

## Líneas estratégicas 2012-2015

---

# Diagnóstico de situación Propuestas de actuación

Enero 2012



## Índice

---

1	La población, el paciente.....	19
1.1	Demografía.....	19
1.2	Estado de salud de la población aragonesa.....	23
1.3	Percepción del usuario del sistema sanitario público.....	27
1.4	Propuestas de actuación.....	31
2	Organización y sistema corporativo.....	33
2.1	Servicio Aragonés de Salud: estructura y funciones.....	33
2.2	Mapa sanitario.....	36
2.3	Recursos asistenciales.....	37
2.4	Organigrama.....	39
2.5	Marco legal.....	40
2.6	Propuestas de actuación.....	53
3	Atención primaria.....	55
3.1	Recursos.....	55
3.2	Actividad asistencial.....	61
3.3	Resultados.....	63
3.4	Valoración.....	67
3.5	Propuestas de actuación.....	70
4	Atención hospitalaria.....	71
4.1	Recursos.....	71
4.2	Actividad asistencial.....	73
4.3	Resultados.....	76
4.4	Valoración.....	77
4.5	Propuestas de actuación.....	83
5	Atención al paciente crónico, dependiente y cuidados paliativos.....	85
5.1	Recursos.....	85
5.2	Actividad asistencial.....	86
5.3	Resultados.....	87
5.4	Valoración.....	87
5.5	Propuestas de actuación.....	89

6	Atención a urgencias y emergencias. ....	91
6.1	Recursos. ....	91
6.2	Actividad asistencial. ....	93
6.3	Resultados. ....	95
6.4	Valoración. ....	95
6.5	Propuestas de actuación. ....	98
7	Atención a la salud mental. ....	99
7.1	Recursos. ....	99
7.2	Actividad asistencial. ....	104
7.3	Resultados. ....	104
7.4	Valoración. ....	105
7.5	Propuestas de actuación. ....	107
8	Prestación farmacéutica. ....	109
8.1	Datos cuantitativos totales. ....	109
8.2	Algunos datos cualitativos: consumo de genéricos. ....	113
8.3	Valoración. ....	114
8.4	Propuestas de actuación. ....	115
9	Excelencia, seguridad, calidad en asistencia y mejora continua. ....	117
9.1	Sistemas de gestión de calidad asistencial. ....	117
9.2	Evaluación y mejora continua. ....	119
9.3	Fomento, motivación y reconocimiento de los avances en excelencia. ....	121
9.4	Propuestas de actuación. ....	124
10	Docencia e investigación. ....	125
10.1	Docencia. ....	125
10.2	Investigación. ....	129
11	Colaboración institucional y acción concertada. ....	137
11.1	Conciertos, convenios y contratos. ....	137
11.2	Transporte sanitario programado. ....	141
11.3	Propuestas de actuación. ....	145
12	Instalaciones, edificios y tecnologías médicas. ....	146
12.1	Edificios de uso asistencial. ....	146
12.2	Energía y consumos energéticos. ....	153
12.3	Recursos humanos y económicos. ....	154
12.4	Tecnologías médicas. ....	157
12.5	Vehículos. ....	157
12.6	Valoración. ....	163
12.7	Propuestas de actuación. ....	165

13	Tecnologías de información. ....	166
13.1	Infraestructuras y hardware.....	166
13.2	Proyectos.....	170
13.3	Recursos humanos y económicos. ....	177
13.4	Valoración. ....	179
13.5	Propuestas de actuación. ....	182
14	Las personas: profesionales, técnicos y trabajadores. ....	185
14.1	Plantilla orgánica y efectivos reales. ....	185
14.2	Gestión de personal. ....	192
14.3	Formación y desarrollo profesional. ....	215
14.4	Percepción de los profesionales.....	222
14.5	Recursos humanos asistenciales comparados. ....	224
14.6	Propuestas de actuación. ....	228
15	Suficiencia financiera y sostenibilidad económica. ....	231
15.1	Evolución de presupuesto y gasto real. ....	231
15.2	Gasto real 2011 previsto (capítulo I y capítulo II). ....	245
15.3	Valoración. ....	249
15.4	Propuestas de actuación. ....	250
16	Gestión de recursos y proveedores.....	252
16.1	Valoración. ....	254
16.2	Propuestas de actuación. ....	255
	Anexo: 403 medidas.....	256



## Introducción

---

El Real Decreto 1475/2001, de 27/12, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Aragón de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud, vino a completar el proceso de asunción de competencias en materia de asistencia sanitaria. Posteriormente el Decreto 6/2008 de 30/01, y el Decreto 43/2009 de 24/03 completarían la misión del Servicio Aragonés de Salud (SALUD). La función principal, su **misión**, se define como la provisión (gestión y administración) de la asistencia sanitaria en la Comunidad Autónoma.

La **visión**, plasmada en el programa de gobierno de D. Luisa Fernanda Rudi, pretende *“hacer de Aragón un sello de calidad reconocido y apreciado dentro y fuera de nuestras fronteras. Un Aragón líder, que vaya por delante y que sepa a dónde va. No queremos vivir al día, ni ser prisioneros de las circunstancias, sino trabajar para estar siempre un paso por delante de ellas...”* ... *“Para ello, debemos comenzar por lo urgente, por poner en orden las cuentas públicas, por adaptar nuestra estructura productiva a las nuevas exigencias de competitividad y productividad que nos llegan desde Europa y desde el resto del mundo, y por hacer un esfuerzo colectivo de modernización y de regeneración. Sólo así, trabajando con una ambición compartida para poner a Aragón a la vanguardia de España y de Europa podremos resolver lo que es urgente, la salida de la crisis, y concentrarnos luego en lo más importante: asegurarnos de que una vez superada la crisis seremos capaces de aprovechar todo nuestro potencial de crecimiento a medio y largo plazo.”* ... *“queremos situar de nuevo a Aragón en la vanguardia de España y en un puesto destacado entre las regiones de Europa. Aragón debe volver a ser un territorio clave en España, un pilar esencial de progreso y de cohesión nacional, y un factor de modernidad en la vida europea”*.

Situemos, pues, a Aragón como punto de encuentro común para hacer frente a una crisis que afecta a toda la sociedad. El Sistema de Salud también es clave en este proyecto social. Para situar a Aragón en la vanguardia, también en sanidad, debemos cumplir unos requisitos previos: adaptar el sistema sanitario en su punto de eficiencia y actuar sobre los costes, para garantizar la sostenibilidad. En segundo lugar, buscar la excelencia y caminar hacia la modernización y la innovación.

En Aragón y en España se ha producido un cambio político que conlleva una **nueva acción de gobierno**. La traducción de políticas generales en políticas sanitarias y éstas en desarrollo administrativo, aconseja una nueva formulación programática. Sólo hay gobierno si se ejerce. Conservando lo positivo y cambiando lo negativo. Hay elementos incuestionables como que la naturaleza pública de la sanidad que no está reñida con la eficacia y eficiencia, en un marco de recursos limitados y escasos.

- El Estado definió, en su momento, nuestro **Sistema Nacional de Salud** con: cobertura universal, financiación pública, provisión mixta, y regulación dentro del estado social y democrático de derecho.
- Las **políticas públicas** se orientan según el concepto social de salud; equilibrio entre necesidad y demanda; priorización por valor de prestaciones y coste asumible; asignación eficiente de recursos existentes.
- Dentro de las anteriores estarán las **políticas sanitarias**, caracterizadas por: aumentar la esperanza de vida; minimizar el dolor y sufrimiento; minimizar secuelas; y establecer planes de salud orientados a la mejora de salud sobre aquellas patologías más graves, de mayor incidencia o de mayor prevalencia.
- En la actualidad hay que añadir las **políticas económicas** de equilibrio presupuestario; contención del gasto y eliminación del déficit.
- Para un colectivo de casi 20.000 personas es fundamental establecer las **políticas de regulación de recursos humanos**, pactos sociales y sindicales, condiciones laborales, estabilidad, productividad, cumplimiento de obligaciones, etc.
- **Reorganización administrativa y nuevos proyectos legislativos**, que permitan o faciliten la adopción de las medidas necesarias.

El sector sanitario tiene un fuerte impacto social y económico: es factor principal en el Estado de Bienestar; es un sector que crea empleo; también consume recursos y materiales, genera riqueza, y actúa como economía de arrastre del sector servicios; genera gasto que detrae de otros usos alternativos o necesidades sociales; complementa a la riqueza empresarial en cuanto a salud del trabajador como factor de producción; regula las prestaciones sociales; tiene impacto en la organización de las familias; la demora en el pago de facturas pone en riesgo a muchas empresas; minimiza accidentes y catástrofes, etc. Pero sobre todo es una apuesta de futuro. El futuro de Aragón será consecuencia de las decisiones que tomemos en el presente.

- Aragón cuenta con 1.400.000 habitantes, en un territorio muy extenso (9% de España) y una de las densidades de población más bajas (28 habitantes/Km<sup>2</sup>); 13 municipios aglutinan el 68% de la población y 718 el resto. La ciudad de Zaragoza acoge a la mitad de la población de Aragón.
- El 20% de los aragoneses tiene más de 65 años. El envejecimiento es progresivo y superior a la media española. La esperanza de vida es de 79 años para los hombres y 85 años para las mujeres.
- Casi el 13% de la población son inmigrantes. En algunos núcleos es importante el factor inmigratorio desde países del este europeo y en menor medida del norte africano.
- El patrón del estado de salud es muy parecido a la media española, con impacto de la patología cardiovascular, respiratoria y oncológica. El envejecimiento, plantea una nueva necesidad asistencial derivada de la pluripatología y la necesidad de cuidados. Especial

énfasis en el autocuidado, la prevención y la atención en ámbito domiciliario sin internamiento.

- La situación geográfica también plantea problemáticas. El eje de comunicación, tanto carretera como ferroviario, este-centro de España, el norte-levante y el Francia-Portugal-Marruecos hace que el riesgo potencial tanto de accidente de tráfico como de transporte de ciertas mercancías sea elevado.
- Se produce importante desplazamiento de población turística de toda España en estaciones invernales, turismo estival de montaña, y acontecimientos deportivos.
- La cultura occidental, en España en particular, plantea un conflicto de demanda versus necesidad. Se gasta más de lo que se tiene, en un servicio que pagamos todos obligatoriamente. Frecuentemente se gasta en lo que determinados colectivos piden como reivindicación social, con escasa valoración de la necesidad; y muchas veces la reivindicación es más política que necesidad objetiva.
- Este sistema gratuito y con pocos controles genera bolsas de ineficiencia, conductas de consumo irresponsable y abusos que contribuyen a su deterioro.
- Existe población de zonas periféricas con demandas sociales y sanitarias orientadas a otras comunidades autónomas limítrofes. Aragón también da cobertura a otras comunidades. Se han producido conflictos por ausencia de mecanismos estatales reguladores.
- Se produce un importante impacto de población estival en nuestros pueblos. Hay mucha población flotante inscrita en padrones municipales de otras comunidades pero que viven (y consumen sanidad, pero no constan en la financiación) la mitad del año en Aragón.

El **Sistema Nacional de Salud** ha evolucionado en estos últimos 30 años de forma desigual. El escenario de traspaso de competencias sanitarias a las diferentes comunidades autónomas también marcó un desequilibrio en los puntos de partida en estructuras y financiaciones. Las políticas sanitarias en materia de personal, las inversiones en tecnologías e incluso reconocimiento de prestaciones e implantación de técnicas médicas todavía ha diversificado más el mosaico sanitario. La cruda realidad nos lleva ante un problema común: la insuficiencia económica; pero la solución no puede ser la misma para todos, pues sería injusta. No todos los déficits son iguales; no se han generado por las mismas causas; hay necesidades diferentes por dispersión y envejecimiento. El dispositivo de recursos tampoco es el mismo. Hay quien no tiene porque se lo ha gastado y hay quien no tiene porque nunca ha tenido...

- Nuestro escenario de aplicación es el Sistema Sanitario en Aragón, integrado por los recursos de SALUD, CASAR y centros concertados o colaboradores. Complementarios o sustitutorios pero no siempre bien coordinados. Los dispositivos del SALUD presentan dos aspectos de dificultad: la ciudad Zaragoza, por su volumen de población y concentración de alta tecnología, y la gran dispersión rural del resto de Aragón.
- La ciudad de Zaragoza cuenta con la mitad de la población de Aragón y cuatro hospitales. Dos de ellos de máximo nivel separados por una distancia de 500 metros, con tecnologías

duplicadas, recursos obsoletos y escasa coordinación. La tradicional cultura y prestigio personal de algunos profesionales ha generado conflictos de relación y poder.

