sanitaria.

**Actuación 3:** Potenciar las intervenciones preventivas actuando sobre factores de riesgo vascular, estilos de vida y adherencia a los tratamientos, para reducir la carga de enfermedad, especialmente en personas en situaciones sociales desfavorables.

- Indicadores:
  - Mortalidad prematura por ictus, cardiopatía isquémica e insuficiencia cardiaca.
- Plazo: a medio plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Asistencia Sanitaria.

**Actuación 4:** Desarrollar e implantar una *Estrategia autonómica de cuidados paliativos* que integre todos los recursos existentes en la comunidad, que contemple las necesidades de las personas con enfermedades crónicas y amenazantes para la vida, con necesidad de cuidados de baja intensidad para el final de vida y que incluya como eje de los cuidados el respeto a las decisiones indicadas por la persona enferma.

- Indicadores:
  - Porcentaje de pacientes subsidiarios de cuidados paliativos que tienen establecido un plan de intervención coordinado por el Equipo de Atención Primaria.
  - Número de profesionales con competencias en cuidados paliativos avanzadas y medias.
- Plazo: a medio plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Asistencia Sanitaria. Departamento de ciudadanía y derechos sociales.

### **3.3 Orientar la oferta de servicios a los avances sociales y las necesidades específicas de la población.**

**Actuación 1:** Reordenación de la oferta asistencial de la red de hospitales basada en criterios de efectividad, seguridad y accesibilidad territorial, priorizando la oferta ambulatoria y evitando en lo posible los internamientos innecesarios.

- Indicadores:
  - Porcentaje de camas de media y larga estancia.
  - Porcentaje de camas de medicina interna/geriatría en hospitales generales.
  - Nº de unidades de referencia multihospital establecidas.
- Plazo: a medio plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Aragonés de Salud.

**Actuación 2:** Mejorar la supervivencia y calidad de vida de las personas con cáncer a través de la implantación de procedimientos de cribado, diagnóstico rápido e instauración temprana de tratamientos.

- Indicadores:
  - Supervivencia a los 5 años de diagnóstico.
- Plazo: a medio plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Asistencia Sanitaria.

**Actuación 3:** Implantar programas de rehabilitación precoz y terapias de repercusión en todo Aragón para disminuir la mortalidad y carga de enfermedad de los pacientes que han sufrido un ictus o un evento cardiovascular.

- Indicadores:
  - Programa de rehabilitación implantado en todos los sectores sanitarios.
  - Porcentaje de pacientes con ictus isquémico que acceden a terapias de repercusión.
- Plazo: a largo plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Asistencia Sanitaria.

**Actuación 4:** Impulsar programas de cirugía mínimamente invasiva en las unidades quirúrgicas hospitalarias, garantizando la pertinencia y seguridad de la atención para acelerar la recuperación de los pacientes y mejorar su calidad de vida.

- Indicadores:
  - Índices de sustitución de procedimientos establecidos en cada unidad quirúrgica.
- Plazo: a medio plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Asistencia Sanitaria.

**Actuación 5:** Diseño e Implantación de un nuevo modelo de gestión de la prestación farmacéutica en los centros sociales de atención residencial de Aragón.

- Indicadores:
  - Nº de centros y nº de residentes suministrados por Oficinas de Farmacia en Aragón.
  - Nº de centros y nº de residentes suministrados por Servicios de Farmacia en Aragón.
- Plazo: a medio plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Asistencia Sanitaria.

### **3.4 Priorizar, en las personas con problemas de salud mental, una atención de calidad, con enfoque comunitario y orientado a la recuperación.**

**Actuación 1:** Reforzar el papel de la Atención Primaria en la detección y seguimiento del malestar psíquico y los trastornos mentales leves.

- Indicadores:
  - Formación básica y avanzada para profesionales de atención primaria.
- Plazo: a medio plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Asistencia Sanitaria.

**Actuación 2:** Desarrollar programas de *Gestión de Casos* para la intervención temprana y el abordaje intensivo para personas con primeros episodios psicóticos y personas con *Trastorno Mental Grave*.

- Indicadores:
  - Porcentaje de Unidades de Salud Mental con programa de gestión de casos implantados.
  - Nº de pacientes incluidos en el programa.
- Plazo: corto y medio plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Asistencia Sanitaria.

**Actuación 3:** Implantar planes personales de recuperación para la recuperación psicosocial y laboral de la personas con *Trastorno Mental Grave*.

- Indicadores:
  - Porcentaje de pacientes con plan de intervención individual.
- Plazo: a medio plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Asistencia Sanitaria.

### **3.5 Garantizar el cumplimiento de estándares de calidad y seguridad en la sanidad privada.**

**Actuación 1:** Extender y reforzar el plan de control de la calidad y seguridad de la asistencia dispensada a los pacientes derivados a centros y servicios concertados, tanto diagnósticos como terapéuticos.

- Indicadores:
  - Inclusión de requisitos de calidad y seguridad del paciente en los pliegos de prescripciones técnicas de futuros contratos y concertos.
- Plazo: a corto plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Asistencia Sanitaria.

**Actuación 2:** Establecer normas y requisitos en los establecimientos sanitarios privados para mejorar la cobertura y la pertinencia de actividades preventivas, asistenciales y de vigilancia de la salud, para que tengan los mismos estándares que los servicios públicos.

