

# Plan de Salud de Aragón 2030



**SALUD** >> 2030  
ARAGON



El Plan de Salud de Aragón se terminó de redactar y revisar el 3 de mayo de 2018.

Queremos agradecer a todas aquellas personas que han participado de muchas maneras su contribución al Plan de Salud de Aragón.

Nota sobre el lenguaje utilizado en la redacción: las medidas previstas en el Plan son aplicables en general a hombres y mujeres. Por ejemplo, "los aragoneses" hace referencia a todas las personas que viven en Aragón.

Web del Plan de Salud de Aragón:

<http://plansaludaragon.es>

Edita: Departamento de Sanidad. Gobierno de Aragón

Imprime: Arpirelieve, S.A.

Depósito Legat: Z 1534-2018





# Una estrategia para la salud pública

## Reflexiones sobre el Plan de Salud Aragón 2030

**Daniel Innerarity**

Fue catedrático de Filosofía en la Universidad de Zaragoza  
y actualmente es investigador "Ikerbasque" en la Universidad del País Vasco

**N**uestras sociedades están "consumiendo" su futuro de una manera insostenible. Desde un punto de vista ecológico, demográfico, financiero, somos sociedades distraídas en el tiempo presente e incapaces de tomar en suficiente consideración el futuro, tal como lo están exigiendo las actuales circunstancias. La causa fundamental de este olvido del futuro es la misma estructura electoral de nuestros sistemas políticos y la falta de incentivos de un sistema en el que las elecciones sucesivas fuerzan a los elegidos a responder a los movimientos rápidos de la opinión pública. El presente ejerce sobre los electos una presión incomparablemente mayor que el futuro.

Buena parte del problema temporal de las democracias tiene que ver con el hecho de que haya una desconexión entre los ciclos políticos y los económicos. Dicen los expertos que un ciclo económico normal dura entre 5 y 7 años, mientras que el mandato de un líder del G-20 es ahora de 3,7 años (cuando el correspondiente en 1946 era de 6). Preocupados de ganar las siguientes elecciones, los mandatarios llevan a cabo únicamente aquellas políticas que tienen para ellos una recompensa en el corto plazo, en ocasiones a costa del crecimiento a largo plazo o la estabilidad. Los gobiernos prestan menos atención a los problemas distantes, tienen poca capacidad de previsión y anticipación, mientras permiten que la agenda política esté dominada por asuntos inmediatos o urgentes que desplazan en el tiempo las grandes cuestiones de largo plazo.

Hay cortoplacismo, miopía política, presentismo, pobre gobernanza anticipatoria. No se anticipan los escenarios futuros, no se atiende suficientemente a los riesgos futuros, se mantienen las políticas manifiestamente insostenibles, desde el punto de vista social, económico o medioambiental. Es necesario que los gobiernos recuperen capacidad estratégica, atiendan más al futuro y se enfrenten a él con mejores instrumentos. Debemos relacionarnos con el futuro de otra manera, más estratégica y menos oportunista, convirtiendo a la política en una reflexión colectiva en torno al futuro y su configuración democrática. Mitigar los riesgos que se producen actualmente en una economía globalizada y en unos entornos políticos más volátiles que nunca requiere profundas reformas estructurales que solo pueden llevarse a cabo como parte de una agenda política del largo plazo.

Hay bienes comunes que sólo se pueden asegurar articulando medidas inmediatas con el largo plazo: el medio ambiente, la paz, la salud, la estabilidad institucional, la sostenibilidad en general... Su gestión requiere cambios a nivel individual, colectivo e institucional para incluir en nuestras consideraciones y prácticas una perspectiva temporal más amplia. La principal urgencia de las democracias contemporáneas no es acelerar los procesos sociales sino recuperar el porvenir. Hay que volver a situar al futuro en un lugar privilegiado de la agenda de las sociedades democráticas. El futuro debe ganar peso político. La gobernanza intertemporal consiste precisamente en una cultura política y un diseño institucional que estimula la decisión motivada en el largo plazo, protege los intereses futuros, mejora los instrumentos de previsión y promueve la solidaridad intergeneracional. Podríamos llamar "gobernanza anticipatoria" a la capacidad de los políticos electos y del sistema político en general de mirar hacia delante, imaginar, pensar estratégicamente y transformar.

El Plan de Salud de Aragón 2030 es una muestra de cómo el Gobierno de Aragón ha acertado en contravenir esta deficiencia de nuestros sistemas políticos en un doble sentido: identificando los escenarios futuros y tratando de anticiparse a los riesgos futuros en materia de salud. Al mismo tiempo se plantea una visión holística de la salud, de manera que la salud no sea considerada como una variable aislada, sino que se aborde en su integridad.

La salud es uno de esos campos en los que la responsabilidad de los gobiernos no puede agotarse en la gestión del día a día, sino que requiere todas esas virtudes de la acción estratégica que se contemplan en este plan: identificar los riesgos futuros, anticiparse al desarrollo de las tendencias que se observan, capacidad de previsión, tratar los problemas antes de que sean irremediablemente graves... En la gestión de la salud públi-

ca se han de poner en juego todas esas capacidades. No sabemos con exactitud cómo evolucionarán todas variables fundamentales que han de incidir en la salud, pero podemos y debemos trabajar con mejores hipótesis, contrastando el parecer de los especialistas con los intereses de los destinatarios. Pensemos, por ejemplo, en la creciente movilidad de las personas, en el envejecimiento de la población o en los nuevos hábitos de consumo y de qué modo estas variables pueden ir evolucionando en el futuro.

Como es bien sabido, un plan estratégico no es un mero ejercicio teórico, sino de una reflexión que se traducirá en un buen conjunto de medidas prácticas, tal y como se apunta en este Plan. Lo más fascinante del combate para procurar la salud de la ciudadanía ya no se realiza únicamente en los quirófanos más especializados, sino en los despachos de quienes gobiernan la salud de la población. En ellos se está realizando una auténtica revolución de la medicina, cada vez menos reparativa o curativa y más volcada en la prevención. Gobernar la salud de la población no es tanto planificar de qué modo se atenderán los problemas futuros como incidir en la vida de la gente –mediante la prevención, la información o la modificación de hábitos personales– de manera que no aparezcan esos problemas o no en las magnitudes que tendrían si no hiciéramos ahora lo que tenemos que hacer.

El Plan de Salud Aragón 2030, aunque es punto de llegada para quienes han trabajado intensamente en su elaboración, debería ser considerado como el arranque de un proceso de reflexión colectiva que no debe interrumpirse. Si la capacitación técnica de nuestro personal sanitario no deja de mejorar, tampoco deberían de contentarse con el nivel adquirido quienes gestionan los sistemas de salud pública. El secreto de la salud pública es el acierto a la hora de articular tecnología y gobernanza.



# ÍNDICE

1. Marco conceptual	11
2. Metodología	21
3. Análisis de la situación general de salud	27
Determinantes de la salud	
Resultados en salud	
Valoración	
4. Áreas prioritarias:	39
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	
ANEXOS	115



# 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 sin enfermedad, 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, nivel de ruido 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 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. Im-

plica 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, buscando el equilibrio con 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, promover 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

**L**a 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 el enfoque de la **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**, las que tienen **enfermedades crónicas** y colectivos en situación de **desigualdad social**, 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**.

## Un Plan de Gobierno con recorrido a medio y largo plazo

**E**l 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 conocimiento 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

**S**e 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.

## Planes de salud anteriores

**S**e 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 realizados previamente 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.

## 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 le afectan.

### Valores

- **Universalidad:** la salud es un activo que se ofrece a todas las personas que viven en 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:** la ciudadanía tiene 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 la ciudadanía como las y los profesionales tendrán acceso a la información sobre la salud. Las personas con responsabilidad política presentarán periódicamente resultados de evaluación.
- **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.
- **Intersectorialidad:** la salud depende de diversas áreas que tienen que actuar coordinadamente.

## 2. Metodología



## Elaboración del Plan de Salud

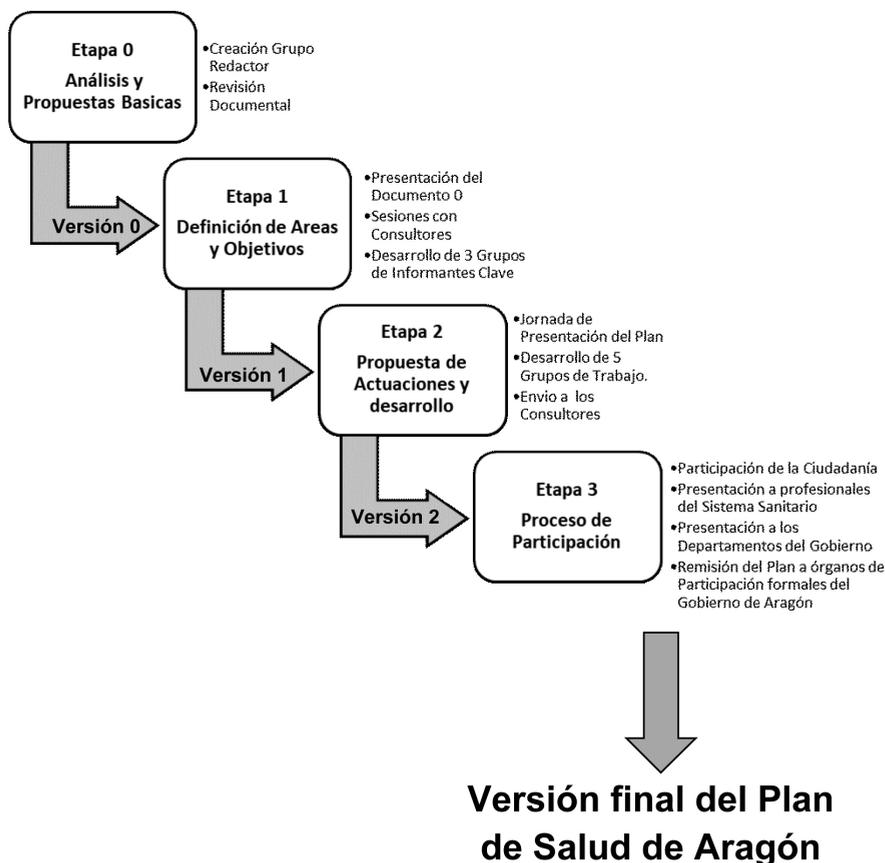
**E**l Plan de Salud de Aragón se ha realizado en **4 etapas**. La metodología utilizada en cada etapa se expone en detalle en el **anexo 1**. Las personas que han contribuido al documento final figurarán en el **anexo 2**. A continuación se resumen los principales aspectos de la elaboración.