- Solapamiento de la atención continuada y urgente con hasta cuatro estructuras haciendo lo mismo: urgencias hospitalarias, puntos de atención continuada con profesionales de atención primaria, MAC (médicos de atención continuada), SUAP y 061 Aragón.
- La zona rural abarca las tres provincias. La ruralidad, diseminación y despoblación plantea problemas de cobertura y carencia de atractivo para los profesionales. Obliga a dotar de gran cantidad de recursos en relación con la efectividad práctica obtenida. La capacidad de resolución también es baja y obliga a derivaciones a otros centros con tecnologías (generando demanda añadida a éstos).
- El SALUD dispone de 158 edificios directos (sin contar consultorios locales) con necesidades de consumo y mantenimiento de 714.000 m<sup>2</sup> y una flota de 237 vehículos, con media de 9,2 años de antigüedad (algunos de 25 años).
- En atención primaria dispone de 125 zonas de salud, 119 centros de salud y 873 consultorios, con importante asimetría (zonas básicas de salud que no superan los 2.000 habitantes en zonas rurales, con otros que superan los 25.000 habitantes en zonas urbanas). Queda por reformar el centro de Hermanos Ibarra de Zaragoza.
- El número de profesionales de atención primaria está por encima de la media española. La media de TIS por profesional está muy por debajo de la media española, si bien hay gran diversidad de cargas de trabajo de unos equipos a otros (2.390 en Valdespartera frente a 198 en Abiego). Los profesionales manifiestan sensación de carga burocrática a pesar de los desarrollos informáticos. Poca coordinación con Salud Pública (prevención y planes de salud).
- Casi 11.000.000 de consultas totales. La frecuentación es ligeramente más alta que la media española, con 5,9 visitas por habitante y año (en Teruel supera las 8 visitas).
- Atención hospitalaria cuenta con 9 hospitales, con 3.162 camas, (superior a la media nacional), 76 quirófanos y cinco centros de especialidades. Cierta obsolescencia tecnológica.
- Se realizan 127.000 ingresos, 924.000 estancias, y 2.300.000 urgencias. La ocupación media es de 77%. Ineficiencia en ingresos innecesarios (preoperatorios, pruebas, etc.). Utilización menor de 12 horas/día de alta tecnología. Escaso desarrollo de alta resolución.
- Actividad quirúrgica de 91.800 intervenciones quirúrgicas, rendimiento quirúrgico de 67 (68 mañana y 64 tarde). El 71% es actividad programada, 20% autoconcierto y 4% concierto externo. Baja implantación de cirugía mayor ambulatoria.
- Los servicios con mayor demora son: traumatología, cirugía vascular, cirugía general y oftalmología. La patología con mayor número de pacientes son las varices.

- Plantillas. El SALUD está formado por 18.682 personas, con una importante bolsa de contratación eventual, contratos de acumulación de tareas y comisiones de servicio. No se han realizado últimamente convocatorias de plazas, ni de traslados.
- Acceso. Existe una perversión del sistema de facultativos especialistas, con facultativos recién formados ocupando plazas eventuales en Zaragoza impidiendo que otros de mayor experiencia puedan ocuparlas. El resultado es saturación en grandes hospitales y carencia en los periféricos. Sistema de bolsa para cobertura de plazas, donde la transparencia y burocratización va en detrimento de la eficacia.
- Función directiva. Los directivos gestores son pocos, mal considerados y escasamente retribuidos. Los mandos intermedios superan los mil, actúan en relación ambivalente entre los directivos y los profesionales. Se ha iniciado la evaluación cuatrienal en el ámbito hospitalario. En atención primaria el coordinador no tiene funciones directivas; el directivo más próximo al profesional es el Director de Atención Primaria de sector.
- Clima laboral. En general, los profesionales del SALUD tienen una percepción positiva de su trabajo y se sienten orgullosos del mismo (89%), conocen sus responsabilidades y funciones (92%) y consideran que vale la pena esforzarse (78%). Dos tercios de los encuestados manifiestan no recibir o recibir poca información de los resultados de su trabajo, ni participar en las decisiones relativas a su centro, y la mitad de los trabajadores dicen conocer poco o nada sobre los objetivos del contrato de gestión. La mitad considera que no cuenta con el apoyo de sus jefes, ni siente reconocido su esfuerzo. La formación recibida para el puesto satisface al 55% de los encuestados. También cerca de la mitad no encuentran su lugar de trabajo cómodo física o ambientalmente. El 75% de los trabajadores están orgullosos en mayor o menor medida de pertenecer al SALUD.

A los problemas estructurales se añade la actual **crisis económica**. Desde el punto de vista económico, planteamos cinco grandes objetivos:

1. Déficit cero, equilibrio entre presupuesto y gasto real.
2. Limitación en presupuesto, priorización de acciones.
3. Eficiencia en la gestión.
4. Solventar la deuda acumulada.
5. Aliviar las tensiones de Tesorería y pago en plazos.

**1. Objetivo déficit 0:** Para lograrlo, el gasto real debe igualar al presupuesto asignado. No parece previsible un incremento en los ingresos, al menos a corto plazo. Por tanto las acciones correctoras deben encaminarse hacia el gasto.

- El presupuesto del Salud es de 1.724 millones €, supone el 32,35% de la Comunidad Autónoma de Aragón.

- Desde 2003, cada año ha existido mayor gasto real que presupuesto, estimado entre 8% y 10%. En 2011 El desfase anual entre presupuesto y gasto real se sitúa en torno a 140 millones €.
- Se han realizado planes de saneamiento (en 2005 por 140 millones €; y en 2009 por 207 millones €).
- La crisis económica obliga a medidas de austeridad. No obstante se debería estudiar los sistemas de financiación; volumen de usuarios reales; sistemas alternativos de financiación y comparar la equidad entre comunidades autónomas.
- Es incuestionable la necesidad de equilibrio presupuestario. Conviene valorar si esta convergencia presupuesto con gasto real se hace en un solo ejercicio o a los largo de varios.

**2. Limitación en presupuesto y priorización.** Esta limitación económica en el presupuesto exige mayor control del gasto. También priorización de acciones, aplazando o suspendiendo proyectos (algunos históricos); y por supuesto, eficiencia en la gestión.

- El desfase entre presupuesto y gasto real se posiciona en capítulo II, generando una deuda que en la actualidad supera ampliamente los 400 millones €. El capítulo VI se resiente y agudiza la descapitalización tecnológica y de las infraestructuras.
- La distribución de gasto real por sectores Zaragoza I-II: 40%; Zaragoza I-Calatayud: 26%; Huesca-Barbastro: 15%; Teruel-Alcañiz: 11%.
- La atención hospitalaria supone el 75%, la atención primaria el 19%.
- Por hospitales: Hospital Universitario Miguel Servet emplea 40%, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa el 24%, Hospital San Jorge el 8%, Hospital Royo Villanova el 7% y Hospital Obispo Polanco: 6%.
- Los presupuestos de los centros están marcados por la tendencia histórica y no por un análisis de necesidades reales. No hay sistema de presupuesto capitolativo, por actividad o por cartera de servicios. Igualmente se incorporan nuevas acciones, de forma poco controlada, y que no llevan su financiación paralela. La tendencia de los gestores es a no perder presupuesto (o sea gastarlo todo para no perderlo en el ejercicio siguiente) y se desincentiva la cultura de contención del gasto.
- Actualmente se evalúa mal. Los actuales contratos de gestión o planes de calidad son instrumentos burocráticos sin valor ejecutivo real. Se maximiza el factor administrativista (procedimiento correcto) sin valorar la finalidad u oportunidad.
- En los últimos años se han tomado decisiones sin valorar su impacto económico, no sólo para el ejercicio, sino también para posteriores. Algunas tan críticas como el Plan de Sistemas o el Plan de Urgencias.

- La implantación de acuerdos sindicales 2002-04; 2005-07; 2008-10 han supuesto importantes incrementos de capítulo I. El acuerdo de 2007, en Mesa Sectorial, supuso un mayor incremento retributivo por carrera profesional e incremento de valor de hora de guardia. El Estatuto Básico del Empleado Público incrementó el gasto por antigüedad a personal temporal y días de libre disposición, con sus sustituciones correspondientes.
- Las plazas incrementadas tienen gasto autorizado pero están pendientes de creación, lo que conlleva que estos profesionales tengan relación laboral temporal. El gasto de personal MIR también se ha incrementado.
- El capítulo II ha soportado incrementos de IPC y de dos puntos en IVA, incremento de gasto en farmacia, de implantes y de nuevos materiales y técnicas.
- En capítulo IV se ha minorado por la gestión de precios y por derivación a capítulo II (farmacia hospitalaria).
- El capítulo VI, los importes deben cubrir obras plurianuales ejecutadas con anterioridad.
- La falta de renovación de equipos por deterioro o obsolescencia y Plan de Sistemas descansan sobre el maltrecho capítulo II.

**3. Eficiencia en la gestión.** Esta limitación económica en el presupuesto; exigente mayor control del gasto; priorización de acciones, aplazando o suspendiendo proyectos (algunos históricos); y eficiencia en la gestión.

- En capítulo I se ejecuta en su totalidad, desplazando las obligaciones de pago a capítulo II. La nómina supone 291 millones € y Seguridad Social: 132 millones €.
- En capítulo I, la tercera partida más importante es sustituciones: 107 millones €; antigüedad, carrera profesional y exención de guardias supone 81 millones €; atención continuada: 50 millones €; formación: 22 millones €; productividad variable: 11 millones €; finalmente autoconcierto y complementos específicos: 12 millones €.
- Las demoras quirúrgicas y médicas han ocasionado incrementos en programas de autoconcierto y programas complementarios B y C. También ha tenido especial relevancia la exención de guardias. No siempre estas retribuciones se han utilizado adecuadamente o no han tenido la finalidad pretendida. Se revisarán las características de la lista de espera; pero, en ningún caso se aplicará autoconcertación en aquellos servicios que no tengan adecuados rendimientos en jornada habitual (mañana). También revisión de la organización, horarios y complementos en atención primaria.
- La atención continuada supone un gasto importante de 50 millones € que convive con carencias de organización sanitaria y solapamientos. La revisión del modelo actual, horarios y demandas permitirá redistribución más efectiva de recursos.
- La formación tiene un impacto de 22 millones € y sus contenidos no siempre reflejan las necesidades de eficiencia requeridas.

- Los miembros en órganos de representación son de 200, con disponibilidad de 154.620 horas que suponen 4.434.501 €. El número de dispensados sindicales es de 40, con un coste 1.817.282 €. El exceso de horas es de 63.360 con coste anual medio de 1.817.614 €.
- El total de absentismo por incapacidad temporal (IT) se cifra en 383.602 días, supone 18 días por trabajador. La gestión correcta de IT, con las prestaciones necesarias para quien lo precise, pero evitando el fraude. La supervisión por parte de Inspección Médica debe permitir disminuir el absentismo y por tanto coste, tanto directo como de sustituciones.
- La carrera profesional se aplica a 14.072 personas (977 nivel I; 1.844 nivel II y 11.251 nivel III).
- El sistema de información común debe permitir mejor acceso a la documentación de cualquier paciente en Aragón, evitando demoras y pruebas innecesarias. Su impacto en el gasto también es evidente por la reducción de pruebas o terapéuticas (especialmente farmacéutica). El Sistema de Información de SALUD debe permitir una Historia Clínica Única para todos los ciudadanos.
- Existen dificultades para contratar determinados servicios y menor concurrencia de empresas en los procedimientos de compra y, por otro, el incremento de los precios por la ausencia de garantías de cobro en el plazo legal y la posibilidad de incurrir en gastos financieros. La capacidad de negociación basada en negociar los plazos de pago desaparece. Asimismo, las unidades administrativas están realizando compras con criterios diferentes. La unificación de la función de compra debe permitir economías de escala, mediante compra centralizada.
- El ciudadano y el profesional deben ser conscientes del coste de sus decisiones asistenciales.

**4. Solventar la deuda acumulada.** La deuda acumulada de ejercicios anteriores presiona negativamente sobre el ejercicio económico. La deuda normalmente se aplica al presupuesto corriente del ejercicio siguiente, con los efectos de que tensiona la tesorería por prioridad en facturas atrasadas; aumenta costes al no poder negociar en precios y mayor gasto por penalizaciones, intereses de demora y demandas judiciales.

- Tradicionalmente se realizaron planes de saneamiento en 2005 y 2009 (2005 por 140 millones €; y en 2009 por 207 millones €).
- La concesión de un suplemento de crédito para atender obligaciones pendientes por el Gobierno de Aragón (Decreto-Ley 2/2011, de 29/12) permitirá hacer frente a los pagos.

**5. Aliviar las tensiones de tesorería y pago en plazos.** Mediante un calendario y compromiso de pago en las condiciones convenidas, a efecto de que las empresas proveedoras puedan tener sus previsiones.

Para hacer frente a estos retos —misión y visión frente al actual escenario económico— precisábamos de un marco conceptual que permitiera compartir la orientación, marcar el destino, definir el itinerario y establecer el rumbo. Esta es la razón de ser del presente documento.