- Indicadores:
  - Existencia de un procedimiento en el que se establezcan los requisitos sobre cumplimiento de actividades de sistemas de información y registro, preventivas y asistenciales, coherentes con las estrategias del Departamento de Sanidad.
- Plazo: corto y medio plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicios Provinciales de Sanidad.

**Actuación 3:** Mejorar el control de los mensajes comunicativos y la publicidad en lo referente a la oferta de servicios de salud de manera que se ajusten a la realidad, no sean engañosos o falsos, o generen expectativas no fundadas en el conocimiento.

- Indicador:
  - Número de intervenciones de control de publicidad medico-sanitaria en oferta de servicios.
- Plazo: corto plazo
- Liderazgo: Dirección General de Asistencia Sanitaria.

#### **OBJETIVO 4: Situar a los y las profesionales como agentes esenciales del sistema.**

##### **4.1 Incorporar estrategias para el gobierno clínico de los centros, fomentar las actitudes innovadoras de los profesionales e implicarlos en las mejoras organizativas.**

**Actuación 1:** Promover proyectos y acuerdos de gestión clínica innovadores que mejoren la capacidad resolutive, la seguridad y la pertinencia de la atención prestada en los centros de salud y hospitales del Servicio Aragonés de Salud.

- Indicadores:
  - Porcentaje de unidades que firman acuerdos de gestión clínica por año.
- Plazo: a medio plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Asistencia Sanitaria.

**Actuación 2:** Mejorar la eficacia de las comisiones clínicas y los comités de los centros asistenciales, reforzando sus funciones de coordinación, evaluación y mejora de resultados clínicos, especialmente en aquellos procesos asistenciales donde intervienen varias unidades clínicas.

- Indicadores:
  - Existe una normativa del Departamento de Sanidad sobre comisiones clínicas.
  - Nº comisiones/ grupos de trabajo con reglamento constituidas según regulación del Departamento e incluidas en los contrato programa de los centros.
- Plazo: a corto plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Asistencia Sanitaria.

##### **4.2 Motivar a los profesionales para dejar de hacer prácticas sin valor o peligrosas para la salud e impulsar una atención pertinente y segura.**

**Actuación 1:** Crear un grupo de trabajo de revisión de la práctica clínica que identifique y difunda información para profesionales y ciudadanos sobre prácticas sin valor, peligrosas para la salud o con balance beneficio/riesgo negativo.

- Indicadores:
  - Nº de acciones evaluadas y difundidas al año.
- Plazo: corto y medio plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Asistencia Sanitaria.

**Actuación 2:** Evitar procesos y elementos de poco valor implementando las recomendaciones de “dejar de hacer” establecidas por las sociedades científicas en los acuerdos de gestión clínica.

- Indicadores:
  - Porcentaje de acuerdos de gestión clínica con indicadores sobre “dejar de hacer” en los centros sanitarios cada año.
- Plazo: corto y medio plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Asistencia Sanitaria. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.



**Actuación 3:** Impulsar Programas de Optimización de Uso de Antibióticos (PROA) y de prevención de infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS), en el ámbito hospitalario, sociosanitario y de Atención Primaria.

- Indicadores:
  - Incidencia de infección de herida quirúrgica.
  - DHD de antibióticos seleccionados.
- Plazo: corto y medio plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Asistencia Sanitaria. Dirección General de Salud Pública.

**Actuación 4:** Proporcionar formación e información independiente a profesionales sanitarios y pacientes para lograr un uso adecuado y seguro de medicamentos y cuidados, y fomentar la adherencia a los mismos.

- Indicadores:
  - Nº de actividades formativas organizadas por la Administración realizadas en centros de salud y Hospitales.
  - Nº de actividades formativas organizadas por la Administración dirigidas a pacientes.
- Plazo: corto y medio plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Asistencia Sanitaria. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

**Actuación 5:** Garantizar la evaluación previa de todas las tecnologías, medicamentos o servicios que se quiera incorporar al sistema sanitario mediante la consolidación y mejora del procedimiento de actualización de la cartera de servicios sanitarios.

- Indicadores:
  - Número de evaluaciones realizadas en relación con las solicitadas.
- Plazo: a medio plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Asistencia Sanitaria. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

**OBJETIVO 5: Impulsar la coordinación sanitaria y social para optimizar la respuesta a las necesidades de pacientes y cuidadores.**

**5.1 Incrementar la coordinación y la comunicación a nivel local entre todos los profesionales que intervienen en la atención a pacientes y cuidadores.**

**Actuación 1:** Potenciar la atención de proximidad, conectando los cuidados sanitarios y los cuidados personales domiciliarios en personas con ambas prestaciones.

- Indicadores:
  - Implantación de indicadores sobre experiencia de coordinación de pacientes, familia, cuidadores y profesionales en las encuestas de medición.
- Plazo: a medio plazo.
- Liderazgo: Departamento de Sanidad. Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales.

**Actuación 2:** Crear una *Comisión Interdepartamental de Coordinación* de recursos sociales y sanitarios encargada de definir circuitos que faciliten la atención de las personas en el recurso y por los profesionales adecuados.

- Indicadores:
  - Existencia de una Comisión interdepartamental.
- Plazo: a corto plazo.
- Liderazgo: Departamento de ciudadanía y derechos sociales. Departamento de Sanidad.