**En la etapa 0**, considerada previa, se estableció un grupo redactor que revisó documentación y definió las líneas básicas de pensamiento y de metodología a seguir.

**En la etapa 1** se comenzó a contar con la participación de grupos de profesionales. Por una parte, se seleccionó un panel de consultores, 8 personas que asesoraron en general sobre la orientación, objetivos, elementos clave, estructura y áreas que debía recoger. Por otra, se constituyeron grupos denominados de informantes: de ciudadanía (personas de asociaciones y grupos sociales), de departamentos del Gobierno de Aragón excepto el de Sanidad (profesionales con perfil técnico con conocimiento general de las estrategias de cada uno de ellos), y sociosanitario (profesionales de ambos ámbitos, tanto asistenciales como no asistenciales). Cada grupo estuvo formado por unas 10-15 personas que realizaron una jornada estructurada con el propósito de presentar y debatir objetivos y grandes áreas del Plan. A partir de las aportaciones realizadas, el grupo redactor preparó un primer borrador del Plan de Salud con los objetivos y la división en 4 áreas prioritarias.

**En la etapa 2** se constituyeron 5 grupos de trabajo técnicos, para debatir y establecer las actuaciones a realizar en las áreas prioritarias, según los objetivos previstos. Hubo un grupo de trabajo por área prioritaria, salvo para el área 3, que se dividió en dos partes. Cada grupo estuvo formado por unas 10-12 personas, un coordinador y un relator. Establecieron un calendario de trabajo con reuniones y finalmente entregaron sus respectivos documentos al grupo redactor. A partir de este material se redactó el segundo borrador del Plan de Salud.

**En la etapa 3** se abrió el proceso de participación en varios ámbitos. Por una parte, se siguió el proceso general de participación coordinado por la Dirección General de Participación Ciudadana, Transparencia, Cooperación y Voluntariado, en el que se definieron una serie de grupos y se llevaron a cabo sesiones de información, debate y retorno. Además, por la dimensión e importancia del sistema sanitario, se hicieron varias sesio-



nes de presentación y debate en todos los sectores sanitarios, destinadas a informar a los profesionales sanitarios y sociales. Dado que el Plan quiere destacar la importancia de actuar sobre la salud en todas las políticas, se presentó a todos los departamentos del Gobierno. También se mandó a los órganos de participación y a todos los profesionales del gobierno. Se hizo disponible un sistema vía Web para recibir sugerencias y aportaciones. Finalmente, se puso en marcha un plan de comunicación. A partir de todas las aportaciones recibidas, el grupo redactor realizó la versión definitiva del Plan de Salud.

Finalizada la etapa 3, se aprobó en **Consejo de Gobierno** de 8 de mayo de 2018. Fue presentado públicamente por el **Presidente del Gobierno de Aragón** el 11 de mayo y debatido en la Comisión de Sanidad de las **Cortes de Aragón**. A continuación de todo este proceso, será el comienzo efectivo del Plan, en que las diferentes partes implicadas llevarán a cabo las actuaciones para conseguir los objetivos previstos.

## Evaluación y seguimiento

Uno de los valores añadidos de este proceso planificador es el compromiso adquirido en su seguimiento y evaluación. Todas las áreas identifican indicadores ligados a los objetivos mayores o "de primer nivel". De esta manera un seguimiento de los mismos permitirá valorar el grado del cumplimiento del Plan en aquellos aspectos de mayor trascendencia.

La unidad técnica que el Plan prevé asumirá entre sus cometidos el de recopilar de las diferentes fuentes esta información, ordenarla y disponerla de manera adecuada a los responsables políticos, técnicos y ciudadanía.

Así mismo esta unidad establecerá un cuadro sintético de indicadores esenciales, que permita un seguimiento riguroso pero, al mismo tiempo, intuitivo del plan. Para ellos se establecerán estándares y criterios de avance sencillos, basados en las categorías siguientes: mejora, estable, empeora.

Con carácter general, cada dos años se realizará un análisis de la evolución del Plan. La información que se aporte deberá ser la accesible en ese momento de acuerdo a las características, peculiaridades y disponibilidad de los datos.

De acuerdo con el valor de transparencia se intentará que la información siempre sea accesible y comprensible. Así mismo los indicadores descenderán siempre que se pueda al ámbito territorial pequeño, identificando los ejes de desigualdad (edad, sexo, clase social, etnia, territorio y otros).

Dada la larga duración prevista puede ocurrir que el plan sufra modificaciones en algunas de sus propuestas. El enorme dinamismo social, los avances tecnológicos, la fuerte dependencia de circunstancias económicas o políticas de un mundo globalizado e interconectado pueden marcar cambios en las actuaciones o en su forma de medirlas. También la fuerte relación de otras estrategias del gobierno a nivel local, autonómico o estatal puede sugerir cambios.

Este plan se concibe con una mirada dinámica, permitiendo que de manera flexible se pueda adaptar a realidades cambiantes. El proceso evaluativo propuesto, cada dos años, permitirá identificar si hay elementos del Plan, en sus actuaciones o indicadores que son susceptibles de modificación. Estos cambios se propondrán a la Comisión interdepartamental

para su valoración.

El debate sobre hacia dónde queremos ir y la reflexión conjunta de cómo hacerlo no se para con la aprobación del documento y por ello debemos incorporar la idea de dinamismo sin renunciar a la de los valores y grandes objetivos estables en el tiempo.

## Recursos

U La idea de salud en todas las políticas que caracteriza este plan nos acerca a una concepción del bienestar más global y transversal, pero también dificulta de gran manera la identificación y asignación de recursos. Si somos coherentes con los argumentos que se plantean, los presupuestos ligados al plan no solo son los del Departamento de Sanidad sino prácticamente los de todo el Gobierno. y de manera especial aquellos identificados clásicamente bajo la etiqueta de "sociales", esto es, los relacionados con educación, sanidad y cobertura social.

Con carácter general el plan sugiere una orientación presupuestaria basada en la equidad tanto en los ingresos como en los gastos, con preferencia a los colectivos que más lo necesitan. Dentro del sistema de salud se concede mayor peso a los recursos en atención primaria, al enfoque transversal y generalista en los hospitales, y a la protección, prevención y promoción de la salud (salud pública). La inversión en salud debería adaptarse a las necesidades sociales, evitando los recortes y bajo la óptica de la sostenibilidad, permitiendo un razonable crecimiento de acuerdo a los objetivos del plan.

Es obvio que todas las acciones propuestas requieren de medios suficientes, lo que en la mayor parte de los casos significa referencias presupuestarias y medios humanos o materiales. El seguimiento de los indicadores supone una medición indirecta de la asignación de estos recursos.

Este plan no puede obviar las obligaciones normativas que determinan el marco presupuestario ni el necesario debate político y social que acompaña cada aprobación anual del presupuesto.

### 3. Análisis de la situación general de salud



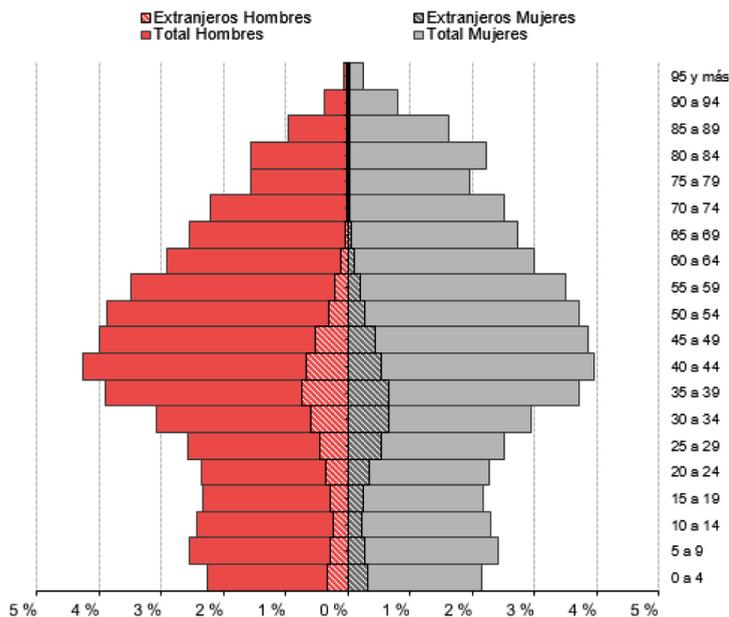
**E**n este apartado se muestra un breve repaso de la situación de salud general de Aragón basada en indicadores comúnmente utilizados. Además, para cada área prioritaria se muestra más adelante un análisis valorativo que pretende señalar los problemas y deficiencias más importantes encontrados en cada una de ellas.

## Determinantes de la salud

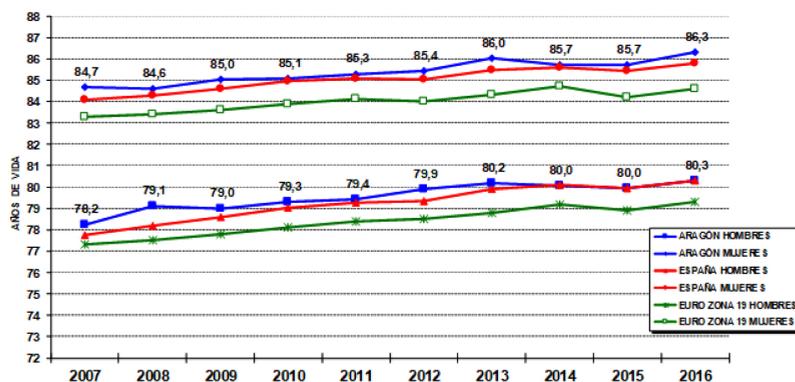
### Demografía

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 92,1% de los municipios aragoneses pertenecen a la llamada zona rural sólo el 16,3% de la población reside en este tipo de municipios.

### Pirámide de población de Aragón a 1 de enero de 2017



Fuente: Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2017  
Elaboración: Instituto Aragonés de Estadística.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Eurostat  
Elaboración: Dirección General de Salud Pública

La estructura de la pirámide de población en Aragón es similar a la de España. Es típica de una **población envejecida**, aunque en Aragón el porcentaje de personas mayores de 65 años es superior al de España (21,3% en Aragón y 18,6% en España en el año 2016). La proporción de personas de 85 y más años entre los mayores de 65 y más años indica que además es una población **sobreenvejecida** (Aragón 18,6% y España 15,6%). El **porcentaje de población extranjera** tanto en España como en Aragón descendió desde 2008, estabilizándose en los dos últimos. En el año 2016 el porcentaje en España y en Aragón es de aproximadamente el 10%.