## Metodología

---

Sobre la base metodológica de la planificación estratégica se ha estructurado una línea de trabajo que permita integrar los aspectos puramente técnicos, con las directrices de política sanitaria, los requisitos de gestión y la participación de los grupos de interés.

La **elaboración** ha sido un trabajo interdisciplinario, a cargo de gestores y expertos. Durante cinco meses, más de 140 personas han intervenido en su redacción, y más de 30 entidades y organizaciones han aportado sus propuestas. Se han revisado estudios previos. El contenido (se recoge parcialmente en el presente documento) incluye los siguientes apartados:

1. Recogida de datos, análisis y diagnóstico de situación.
2. Propuesta de objetivos y medidas a aplicar.
3. Propuestas de actuación, mediante fichas individuales para su seguimiento.
4. Priorización y recursos necesarios.

La **participación**, con aportaciones de opiniones y mejoras sobre el diagnóstico y las propuestas, se desarrollará en los diferentes centros sanitarios, entidades sociales, organismos e instituciones, a lo largo de un mes.

La **implantación**, se desarrollará en esta primera fase en el periodo 2012 a 2015. Tras este periodo se realizará un nuevo análisis de situación. La **implementación** se iniciará con el Contrato de Gestión de 2012, mediante objetivos concretos (operativos y evaluables), acciones, y presupuestos.

1. Los ámbitos de **operativización de los objetivos** marcados se materializan en las estructuras y recursos asistenciales. Las **medidas** se articulan en el sistema de gestión de las respectivas gerencias:

- SALUD corporativo.
- 061 Aragón.
- Zaragoza I-II.

- Zaragoza III-Calatayud.
  - Huesca.
  - Teruel.
2. Los objetivos concretos se planifican y evaluarán en el **Contrato de Gestión de cada gerencia**. A su vez, objetivos y acciones concretas vienen reflejados en objetivos marcados por cada gerencia a cada hospital, equipos de atención primaria y otros.
  3. Los **recursos** e **incentivos** estarán vinculados a la consecución de los objetivos.
  4. **Revisión** y **evaluación** anual de problemáticas, líneas, objetivos y acciones.

La **evaluación**, se realizará al finalizar cada ejercicio económico, con evaluaciones parciales cada seis meses. Evaluación final en 2015.

## Estrategia

---

La **estrategia de actuación** prevista se articula en cuatro grandes **ejes**:

1. **Adecuación de la estructura (A)**. Disponer y ordenar la estructura de recursos humanos, técnicos, edificios, económicos, gestión, equipos y sistemas, para facilitar los mejores resultados en términos de salud. Equitativamente, sin carencias ni despilfarros.
2. **Sostenibilidad y perdurabilidad económico-financiera (S)**. La única manera de trabajar por el sistema sanitario público es hacerlo sostenible y perdurable.
  - Se precisa buscar una mejor financiación sin olvidar el rigor en el gasto.
  - Ahora más que nunca, la búsqueda de la eficacia y eficiencia es el requisito imprescindible para progresar adecuadamente en la difícil situación actual. Las deficiencias en la gestión de pagos o carencias de tesorería afectan al resto de la sociedad aragonesa.
  - La gestión moderna y eficaz, clara y transparente. Evolución desde la antigua administración hacia las nuevas formas de gestión. Desburocratización garantizando el control.
  - La responsabilidad en aspectos laborales, los abusos y egoísmos de unos perjudican al conjunto de todos.

- También la revisión de las prestaciones legalmente reconocidas, la correcta utilización, el consumo responsable del paciente y su corresponsabilización en el mantenimiento de la propia salud.
3. **Excelencia (E).** La asistencia sanitaria es un arte que requiere ciencia, conocimiento, tecnología, actitudes, valores y aptitudes personales; en una acción coordinada con otros profesionales y agentes. La mejora continua de lo cotidiano, de estos factores debe ser la prioridad que guíe nuestro sistema sanitario público. Identificar a los buenos y premiar a los mejores.
  4. **Innovación (I).** El sistema sanitario es dinámico y evolutivo. A la vocación docente e investigadora se debe unir la innovadora para avanzar. Modernización, nuevas tecnologías y superación de viejos patrones en la organización. Incentivar las nuevas ideas y reconocer los méritos, frente al inmovilismo y la rigidez.

Las **áreas de aplicación** de estas estrategias son las propias del sistema asistencial del SALUD:

1. La población, el paciente.
2. Organización y sistema corporativo.
3. Atención primaria.
4. Atención hospitalaria.
5. Atención paciente dependiente, crónico y cuidados paliativos.
6. Atención urgencias y emergencias.
7. Atención a salud mental.
8. Prestación farmacéutica.
9. Excelencia, seguridad, calidad en asistencia y mejora continua.
10. Colaboración institucional y acción concertada.
11. Instalaciones y edificios y tecnologías médicas.
12. Tecnologías de Información.
13. Las personas: profesionales, técnicos y trabajadores.
14. Suficiencia financiera y sostenibilidad económica.
15. Gestión de recursos y proveedores.



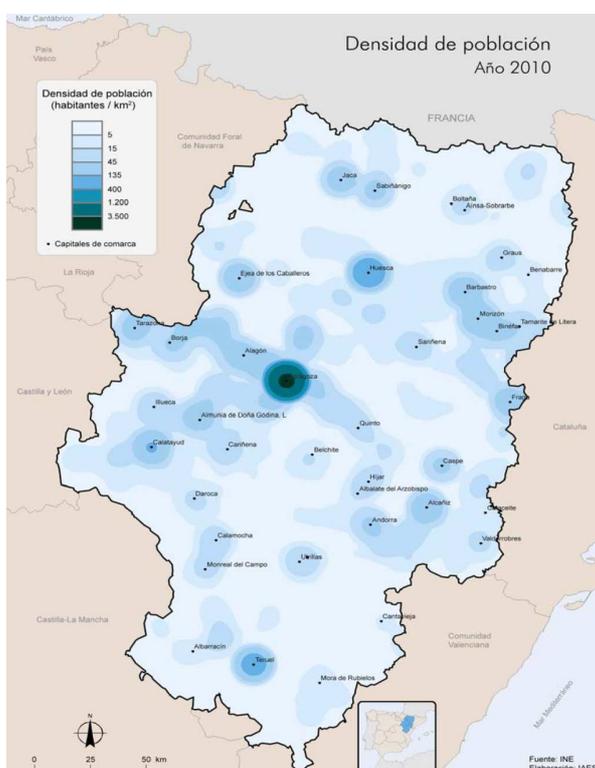
# 1 La población, el paciente.

## 1.1 Demografía.

La comunidad autónoma de Aragón tiene una superficie total de 47.719 Km<sup>2</sup>, algo más del 9% de la superficie total de España, y según datos del último padrón, en el año 2010 contaba con una población de 1.347.095 personas.

La **densidad de población** de Aragón se sitúa en cifras de las más reducidas del país (en torno a 28,2 habitantes por Km<sup>2</sup>, frente a los 92,4 de España o los 113 del conjunto de la Unión Europea de los 27). Esta distribución de la población tampoco es uniforme dentro de la comunidad, con una diferencia notable entre Zaragoza (con 56,34 habitantes por Km<sup>2</sup>) y las otras dos provincias (Huesca 14,62 y Teruel 9,81).

Se observa por este motivo que la **distribución por zonas** entre las urbanas, las intermedias y las rurales está inclinada hacia el entorno rural en número de municipios (más del 90% de los mismos) y hacia el entorno urbano en número de población (68%).



	Habitantes	Municipios		Población	
		Número	%	Número	%
Total		731	100,0	1.347.095	100,0
Zona rural	<2.000	670	91,7	227.516	16,9
Zona intermedia	2.000-10000	48	6,6	199.897	14,8
Zona urbana	>10.000	13	1,8	919.682	68,3

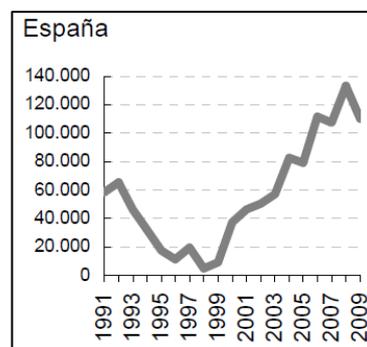
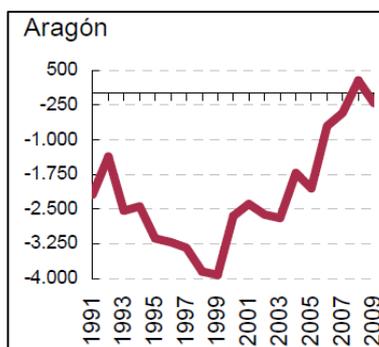
Instituto Aragonés de Estadística (IAE): padrón municipal de habitantes, 01/2010.

La **evolución de la población** mantiene una variación anual creciente en las últimas décadas, aunque con una disminución en los últimos años (en el año 2010 el crecimiento interanual fue de sólo el 0,1%, frente al 1,4% en 2009 y 2,3% en 2008).

Año	Aragón	% variación	España	% variación	Aragón/Esp
2002	1.217.514	1,1	41.837.894	2,4	2,91
2003	1.230.090	1,0	42.717.064	2,1	2,88
2004	1.249.584	1,6	43.197.684	1,1	2,89
2005	1.269.027	1,6	44.108.530	2,1	2,88
2006	1.277.471	0,7	44.708.964	1,4	2,86
2007	1.296.655	1,5	45.200.737	1,1	2,87
2008	1.326.918	2,3	46.157.822	2,1	2,87
2009	1.345.473	1,4	46.745.807	1,3	2,88
2010	1.347.095	0,1	47.021.031	0,6	2,86

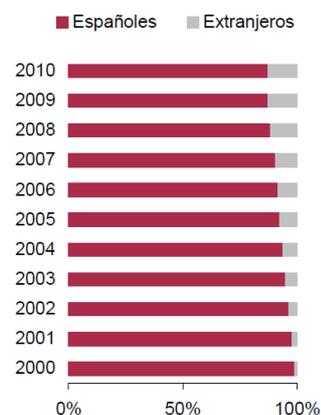
IAE: padrón municipal de habitantes, 01/2010.

Analizando la variación intercensal se observa un menor crecimiento de población que España e incluso un saldo vegetativo levemente negativo en el último periodo disponible (año 2009, descenso en Aragón de 200 habitantes, frente al incremento de 110.000 en el conjunto de España). Este saldo vegetativo es también desigual dentro del territorio de nuestra comunidad: el descenso en 200 personas de ese año, se debe a un descenso en torno a 400 habitantes en la provincia de Huesca y 470 en la de Teruel, frente al incremento de 670 habitantes en Zaragoza.



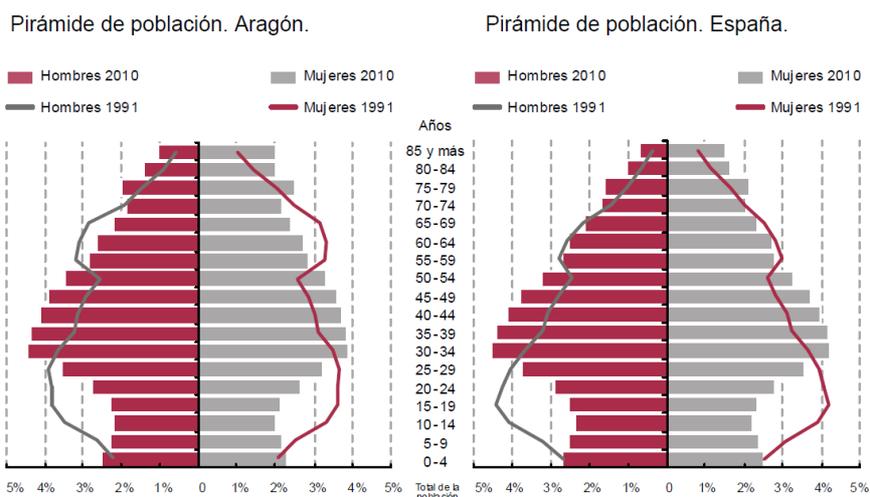
Este crecimiento negativo se ha visto compensado por el efecto de la inmigración, que hasta el año 2010 era positivo y progresivamente creciente. La población extranjera empadronada en Aragón ha ido creciendo hasta suponer el 12,8% del total de población censada en ese año 2010 (7,8% de no comunitarios). Esta cifra está por encima de la media nacional (12,2% de población censada extranjera en España en el mismo año).

En cuanto al origen de esa población, en el caso de Aragón se focaliza principalmente en población de origen rumano (37,3% del total de extranjeros) y marroquí (10,6%).



La **distribución de la población por grupos de edad** muestra un importante envejecimiento de la población aragonesa, superior a la media nacional, de forma que el índice de envejecimiento en el año 2010 era de 109,6 puntos para Aragón, frente al 85,8 de España. La población mayor de 64 años en Aragón es el 19,8% del total (en España el 16,9%). Este envejecimiento es progresivo, como se observa en la evolución de las pirámides de población (2010 frente a 1991).