**Actuación 3:** Desarrollar un proyecto de continuidad de cuidados en personas que no pueden valerse por sí mismas y presentan riesgo social tras el alta hospitalaria.

- Indicadores:
  - Estancia media en hospitales generales de los ingresos de pacientes que viven en residencias o presentan riesgo social.
- Plazo: a medio plazo.
- Liderazgo: Departamento de Sanidad. Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales.

**5.2 Reducir el impacto de los cuidados en los cuidadores de pacientes con afectación crónica y mejorar la dotación de recursos sociales comunitarios y la capacidad para gestionarlos.**

**Actuación 1:** Potenciar la atención de apoyo a los cuidadores directos y la evaluación sistemática del riesgo social en su entorno habitual.

- Indicadores:
  - Porcentaje de equipos de atención primaria que ofrecen apoyo psicosocial a los cuidadores directos.
  - Porcentaje de pacientes  $\geq 75$  años con valoración del riesgo social.
- Plazo: medio plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Asistencia Sanitaria.

**Actuación 2:** Mejorar los recursos en el ámbito socio-sanitario para prevenir la claudicación familiar.

- Indicadores:
  - Nº de pacientes que acceden a programas de “respiro familiar”.
- Plazo: a medio plazo.
- Liderazgo: Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales. Departamento de Sanidad.

## **Área 4:**

# **Información, investigación y formación para la Salud.**

- Objetivo 1: Fomentar la coherencia técnica y orientación estratégica de los sistemas de información del Gobierno de Aragón, poniéndolos al servicio de la mejora del nivel de salud de los aragoneses.
- Objetivo 2: Potenciar la investigación e innovación sobre la salud, sus determinantes y las desigualdades, para mejorar la capacidad de respuesta del sistema de salud a los retos actuales y a las prioridades marcadas en el Plan de Salud de Aragón.
- Objetivo 3: Orientar la formación en salud, la gestión del conocimiento y nuevas tecnologías hacia los objetivos y actividades del Plan de Salud de Aragón.



## ÁREA 4:

# RESUMEN Y VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL

El área 4 se puede considerar transversal a las otras 3 del Plan de Salud. Los sistemas de información, la investigación y la formación sobre la salud, la enfermedad, los determinantes y las desigualdades en salud forman parte integral de las actuaciones que se proponen. Se ha querido sin embargo separarla como área prioritaria independiente para resaltar su importancia.

### Sistemas de información

La distribución actual de responsabilidades y competencias en sistemas de información se caracteriza por la dispersión en diferentes ámbitos de decisión, consecuencia de su desarrollo para objetivos específicos y en diferentes estructuras. Esto, junto con el impacto de la crisis económica, ocasiona dificultades en la capacidad de respuesta a las necesidades de la organización, de los profesionales, de los pacientes y de la sociedad en general.

#### Debilidades y amenazas

- El ya citado problema en la gobernanza y desarrollo de los sistemas, dificulta la orientación a la mejora del nivel de salud de la población, así como el mantenimiento en el tiempo y la adecuación a las prioridades establecidas y a los cambios e innovaciones en el ámbito asistencial y de los propios sistemas de información.
- Es necesario avanzar en la coordinación entre departamentos, instituciones y organizaciones con competencias propias que proporcionan información relevante, en concreto sobre determinantes (Instituto Aragonés de Estadística), atención sanitaria (otros sistemas asistenciales públicos o privados), servicios sociales (Instituto Aragonés de Servicios Sociales), investigación y docencia (Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Universidad).
- Se detectan problemas de normalización de la información: hay que trabajar en sistemas de codificación homogéneos y de identificación unívoca de personas, profesionales, centros y servicios sanitarios, actividades y otros elementos.
- Se detectan en ocasiones duplicidades y problemas de coherencia de la información, esto puede comprometer el conocimiento en la organización o una adecuada interpretación de los resultados.
- Recursos limitados para el mantenimiento de las infraestructuras y los sistemas. La dependencia de empresas externas para estos elementos estratégicos puede introducir riesgos en aspectos como la “fuga de conocimiento” por rotaciones de personal, etc.
- La crisis económica y la priorización de otros objetivos ha influido de manera decidida en la obsolescencia de infraestructuras y equipamientos y falta de renovación tecnológica, con dispersión de soluciones informáticas en función del nivel asistencial.
- Necesidad de personal con perfiles de analistas y con formación en informática, estadística y evaluación que puedan facilitar el análisis y explotación de la información.
- Se dispone de poca información sobre desigualdades por los ejes conocidos (edad, género, clase social, etnia, territorio) y otros de interés.
- Priman indicadores de estructura y de actividad frente a la información sobre resultados de la asistencia y sobre salud positiva.
- Se debe mejorar en la explotación de la información de causas importantes de morbimortalidad (cáncer, enfermedades cardiovasculares, enfermedad mental, discapacidad...).
- Deben desarrollarse con más énfasis herramientas y funcionalidades necesarias: sistemas de mensajería para mejorar la comunicación entre profesionales y niveles, herramientas de apoyo a la toma de decisiones, soluciones de movilidad, inteligencia de negocio y otras.