La **esperanza de vida al nacimiento** en el año 2016 en Aragón era de 83,01 años (79,9 en hombres y 86,4 en mujeres). Es muy similar a la media nacional y superior a la media de los países de la Eurozona. En los últimos 10 años ha aumentado un 0,7%, situándose la diferencia mujer-hombre en torno a 6 años.

La **tasa bruta de natalidad** en Aragón es inferior a la de España, presentando un descenso en la línea temporal tanto en España como en Aragón, como puede observarse en el siguiente gráfico.

El **saldo vegetativo** en Aragón y en España mantiene una tendencia descendente en los últimos años. Aunque como se observa en el gráfico el saldo es positivo en España y negativo en Aragón.

## Medio ambiente

**Calidad del aire.** En Aragón, fuera de Zaragoza capital, durante el año 2014 no se superaron los valores límites establecidos por la legislación para

ninguno de los contaminantes regulados y registrados. En Zaragoza capital, durante el 2016 tampoco se superaron.

**Calidad del agua.** De 2008 a 2017, el porcentaje de boletines de agua calificados como aptos para el consumo pasó de 94,4% a 96,4%. El 89% de las muestras que se clasificaron inicialmente como no aptas y el 100% de las que se clasificaron como no aptas con riesgo para la salud pasaron a calificarse como aptas en la siguiente analítica. Los parámetros que se incumplen con mayor frecuencia son los de contaminación microbiológica, sulfatos y turbidez. Destacan las incidencias en la calidad del agua debida a presencia de nitratos.

**Control vectorial.** El mosquito tigre está en plena expansión en la Comunidad de Aragón. Durante 2017 se ha detectado su presencia en 6 nuevos municipios y en 12 se ha confirmado su establecimiento.

### Entorno social y económico

**Condiciones de la vivienda.** En Aragón el porcentaje de hogares que no sufre problemas en la vivienda según los datos y el tipo de problema recogido en la Encuesta de Condiciones de Vida (escasez de luz natural, ruidos producidos por vecinos o del exterior, contaminación y otros problemas ambientales, delincuencia o vandalismo), se mantiene en torno al 75%, estable en el tiempo y es inferior al de España.

**Hogares.** El tipo de hogar más frecuente tanto en Aragón como en España según los datos de la de la Encuesta de Condiciones de Vida, año 2016 es el de "dos adultos sin niños" que suponen el 29,6% de los hogares aragoneses. El de "dos adultos con 1 o más niños" supone el 26,5% de los hogares. El 15,4% de los hogares los constituyen personas solas mayores de 65 años. Según esta misma encuesta el 29,8% de los hogares aragoneses no pueden permitirse una semana de vacaciones fuera de casa al año y el 27% no puede afrontar gastos imprevistos. Estos porcentajes son inferiores a la media nacional.

**Educación.** Según datos del Censo de 2011, que permite comparabilidad de datos, 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. Según la Encuesta de Condiciones de Vida del año 2016, el 25,9% de los hombres y el 28,6% de las mujeres de Aragón tienen estudios de nivel primario o inferior, el 49,5% y el 42,8% nivel secundario y el 24,4% y el 28,2% de nivel superior.

**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. Según la Encuesta de Población Activa del año 2017 la tasa media de paro fue 11,6% (España 17,2%). La tasa de paro en jóvenes fue 30,5% (España 38,7%). También fue más frecuente en mujeres. El 48% del paro era de larga duración.

El indicador **AROPE** (At Risk Of Poverty and Exclusion) combina la tasa de riesgo de pobreza relativa (o pobreza monetaria) con la privación material y la baja intensidad del trabajo en los hogares. Aragón presenta una tendencia ascendente de la tasa de riesgo de pobreza o exclusión social en los últimos años, aunque esta se mantiene inferior a la nacional (Aragón 19% y España 28%, en 2016).

### Estilos de vida

**Alimentación.** Según la Encuesta Europea de salud de 2014, el 68,1% de los aragoneses consume fruta a diario, frente al 62,7 % de los españoles.

**Higiene.** Solo el 31,1% se cepillan los dientes 3 o más veces al día, frente al 36,4% a nivel nacional.

**Actividad física.** Según datos de la Encuesta Europea de Salud del año 2014, en la que se tiene en cuenta a los mayores de 14 años, el 66,8% de los aragoneses no realiza ejercicio físico durante el tiempo de ocio, frente al 54,7 % de los españoles.

**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.

Según la **Encuesta sobre el Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias** (ESTUDES) en el año 2016, el 82,6% de los estudiantes aragoneses entre 14 y 18 años, declara haber consumido bebidas alcohólicas en alguna ocasión de su vida, la segunda sustancia con mayor prevalencia es el tabaco (42,6%), seguido por el cannabis (30,8%).

En estas sustancias el porcentaje de mujeres que consume supera al de los hombres y esto ocurre también a lo largo del tiempo. La edad media de inicio al consumo de estas sustancias es temprana, 13,5 años las bebidas alcohólicas, 13,6 años el tabaco y 14,6 el cannabis.

Según la **Encuesta de Hábitos y Prácticas Culturales en España** 2014-2015 del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte el 51,2% de los aragoneses fueron al cine durante el último año, el 23,8% visitaron exposiciones, el 41,4% asistieron al teatro, el 84,7% suelen escuchar música, el 23,3% fueron a una biblioteca, el 64,5% leyeron libros y el 66,9% usaron Internet.

### Sistema sanitario

El **gasto sanitario público** en España en 2016, fue de 1.436€ por habitante (6% del producto interior bruto - PIB). El 92,4% de esta cantidad correspondió al gasto realizado por los servicios de salud autonómicos, que en conjunto tuvieron un crecimiento anual del 1,4%. Aragón fue la comunidad que más creció, con un incremento anual del 4,5% y un gasto sanitario per cápita de 1.544€ (el 5,9% del PIB).

La mayor inversión se realizó en **servicios hospitalarios**, con un porcentaje de gasto del 65,8% en Aragón y del 63,4% en el conjunto de servicios de las comunidades autónomas. La distribución del gasto para otros servicios fue: 16,2% en farmacia (16,8% en todas las comunidades); 11,6% en servicios de atención primaria (13,5% en todas las comunidades); 1,3% salud pública (el 1,1% en todas las comunidades autónomas) y 5% en el resto de servicios (prótesis, aparatos terapéuticos, traslados, servicios colectivos y gastos de capital).

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 (12 hospitales generales, 3 hospitales psiquiátricos y 2 hospitales de geriatría y/o de larga estancia).

Hay 2,9 **camas hospitalarias** en funcionamiento por cada 1.000 habitantes y 22,8 **puestos de hospital de día** por cada 100.000 habitantes. En el Sistema Nacional de Salud hay 2,4 camas y 38,9 puestos de hospital de día.

El 85,7% de las **camas** en Aragón están en hospitales públicos generales, el 12% en centros de psiquiatría y el 3% en hospitales de media y larga estancia (Sistema Nacional de Salud - SNS: 83,5% camas de procesos agudos; 16,5% de media y larga estancia, incluidas las camas de psiquiátrica).

En 2016, por cada 1.000 habitantes había 0,9 profesionales de medicina y 0,7 de enfermería en equipos de **atención primaria** (SNS: 0,8 médicos y 0,6 enfermeras). El porcentaje de mujeres fue de 52% en medicina y 87% en enfermería (SNS: 54% medicina y 77% enfermería). En los **hospitales públicos** aragoneses había 2 profesionales de medicina y 4,1 de enfermería

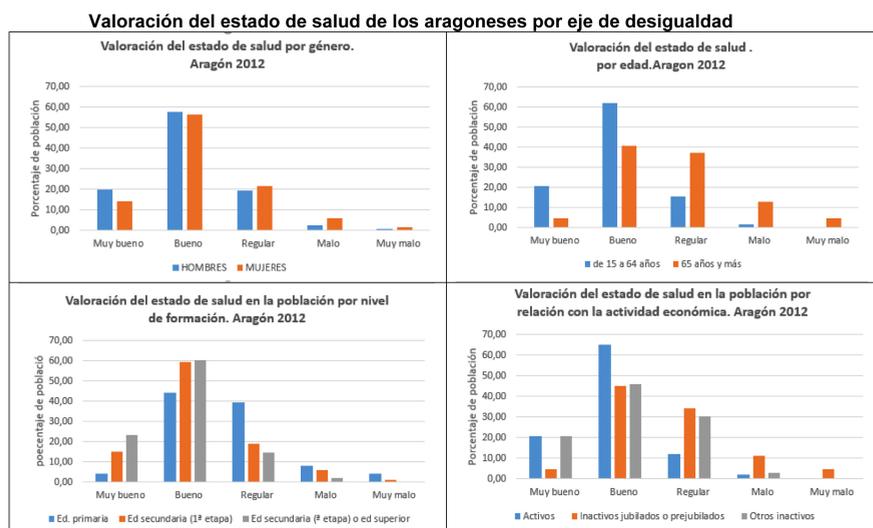
por cada 1.000 habitantes, frente al 1,7 y 3,1 respectivamente en el SNS. El porcentaje de mujeres fue de 50,8% en medicina y 95% enfermería (SNS: 49,5% medicina y 90,3% enfermería).

En Atención Primaria, durante el año 2016, la **frecuentación** fue de 5,4 visitas por persona a la consulta de medicina de familia, 5,1 visitas a la consulta de pediatría y de 2,6 visitas a la consulta de enfermería (SNS: 5,2 visitas de medicina de familia, 5,1 visitas de pediatría y 2,9 visitas de enfermería). La frecuentación varió entre sectores sanitarios (de 6,5 visitas a medicina y 3,6 visita a enfermería en el sector Calatayud a 5 visitas de medicina y 2,2 visitas de enfermería en el sector Zaragoza II). Las visitas por 100 personas y año a los servicios de apoyo fueron: fisioterapia 18 sesiones; matronas: 56 visitas; salud bucodental: 9 visitas y trabajo social: 4 visitas.

La **actividad domiciliaria** supuso el 3% de la atención de medicina y el 11% de la atención de enfermería (el 1,4% y el 7,2% respectivamente en el SNS).

Las visitas para **atención urgente** fueron 0,8 por persona/año en Aragón y 0,6 por persona/año en el SNS.