	Total	Hombres	Mujeres	%
<b>Total</b>	<b>1.347.095</b>	<b>673.177</b>	<b>673.918</b>	
0 a 14 años	182.608	94.098	88.510	13,56
15 a 34 años	338.381	176.469	161.912	25,12
35 a 54 años	410.172	213.302	196.870	30,45
55 a 64 años	149.854	74.269	75.585	11,12
65 a 84 años	224.669	101.148	123.521	16,68
85 y más años	41.411	13.891	27.520	3,07

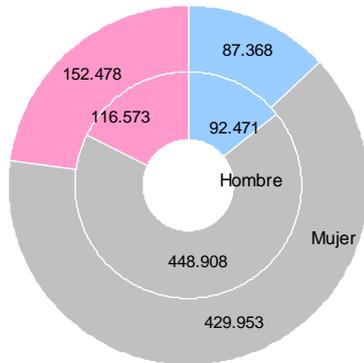


IAE: padrón municipal de habitantes, 01/2010.

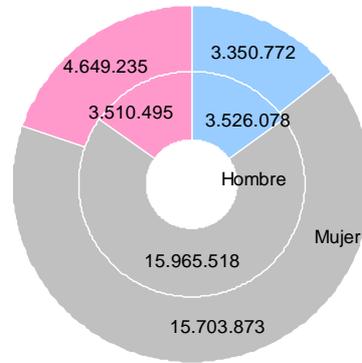
Este envejecimiento se ve asociado a una tasa global de dependencia también por encima de la española (49,9 frente a 46,2).

Tarjetas sanitarias (TSI) por grupo de edad y sexo

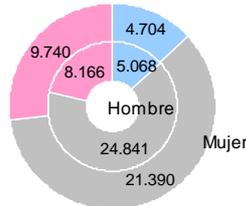
Aragón



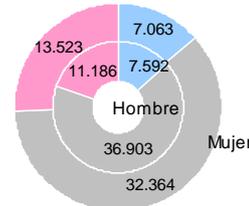
Sistema Nacional de Salud



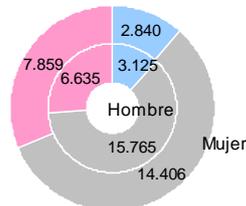
Sector sanitario de Alcañiz



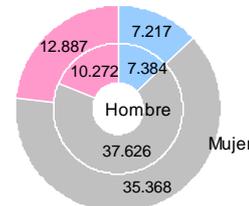
Sector sanitario de Barbastro



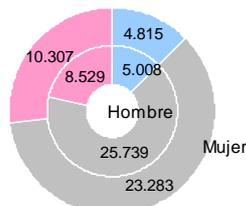
Sector sanitario de Calatayud



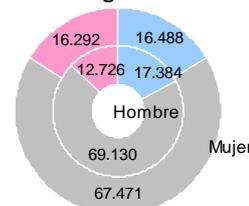
Sector sanitario de Huesca



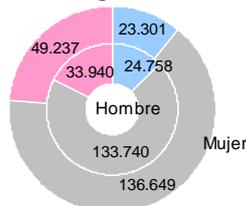
Sector sanitario de Teruel



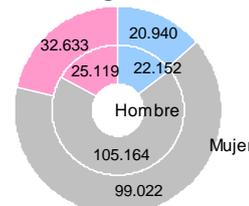
Sector sanitario de Zaragoza I



Sector sanitario de Zaragoza II



Sector sanitario de Zaragoza III



de 0 a 14 años      de 15 a 64 años      65 y más años

Base de Datos de Usuario (BDU) a 31/12/2010.

## 1.2 Estado de salud de la población aragonesa.

### Esperanza de vida.

De manera casi idéntica al global de la población española, la **esperanza de vida al nacimiento** se situaba en el año 2009 en torno a los 79 años en varones y los 85 años en mujeres, con una tendencia creciente casi constante: desde 1991 ha aumentado en casi cuatro años.

	Varones	Mujeres
1991	75,28	81,16
1996	75,89	82,43
2001	77,13	83,48
2006	78,45	84,59
2007	78,20	84,76
2008	79,04	84,61
2009	78,94	85,04

Instituto Nacional de Estadística (INE): tablas de mortalidad de la población española, 2011.

### Hábitos de vida.

En este aspecto, las características de la población de Aragón son en general muy similares al resto de España, con tendencia a conductas sedentarias y a la prevalencia de hábitos tóxicos como el tabaquismo. Los siguientes datos proceden de la última Encuesta Nacional de Salud (2006) y el análisis realizado desde la Dirección General de Salud Pública (2010):

- **Tabaco.** En España un 29,5% de los mayores de 16 años son fumadores, y en Aragón el 28,5%, aunque esta diferencia se reduce al computar sólo los fumadores habituales: el 26,4% en España y el 26,3% en Aragón. La edad media de inicio es de 17,4 años en España y de 16,7 años en Aragón.
- **Alcohol.** Un 55,7% de los españoles y un 58,8% de los aragoneses habían consumido alcohol en las dos semanas anteriores a la encuesta. La edad media de inicio es muy similar en España (18,9 años) y en Aragón (18,5 años).
- **Ejercicio.** Se observan diferencias apreciables: un 58,8% de los españoles y un 47,9% de los aragoneses no realiza todo el ejercicio físico deseable (al menos 30 minutos tres veces por semana). El 12% de los niños aragoneses no realizan ningún tipo de ejercicio físico en su tiempo libre; en España, el 19,9%.
- **Hábitos alimentarios.** El 96,6% de los aragoneses desayunan a diario, y en España es el 97,1%. El 75,0% de los aragoneses consumen fruta a diario, mientras que en España es el 66,8%. En Aragón, el 63,71% de los encuestados consumen verduras y hortalizas a diario y en España, el 40,6%. El 49,7% de los niños aragoneses consumen dulces a diario y en España, el 40,8%.

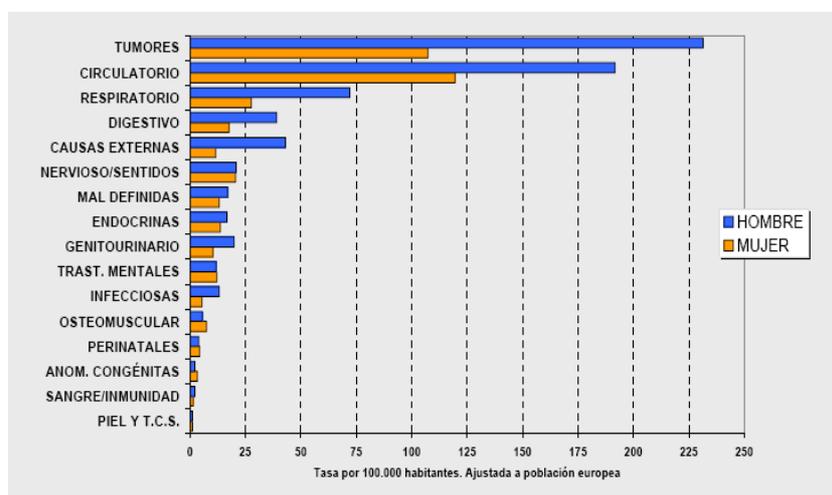
- **Sobrepeso y obesidad.** En España el 15,5% de la población mayor de 18 años padece obesidad, y en Aragón, el 15,6%, mientras que en 2003 las cifras eran 13,3% en España y 12,4% en Aragón. En sólo tres años ha habido un incremento del 16,5% en España y del 25,0% en Aragón. La obesidad se acrecienta con la edad en ambos sexos y es más frecuente en hombres que en mujeres, salvo en los mayores de 65 años.

Un 34% de los aragoneses (un 37,7% en España) padece sobrepeso y los niños presentan sobrepeso u obesidad en un 20,4%. Este problema afecta en mayor medida a los hombres (62,8%) que a las mujeres (44,6%). Esta condición supone un factor de riesgo para enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, la diabetes o los problemas osteoarticulares entre otros, y se ha calculado que puede consumir un 6,9% del gasto sanitario anual (datos de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad).

En sentido contrario, cabe destacar que el 8,4% de las personas de 18 a 24 años tiene peso insuficiente. Por sexo, el porcentaje aumenta al 13,3% en el caso de las mujeres, frente al 3,6% de los hombres de este tramo de edad.

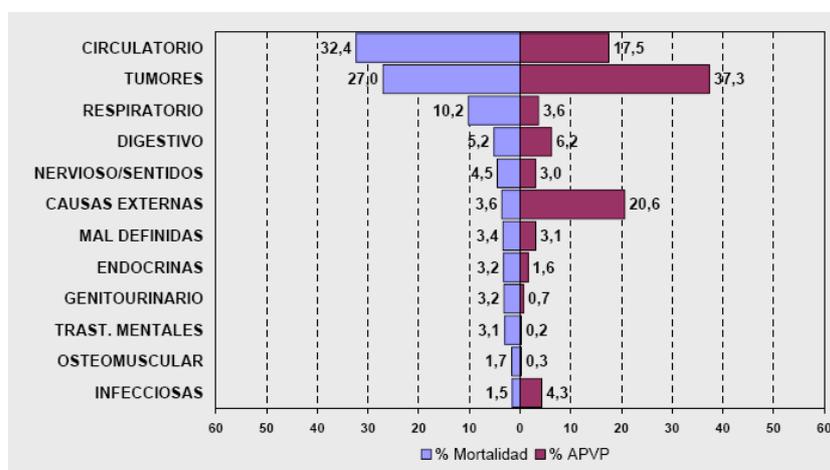
### Causas de defunción e ingreso hospitalario.

El análisis de **las tasas ajustadas de mortalidad** por grandes grupos de causas, para el global de Aragón, muestra que del total de las muertes, son las enfermedades del sistema circulatorio la causa más frecuente en ambos sexos.



Globalmente, la suma de las tres primeras causas (circulatorio, tumores y respiratorio) suponen el 70% del total, con una importancia destacada sobre el resto. Hay que resaltar cómo las causas externas, con un importante peso interno de los accidentes de tráfico, van descendiendo en su importancia relativa, ocupando el quinto puesto en los varones y el undécimo en las mujeres.

La comparación del porcentaje de Años Potenciales de Vida Pedidos (APVP) que supone cada causa sobre el total de APVP —como buen indicador de mortalidad prematura— resalta la gran diferencia de tasas entre varones y mujeres para los principales grupos de causas.



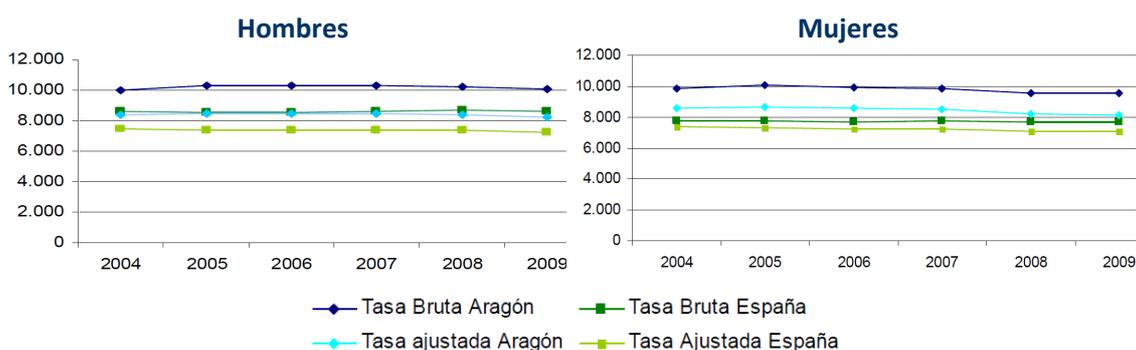
Tanto la mortalidad por patologías cerebro-vasculares como por enfermedad isquémica del corazón presentan una tendencia a la baja de las tasas ajustadas de mortalidad en los últimos 10 años, lo que ha propiciado que los tumores en los hombres pasen a ocupar la primera causa de muerte desde el año 2000.

Entre los tumores destaca el bronco-pulmonar, como primera causa de muerte en los hombres. En ellos presenta una tendencia neutra en los últimos años, pero en las mujeres, a pesar de la gran diferencia de tasas con los hombres, presenta una clara tendencia ascendente del 43% en los últimos 10 años.