- Hay que reforzar las herramientas y en ocasiones el conocimiento suficiente para que las personas asuman un papel activo en la asistencia frente a un papel de receptor pasivo de información. Esto permitiría facilitar la participación del paciente en la toma de decisiones compartida.
- Hay que tener en cuenta cómo los ciudadanos están utilizando e integrando en su vida cotidiana las tecnologías de la información.
- Necesidad de mejorar la accesibilidad de la información y su uso por los responsables, gestores, profesionales o usuarios para establecer políticas destinadas a mejorar el nivel de salud y reducir desigualdades en salud.
- Hay que mejorar la calidad en los registros. Los profesionales sanitarios no siempre valoran su utilidad, tanto para la asistencia como para generar conocimiento y tomar decisiones.

### **Fortalezas y oportunidades**

- El Centro de Gestión Integrada de Proyectos Corporativos (CGIPC) dentro del Servicio Aragonés de Salud está desarrollando una nueva historia clínica electrónica (HCE) que integre todos los ámbitos asistenciales (atención primaria, especializada y sistemas de urgencias y emergencias) para su implantación en 2020. Además, va a integrar los recursos informáticos y a dar respuesta a otras necesidades de sistemas de información del Departamento de Sanidad. El desarrollo del sistema debe conseguir “trazar” al paciente en su tránsito por las diferentes partes de una organización sanitaria, evitando problemas de continuidad en la información clínica. Debe ser completa, interoperable, flexible y segura y facilitar la comunicación entre profesionales y de estos con los usuarios. Asimismo, debe ser una herramienta que sirva para facilitar la coordinación y la integración con los cuidados sociales y con el autocuidado.
- Los sistemas de información asistenciales, en particular la historia clínica electrónica, tienen también utilidad para medir la situación de salud, su relación con los determinantes y la presencia de desigualdades y para la investigación sobre esos factores.
- La existencia de una Base de Datos de Usuarios (BDU) que permite la identificación unívoca de usuarios y un sistema de Índice Maestro de Pacientes (EMPI) para conseguir una conversión normalizada de la identificación realizada en los sistemas hospitalarios.
- El desarrollo de un visor único donde consultar todos los contactos del paciente con el sistema, a través de una gestión distribuida de los diferentes sistemas de información clínica.
- Se está desarrollando una estrategia de explotación conjunta de todos los sistemas de información con herramientas de big data (BIGAN), liderado por el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.
- Se está desarrollando el borrador de la regulación que ha de sostener la plataforma de explotación conjunta de los sistemas de información existentes.
- Colaboración con el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad (MSSI) en dos ámbitos de interoperabilidad a nivel interautonómico: la Historia Clínica Digital del SNS y la Receta Electrónica Interoperable. El impulso a proyectos de renovación e interoperabilidad, tanto a nivel europeo (European Interoperability Framework, Connecting European Facility eHealth,...) como nacional (Agenda Digital para España, Red.es,...). Incorporación de información clínica accesible a los ciudadanos a través de la Carpeta de Salud de la plataforma Salud Informa.
- Existencia del Comité de Seguridad de la Información.
- El Proyecto de Renovación tecnológica para renovar las infraestructuras del Gobierno de Aragón.

## Investigación

El sistema de investigación e innovación en salud en Aragón depende de la interacción de varios agentes: los departamentos de Sanidad y de Innovación, Investigación y Universidad, el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, el Instituto de Investigación Sanitaria Aragón y la Universidad de Zaragoza, cada uno con sus funciones específicas.

Existen aproximadamente 80 grupos de investigación agrupados en 9 programas. De ellos, 5 son considerados de impacto directo en salud (1. cardiovascular, 2. cáncer, 3. enfermedades Infecciosas e Inflamatorias, 4. neurociencias y Salud Mental, 5. enfermedades Raras) y 4 transversales (6. ingeniería biomédica y nanociencia, 7. medicina regenerativa, 8. salud pública e investigación en servicios sanitarios y 9. atención primaria). Los profesionales que la realizan suelen ser clínicos que la compaginan con la actividad asistencial y dos tercios están en los dos grandes hospitales de Zaragoza.

Se invierten unos 8,5 millones de euros anuales en investigación. La parte fundamental (7 millones de euros, el 82%) se dedica a la realización de ensayos clínicos – unos 150 al año y es de origen privado (empresas farmacéuticas). El resto (1,5 millones de euros, el 18%), proviene fundamentalmente de convocatorias públicas competitivas. La producción científica es de unos 500 artículos anuales, con un 70% en cuartiles 1º y 2º.

### Debilidades y amenazas

- La investigación que se realiza en Aragón es fundamentalmente sobre medicamentos y está financiada por la industria farmacéutica. Del resto de la investigación, la mayor parte está dirigida a las enfermedades y el proceso asistencial. Ambas se realizan fundamentalmente en hospitales y sobre todo en los dos principales. Por el contrario, la investigación sobre salud, determinantes o desigualdades en salud, o de repercusión de todo tipo de políticas sobre la salud es muy reducida.
- Habría que avanzar en la definición de líneas estratégicas. Se detecta dispersión del esfuerzo de la financiación de la investigación lo que facilita que los grupos investigadores puedan tener menos recorrido o proyección.
- Hay insuficientes recursos humanos en algunos grupos de investigación para permitir su desarrollo óptimo y la movilidad temporal/estancias de investigación en otros centros.
- Se carece de un sistema formal de evaluación de la contribución social de la investigación producida en Aragón.
- Fragmentación de los grupos de investigación, lo que hace mucho más difícil la investigación de excelencia. No existen convocatorias específicas para la financiación de grandes infraestructuras, lo que también reduce la capacidad competitiva.
- Fuera de la investigación sobre medicamentos el sector privado tiene presencia limitada en la investigación y el desarrollo tecnológico, lo que incrementan la dependencia de fondos públicos, reducidos durante la crisis.
- Es difícil mantener una estructura investigadora estable y motivada y una carrera investigadora condicionada por diversos factores (presión asistencial, dificultad de incorporación de jóvenes, investigación mayoritaria en hospitales grandes...)
- Normativa compleja y poco flexible para la gestión de la investigación (proyectos y RRHH) con poca orientación a la complejidad y casuística de los grupos.