En los **hospitales generales públicos** de Aragón, en el año 2016, la **frecuentación** fue de 100 altas por cada 1.000 habitantes, con una estancia media de 6,6 días (86,8 altas/1.000 habitantes y estancia media de 6,5 días).



Fuente: Elaboración por el IAEST con datos de la Encuesta de Integración Social y Salud del INE

as en el SNS). La tasa de intervenciones quirúrgicas fue de 82,1/1.000 habitantes (SNS: 77,4/1.000 habitantes) y el porcentaje de cirugía ambulatoria fue de 33,3% (SNS: 46,1%). La tasa de cesáreas fue del 17,7% (SNS: 21,6%).

En 2016 se prescribieron en el Servicio Aragonés de Salud 21,5 **recetas por habitante**, el gasto medio por receta fue de 11,4€ (SNS: 19,6 recetas por habitante con un gasto de 11€ por receta). El gasto medio por receta creció un 3,6% anual en Aragón (1,7% en el SNS). La dosis por habitante y día (DHD) de antibióticos fue de 23,3 (SNS 21), la DHD de sustancias hipnóticas fue de 33 (SNS 30,2) y la DHD de antidepresivos fue de 74 (SNS 69,6). Respecto al año anterior, en Aragón el consumo de antibióticos descendió un 2% mientras que el consumo de sustancias hipnóticas y antidepresivos creció un 4% y un 4,7% respectivamente.

## Resultados en salud

### Salud percibida

**Autovaloración del estado de salud por ejes de desigualdad.** Según datos de la Encuesta de Integración social y salud de 2012 (últimos publicados), en Aragón 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.

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 2016 aproximadamente cuatro de cada cinco aragoneses **acudieron a la consulta de medicina de atención primaria** por un problema de salud. El 37% de las mujeres y el 30% de los hombres padecieron dos o más problemas de larga evolución.

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.

Determinados **problemas de salud** fueron más frecuentes en mujeres, como la hipertensión arterial (23% mujeres; 21% hombres), las lumbalgias (24% mujeres; 17% hombres), la depresión (13% mujeres; 5% hombres), o los trastornos tiroideos (9% mujeres; 2% hombres). Otros problemas como la diabetes (8,8% hombres; 6,8% mujeres) o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (3,8% hombres; 1,7% mujeres), fueron más frecuentes en los hombres.

En la **edad pediátrica** 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. La prevalencia de asma es del 8,1% en niños y del 5,3% en niñas. La diabetes afecta al 0,18% de la población pediátrica. El 16,3% de los niños y el 11,3% de las niñas tienen algún problema de salud mental, los más frecuentes son ansiedad y problemas de comportamiento.

### Morbilidad hospitalaria

En el año 2016, según el diagnóstico principal al alta clasificado por los capítulos de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su novena revisión clínica, las causas más frecuentes de hospitalización fueron las enfermedades del aparato digestivo, del circulatorio y del respiratorio, suponiendo un 12,7%, 12,1% y 10,2% respectivamente.

En las mujeres el motivo principal de hospitalización fue el embarazo, parto o puerperio, seguido de enfermedades del aparato digestivo y las del aparato circulatorio. En los hombres, las enfermedades de aparato digestivo y las de aparato circulatorio.

La estancia media más elevada tanto en hombres como en mujeres, correspondió a los trastornos mentales y del comportamiento.

### Mortalidad

En el año 2016, el grupo de enfermedades del sistema circulatorio continúa como la primera **causa de muerte** en Aragón (31,3% sobre el total de defunciones), seguida de los tumores (28,5%) y de las enfermedades del sistema respiratorio (10,2%). Por sexo, los tumores fueron la primera causa de muerte en los hombres (34,1%) y las enfermedades del sistema circulatorio (34,9 %), la primera causa de mortalidad femenina.

Las cinco primeras **causas de muerte** por frecuencia absoluta (circulatorio, tumores, respiratorio, sistema nervioso y trastornos mentales) supusieron el 81.8% de todas las defunciones.

El indicador **años potenciales de vida perdidos** (APVP) mide mortalidad prematura entre 1 y 69 años. El número de APVP es más elevado en hombres que en mujeres. La principal causa de APVP han sido los tumores tanto para el total (47,4% del total de APVP) como para hombres (41,4% de los APVP en los hombres) y mujeres (60,1% de los APVP en las mujeres). En los hombres, el tumor maligno de pulmón supuso el 11,7% de todos los APVP seguido de los suicidios (6,8% de los APVP). En las mujeres, el tumor maligno de mama representa el 9,7% de los APVP. El tumor maligno de pulmón es la causa de defunción que más ha aumentado en la mujer suponiendo ya el 7,3% de los APVP.

Las **causas externas** constituyen el 3,2 % del total de las causas de muerte (4,4 % en hombres y el 1,9 % en mujeres) y ocuparon el tercer puesto como causa de APVP tanto en hombres (18,4 % de los APVP) como en mujeres (6,4 % de los APVP).

## Valoración

**E**n 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 posición mejor que la media en ingresos o tasa de riesgo de pobreza. Sin embargo, esto no debe hacer olvidar que la crisis económica ha tenido una importante repercusión en la sociedad de Aragón.

Hay que destacar, frente a la situación general, que sigue habiendo problemas importantes. Aragón es una población altamente envejecida, con problemas de soledad. Determinados estilos de vida condicionan una alta prevalencia de ciertas 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.

## 4. Áreas prioritarias

**E**n 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, 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). Para cada objetivo de primer orden se muestra al final de cada apartado una lista de **indicadores de evaluación**. En la **etapa 3** se recogieron varias aportaciones que se han incorporado a la redacción final del documento.

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, el plazo, el liderazgo y los indicadores de evaluación.

## 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 ne-

cesario 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. Su renta media disponible equivalente del hogar se ha ido reduciendo en los últimos cinco años, hasta 17.116€ en 2016 si bien está por encima de la de España (15.842€). Se ha producido un incremento en la desigualdad en los ingresos, más manifiesta como consecuencia de la crisis. El índice de Gini era 31,6 en 2015 (España 34,6) y se ha observado un incremento de la pobreza energética en los hogares, afectando sobre todo a niños y población anciana. Todo ello 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 imprescindible 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, PLAZOS, LIDERAZGO E INDICADORES

**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.

- Plazo: 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.

- Plazo: 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.

- Plazo: Corto plazo.
- Liderazgo: Departamento de Sanidad.

### Indicadores de evaluación

- Funcionamiento del Consejo Director del Plan de Salud (1 reunión/año).
- Funcionamiento del Comité Interdepartamental del Plan de Salud (2 reuniones/año)
- Elaboración normativa de desarrollo del Plan de Salud.
- Informe cada dos años de Seguimiento del Plan de Salud.

**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.

- Plazo: 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.

- Plazo: Corto y medio plazo.
- Liderazgo: Departamento de Sanidad, Secretarías generales técnicas de los departamentos.

**Actuación 2:** Integrar los determinantes sociales de salud 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.

- Plazo: 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.

- Plazo: 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 por área pequeña en Aragón coordinado por el Observatorio de la Salud:

- Crear un mapa de desigualdades en salud, por edad, género, clase social, etnia, 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.

- Plazo: Medio plazo.
- Liderazgo: Departamento de Sanidad, Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales.

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

- Plazo: Medio plazo.
- Liderazgo: Departamento de Sanidad, Secretarías generales técnicas de los departamentos.

## 2.4. Implicar a la ciudadanía, poner en valor sus iniciativas 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, asignación de recursos y la clarificación de competencias y funciones de sus miembros.

- Plazo: Corto y medio plazo.
- Liderazgo: Departamento de Sanidad, Secretarías generales técnicas de los departamentos.

**Actuación 2:** Proporcionar a los Consejos de Salud información permanente y actualizada sobre el nivel de salud de las personas de su ámbito territorial.

- Plazo: Corto plazo.
- Liderazgo: Departamento de Sanidad

### Indicadores de evaluación

- Número de accesos realizados en la Web del Plan de Salud de Aragón.
- Existencia de indicadores de desigualdad en salud en las fichas presupuestarias de cada departamento.
- Mapa de desigualdades en salud creado y actualizado.
- Número de informes de evaluación de impacto en salud/ año.
- Número de Consejos de salud funcionantes (zona, sector).
- Número de zonas básicas de salud con información de salud actualizada y disponible.

**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.

- Periodo: Medio y largo plazo.
- Liderazgo: Departamento de Sanidad, Secretarías generales técnicas de los departamentos.

**Actuación 2:** Apoyo a políticas que desarrollen edificios con instalaciones de energías limpias y renovables.

- Periodo: Medio y largo plazo.
- Liderazgo: Departamento de Vertebración del Territorio, Movilidad y Vivienda

**Actuación 3:** Desarrollo de políticas con evidencia demostrada en la mejora de las condiciones de vida de la ciudadanía.

- Periodo: Medio y largo plazo.
- Liderazgo: Secretarías generales técnicas de los departamentos.

**Actuación 4:** Mejorar la accesibilidad de las administraciones públicas facilitando la tramitación electrónica y la eliminación de barreras (arquitectónicas, sensoriales y cognitivas...)

- Periodo: Corto, medio y largo plazo.
- Liderazgo: Secretarías generales técnicas de los departamentos.

**Actuación 5:** Mejorar la capacitación y formación de los profesionales sobre las amenazas para la salud relacionadas con el cambio climático y el medio ambiente en general.

- 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.

- 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), la Estrategia Aragonesa de Cambio Climático y Energías Limpias (EACCEL), la Estrategia Aragonesa de Educación Ambiental (EAREA), o el Plan Energético de Aragón, con las del Plan de Salud de Aragón (infraestructuras, ciudades, elementos habitacionales, movilidad sostenible, ocio).

- Periodo: Medio y largo plazo.
- Liderazgo: Departamento de Vertebración del Territorio, Movilidad y Vivienda.

**Actuación 3:** Definir y desarrollar medidas de mejora del empleo, de las condiciones y de su calidad con especial atención a los 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. Avanzar en acuerdos e instrumentos de coordinación con las administraciones locales para que los municipios desarrollen estas actuaciones de una forma coordinada.

- Periodo: Corto, medio y largo plazo.
- Liderazgo: Departamento de Vertebración del Territorio, Movilidad y Vivienda.

**Actuación 5:** 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.

- Periodo: Corto, medio y largo plazo.
- Liderazgo: Departamento de Vertebración del Territorio, Movilidad y Vivienda, Ayuntamientos.