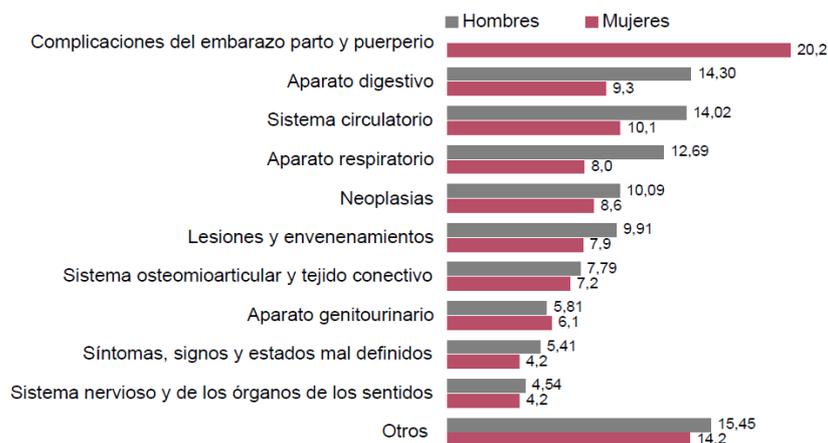
Por otra parte, la **mortalidad infantil** ha presentado un fuerte descenso en los últimos años tanto en Aragón como en el resto de España. En el año 2007 fallecieron 49 niños menores de un año en Aragón, que representa una tasa de mortalidad infantil de 3,8 por 1000 nacidos vivos.

En cuanto a la **morbilidad hospitalaria**, Aragón presenta unas tasas de altas hospitalarias brutas y ajustadas más altas que el conjunto de España durante todo el periodo 2004-2009, siendo esta diferencia más marcada al observar las tasas brutas, debido a las características de la población de Aragón, más envejecida que el resto de España. Esta diferencia es mayor en el caso de las mujeres y, como se observa en los siguientes gráficos, las cifras se mantienen estables durante el periodo de estudio, con un ligero descenso en los hombres en 2008 y 2009.

Tasas de morbilidad hospitalaria (por cien mil habitantes). Aragón/España.



En cuanto a las principales **causas de ingreso hospitalario** existen diferencias entre población femenina (con un predominio de complicaciones asociadas al parto, sistema circulatorio, aparato digestivo, neoplasias y aparato respiratorio) y población masculina (con predominio de enfermedades del aparato digestivo, sistema circulatorio, aparato respiratorio y neoplasias).



IAE: datos de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 2009 (INE).

### Valoración del estado de salud y problemas crónicos de salud.

En relación a las diferentes medidas del **estado de salud percibido** se aprecia en las diferentes encuestas de salud unos valores similares a los del conjunto de España. Casi el 74% de la población aragonesa declara tener un estado de salud bueno o muy bueno según datos sobre percepción subjetiva del estado de salud, pero, al no estar desglosados por edad, desconocemos la calidad de vida de los ancianos. Sirva el dato de que en Aragón el 46,7% de personas mayores de 80 años sufren algún tipo de discapacidad.

	Personas (miles)	%
<b>Total</b>	<b>1.117,7</b>	<b>100,0%</b>
Muy bueno	220,8	19,8%
Bueno	603,0	54,0%
Regular	192,7	17,2%
Malo	77,7	7,0%
Muy malo	23,5	2,1%

IAE: encuesta de condiciones de vida, 2009.

Según la Encuesta Europea de Salud en 2009, el 70,9% de los ciudadanos de 16 y más años valora su estado de salud en los últimos doce meses como bueno o muy bueno. Por sexo, el 75,8% de los hombres declara tener un buen estado de salud frente al 66,1% de las mujeres.

En todos los grupos de edad los hombres afirman tener mejor salud que las mujeres, y esta brecha de valoración positiva del estado de salud según sexo se acentúa con la edad.

Los **trastornos más frecuentes** padecidos por la población de 16 y más años en los doce meses anteriores a la encuesta y diagnosticados por un médico son: la hipertensión arterial (17,2%),

los dolores lumbares (16,3%) y cervicales (14,2%), la alergia crónica (12,0%), y las migrañas y dolores de cabeza frecuentes (8,6%).

A continuación se encuentra: la ansiedad crónica (6,0%), la diabetes (5,9%), la depresión (5,3%) y el asma (4,3%). Todos los problemas de salud señalados, salvo la diabetes, tienen una mayor presencia en las mujeres que en los hombres.

El 10,5% de la población de 16 años y más ha padecido dolor o molestia física en grado severo o extremo durante las cuatro semanas anteriores a la encuesta. La proporción es mayor en los grupos de edad más avanzada y en las mujeres. Así, en el grupo de 75 años y más alcanza el 23,4% (16,0% en los hombres y 28,3% en las mujeres).

En conjunto, el 7,3% de la población española tiene alguna dificultad para realizar las actividades básicas de la vida diaria, como alimentarse, asearse, vestirse o levantarse. Este porcentaje asciende al 26,5% en las personas de 65 y más años. Por su parte, el 14,6% encuentra alguna limitación para hacer las actividades domésticas por motivo de salud (el 9,0% de los hombres y el 19,9% de las mujeres).

### 1.3 Percepción del usuario del sistema sanitario público.

---

El Barómetro sanitario de 2010 refleja que la sanidad supone la principal **área de interés** para un 35% de la población aragonesa, de forma estable desde hace más de 10 años. Este mismo análisis muestra que para el 80% de la población el sistema sanitario funciona bastante bien o funciona bien aunque con necesidad de algunos cambios.

De manera periódica y continua desde hace varios años, se realizan **encuestas de satisfacción y opinión**. Se resume a continuación los principales resultados obtenidos en las mismas:

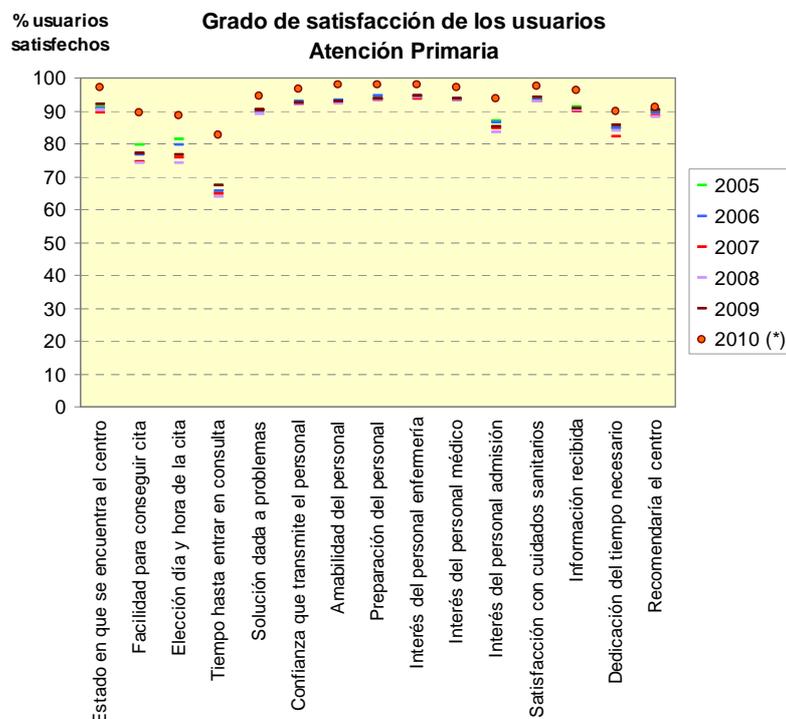
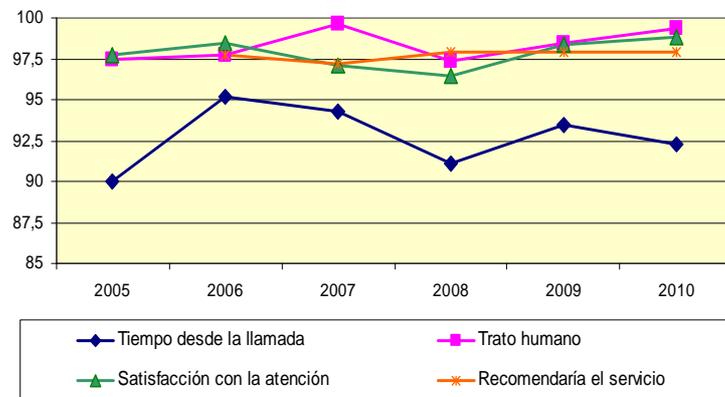
- En general, los usuarios de **atención primaria** manifiestan un alto grado de satisfacción con la mayor parte de los aspectos analizados. El 90% recomendarían su centro de salud.

En el conjunto de Aragón, el tiempo de espera desde la hora de la cita hasta entrar en la consulta es el aspecto peor valorado por los usuarios, seguido de la posibilidad de elección de día y hora para cita y de la facilidad para conseguir la misma. Esta percepción se mantiene a lo largo del tiempo.

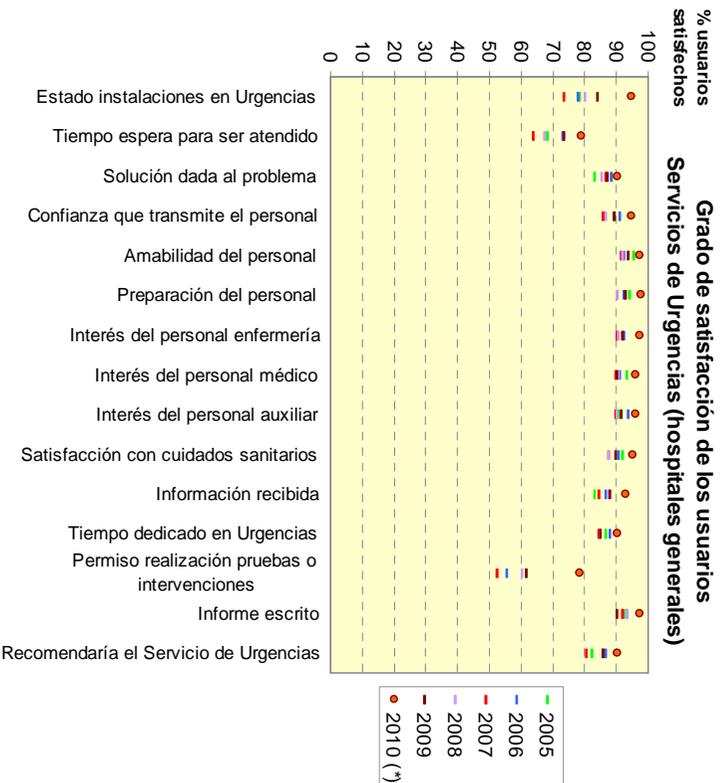
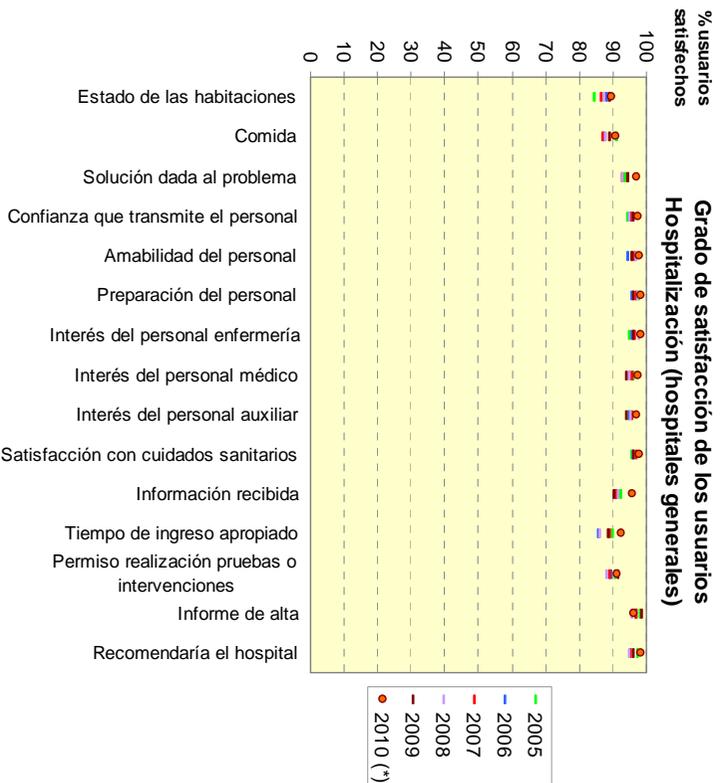
- La satisfacción de los usuarios que han pasado por una **hospitalización** es muy elevada, la más alta de todos los ámbitos de atención sanitaria. El 96 % de los encuestados recomendarían el hospital donde han estado ingresados.
- Por otra parte, los usuarios de los **servicios de urgencia** hospitalarios valoran positivamente la amabilidad, la preparación y el interés del personal y los cuidados sanitarios. Sin embargo, el 27% de los encuestados valoran negativamente el tiempo de espera y el 16% se muestra descontento del estado en que se encuentran las instalaciones.