### Fortalezas y oportunidades

- Hay grupos de investigación punteros, con experiencia y capacidad de conseguir financiación y con participación en redes nacionales e internacionales (RETIC, CIBER, IIS, Plataformas del ISCIII, Joint Actions y otras).
- Aumento de incentivos para la internacionalización con oportunidades de colaboración y financiación con fondos europeos (H2020).
- Existen instituciones, infraestructuras y servicios de apoyo a la investigación consolidados y

coordinados para fomentar sinergias y evitar duplicidades, desde la ciencia básica a la investigación en salud pública.

- Los nuevos retos derivados del cambio de modelo sanitario y el entorno físico, social y demográfico de Aragón requieren desarrollo de líneas de investigación que los apoyen y pueden ser motor de innovación.
- Se va a establecer la carrera investigadora dentro del marco promovido por la ley de ciencia en Aragón (en fase de borrador de anteproyecto a consulta), con evaluación periódica y coordinando nivel regional (Fundación ARAID) y nacional (ISCIII).
- Hay clústeres empresariales con interés y capacidad de apoyo a la investigación, innovación y transferencia de resultados en Salud (Arahealth, Biomed Aragón...).

## **Formación en salud**

### **Formación pre y posgrado**

Los programas de estudios de las profesiones sanitarias están orientados en su mayor parte a los procesos clínicos y asistenciales, con relativamente escasa formación en salud, determinantes, políticas o intervenciones. Las profesiones no sanitarias apenas tienen formación pregrado en salud. La coordinación entre la administración sanitaria, la Universidad/Departamento de Educación y el Ministerio de Sanidad tiene todavía largo recorrido, lo que condiciona que no haya alineación entre las necesidades y prioridades de las instituciones.

La formación pregrado actual de las profesiones sanitarias necesita adaptarse a los cambios sociales: cambio en el perfil de envejecimiento de la población, modificaciones del comportamiento en las generaciones más jóvenes, impacto de las desigualdades en salud y otras.

Por otro lado, existe una amplia oferta de formación en profesiones sanitarias en Aragón, tanto en el sector público como privado y proporcionan profesionales con un buen nivel de cualificación.

### **Formación continuada**

La formación continuada en aspectos relacionados con la salud está orientada prioritariamente al entorno clínico-asistencial. Las competencias de salud pública, de análisis e interpretación de datos y del impacto de los determinantes en el nivel de salud de la población y de las desigualdades en salud es escaso.

Hay varios organismos implicados: El IACS, las unidades docentes de atención primaria y las comisiones de formación continuada y docencia en atención especializada. La oferta de formación es bien valorada en general, sobre todo para atención primaria.

Aunque existe una plataforma corporativa de e-learning que permite diversificar la oferta se siguen desarrollando la mayoría de los cursos de forma presencial en el formato clásico.



# ÁREA 4:

## PROPUESTA DE OBJETIVOS, ACTUACIONES, INDICADORES, PLAZOS Y LIDERAZGO

### Sistemas de Información

**OBJETIVO 1:** Fomentar la coherencia técnica y orientación estratégica de los sistemas de información del Gobierno de Aragón, poniéndolos al servicio de la mejora del nivel de salud de los aragoneses.

#### 1.1 Fortalecer la estructura organizativa dedicada al diseño, gestión y análisis de los sistemas de información sanitarios.

**Actuación 1:** Creación de un sistema de gobernanza de los sistemas, con participación de decisores, profesionales y usuarios, para garantizar la normalización y homogeneización de las bases de datos y la alineación en el diseño de las aplicaciones informáticas con las necesidades y prioridades para la mejora del nivel de salud y de la calidad de la asistencia de los aragoneses.

- Indicadores:
  - Sistema de gobernanza creado, composición, número de reuniones y actas.
- Plazo: Corto y medio plazo.
- Liderazgo: Departamento de Sanidad.

**Actuación 2:** Crear un observatorio de salud independiente con la función de transparencia (dar acceso a los ciudadanos y profesionales a la información) y de evaluación (informes orientados a facilitar la toma de decisiones de políticos y gestores).

- Indicadores:
  - Creación del observatorio.
  - Elaboración y consenso de indicadores para medición de desigualdades sobre cada uno de los ejes de desigualdad (edad, género, clase social, etnia y territorio, entre otros).
- Plazo: Corto y medio plazo.
- Liderazgo: Departamento de Sanidad.

**Actuación 3:** Adecuación de recursos humanos y dotación de recursos financieros suficientes para asumir las tareas imprescindibles para el adecuado funcionamiento de la infraestructura y las aplicaciones informáticas, así como de una estructura de explotación y análisis de datos.

- Indicadores:
  - Evolución del presupuesto y plantilla dedicados a sistemas de información.
- Plazo: Medio plazo.
- Liderazgo: Departamento de Sanidad.