**Actuación 6:** 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.

- Periodo: Corto, medio y largo plazo.
- Liderazgo: Departamento de Vertebración del Territorio, Movilidad y Vivienda.

**Actuación 7:** Contemplar en la normativa de planeamiento urbanístico y sectorial el uso compartido de espacios públicos y de equipamientos, e integrar las variables de cambio climático y de salud ambiental.

- Periodo: Medio y largo plazo.
- Liderazgo: Departamento de Vertebración del Territorio, Movilidad y Vivienda.

**Actuación 8:** 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.

- Periodo: Corto, medio y largo plazo.
- Liderazgo: Departamento de Vertebración del Territorio, Movilidad y Vivienda.

**Actuación 9:** Aumentar acuerdos de colaboración con empresas aragonesas de alimentación y de restauración 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.

- Periodo: Medio y largo plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Salud Pública.

**Actuación 10:** Vigilar y desarrollar actuaciones para reducir la contaminación ambiental en sus diferentes formas, acústica, atmosférica y de las aguas, la utilización de plaguicidas, la contaminación química de alimentos y otros.

- Periodo: Corto, medio y largo plazo.
- Liderazgo: Departamento de Desarrollo Rural y Sostenibilidad.

**Actuación 11:** Impulsar y reforzar 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.

- Periodo: Corto, medio y largo plazo.
- Liderazgo: Departamento de Educación, Cultura y Deporte.

**Actuación 12:** Aumentar la cobertura de plazas públicas en escuelas de 0 a 3 años.

- Periodo: Corto, medio y largo plazo.
- Liderazgo: Departamento de Educación, Cultura y Deporte, Ayuntamientos.

**Actuación 13:** Incorporar progresivamente medidas de ahorro, de reducción de emisiones y de eficiencia energética en los edificios de las administraciones públicas, priorizando aquellos de mayor visibilidad (hospitales, centros educativos, sociales y otros), en coordinación con las estrategias de enfoque ambiental.

- Periodo: Corto, medio y largo plazo.
- Liderazgo: Secretarías generales técnicas de los departamentos

**Actuación 14:** Rehabilitación de viviendas en malas condiciones

- Periodo: Corto, medio y largo plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Vivienda y Rehabilitación.

**Actuación 15:** Facilitar el acceso a vivienda digna a personas que carecen de alojamiento o están en riesgo de perderlo.

- Periodo: Corto, medio y largo plazo.
- Liderazgo: Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales.

**Actuación 16:** Mejorar los mínimos vitales a través de incrementos en la cobertura y duración de la renta básica ciudadana.

- Periodo: Corto, medio y largo plazo.
- Liderazgo: Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales.

**Actuación 17:** Contemplar en el espacio socio-sanitario el que se incluya la prevención y la atención a colectivos con necesidades específicas: dependientes, personas bajo protección judicial, personas que sufren violencia intrafamiliar, laboral o escolar, niños con necesidades de atención temprana y personas con discapacidad.

- Periodo: Corto, medio y largo plazo.
- Liderazgo: Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales.

**Actuación 18:** Intensificar el control de la publicidad y del acceso a los puntos de venta de alimentos no saludables (azucarados, ricos en gra-

sas...), especialmente en centros educativos, sanitarios y edificios públicos. Implantar tasas específicas a la venta.

- Plazo: Medio plazo.
- Liderazgo: Departamento de Hacienda y Administraciones Públicas.

### **Indicadores de evaluación**

- Índice de Gini.
- Tasa de paro de larga duración (porcentaje sobre la población activa).
- Renta anual neta media del hogar según situación con respecto a la actividad de sus miembros.
- Porcentaje de hogares unipersonales mayores de 65 años sobre el total de hogares.
- Porcentaje del consumo de energía final de origen renovable sobre el total de consumo de energía final.
- Grado de cumplimiento de las medidas implementadas en la Estrategia de Ordenación del Territorio de Aragón con impacto en la salud y en la equidad.
- Número de actuaciones realizadas en relación con la salud por la Estrategia de Despoblación de Aragón.
- Índice de calidad del aire.
- Morbimortalidad en situaciones de temperaturas extremas.
- Porcentaje de población que sufre problemas de ruidos.
- Porcentaje de personas que sufren problemas de contaminación y otros problemas ambientales.
- Porcentaje de municipios que depuran aguas.
- Porcentaje de cumplimiento adecuado de los módulos de reserva de zonas verdes y equipamientos deportivos.
- Número de equipamientos que contemplan el uso compartido.

- Número de acuerdos vigentes con las empresas que adecuan la composición de sus productos hacia estándares más saludables.
- Número y cuantía de becas y ayudas concedidas en educación.
- Número de actuaciones de rehabilitación de viviendas (conservación, eficacia energética, accesibilidad y seguridad de uso).
- Número de personas perceptoras de renta básica ciudadana.
- Adultos situados por debajo del umbral de pobreza.
- Tasa de riesgo de pobreza (general e infantil) en Aragón.
- Entrada en vigor del impuesto a la venta de alimentos no 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 2: RESUMEN Y VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL

**T**radicionalmente 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 infancia sedentaria y obesa, sobre todo en estos grupos vulnerables, siendo cada vez mayores los índices de masa corporal.

Respecto al consumo de alcohol, drogas y adicciones en general, los datos del Observatorio Español sobre Drogas y Adicciones indican que del 2008 al 2015 se ha logrado un pequeño retraso en la edad de inicio del consumo de tabaco, alcohol y cannabis en la adolescencia, 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 2016 en Aragón (estudiantes de 14 a 18 años en Aragón), el alcohol es con diferencia la sustancia psicoactiva más extendida, ligeramente más entre las mujeres, y declaran un consumo superior a la media española. La segunda sustancia con mayor prevalencia es el tabaco. El cannabis constituye la tercera droga más extendida entre el alumnado aragonés y la sustancia ilegal de consumo más frecuente.

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. Según esta misma encuesta ESTUDES 2016 el uso de internet como alternati-

va de ocio está totalmente generalizado con independencia del género o de la edad de los estudiantes. Por último, a pesar de los programas educativos desarrollados y destinados a la salud afectivo-sexual de la adolescencia 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 recomendación (prescripción) sanitaria y revisarse periódicamente 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 equipamientos 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, equilibrio emocional y relaciones satisfactorias.

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.

El **final de la vida y el proceso de morir** es también una etapa ineludible de la vida con indudable importancia para las personas, donde se entremezclan vivencias de ausencia, pérdida o soledad con el derecho y el respeto a una muerte digna, y a las decisiones y preferencias de las personas. Según datos del estudio “Los aragoneses ante el proceso de morir” de la Dirección General de Calidad y Atención al Usuario en 2014, el 40% de las personas opinaron que la atención y cuidados al final de la vida pueden realizarse de forma adecuada en el domicilio y el 46,2% manifestaron su preferencia para que le atendieran en el hospital frente al 45,5% que preferiría ser atendido en su domicilio. No obstante, en 2017 menos del 1% de las personas mayores de 14 años en Aragón tienen realizado el Documento de Voluntades Anticipadas.

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.

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 de 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 (especialmente en el sanitario y social) y en toda la población, con especial énfasis en aquellos grupos que, como los de origen extranjero, les supone una dificultad añadida acceder a las actuaciones de sensibilización, información y formación. 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, PLAZOS, LIDERAZGO E INDICADORES

**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.

- Periodo: Corto y medio plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Salud Pública.

**Actuación 2:** Intervenir desde el 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.

- Periodo: Medio y largo plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Salud Pública.

### 1.2. Potenciar la salud infantil y juvenil, integrando al menor como sujeto activo, 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 de exclusión social.

- Periodo: Medio y largo plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Salud Pública, 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.

- 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 la juventud 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...).

- Período: Corto plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Salud Pública.

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

- 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.

- 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.

- Periodo: 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.

- Periodo: 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.

- Periodo: Corto plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Salud Pública.

### 1.3. Promover la salud de la persona adulta 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.

- 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.

- 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 trabajadores especialmente sensibles y situaciones vulnerables como embarazo y lactancia.

- 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.

- 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.

- 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 envejecimiento saludable

y autonomía personal en el ámbito comunitario para favorecer la permanencia de la persona en su entorno habitual con el mayor grado de funcionalidad.

- Periodo: Medio y largo plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Salud Pública, Instituto Aragonés de Servicios Sociales, Ayuntamientos.

**Actuación 2:** 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.

- Periodo: Medio plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Salud Pública, Ayuntamientos.

**Actuación 3:** 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.

- 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.

- 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.

- Período: Corto plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Derechos y Garantías de los Usuarios.

### Indicadores de evaluación

- Número de programas desarrollados en los ámbitos de las actuaciones de educación para la salud para evitar el abuso, el acoso, la violencia y el riesgo de exclusión social.
- Porcentaje de Escuelas Promotoras de Salud.
- Realización del estudio sobre las condiciones de trabajo de la juventud entre 16 y 30 años.
- Número de iniciativas de asociacionismo y participación juvenil.
- Cobertura de atención bucodental infantil y juvenil.
- Cobertura del programa Pantallas Sanas.
- Cobertura de vacunación en adultos.
- Empresas acreditadas por año en la Red de Empresas Saludables de Aragón.
- Tasa de Enfermedades profesionales declaradas.
- Porcentaje de zonas básicas de salud en las que está identificada algún activo de salud (entrenamiento físico multicomponente, envejecimiento saludable).
- Número de declaraciones de voluntades anticipadas/año.
- Porcentaje de profesionales formados sobre el final de la vida y la ayuda al bien morir de las personas.
- Tasa de mortalidad ajustada por edad por suicidio, por 100.000 hab.

## **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.

- Período: Medio 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.

- Período: Medio 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).

- Período: Medio y 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 sobre todo de alcohol en jóvenes y adolescentes.

- Período: Medio y 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.

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

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

- Período: Medio y 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.

- Período: Medio y 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.

- Período: Medio y largo plazo.
- Liderazgo: Departamento de Sanidad, Departamento de Educación, Cultura y Deporte.

**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, a partir de la evaluación de riesgos psicosociales en las empresas.

- Período: Medio y largo plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Salud Pública.

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

- Período: Medio y 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 las diferentes identidades y expresiones de género.

- Período: Corto y medio plazo.
- Liderazgo: Departamento de Educación, Cultura y Deporte.