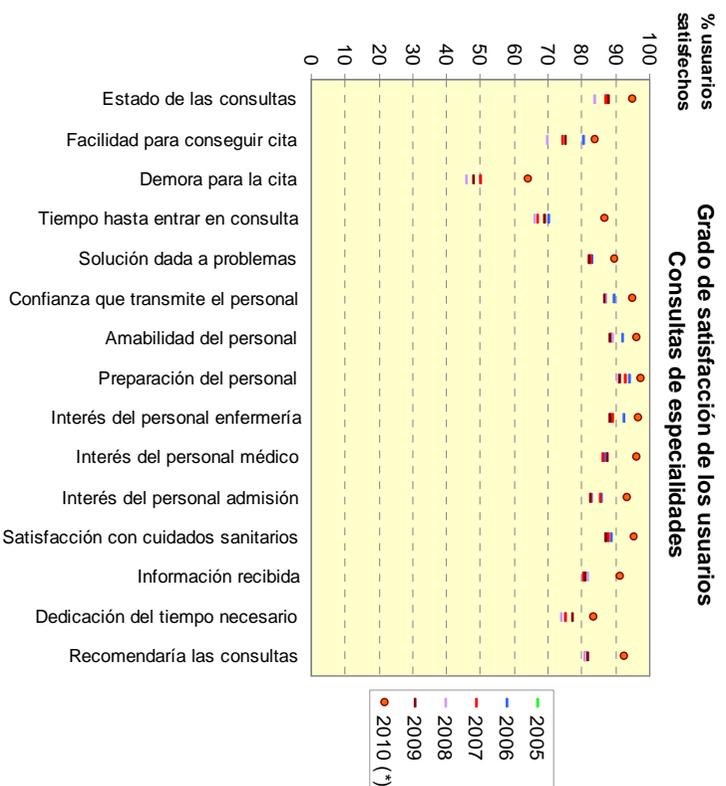
- También los usuarios de los **centros de especialidades** valoran positivamente la preparación, amabilidad e interés del personal, especialmente de enfermería. En el extremo opuesto, más de la mitad de los encuestados consideran excesiva la demora para las citas y más del 30% está descontento con el tiempo de espera para entrar en consulta desde la hora de la cita. El 82% de los encuestados recomendaría el servicio.
- Respecto a la opinión sobre el **061 Aragón**, cabe destacar la mayor satisfacción con la preparación y trato humano del personal, así como con la información recibida. En conjunto, el 98% de los usuarios encuestados recomendaría el servicio.

Grado de satisfacción de los usuarios  
061 Aragón



(\*) Año 2010:  
Cambio en la metodología de recogida de datos y resultados sin ponderar





(\*) Año 2010:  
 Cambio en la metodología de recogida de datos y resultados sin ponderar

## 1.4 Propuestas de actuación.

		A	S	E	I
1.1	Adaptar el sistema sanitario al envejecimiento de la población, con respuestas específicas a la pluripatología y cronicidad.	X			X
1.2	Adaptar el sistema sanitario a la elevada dispersión en el ámbito rural.	X			X
1.3	Reducir la actividad preventiva de escaso valor (cáncer cuello útero, programa del niño sano), y reorientar los cribados poblacionales a segmentos con mayor efectividad contrastada: prevención de cáncer colorrectal, etc.			X	
1.4	Reorientación del dispositivo sanitario a la cartera de servicios reconocida.	X	X		
1.5	Priorización de la respuesta asistencial a las necesidades sanitarias más prevalentes de la población. Desarrollo de las estrategias de salud.			X	
1.6	Potenciación de hábitos de vida saludable, identificando aquellos factores que generan mayor morbilidad.			X	
1.7	Mejora de la accesibilidad al sistema asistencial.	X			
1.8	Mejora de la información del paciente.			X	
1.9	Incremento de los autocuidados por parte del paciente y su entorno.			X	



## 2 Organización y sistema corporativo.

---

### 2.1 Servicio Aragonés de Salud: estructura y funciones.

---

El Decreto 337/2011, de 6 de octubre, del Gobierno de Aragón, establece una nueva estructura para el **Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia**, y regula las funciones específicas de cada uno de sus componentes. De manera general, se determina la organización del Departamento en los siguientes órganos directivos centrales:

- Secretaría General Técnica.
- Dirección General de Planificación y Aseguramiento.
- Dirección General de Consumo.
- Dirección General de Salud Pública.
- Dirección General de Calidad y Atención al Usuario.
- Dirección General de Familia.
- Dirección General de Bienestar Social y Dependencia.

Este modelo organizativo del macrodepartamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, en su faceta integradora y de reducción de estructuras ha sido elogiado y premiado por la sociedad y los expertos. Tiene como dificultad la mayor complejidad y mayor necesidad de coordinación.

Además de estos órganos directivos, está adscrito al Departamento —entre otros— el organismo autónomo **Servicio Aragonés de Salud (SALUD)**, con funciones de provisión (gestión y administración) de la asistencia sanitaria en la Comunidad Autónoma, y con otras que le atribuye su norma específica de creación y funcionamiento (actualmente el Decreto 6/2008, de 30 de enero, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba la estructura orgánica del Departamento de Salud y Consumo y del SALUD).

La separación teórica de compra y provisión es ficticia. La Ley de Salud de Aragón establece que el SALUD, **organismo autónomo de naturaleza administrativa**, adscrito al Departamento responsable de Salud, tiene como función principal la provisión (gestión y administración) de la asistencia sanitaria en la comunidad autónoma. Posteriores desarrollos normativos han establecido sus objetivos, principios y funciones y el reglamento de la estructura y funcionamiento de las áreas y sectores del Sistema de Salud de Aragón (ver 2.4: marco legal). El modelo organizativo es el propio del antiguo INSALUD con una cúpula gestora basada en un

sistema de estructura matricial que se ha evidenciado poco práctico y nada resolutivo. Posteriormente se añadió una cosa llamada Centro Gestión Integrado de Proyectos Corporativos.

La integración en una misma Área de Gestión de la atención primaria y especializada integradas ha sido nominal, pues las estructuras siguen cada una por su camino, con responsables diferentes. Incluso los equipos directivos de los sectores se han visto incapaces de establecer criterios únicos sobre distintos aspectos: coordinación e integración asistencial, políticas de recursos humanos, procedimientos administrativos, herramientas de gestión, etc.

El Mapa Sanitario se ha convertido en “las tablas de la ley de Moisés”; pero no se ha tenido la valentía de tomar decisiones en las disfuncionalidades.

En este proceso, el SALUD ha perdido la capacidad planificadora, evaluadora, sistema de información, control del sistema complementario o sustitutivo, investigación, y las relaciones con el ciudadano. Incluso se disgregó la provisión directa en ciertos centros (que ahora gestiona el CASAR) o aspectos de la gestión (de farmacia, autorización de técnicas) que le son propios. La investigación pasó al Instituto de Ciencias de la Salud. Se suprimió un centro pionero y ahora necesario (Gerontología en San Jorge). También perdió la función inspectora de servicios y prestaciones.

Por otro lado, incorporó otros dispositivos que no le eran propios, procedentes de la Comunidad Autónoma (2 hospitales) y de diputaciones provinciales (sociales y salud mental). No obstante subsiste el problema de falta de coordinación en prevención, salud mental, media estancia y paliativos.

Ha potenciado su papel sólo administrativo en sistemas de información. Mantiene la capacidad de negociación sindical con la Mesa Sectorial.

La organización del SALUD presenta unas características:

- Ha conservado el Contrato de Gestión pero marcadamente burocratizado y poco ejecutivo. La retribución variable ha perdido su carácter incentivador y ahora es un complemento más.
- La gestión del SALUD presenta la dificultad añadida de su naturaleza en su triple faceta: asistencia, investigación y docencia. En las relaciones con las Universidades, el Instituto de Ciencias de la Salud, el Ministerio de Sanidad y Educación (MIR y especialidades) el SALUD ha tenido un protagonismo discreto; no así los profesionales.
- La organización interna de los centros se sigue rigiendo por el RD 521/87, del que celebraremos sus bodas de plata pero que actualmente resulta poco útil. Es preciso revisar la orientación a la gestión por procesos más que a la tradicional gestión por estamentos. El jefe de servicio, coordinador y supervisora deben asumir su función ejecutiva.
- La función directiva es precaria. Los directivos gestores son pocos, vocacionales, mal considerados y escasamente retribuidos. Los mandos intermedios superan los mil, actúan en relación ambivalente entre los directivos y los profesionales. Se ha iniciado la evaluación

cuatrienal en el ámbito hospitalario. En atención primaria el coordinador no tiene funciones directivas, el directivo más próximo al profesional es el Director de Atención Primaria del sector.

- Para obtener los resultados exigibles precisa disponer de todos los sistemas que le son propios:
  - Planificación de su estructura y recursos:
    - de base poblacional
    - con niveles tecnológicos y coordinación e integración asistencial
    - centros de excelencia
  - Sistema de información: clínico y de gestión.
  - Control: estructura, producción, proceso, calidad, resultado, desviaciones.
  - Financiación e incentivos: evaluación por cartera, resultados y logros.
  - Organización: carácter ejecutivo con delimitación clara de responsabilidades.
- No se ha legislado con medidas resolutivas respecto a los auténticos problemas.

## 2.2 Mapa sanitario.

Sector	Tarjetas sanitarias					% variación interanual			
	2007	2008	2009	2010	2011*	08/07	09/08	10/09	11/10*
Alcañiz	76.597	77.503	76.320	73.797	73.657	1,18	-1,53	-3,31	-0,19
Barbastro	109.577	111.445	112.231	108.631	108.835	1,70	0,71	-3,21	0,19
Calatayud	52.743	52.706	51.718	50.630	50.181	-0,07	-1,87	-2,10	-0,89
Huesca	109.596	111.264	112.099	110.754	110.032	1,52	0,75	-1,20	-0,65
Teruel	81.607	81.739	79.251	77.725	77.455	0,16	-3,04	-1,93	-0,35
Zaragoza I	193.047	196.996	199.500	199.491	200.355	2,05	1,27	0,00	0,43
Zaragoza II	400.029	405.133	405.133	401.625	400.119	1,28	0,00	-0,87	-0,37
Zaragoza III	297.038	304.770	304.770	305.030	306.197	2,60	0,00	0,09	0,38
<b>Aragón</b>	<b>1.320.234</b>	<b>1.341.556</b>	<b>1.341.022</b>	<b>1.327.683</b>	<b>1.326.831</b>	<b>1,62</b>	<b>-0,04</b>	<b>-0,99</b>	<b>-0,06</b>

\* Datos hasta octubre. Variación interanual 2011/2010 estimada (en todos los datos).

Como mostraba el análisis demográfico, la marcada **asimetría en la distribución de la población** —con la concentración en un gran núcleo urbano (seis de cada diez aragoneses residen en Zaragoza) y el despoblamiento del resto del territorio, excepto algunas cabeceras de comarcas— es un hecho determinante en la asignación de los recursos asistenciales, que en ocasiones lleva a una heterogeneidad en la aplicación de políticas institucionales y condiciona la disponibilidad puntual de recursos humanos en algunos ámbitos, principalmente zonas geográficas periféricas.