## **1.2 Promover la coordinación con otros Departamentos del Gobierno de Aragón y estatales, orientando sus sistemas de información hacia la consecución de la Salud en Todas las Políticas**

**Actuación 1:** Definir, dentro de la estructura de seguimiento del Plan de Salud, una línea específica de gobernanza de los sistemas de información hacia la salud en todas las políticas, actuación sobre determinantes y desigualdades en salud.

- Indicadores:
  - Creación de la estructura de coordinación.
- Plazo: Corto plazo.
- Liderazgo: Departamento de Sanidad.

**Actuación 2:** Implementar los elementos de la Agenda Digital para España útiles para la mejora de la salud de los aragoneses en un marco de Salud en Todas las Políticas, actuación sobre determinantes y desigualdades en salud.

- Indicadores:
  - Participación en convocatorias de la Acción Estratégica en economía y Sociedad Digital.
- Plazo: Largo plazo.
- Liderazgo: Departamento de Sanidad y Aragonesa de Servicios Telemáticos (AST).

## **1.3 Desarrollar un sistema de monitorización de las desigualdades en salud por los ejes que se consideran de interés: edad, género, clase social, etnia y territorio, entre otros, para mejorar el conocimiento de su impacto y su evolución y la efectividad de las políticas e intervenciones orientadas a su reducción.**

**Actuación 1:** Utilizar sistemas de identificación de los ciudadanos y del entorno que faciliten el análisis conjunto e integrado, en los diferentes sistemas de información. Incorporar el Código CIA como identificador de persona y la Zona Básica de Salud como identificador territorial y su relación con otros identificadores personales y territoriales.

- Indicadores:
  - Utilización del código CIA y la zona básica de salud en los informes de evaluación.
- Plazo: Medio plazo.
- Liderazgo: Departamento de Sanidad.

**Actuación 2:** Incorporar variables estandarizadas de medición de los ejes de desigualdad (edad, género, clase social, etnia y el territorio, entre otros) en los procesos de atención y en los sistemas de información sanitarios y sociales.

- Indicadores:
  - Porcentaje de historias clínicas que incluyen información sobre edad, género, clase social, etnia y territorio, entre otros ejes de desigualdad.
  - Disponibilidad de informes periódicos sobre el impacto de las desigualdades en salud.
- Plazo: corto y medio plazo.
- Liderazgo: Departamento de Sanidad.

#### **1.4 Acometer la transformación digital del sistema público de salud aragonés, basado en el desarrollo de una historia electrónica global y única centrada en el paciente.**

**Actuación 1:** Elaboración, desarrollo e implantación de la nueva Historia Clínica Electrónica y de los elementos que la configuran, incorporando herramientas que pongan en valor y ayuden al trabajo profesional.

- Indicadores:
  - Porcentaje de profesionales que trabajan con las herramientas de HCE.
  - Número de herramientas de ayuda a la decisión disponibles.
  - Volumen de profesionales con acceso a entornos colaborativos virtuales.
- Plazo: Medio plazo.
- Liderazgo: Departamento de Sanidad.

**Actuación 2:** Normalización de las estructuras necesarias: desarrollo y actualización de catálogos corporativos de servicios/ unidades clínicas, cartera de servicios, puestos de trabajo y profesionales y sistemas de codificación clínica.

- Indicadores:
  - Porcentaje de utilización de sistemas de codificación estandarizados.
  - Disponibilidad de catálogos corporativos.
- Plazo: Corto y medio plazo.
- Liderazgo: Departamento de Sanidad.

**Actuación 3:** Utilizar modelos de datos que faciliten la interoperabilidad con otros sistemas (servicios regionales de salud, internacional, o con otros sistemas de asistencia sanitaria y/o social). Implementación del European Interoperability Framework.

- Indicador:
  - Participación en proyectos y experiencias de interoperabilidad.
- Plazo: Corto y medio plazo.
- Liderazgo: Departamento de Sanidad.

**Actuación 4:** Disponer de una historia farmacoterapéutica (HF) única con criterios de seguridad, eficiencia y consensuada con el paciente de modo que se favorezca la adherencia a los tratamientos.

- Indicador:
  - Porcentaje de pacientes que tienen una HF única del total de pacientes con prescripciones en Aragón.
- Plazo: a medio plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Asistencia Sanitaria.

**Actuación 5:** Incorporar el tejido productivo e innovador aragonés al desarrollo del espacio digital, necesario para el cumplimiento de los objetivos de Salud en Todas las Políticas.

- Indicador:
  - Financiación específica de proyectos de transformación digital con empresas.
- Plazo: Largo plazo.
- Liderazgo: Dirección General Asistencia Sanitaria. SALUD.

### **1.5 Garantizar al ciudadano un acceso equitativo y ágil a la información sobre su salud y sobre el sistema sanitario, y potenciar la capacitación y la participación de las personas en el mantenimiento y la generación de salud.**

**Actuación 1:** Facilitar el acceso de los ciudadanos a la información relativa a su salud (información relevante de su historia clínica) y a la situación de salud en general, garantizando la seguridad y privacidad.

- Indicadores:
  - Número de accesos a la carpeta de salud.
- Plazo: corto y medio plazo.
- Liderazgo: Dirección General Derechos y Garantías de los Usuarios.