#### **Indicadores de evaluación**

- Número de comedores colectivos saludables en colegios.
- Número de controles oficiales por establecimiento o actividad al año, de acuerdo a la frecuencia establecida en los Planes autonómicos de Control de la Cadena Alimentaria y de Sanidad Ambiental.
- Número de empresas con proyectos o intervenciones que promuevan la actividad física.
- Prevalencia de consumo de drogas.
- Porcentaje de centros de salud y de educación con programas de aprendizaje socioemocional.

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

- 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 de personas en situación de soledad, especialmente en ancianos.

- Periodo: Medio plazo.
- Liderazgo: Departamento de Ciudadanía y Servicios Sociales, Ayuntamientos.

#### **Indicadores de evaluación**

- Porcentaje de Equipos de Atención Primaria que tienen mapa de activos.
- Número de iniciativas en barrios y municipios para evitar el aislamiento social.



## 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

**A**ragón cuenta con un sistema sanitario con buenos resultados en el abordaje de enfermedades. El 89,2% de las personas hospitalizadas, el 87,6% 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 2016 el 11,6% (por debajo de la media española, 13,5%). 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 viven en barrios pobres es 8-10 años menor que la 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 vulnerables o en situación de desigualdad social. 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 ame-

nazantes 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, diversificada y dotada, 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, PLAZOS, LIDERAZGO E INDICADORES

**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.

- 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.

- 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.

- 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.

- Plazo: Medio plazo.
- Liderazgo: SALUD.

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

- Plazo: Medio plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Asistencia Sanitaria.

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

- Plazo: Medio plazo.
- Liderazgo: Dirección General Asistencia Sanitaria, Departamento de Ciudadanía y Derechos 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).

- Plazo: Medio plazo.
- Liderazgo: Dirección General Asistencia Sanitaria, SALUD.

##### **Indicadores de evaluación**

- Autovaloración del estado de salud.
- Porcentaje de equipos de atención primaria, servicios hospitalarios y/o unidades clínicas que cuentan con proyectos de educación y promoción de salud.
- Número de profesionales sanitarios que han recibido formación específica sobre consejo de estilos vida-entrevista motivacional.
- Porcentaje de pacientes que tienen registrado en la Historia Clínica Electrónica haber recibido recomendación individualizada de estilos vida.

- Número de hospitales y servicios promotores de salud.
- Número de pacientes con compromiso de la salud personal firmado.
- Porcentaje de personas mayores de 75 años con registro de Plan de intervención compartido entre Trabajo Social Sanitario de Atención Primaria y Servicios Sociales.
- Porcentaje de EAP que tienen una agenda comunitaria.

**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.

- Plazo: Corto y medio plazo.
- Liderazgo: Departamento de Sanidad.

**Actuación 2:** Elaborar un plan integral de Atención Primaria que revise competencias profesionales avanzadas y oferta de servicios, potenciando su accesibilidad, longitudinalidad, capacidad de resolución, integralidad y coordinación.

- 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.

- 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 Trabajo Social, Fisioterapia y Terapia Ocupacional (un mínimo de 1/25.000, 1/10.000 y 1/50.000 respectivamente).

- 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).

- Plazo: Corto y medio plazo.
- 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, los servicios públicos y el tejido social de la Zona para la mejora de la salud.

- 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.

- 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.

- Plazo: Corto y medio plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Asistencia Sanitaria, Dirección General Salud Pública.

**Actuación 3:** Promover el autocuidado, prudente y proporcionado, entre los usuarios y los padres o tutores de los pacientes pediátricos, empoderando así la capacidad de afrontar situaciones iniciales de enfermedad, sin la dependencia de profesionales sanitarios.

- Plazo: Corto y medio plazo.
- Liderazgo: Dirección General Asistencia Sanitaria, SALUD.

### **Indicadores de evaluación**

- Porcentaje del gasto sanitario público destinado a la Atención Primaria.
- Porcentaje de sectores sanitarios con un técnico de salud específico en las áreas de Salud Comunitaria y coordinación con Salud Pública en cada sector sanitario.
- Número de fisioterapeutas, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales por 10.000 habitantes.
- Porcentaje de cupos de medicina y enfermería de familia con < 1.500 pacientes.
- Porcentaje de profesionales de Atención Primaria con dedicaciones parciales no asistenciales.
- Porcentaje de EAP que realizan o apoyan actuaciones de parentalidad positiva en su zona.

### **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.

- 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 to-

dos los profesionales que atienden a un paciente sean concededores de sus prioridades.

- 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.

- Plazo: 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 del sistema sanitario para mejorar la atención a personas con capacidades diferentes contando para ello con las entidades específicas de discapacidad.

- Plazo: 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.

- 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.

- Plazo: Medio plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Asistencia Sanitaria.

**Actuación 2:** Incorporar profesionales sanitarios con perfil generalista y de cuidados (medicina interna, geriatría, enfermería y auxiliares de enferme-

ría) 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.

- Plazo: 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.

- Plazo: 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 y sus allegados, 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 y su familia o allegados.

- Plazo: 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 los internamientos innecesarios.

- Plazo: Medio plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Asistencia Sanitaria. 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.

- Plazo: Medio plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Asistencia Sanitaria.

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

- Plazo: Medio 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.

- Plazo: 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.

- Plazo: Medio plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Asistencia Sanitaria.

**Actuación 6:** La cartera de servicios se actualizará de acuerdo con los criterios del plan, con especial sensibilidad a prestaciones y servicios dirigidos a colectivos vulnerables.

- Plazo: Medio plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Asistencia Sanitaria.

**Actuación 7:** Impulsar programas de rehabilitación y soporte para mejorar la calidad de vida de las personas con limitación funcional derivada del desarrollo de enfermedades gravemente incapacitantes (enfermedades neuromusculares y respiratorias degenerativas, traumatismos, daño neurológico sobrevenido, enfermedades raras y otras situaciones).

- Plazo: 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.

- Plazo: 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.

- Plazo: Corto y medio plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Asistencia Sanitaria.

**Actuación 3:** Implantar planes personales para la recuperación psicosocial y laboral de las personas con trastorno mental grave.

- Plazo: 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.

- Plazo: 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.

- 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.

- Plazo: Corto plazo
- Liderazgo: Dirección General de Asistencia Sanitaria.

## Indicadores de evaluación

- Nivel de alfabetización en salud de la población.
- Número de actividades organizadas por la Escuela de Salud.
- Porcentaje de profesionales del sistema sanitario que reciben formación en habilidades de comunicación, proceso de decisiones compartidas y atención centrada en el paciente.
- Cobertura de cuidados domiciliarios (365 días X 24 horas) en pacientes con enfermedades crónicas avanzadas.
- Número de plazas de enfermería con la especialidad familiar y comunitaria.
- Número profesionales sanitarios con perfil generalista y de cuidados (medicina interna, geriatría, enfermería y auxiliares de enfermería) en atención hospitalaria por 10.000 habitantes.
- Tasas de mortalidad prematura (< 75 años) por enfermedad vascular cerebral, cardiopatía isquémica y cáncer, ajustadas por edad, por 100.000 habitantes.
- Porcentaje de pacientes subsidiarios de cuidados paliativos que tienen establecido un plan de intervención coordinado por el Equipo de Atención Primaria.
- Porcentaje de camas de medicina interna/geriatría en hospitales generales.
- Índices de sustitución de cirugía convencional por cirugía mínimamente invasiva.
- Número de profesionales de atención primaria con formación básica y avanzada en Salud Mental.
- Porcentaje de personas con trastorno mental grave y plan personalizado de recuperación psicosocial y/o laboral.
- Número de establecimientos privados que cumplen los estándares sobre sistemas de información y registro, actividades preventivas y asistenciales, coherentes con las estrategias del Departamento de Sanidad.

- Número de intervenciones de control de publicidad médico-sanitaria en oferta de servicios.

**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 resolutoria, la seguridad y la pertinencia de la atención prestada en los centros de salud y hospitales del Servicio Aragonés de Salud.

- Plazo: 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.

- Plazo: Corto plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Asistencia Sanitaria.

**4.2. Motivar a los profesionales para dejar de hacer prácticas sin valor o con balance beneficio/riesgo negativo 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 o con balance beneficio/riesgo negativo.

- 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.

- 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.

- 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 del sistema sanitario y pacientes para lograr un uso adecuado y seguro de medicamentos y cuidados, y fomentar la adherencia a los mismos.

- 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.

- Plazo: Medio plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Asistencia Sanitaria, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

### Indicadores de evaluación

- Número de comisiones/ grupos de trabajo con reglamento constituidas según regulación del Departamento e incluidas en los contratos programa de los centros.
- Número de prácticas sin valor revisadas, con información difundida entre los profesionales sanitarios y los ciudadanos.
- Porcentaje de acuerdos de gestión clínica con indicadores sobre “dejar de hacer” en los centros sanitarios cada año.
- Incidencia de infección de herida quirúrgica.

- Dosis por habitante y día (DHD) de antibióticos.
- Porcentaje de tecnologías sanitarias aceptadas en relación a las evaluadas en cartera de servicios.

**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.

- Plazo: 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 a tiempo de las personas en el recurso y por los profesionales adecuados.

- Plazo: 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.

- Plazo: Medio plazo.
- Liderazgo: Departamento de Sanidad, Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales.

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

**Actuación 1:** Ampliar el número de plazas en residencias públicas y hospitales de convalecencia.

- Plazo: Medio plazo.
- Liderazgo: Departamento de Sanidad, Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales.

**Actuación 2** Potenciar la atención de apoyo a los cuidadores directos y la evaluación sistemática del riesgo social en su entorno habitual.

- Plazo: Medio plazo.
- Liderazgo: Dirección General de Asistencia Sanitaria.

**Actuación 3:** Mejorar los recursos en el ámbito socio-sanitario para prevenir la claudicación familiar.

- Plazo: Medio plazo.
- Liderazgo: Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales, Departamento de Sanidad.

### Indicadores de evaluación

- Estancia media en hospitales generales de pacientes que viven en residencias o presentan riesgo social.
- Porcentaje de equipos de atención primaria que ofrecen apoyo psico-social a los cuidadores directos.
- Porcentaje de pacientes mayores de 75 años con valoración del riesgo social.
- Número de pacientes que acceden a programas de “respiro familiar”.
- Número de plazas públicas en residencias.
- Número y porcentaje de camas de hospitales de media y larga estancia.

## 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

**E**l área 4 se puede considerar transversal a las otras tres 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 res-

to 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, PLAZOS, LIDERAZGO E INDICADORES

### 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 modelo único de organización de los sistemas de información, 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.

- 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).

- 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.

- 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.

- 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.

- Plazo: Largo plazo.
- Liderazgo: Departamento de Sanidad, 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.