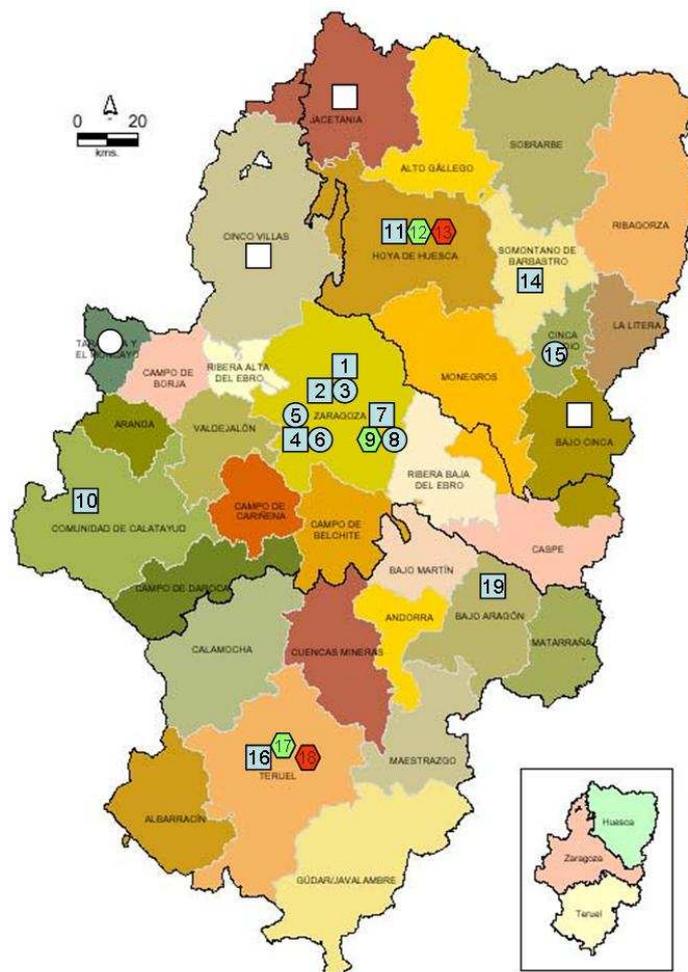


## 2.3 Recursos asistenciales.

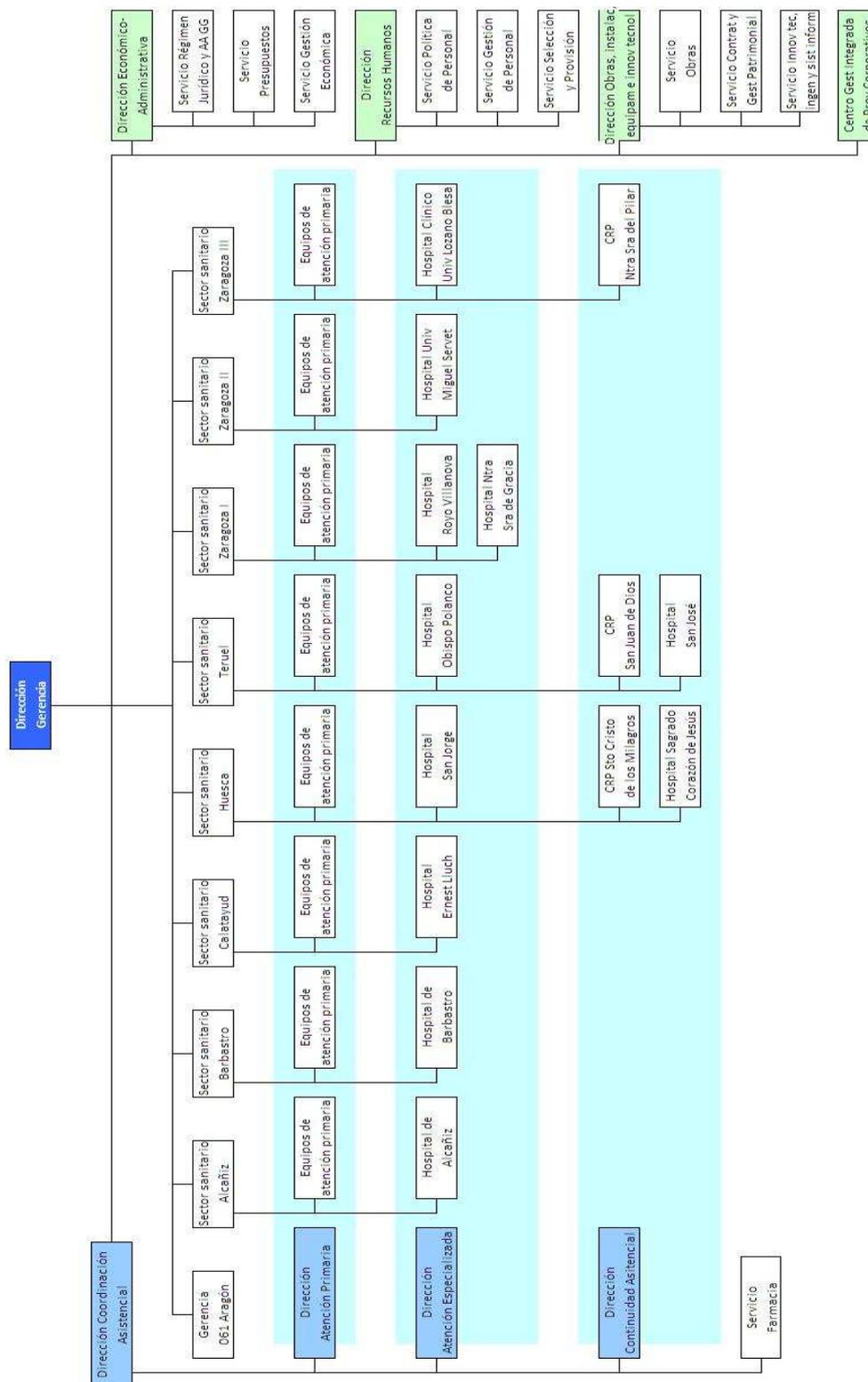
Sector	Equipos de atención primaria	Hospitales de agudos	Centros de especialidades	Hospitales socio-sanitarios	Centros rehabilit. psicosocial
Alcañiz	12	Alcañiz			
Teruel	17	Obispo Polanco		San José	San Juan de Dios
Calatayud	10	Ernest Lluch			
Zaragoza III	22	Clínico Univ. Lozano Blesa	Inocencio Jiménez		Nuestra Señora del Pilar
Barbastro	15	Barbastro	Monzón		
Huesca	14	San Jorge		Sagrado Corazón de Jesús	Santo Cristo de los Milagros
Zaragoza I	13	Nuestra Señora de Gracia Royo Villanova	Grande Covián		
Zaragoza II	22	Univ. Miguel Servet	Ramón y Cajal San José		



Cod	Centro	Tipología	Camas
1	Royo Villanova	Hospital general	186
2	Nuestra Señora de Gracia	Hospital general	110
3	Grande Covián	Centro de especialidades	
4	Univ. Miguel Servet	Hospital de referencia	1.196
5	Ramón y Cajal	Centro de especialidades	
6	San José	Centro de especialidades	
7	Clínico Univ. Lozano Blesa	Hospital de referencia	762
8	Inocencio Jiménez	Centro de especialidades	
9	Nuestra Señora del Pilar	Centro de salud mental	205
10	Ernest Lluch	Hospital general	122
11	San Jorge	Hospital general	257
12	Santo Cristo de los Milagros	Centro de salud mental	110
13	Sagrado Corazón de Jesús	Hospital socio-sanitario	70
14	Barbastro	Hospital general	159
15	Monzón	Centro de especialidades	
16	Obispo Polanco	Hospital general	215
17	San Juan de Dios	Centro de salud mental	170
18	San José	Hospital socio-sanitario	46
19	Alcañiz	Hospital general	125
20	El Frago	Centro de salud mental	



## 2.4 Organigrama.



## 2.5 Marco legal.

---

### Organización, funciones y estructura.

---

▪ **LEY ORGÁNICA 5/2007, de 20 de abril de reforma del Estatuto de Autonomía de Aragón.**

Artículo 14. Derecho a la salud.

1. Todas las personas tienen derecho a acceder a los servicios públicos de salud, en condiciones de igualdad, universalidad y calidad, y los usuarios del sistema público de salud tienen derecho a la libre elección de médico y centro sanitario, en los términos que establecen las leyes.
2. Los poderes públicos aragoneses garantizarán la existencia de un sistema sanitario público desarrollado desde los principios de universalidad y calidad, y una asistencia sanitaria digna, con información suficiente al paciente sobre los derechos que le asisten como usuario.

▪ **LEY 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón.**

Artículo 1. Objeto de la ley.

1. La presente ley tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en los artículos 43 y concordantes de la Constitución.
2. Igualmente, la ley regula la ordenación del Sistema de Salud de Aragón, en el que se integra y articula funcionalmente el conjunto de actividades, servicios y prestaciones que tienen por finalidad la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad y la asistencia sanitaria en los casos de pérdida de la salud, además de las acciones rehabilitadoras oportunas.

Artículo 27. El Servicio Aragonés de Salud.

1. El Servicio Aragonés de Salud, organismo autónomo de naturaleza administrativa, adscrito al Departamento responsable de Salud, tiene como función principal la provisión (gestión y administración) de la asistencia sanitaria en la Comunidad Autónoma.
2. Este organismo se rige por la presente Ley, por su legislación específica y por las normas básicas y de coordinación general de la sanidad a que se refiere el artículo 149.1.16.ª de la Constitución.

▪ **DECRETO LEGISLATIVO 2/2004, de 30 de diciembre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley del Servicio Aragonés de Salud.**

Artículo 4. Objetivos

Son objetivos básicos del Servicio Aragonés de Salud:

- a) La atención integral de la salud individual y comunitaria de la población aragonesa, mediante la prestación de los servicios sanitarios, en condiciones de igualdad para toda la población.
- b) El aprovechamiento óptimo de los recursos sanitarios disponibles, con el fin de elevar el nivel de salud en la comunidad.
- c) Promover la distribución equitativa de los servicios sanitarios, tendente a superar los desequilibrios territoriales y sociales en el ámbito de la Comunidad Autónoma.
- d) La coordinación funcional de las actividades de las instituciones públicas y privadas, mediante el establecimiento de convenios, conciertos o cualesquiera otras fórmulas de gestión o titularidad compartida, que permita alcanzar el máximo rendimiento de los recursos disponibles y garantizar al máximo la cantidad y calidad de la asistencia sanitaria.

## Artículo 5. Principios

1. En su organización y funcionamiento, así como en el ejercicio de sus competencias, el Servicio Aragonés de Salud se acomodará a los siguientes principios:

- a) Autonomía de gestión y organización de la administración sanitaria de la Comunidad Autónoma, en el marco de su integración y coordinación con el sistema nacional de salud.
- b) Simplificación, eficacia, agilidad, racionalización y coordinación administrativa.
- c) Descentralización y desconcentración en la gestión.
- d) Humanización de los servicios en la atención al usuario y máximo respeto a su dignidad y sus derechos, con aplicación, en lo posible, de la libre elección de facultativo sanitario.
- e) Coordinación de los servicios sanitarios con el conjunto de los servicios sociales de la Comunidad Autónoma.
- f) Planificación integral en el aprovechamiento de los recursos y la prestación de los servicios sanitarios, incluidos los ajenos vinculados o concertados.
- g) Ordenación territorial de los centros y servicios sanitarios, en áreas y zonas de salud, armonizándola con la comarcalización general de Aragón.
- h) Evaluación continuada de la calidad asistencial de los servicios y prestaciones sanitarias, mediante sistemas de información actualizada, objetiva y programada.
- i) Priorización de los objetivos de prevención y promoción de la salud individual y comunitaria.
- j) Participación democrática de los ciudadanos en la orientación, evaluación y control de los servicios sanitarios en los distintos ámbitos territoriales.
- k) Optimización de la gestión de centros, servicios y establecimientos sanitarios y sociosanitarios, para la adecuada protección de la salud y atención sanitaria a través de cualquier entidad de titularidad pública admitida en derecho.

2. El Servicio Aragonés de Salud aplicará y desarrollará en su ámbito territorial los principios generales del sistema nacional de salud y contribuirá al funcionamiento eficaz y armónico del mismo.

## Artículo 6. Funciones

1. El Servicio Aragonés de Salud desarrollará, en el ámbito de la Comunidad Autónoma, las siguientes funciones:

- a) La gestión y coordinación integral de los recursos sanitarios y asistenciales propios existentes en su territorio.
- b) La atención primaria integral mediante la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud del individuo y de la comunidad.
- c) La asistencia sanitaria especializada, que incluye la asistencia domiciliaria, ambulatoria y hospitalaria.
- d) La prestación de los recursos para la promoción y protección de la salud individual y colectiva, así como para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del individuo.
- e) El desarrollo de los programas de atención a los grupos de mayor riesgo, así como los dirigidos a la prevención y atención de deficiencias congénitas o adquiridas.
- f) Los programas de planificación familiar y la prestación de los servicios correspondientes.
- g) La interrupción voluntaria del embarazo, de acuerdo con lo previsto en la legislación vigente.
- h) La promoción y mejora de la salud mental y la prestación de la asistencia psiquiátrica.

- i) La formación continuada del personal al servicio de la organización sanitaria, en colaboración con el conjunto de entidades docentes.
  - j) Las acciones que le correspondan en la medicina deportiva.
  - k) La coordinación del transporte sanitario.
  - l) Cualquier otra actividad relacionada con la promoción y protección de la salud que se le atribuya.
- **DECRETO 6/2008, de 30 de enero, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba la estructura orgánica del Departamento de Salud y Consumo y del Servicio Aragonés de Salud.**

#### CAPITULO VIII. ORGANISMOS PUBLICOS

Artículo 24. Organismos y Entidades Públicos adscritos.

Se adscriben al Departamento de Salud y Consumo:

El Servicio Aragonés de Salud.

#### CAPITULO IX ESTRUCTURA DEL SERVICIO ARAGONES DE SALUD

Artículo 25. Competencias Generales del Servicio Aragonés de Salud.