**Actuación 2:** Promover iniciativas, en colaboración con organizaciones sociales, para mejorar la capacitación de los ciudadanos en el manejo de su salud, aprovechando para ello las posibilidades de las tecnologías telemáticas.

- Indicadores:
  - Número de pacientes que han participado en iniciativas de capacitación.
- Plazo: Medio plazo.
- Liderazgo: Dirección General Derechos y Garantías de los Usuarios.

**Actuación 3:** Desarrollar herramientas y aplicaciones para la toma de decisiones informada sobre las diferentes alternativas preventivas, diagnósticas y terapéuticas y sus resultados.

- Indicadores:
  - Número de herramientas de ayuda a la toma de decisiones informada disponibles.
- Plazo: Medio plazo.
- Liderazgo: Departamento de Sanidad.

## **1.6 Mejorar la utilización de sistemas de información para la generación de conocimiento, la toma de decisiones en política y gestión sanitaria, y la participación de profesionales y ciudadanos en la mejora del nivel de salud y de la calidad de los servicios sanitarios.**

**Actuación 1:** Elaborar convenios y otros instrumentos de colaboración con instituciones de investigación y con la universidad para facilitar el acceso de los investigadores a las bases de datos sanitarias.

- Indicadores:
  - Número de convenios firmados con instituciones de investigación.
  - Número de proyectos de investigación desarrollados.
- Plazo: corto y medio plazo.
- Liderazgo: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza.

**Actuación 2:** Fomentar, en colaboración con otras instituciones, el desarrollo de las competencias numéricas y de análisis e interpretación de datos entre los profesionales sanitarios.

- Indicador:
  - Número de profesionales que participan en programas formativos.
- Plazo: Medio plazo.
- Liderazgo: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

**Actuación 3:** Promover la elaboración de informes de evaluación del sistema de salud orientados a facilitar la toma de decisiones de políticos y gestores, la comunicación con los investigadores, y a la información de los ciudadanos.

- Indicador:
  - Número de informes de evaluación de servicios elaborados.
- Plazo: Medio plazo.
- Liderazgo: Departamento de Sanidad.

# Investigación

**OBJETIVO 2: Potenciar la investigación e innovación sobre la salud, sus determinantes y las desigualdades, para mejorar la capacidad de respuesta del sistema de salud a los retos actuales y a las prioridades marcadas en el Plan de Salud de Aragón**

**2.1 Impulsar el desarrollo de investigación de calidad y su orientación a las prioridades del Plan de Salud de Aragón: salud en todas las políticas, salud en todas las edades de la vida y orientación del sistema sanitario a la salud.**

**Actuación 1:** Promover las alianzas con otras instituciones y organismos para incorporar y potenciar la investigación sobre determinantes y desigualdades entre las líneas prioritarias de investigación de las convocatorias nacionales y europeas.

- Indicador:
  - Cantidad, porcentaje y procedencia de la inversión dedicada a la investigación sobre determinantes y desigualdades en salud sobre el total.
- Plazo: Medio plazo.
- Liderazgo: Departamento de Sanidad. Universidad.

**Actuación 2:** Fortalecer el acceso a fondos europeos y establecer recursos en el Departamento de Sanidad, consolidándolos para la financiación de líneas de investigación prioritarias para el Plan de Salud de Aragón.

- Indicador:
  - Presupuestos por diferentes ámbitos de investigación y específicamente los que se dedican a áreas prioritarias del Plan de Salud.
- Plazo: Largo plazo.
- Liderazgo: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

**Actuación 3:** Mejorar la coordinación de los recursos de apoyo a la investigación biomédica de las diferentes instituciones regionales.

- Indicador:
  - Existencia de un documento base de la investigación.
- Plazo: Corto plazo.
- Liderazgo: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

**Actuación 4:** Establecer de forma coordinada entre departamentos y centros gestores y promotores de la investigación en Aragón, un programa de formación, atracción y retención de talento investigador en las áreas prioritarias marcadas en el Plan de Salud, que, junto con una estrategia de innovación, consiga el doble objetivo de atraer a jóvenes investigadores y fijar población sanitaria e investigadora en el territorio, específicamente en las zonas menos pobladas.

- Indicador:
  - Creación de convocatoria específica y estable para líneas prioritarias en el sistema de salud.
- Plazo: Largo plazo.
- Liderazgo: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

## **2.2 Incorporar los resultados de investigación a las actuaciones sobre la salud: crear una relación lo más estrecha posible entre investigación y acción.**

**Actuación 1:** Incorporar a los agentes de decisión del sistema de salud al diseño del plan estratégico de investigación de Aragón.

- Indicadores:
  - Inclusión de representantes en el plan.
- Plazo: Medio plazo.
- Liderazgo: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

**Actuación 2:** Establecer un modelo de evaluación de la investigación acordado entre sanitarios e investigadores, que permita valorar su impacto en salud.

- Indicador:
  - Establecimiento de un modelo.
- Plazo: Medio plazo.
- Liderazgo: Departamento de Sanidad. Universidad.

**Actuación 3:** Identificar las necesidades del sistema sanitario y las experiencias y expectativas de los ciudadanos y profesionales en materia de salud, para poder compartir experiencias, coordinar acciones y determinar las soluciones que ofrecen tanto las empresas que conforman el mercado en el ámbito de la salud como los propios ciudadanos y profesionales.