- 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.

- 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.

- 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.

- 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.

- Plazo: Corto y medio plazo.
- Liderazgo: Departamento de Sanidad.

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

- Plazo: 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.

- Plazo: Largo plazo.
- Liderazgo: Dirección General Asistencia Sanitaria. SALUD.

#### **1.5. Garantizar a la ciudadanía un acceso equitativo y ágil a la información sobre su salud y sobre el sistema sanitario.**

**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.

- Plazo: Corto y medio plazo.
- Liderazgo: Dirección General Derechos y Garantías de los Usuarios.

### **1.6. Potenciar la capacitación y la participación de las personas en el mantenimiento y la generación de salud.**

**Actuación 1:** 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.

- Plazo: Medio plazo.
- Liderazgo: Dirección General Derechos y Garantías de los Usuarios.

**Actuación 2:** Desarrollar herramientas y aplicaciones para la toma de decisiones informada sobre las diferentes alternativas preventivas, diagnósticas y terapéuticas y sus resultados.

- Plazo: Medio plazo.
- Liderazgo: Departamento de Sanidad.

### **1.7. 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.

- Plazo: Corto y medio plazo.
- Liderazgo: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Universidad.

**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.

- 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.

- Plazo: Medio plazo.
- Liderazgo: Departamento de Sanidad.

### Indicadores de evaluación

- Sistema de gobernanza de los sistemas de información creado: composición, número de reuniones y actas.
- Observatorio de Salud creado: número de informes de evaluación y seguimiento anuales realizados.
- Porcentaje de historias clínicas que incluyen información sobre edad, género, clase social, etnia y territorio, entre otros ejes de desigualdad.
- Porcentaje de profesionales que trabajan con las distintas herramientas de la historia clínica electrónica.
- Porcentaje de pacientes que tienen una historia farmacoterapéutica única del total de pacientes con prescripciones en Aragón.
- Financiación específica de proyectos de transformación digital con empresas.
- Número de accesos de la población a la carpeta de salud.
- Número de proyectos de investigación que utilizan los sistemas de información sanitarios.
- Número de profesionales que participan en programas formativos de competencias de análisis e interpretación de datos.
- Número de informes de evaluación de servicios sanitarios elaborados.

## 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.

- 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.

- Plazo: Largo plazo.
- Liderazgo: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

**Actuación 3:** Destinar al menos un 1% del presupuesto sanitario público a la investigación relacionada con objetivos del Plan de Salud de Aragón.

- Plazo: Largo plazo.
- Liderazgo: Gobierno de Aragón.

**Actuación 4:** Mejorar la coordinación de los recursos de apoyo a la investigación biomédica de las diferentes instituciones regionales.

- Plazo: Corto plazo.
- Liderazgo: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

**Actuación 5:** 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 prio-

ritarias 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.

- 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.

- 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.

- 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.

- 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 evaluando los conflictos de intereses en la investigación y asumiendo las funciones de comité de ética de investigación con medicamentos, según la normativa española.

- Plazo: Corto plazo.
- Liderazgo: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

### Indicadores de evaluación

- Cantidad, porcentaje sobre el presupuesto sanitario, procedencia (pública estatal, pública autonómica y privada) y ámbito (objetivos y áreas prioritarias del Plan, otras áreas) de la inversión dedicada a la investigación sanitaria.
- Número de soluciones y patentes implementadas en salud relacionadas con la investigación en las líneas prioritarias del Plan de salud.
- Desglose de la actividad del Comité de Ética de la Investigación (autorización y seguimiento de proyectos de investigación y otras actividades).

## 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.

- Plazo: Corto plazo.
- Liderazgo: Departamento de Sanidad, Universidad.

**Actuación 2:** Promover un consenso entre Administraciones y profesiona-

les para adecuar las competencias y desarrollos profesionales de las diferentes profesiones sanitarias.

- 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.

- 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.

- 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.

- 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 del sistema sanitario 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.

- 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.

- 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 online y la simulación.

- Plazo: Medio plazo.
- Liderazgo: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

**Actuación 4:** Mejorar la capacitación de los profesionales del sistema sanitario 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.

- 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.

- Plazo: Corto plazo.
- Liderazgo: Departamento de Sanidad.

**Actuación 2:** Disponer de una regulación sobre conflictos de interés y ética de los incentivos en relación con la formación de los profesionales sanitarios.

- Plazo: Corto plazo.
- Liderazgo: Departamento de Sanidad.

### **Indicadores de evaluación**

- Número de convocatorias de puestos de trabajo del sistema sanitario que en sus bases incluyen contenidos relacionados con los objetivos del Plan.
- Evolución de la oferta de acciones de formación innovadoras.
- Evolución de la oferta de formación de especialidades sanitarias.
- Número de actividades de formación acreditadas con evaluación del impacto según formato (presencial, on-line) y financiación (público/privado).
- Número de acuerdos de financiación anuales con entidades privadas que participan en la formación de los profesionales.

# Anexos



## ANEXO 1 Metodología

**E**l Plan de Salud de Aragón se ha desarrollado a lo largo de **4 etapas** de elaboración:

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, que contenía las áreas fundamentales del futuro plan**. En esta fase:

- Se constituyó un grupo redactor (anexo 2).
- Se revisaron documentos esenciales y otros planes de salud.
- Se formularon las ideas de partida.

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** (anexo 2) coordinado por el Director General de Salud Pública y formado por cinco personas en representación de las tres Direcciones Generales del Departamento (Salud pública, Asistencia sanitaria y Derechos y Garantías de los Usuarios) así como del organismo autónomo Servicio Aragonés de Salud. El encargo fue 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 de consultores** 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 consultores

El panel o grupo de consultores (anexo 2) 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 uno de los expertos para solicitar su colaboración en las diferentes fases de elaboración del Plan de Salud de Aragón. En una primera etapa se realizarían entrevistas en profundidad con un encuadre y un guión desarrollado previamente. A cada consultor 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 con los papeles de entrevistador y de observador, respectivamente. 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, los documentos resumen y las grabaciones se pusieron en común en varias sesiones de discusión del grupo redactor. La metodología detallada está disponible en documentos de apoyo.

### Grupos de informantes

Se constituyeron inicialmente 3 grupos de informantes (anexo 2), con unas 10-12 personas cada uno, 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 perfil de los componentes de los grupos se debatió por el grupo redactor, con la idea de conseguir una representación estructural de las variedades discursivas en las respectivas áreas de interés. Se eligieron de tal ma-

nera 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.

Previamente a las sesiones de los grupos se les remitió a cada uno el mismo documento base enviado a los consultores y que se realizó a partir del Plan de Salud V 0.

La jornada de trabajo de cada uno de los grupos se desarrolló durante una mañana completa con el siguiente esquema:

- Presentación de la jornada: marco general de realización del plan y metodología a seguir.
- Trabajo individual de cada uno de los asistentes para identificar objetivos y áreas generales de organización del plan.
- Presentación y debate conjunto de objetivos del Plan.
- Presentación y debate conjunto 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 de representantes políticos acudió a la jornada, pero tras debatir decidieron no realizar contribuciones y no terminar el programa previsto.

El grupo redactor puso a continuación 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 consultores 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 documento Plan de Salud versión 1, que muestra la división en 4 grandes áreas, los objetivos a conseguir en cada área y algunas propuestas de actuaciones.

## Etapa 2

### Desarrollo de las áreas prioritarias

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

Se inició esta etapa con la organización de una **jornada de presentación del Plan** en junio de 2017. La jornada tenía dos objetivos

:

- Presentar los planes de salud de otras comunidades con una orientación similar. 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.
- Exponer las áreas y objetivos del Plan de Salud versión 1 a profesionales sanitarios del Departamento de Sanidad y a técnicos de otros departamentos del Gobierno de Aragón para así poner en marcha los **grupos de trabajo** (anexo 2) 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 fue necesario desdoblar el área tres debido a su extensión. El perfil de los participantes fue de personas con amplios conocimientos en el área correspondiente. Se formaron grupos de alrededor de **10 personas, con un coordinador y relator** cuya tarea fue, partiendo de la versión 1 del Plan y en cada una de las áreas prioritarias, 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 qué 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 panel de consultores. 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 fue la redacción de la versión final del **Plan de Salud de Aragón**. En esta etapa se establecieron cuatro ámbitos o niveles de participación e información.

#### **A) Proceso de participación de la ciudadanía**

El objetivo fue promover la participación de la población en el plan de Salud y cumplir lo establecido en materia de derechos de participación ciudadana en la Ley 8/2015, de 25 de marzo, de Transparencia de la Actividad Pública y Participación Ciudadana de Aragón. Este nivel se ha realizado en coordinación con la Dirección General de Participación Ciudadana, Transparencia, Cooperación y Voluntariado.

Se definió el mapa de actores que intervienen en el Plan de Salud con un criterio de amplitud e inclusivo. En total se invitaron a 689 entidades y organizaciones.

El proceso se realizó en tres fases entre 27 de febrero y 3 de abril de 2018, con el apoyo del Portal de Participación Ciudadana de la sede electrónica del Gobierno de Aragón ([www.participacionciudadana.es](http://www.participacionciudadana.es)):

#### **Fase de información**

Se presentó el Plan de Salud de Aragón versión 2 y se transmitió por vídeo en directo para facilitar la accesibilidad.

	Participantes	Lugar	Fecha	Participantes	Aportaciones
<b>Taller</b>	Ciudadanía	Zaragoza	9 Marzo	19	37
<b>Taller</b>	Ciudadanía	Teruel	13 Marzo	2	38
<b>Taller</b>	Ciudadanía	Zaragoza	14 Marzo	13	46
<b>Taller</b>	Sociedades científicas, colegios profesionales e universidad	Zaragoza	19 Marzo	15	57
<b>Taller</b>	Consejos de Salud de Zona	Zaragoza	22 Marzo	15	48
<b>Vía Web</b>				23	188
	<b>TOTAL APORTACIONES</b>				<b>414</b>

\*Se suspendieron por falta de asisten dos talleres de ciudadanos en Huesca y 1 en Teruel

## Fase de debate

Se realizaron 5 talleres:

- Un taller de trabajo con ciudadanos en cada una de las capitales de provincia (en total 3). Entre los participantes se incluyeron asociaciones de pacientes y familiares, de consumidores, de vecinos, de mujeres, de inmigrantes, de entidades sociales, plataformas ciudadanas, de tercera edad, de representantes de los municipios y comarcas, de agentes sociales (sindicatos y empresarios), de trabajadores de servicios sociales municipales o comarcales y otros. Para estos talleres se programaron dos sesiones de cuatro horas cada una.
- Un taller, realizado en Zaragoza, con sociedades científicas, colegios profesionales y Universidad de cuatro horas de duración.
- Un taller, también realizado en Zaragoza, al que se invitó a todos los Consejos de Salud de Zona, que tuvo una duración de cuatro horas. Este taller tuvo especial relevancia ya que éstos son los órganos de participación formal del Sistema Sanitario en los que interviene directamente la ciudadanía. Se remitió 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 inscribieran.