- Indicadores:
  - Número de soluciones implementadas en salud relacionadas con la investigación en las líneas prioritarias del Plan de salud.
  - Número de patentes desarrolladas a partir de proyectos de investigación.
- Plazo: Largo plazo.
- Liderazgo: Departamento de Sanidad.

## **2.3 Reforzar el compromiso ético de la organización y el control de los conflictos de intereses en investigación y en la introducción de nuevas tecnologías en el sistema.**

**Actuación 1:** Mantenimiento y refuerzo del papel del Comité de Ética de la Investigación de Aragón asumiendo las funciones de comité de ética de investigación con medicamentos, según la nueva normativa española.

- Indicadores:
  - Ensayos clínicos evaluados por el Comité al año.
- Plazo: Corto plazo.
- Liderazgo: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

# Formación

**OBJETIVO 3: Orientar la formación en salud, la gestión del conocimiento y nuevas tecnologías hacia los objetivos y actividades del Plan de Salud de Aragón.**

**3.1 Promover la adecuación de la formación de grado y posgrado de los profesionales sanitarios a las prioridades marcadas en el Plan de Salud y a las necesidades del sistema de salud de Aragón, a los cambios en la relación con los pacientes y a la evolución de las competencias profesionales.**

**Actuación 1:** Desarrollar un espacio de coordinación e intercambio entre la Administración, la Universidad, El Ministerio de Sanidad y las organizaciones profesionales para favorecer la adecuación de los programas formativos y planes de estudios a las necesidades actuales.

- Indicador:
  - Porcentaje de créditos universitarios relacionados con objetivos y actividades del Plan.
- Plazo: Corto plazo.
- Liderazgo: Departamento de Sanidad. Universidad.

**Actuación 2:** Promover un consenso entre Administraciones y profesionales para adecuar las competencias y desarrollos profesionales de las diferentes profesiones sanitarias.

- Indicador:
  - Definición y desarrollo de nuevas competencias profesionales.
- Plazo: Medio plazo.
- Liderazgo: Departamento de Sanidad. Universidad de Zaragoza.

**Actuación 3:** Modernizar los requerimientos de formación que se piden para los puestos de trabajo en las administraciones públicas.

- Indicador:
  - Temarios y baremos actualizados.
- Plazo: Corto plazo.
- Liderazgo: Departamento de Sanidad. SALUD. Dirección General Función Pública.

**Actuación 4:** Promover la innovación en formación, potenciando metodologías que acerquen la formación a la práctica diaria de los profesionales.

- Indicador:
  - Evolución de la oferta de formación y número de acciones innovadoras.
- Plazo: Medio plazo.
- Liderazgo: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

**Actuación 5:** Mejorar la coordinación con el Ministerio de Sanidad sobre la planificación de la formación por el sistema de residencia de los profesionales sanitarios adecuada a las necesidades del sistema.

- Indicador:
  - Evolución de la oferta de formación de especialidades sanitarias.
- Plazo: Medio y largo plazo.
- Liderazgo: Departamento de Sanidad.



### **3.2 Impulsar la formación continuada organizada por la Administración Pública, de calidad y sin conflictos de intereses, orientada a las prioridades del Plan de Salud.**

**Actuación 1:** Establecer un plan anual de formación continuada para los profesionales sanitarios basado en las áreas propuestas en el Plan, especialmente en el área de reorientación del sistema sanitario, facilitando el acceso de los profesionales de centros periféricos.

- Indicador:
  - Plan anual de formación continuada de profesiones sanitarias.
- Plazo: Corto plazo.
- Liderazgo: Departamento de Sanidad.

**Actuación 2:** Realizar un análisis anual de la formación ofertada desde el sistema público sanitario evaluando el impacto que dicha formación tiene en el cambio en la práctica clínica y en la respuesta que da a las necesidades planteadas en el plan de Salud.

- Indicador:
  - Número de actividades de formación acreditadas con evaluación del impacto.
  - Número de actividades de formación relacionadas con las prioridades del Plan de Salud.
- Plazo: Medio plazo.
- Liderazgo: Departamento de Sanidad.

**Actuación 3:** Adecuar los formatos y contenidos formativos a los requerimientos de los nuevos profesionales y tecnologías facilitando, además, el acceso remoto a los contenidos. Promover el e-learning, la formación on-line y la simulación.

- Indicadores:
  - Número de acciones de formación on-line.
  - Informes de evaluación del Plan de formación.
- Plazo: Medio plazo.
- Liderazgo: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

**Actuación 4:** Mejorar la capacitación de los profesionales sanitarios para lograr que la atención sanitaria y la educación para la salud sea adecuada a los diferentes contextos biográficos e interculturales, y orientada a favorecer la autonomía y los autocuidados.

- Indicadores:
  - Número de actividades formativas para mejorar la capacitación de los profesionales.
- Plazo: Medio plazo.
- Liderazgo: Departamento de Sanidad.

### **3.3 Reforzar el compromiso ético de la organización y el control de los conflictos de intereses en la formación de profesionales del sistema.**

**Actuación 1:** Desarrollo de un acuerdo marco de relación entre el Departamento de Sanidad y las entidades privadas que financian actividades de formación e investigación para los profesionales del sistema sanitario.

- Indicador:
  - Existencia de acuerdos de financiación anuales por cada entidad privada que participa en la formación de los profesionales de formación.
- Plazo: Corto plazo.
- Liderazgo: Departamento de Sanidad.