Simultáneamente estaba abierto el mecanismo de realizar aportaciones vía Web a todos los ciudadanos.

## Fase de Retorno

El 18 de mayo se realizó la sesión de retorno, retransmitida por streaming, en la que se informó de las aportaciones habidas y las aceptadas y no aceptadas. De estas últimas se expusieron los motivos por los que no se incluyeron en el Plan.

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

Con el objeto de difundir el Plan en los diferentes Departamentos, se celebró una reunión con todas los titulares de las Secretarías Generales Técnicas de los Departamentos. Además de la presentación general del texto, se sentaron las bases para la futura colaboración con cada Departamento para el desarrollo del Plan, especialmente en el área de Salud en todas las políticas.

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

Su finalidad fue dar a conocer los fundamentos del Plan a los profesionales del sistema sanitario asistencial y social, recoger directamente su valoración y transmitirles cómo hacer aportaciones concretas. Para ello:

- Se presentó el Plan al equipo directivo del SALUD y se concretó el mecanismo para darlo a conocer en cada uno de los sectores, incluyendo tanto los centros hospitalarios como la atención primaria. Se hicieron once sesiones (20 de febrero-3 abril), una en cada uno de los nueve hospitales en los sectores, una en la Gerencia del 061 y una en un Servicio del Hospital Universitario Miguel Servet.
- Se realizaron además sesiones de presentación en cada uno de los Servicios Provinciales de Sanidad de Zaragoza, Huesca y Teruel, así como una sesión a nivel central a la que se invitaron a todos los profesionales del Departamento de Sanidad y del Servicio Aragonés de Salud.

## **D) Consulta a los Órganos de participación del Gobierno de Aragón**

Para la consulta a órganos de participación formales, se remitió 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 Protección de la Naturaleza de Aragón.
- Consejo Aragonés de Consumo.
- Consejo de Protección de la Naturaleza de Aragón.
- Consejo Aragonés del Deporte.
- Consejo Asesor de Investigación y Desarrollo (CONAID).
- Consejo Aragonés de Seguridad y Salud Laboral.
- Consejo Aragonés de la Discapacidad.
- Comisión de Participación Infantil y Adolescente de Aragón.

## ANEXO 2

### Participantes

**Coordinador general: Francisco Javier Faló Forniés.**  
**Director General de Salud Pública.**

#### Grupo redactor (GR)

María Begoña Adiego Sancho. Dirección General de Salud Pública.  
 Juan Pablo Alonso Pérez de Ágreda. Dirección General de Salud Pública.  
 Natalia Enríquez Martín. Dirección General de Asistencia Sanitaria.  
 Mercedes Febrel Bordejé. Dirección General de Derechos y Garantías de los Usuarios.  
 Luis Gimeno Feliú. Servicio Aragonés de la Salud.

### Etapa 1

#### Panel de consultores

Angelina Lázaro Alquézar. Economista. Departamento de Economía, Universidad de Zaragoza.  
 Pedro Cortina Solano. Veterinario. Delegado Territorial de Barbastro.  
 Juan García Soriano. Médico. Gerente Sector SALUD Huesca.  
 Félix Pradas Arnal. Médico. Director de área de continuidad asistencial, SALUD.  
 M<sup>a</sup> José Rabanaque Hernández. Médica. Defensora Universitaria, Universidad de Zaragoza.  
 Melania Bentué Ceresuela. Periodista. Empresa de estrategias de comunicación.  
 Teresa Antoñanzas Lombarte. Enfermera. Directora de Enfermería del Hospital Miguel Servet.  
 Rogelio Altisent Trota. Médico. Centro de Salud Actur Sur.

#### Grupos de Informantes (GI)

##### Grupo 1

##### Ciudadanía

Beatriz Martínez. Jóvenes  
 Pedro Coduras. Fundación Atención Integral Menor FAIM  
 Loreto Beltrán Audera. CREA-CEPYME-CEOE  
 Guillermo de Vilches. Mutua Accidentes Zaragoza  
 Juana Salinas. Sindicatos

Marina Castillo Espinosa. AMPAS  
 Vanesa Polo. FADEMUR  
 Patricia Hernandez Bernal. Foro de Pacientes  
 Víctor Viñuales . ECODES  
 Cristina Monge. ECODES  
 Pau Mari Klose. Universidad Sociología  
 Diana Villarroya. COCEMFE (Discapacidad)

## **Grupo 2**

### **Departamentos del Gobierno de Aragón, Universidad y Ayuntamiento de Zaragoza**

Rogelio Silva Gayoso. Presidencia  
 M<sup>a</sup> Luisa Gavín Lanzuela. Economía, Industria y Empleo (IAEst)  
 Carlos Tomás Navarro. Hacienda y administración pública  
 M<sup>a</sup> José Clavero Mur. Hacienda y administración pública  
 Alicia Marín Mormeneo. Educación, cultura y deporte  
 Teresa Navarro Julián. Vertebración territorio, movilidad y vivienda  
 Sergio Monteagudo Latorre. Vertebración territorio, movilidad y vivienda  
 Pablo Martínez Royo. Ciudadanía y derechos sociales  
 M<sup>a</sup> Jesús Casasnovas Oliva. Ciudadanía y derechos sociales  
 Adrián Gimeno Redrado. Ciudadanía y derechos sociales  
 Carmen Mesa Raya. Ciudadanía y derechos sociales  
 Jose Manuel Casion Muñoz. Ciudadanía y derechos sociales  
 Matilde Cabrera Millet. Desarrollo rural y sostenibilidad  
 Juan Burillo Jiménez. Innovación, investigación y universidad  
 Ignacio Celaya. Ayuntamiento Zaragoza  
 Fernando Zulaica. Universidad de Zaragoza

## **Grupo 3**

### **Sociosanitario**

Teresa Yago Simón. Ayuntamiento de Zaragoza – Centro de Prevención  
 José Manuel Granada. Departamento de Sanidad – DG Asistencia Sanitaria.  
 Eduardo Traid García. IASS – Dirección provincial de Zaragoza.  
 José Luis Pérez Albiac. SALUD - primaria - medicina  
 María Luisa Juan Germán. SALUD - primaria - trabajo social  
 Mercedes Aza Pascual-Salcedo. SALUD - centrales - farmacia  
 Elena Altarribas Bolsa. SALUD – Hospital Clínico - enfermería  
 Carlos Aibar Remón. SALUD – Hospital Clínico – Universidad de Zaragoza  
 José Velilla Marco. SALUD – Hospital Miguel Servet - Medicina Interna  
 José Manuel Guerrero Laguna. DGSP - administrativo  
 Jesús García López. DGSP – Seguridad alimentaria  
 Joaquín Guimbao Bescós. DGSP – vigilancia epidemiológica

## **Etapa 2**

### **Grupos de Trabajo**

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

COORDINADORA Y RELATORA DE APOYO

María Luisa Espinosa Vallés

Mercedes Febrel Bordejé

PARTICIPANTES

Rogelio Silva Gayoso

Teresa Navarro Julián

Pau Marí-Klose

Carmen Mesa Raya

Alicia Martín Mormeneo

M<sup>a</sup> Soledad de la Puente Sánchez

Alberto Alcolea Soriano

Salvador Congost Luengo

María José Clavero Mur

Víctor Viñuales Edo

Félix Pradas Arnal

Pablo Martínez Royo

José M<sup>a</sup> Subero Munilla

#### **Área 2: Etapas y conductas saludables**

COORDINADOR Y RELATORA DE APOYO

Luis Gascón Andreu

Begoña Adiego Sancho

PARTICIPANTES

Oliva Ladrero Blasco

Belén Benedé Azagra

Rosa Isabel Villares Andrés

José Ramón Ipiens Sarrate

Carmen Baranguán Badía

M<sup>a</sup> Pilar Lalana Josa

Teresa Yago Simón

Nieves Martínez Arguisuelas

Pedro Coduras Marcén

Manuel Bueno Marcén

### **Área 3 A: Orientación a la salud**

#### COORDINADORAS Y RELATOR DE APOYO

Elena Melús Palazón  
y Cruz Bartolomé Moreno  
Luis Gimeno Feliú

#### PARTICIPANTES

Melania Bentué Ceresuela  
Cesar García Vera  
Javier Gallego Diéguez  
María Luisa Juan Germán  
Ángel Antoñanzas Lombarte  
Juan Carlos García Aisa  
Pedro Cortina Solano  
Pilar Astier Peña  
Alicia Teruel Maicas  
Inmaculada García García

### **Área 3 B: Atención de personas enfermas**

#### COORDINADOR Y RELATORA DE APOYO

Javier Marzo Arana  
Natalia Enríquez Martín

#### PARTICIPANTES

María Bestué Cardiel  
Marisol Corbacho Malo  
Teresa Antoñanzas Lombarte  
Ana Sesé Chaverri  
María Isabel Cano del Pozo  
José Manuel Granada López  
José Velilla Marco  
Patxi García Izuel  
Pilar Calvo Pérez  
Ana Bandrés Liso  
Carmen Chaverri Alaman  
María Luz Lou Alcaine  
Ana Rivera Fuertes  
Carlos Aibar Remón

#### **Área 4: Sistemas de información, investigación y formación**

##### COORDINADOR Y RELATOR DE APOYO

José María Abad Díez

Juan Pablo Alonso Pérez de Agreda

##### PARTICIPANTES

M<sup>a</sup> José Rabanaque Hernández

Rosa Magallón Botaya

Federico Arribas Monzón

Pilar Rodrigo Val

Rafael Marrón Tundidor

Juan Ignacio Coll Clavero

Enrique Bernal Delgado

Luisa Gavín Lanzuela

Concepción Tomás Aznar

Alba De Martino Rodríguez

#### **Etapa 3**

Se realizaron más de 20 sesiones de presentación y debate del Plan, en las que participaron unas 700-800 personas.

Se recibieron un total de 486 aportaciones al Plan.





[plansaludaragon.es](https://plansaludaragon.es)