1. El Servicio Aragonés de Salud, organismo autónomo de naturaleza administrativa, adscrito al Departamento responsable de Salud, tiene como función principal la provisión (gestión y administración) de la asistencia sanitaria en la Comunidad Autónoma.
  2. El Servicio Aragonés de Salud ejercerá las funciones que le han sido atribuidas por su Ley de creación, bajo la dirección, supervisión y control del Departamento de Salud y Consumo, al que queda adscrito.
- **DECRETO 43/2009, de 24 de marzo, del Gobierno de Aragón, por el que se modifica el Decreto 6/2008, de 30 de enero, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba la estructura orgánica del Departamento de Salud y Consumo y del Servicio Aragonés de Salud.**
  - **DECRETO 174/2010, de 21 de septiembre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el reglamento de la estructura y funcionamiento de las áreas y sectores del Sistema de Salud de Aragón.**

Artículo 2. Definición y ámbito territorial

1. Dentro de cada Área de Salud, estructura fundamental del sistema sanitario, responsabilizada de la gestión unitaria de los centros del Servicio Aragonés de Salud y de los programas y prestaciones sanitarias que deben desarrollar, el Sector Sanitario constituye la organización administrativa de carácter instrumental en cada Área de Salud, para la provisión de los servicios sanitarios en la Comunidad Autónoma de Aragón.
2. El Área de Salud, a través del Sector Sanitario, dispondrá de la financiación y de las dotaciones necesarias para realizar las actuaciones de atención primaria, atención especializada, atención a la salud mental y atención sociosanitaria.
3. Las Áreas de Salud estarán conformadas por el conjunto de zonas básicas de salud que determine el Mapa Sanitario. Atendiendo a criterios socio-demográficos, epidemiológicos, asistenciales y de ordenación de los recursos sanitarios, en la Comunidad Autónoma de Aragón existirán las siguientes Áreas y Sectores:

- Área I, Sector de Zaragoza I.
- Área II, Sector de Zaragoza II.
- Área III, Sector de Zaragoza III.
- Área IV, Sector de Calatayud.
- Área V, Sector de Huesca.
- Área VI, Sector de Barbastro.
- Área VII, Sector de Alcañiz.
- Área VIII, Sector de Teruel.

Artículo 5. Organización asistencial del Área de Salud.

Cada Área de Salud, a través del Sector, se organizará para la provisión de sus servicios en las siguientes líneas asistenciales.

- a) Atención primaria.
- b) Atención especializada.
- c) Atención sociosanitaria.
- d) Atención a la salud mental.

### **Organización administrativa.**

---

- DECRETO de 22 de julio de 2011, de la Presidencia del Gobierno de Aragón, por el que se asignan las competencias a los Departamentos de la Administración de la Comunidad Autónoma y se les adscriben sus organismos públicos.
- DECRETO 156/2011, de 25 julio, del Gobierno de Aragón, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón.
- DECRETO 337/2011, de 6 de octubre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba la estructura orgánica del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia.

### **Servicio Aragonés de Salud**

- DECRETO 115/2003, de 3 de junio, del Gobierno de Aragón, sobre plantillas orgánicas del personal de los centros sanitarios adscritos al Servicio Aragonés de Salud.

### **Recursos humanos.**

---

#### **Normativa básica**

- LEY 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
- LEY 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.
- VII CONVENIO COLECTIVO para el Personal Laboral de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón. Resolución de 28 de julio de 2006, de la Dirección General de Trabajo e Inmigración.

- LEY 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público.

### **Competencias**

- DECRETO 6/2008, de 30 de enero, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba la estructura orgánica del Servicio Aragonés de Salud.
- RESOLUCIÓN de 27 de enero de 2006, de la Dirección Gerencia del Servicio Aragonés de Salud, por la que se delegan determinadas competencias en materia de personal.
- RESOLUCIÓN de 6 de abril 2009, de la Dirección Gerencia del Servicio Aragonés de Salud, por la que se modifica la resolución de la Dirección Gerencia del Servicio Aragonés de Salud, de 27 de enero de 2006, por la que se delegan determinadas competencias en materia de personal.

### **Acción social**

- DECRETO 229/2004, de 2 de noviembre, del Gobierno de Aragón, por el que se regula la compensación de gastos extraordinarios derivados de accidentes de tráfico acaecidos en desplazamientos efectuados por razón del servicio por el personal no docente al servicio de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón.
- PLAN DE ACCION SOCIAL para el Personal Estatutario del Servicio Aragonés de Salud. Orden de 28 de julio de 2006 del Departamento de Salud y Consumo.

### **Jornada laboral**

- ACUERDO de 13 de noviembre de 2007, de la Mesa Sectorial de Sanidad, sobre Tiempos de trabajo, Jornada y Horarios de los Centros Sanitarios del Servicio Aragonés de Salud.
- RESOLUCIÓN de 21 de diciembre de 2007, de la Dirección Gerencia del Servicio Aragonés de Salud, sobre la exención de la realización de turnos de noche en los centros sanitarios del Servicio Aragonés de Salud.

### **Ordenación**

- DECRETO 115/2003, de 3 de junio, del Gobierno de Aragón, sobre plantillas orgánicas del personal de los centros sanitarios adscritos al Servicio Aragonés de Salud.
- DECRETO 51/2004, de 9 de marzo, del Gobierno de Aragón, por el que se establece el procedimiento de integración en la condición de personal estatutario del Servicio Aragonés de Salud.
- DECRETO 229/ 2007, de 18 de septiembre, del Gobierno de Aragón, de creación de la categoría de Enfermero Especialista en Salud Mental.
- DECRETO 105/2009, de 9 de junio, del Gobierno de Aragón, por el que se crean nuevas categorías estatutarias del área de sistemas y tecnologías de la información en el ámbito del Servicio Aragonés de Salud.
- DECRETO 30/2010, de 9 de marzo, del Gobierno de Aragón, por el que se crea y regula el Sistema de Información de profesionales sanitarios de Aragón y se crea su Fichero de Datos.

- RESOLUCIÓN de 7 de septiembre de 2010, de la Dirección Gerencia del Servicio Aragonés de Salud, por la que se crean los puestos de trabajo de Médico y Enfermero de Atención Continuada en Atención Primaria.
- ORDEN de 14 de diciembre de 2011, del Consejero de Sanidad, Bienestar Social y Familia, por la que se aprueba la convocatoria de integración de personal funcionario de carrera y laboral con contrato indefinido fijo en la condición de personal estatutario del Servicio Aragonés de Salud.

#### **Permisos y licencias**

- PACTO de fecha 7 de julio de 2006, de la Mesa Sectorial de Sanidad, en materia de permisos, vacaciones y otras medidas de conciliación de la vida personal, familiar y laboral del personal estatutario del Servicio Aragonés de Salud.
- RESOLUCIÓN de 19 de marzo de 2007, de la Dirección Gerencia del Servicio Aragonés de Salud, por la que se publica el Acuerdo de 27 de febrero de 2007, del Gobierno de Aragón, por el que se otorga la aprobación expresa y formal, ratificándolo, al Acuerdo entre el Servicio Aragonés de Salud y las Organizaciones Sindicales Mayoritarias en el Sector Sanitario de la Comunidad Autónoma de Aragón sobre condiciones laborales y económicas del personal en formación por el sistema de residencia.
- LEY 9/2009, de 6 de octubre, de ampliación de la duración del permiso de paternidad en los casos de nacimiento, adopción o acogida.

#### **Promoción y desarrollo profesional**

- PACTO de la Mesa Sectorial de Sanidad en materia de promoción interna temporal para el personal estatutario fijo del Servicio Aragonés de Salud. Orden de 28 de diciembre de 2005, del Departamento de Salud y Consumo.
- RESOLUCION de 24 de febrero de 2006, de la Dirección Gerencia del Servicio Aragonés de Salud, por la que se establece el procedimiento para la formación y gestión de listas de aspirantes a promoción interna temporal del personal estatutario fijo en sus Centros Sanitarios.
- ACUERDO de 13 de noviembre de 2007, de la Mesa Sectorial de Sanidad, en materia de Carrera Profesional.
- ACUERDO entre el Servicio Aragonés de Salud y los Sindicatos integrantes de la Mesa Sectorial de Sanidad de fecha 26 de junio de 2008, en materia de Carrera Profesional para el personal sanitario de Formación Profesional y el personal de Gestión y Servicios del Servicio Aragonés de Salud.
- RESOLUCIÓN de 12 de marzo de 2010, de la Dirección Gerencia del Servicio Aragonés de Salud, por la que se regula el procedimiento de acceso y cambio de nivel de carrera profesional de licenciados y diplomados sanitarios del Servicio Aragonés de Salud.

#### **Régimen disciplinario**

- REAL DECRETO 33/1986, de 10 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de Régimen Disciplinario de los Funcionarios de la Administración del Estado.

### Relaciones sindicales

- ORDEN de 19 de septiembre de 2008, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se publica el Acuerdo del Gobierno de Aragón de 9 de septiembre de 2008, por el que se otorga la aprobación expresa y formal, ratificándolo, al Acuerdo alcanzado en la Mesa Sectorial de Sanidad sobre derechos y garantías sindicales del personal funcionario y estatutario de los centros sanitarios del Servicio Aragonés de Salud.

### Retribuciones

- ACUERDO profesional sanitario, de 26 de abril de 2005, suscrito por el Servicio Aragonés de Salud y las Organizaciones Sindicales presentes en la Mesa Sectorial de Sanidad.
- RESOLUCIÓN de 10 de enero de 2006, de la Dirección Gerencia del Servicio Aragonés de Salud, por la que se dictan instrucciones sobre aplicación al personal estatutario de las diferentes modalidades de complemento específico.
- RESOLUCIÓN de 28 de marzo de 2006, de la Dirección Gerencia del Servicio Aragonés de Salud, por la que se establecen instrucciones sobre la aplicación al personal estatutario del complemento específico "C".
- RESOLUCIÓN de 15 de mayo de 2007, de la Dirección Gerencia del Servicio Aragonés de Salud, por la que se establece el procedimiento para el reconocimiento de trienios al personal estatutario temporal del Servicio Aragonés de Salud.
- ACUERDO de 13 de noviembre de 2007, de la Mesa Sectorial de Sanidad, en materia de retribuciones.

### Salud laboral

- ACUERDO de la Mesa de Función Pública sobre participación en materia de prevención de riesgos laborales en la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón. Orden de 7 de julio de 2004, del Departamento de Economía, Hacienda y Empleo.
- ACUERDO de la Mesa de Función Pública sobre medidas en salud laboral. Orden de 12 de mayo de 2006, del Departamento de Economía, Hacienda y Empleo.

### Selección y provisión de puestos

- PACTO Sindicatos y Servicio Aragonés de Salud, de 20 de febrero de 2008, sobre selección de personal estatutario temporal en los Centros Sanitarios del Servicio Aragonés de Salud en la Comunidad Autónoma de Aragón.
- RESOLUCIONES de 7 de enero y de 26 de febrero de 2010, de la Dirección Gerencia del Servicio Aragonés de Salud, por la que se dictan instrucciones en materia de adjudicación de plazas, ceses, tomas de posesión y reingresos o adscripciones provisionales del personal estatutario, funcionario o laboral como consecuencia de procesos de movilidad voluntaria y procesos selectivos para el acceso a la condición de personal estatutario fijo en plazas del Servicio Aragonés de Salud.
- DECRETO 37/2011, de 8 de marzo, del Gobierno de Aragón, de selección de personal estatutario y provisión de plazas en los Centros del Servicio Aragonés de Salud

---

## Asistencia sanitaria.

---

### Tarjeta sanitaria

- DECRETO 164/2000, de 5 de septiembre, del Gobierno de Aragón, por el que se regula el sistema de información asistencial, de ámbito social y sanitario en la Comunidad Autónoma de Aragón.
- ORDEN de 29 de marzo de 2010, de la Consejera de Salud y Consumo, por la que se regula la estructura funcional de las Unidades que Gestionan la Tramitación y la emisión de tarjeta sanitaria individual en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón.

### Atención primaria

- DECRETO 59/1997, de 29 de abril, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento de Funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria en la Comunidad Autónoma de Aragón.
- RESOLUCIÓN de 18 de agosto de 1997, del Servicio Aragonés de la Salud, por la que se catalogan los Puntos de Atención Continuada, diferenciados de los existentes en los Centros de Salud de la Comunidad Autónoma de Aragón.
- ORDEN del 22 de septiembre de 2008, del Dpto. de Salud y Consumo, por la que se regula el Sistema de Información y Evaluación de los servicios de Atención Primaria del Sistema de Salud de Aragón, de sus centros y unidades clínicas.

### Atención especializada

- ORDEN de 16 de enero de 2001, del Departamento de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, por la que se regula el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) del alta hospitalaria y procedimientos ambulatorios, en la Comunidad Autónoma de Aragón.
- ORDEN de 16 de enero de 2001, del Departamento de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, por la que se establece el sistema de información de atención especializada y se regula el procedimiento de recogida de datos.
- DECRETO 83/2003, de 29 de abril, del Gobierno de Aragón, sobre garantía de plazo en la atención quirúrgica en el Sistema de Salud de Aragón.
- ORDEN de 24 de enero de 2005, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se regula la Cirugía Bariátrica en la Comunidad Autónoma de Aragón.
- DECRETO 57/2007, de 17 de abril, por el que se regula el procedimiento para la libre elección de Médico Especialista y de Hospital en el Sistema Sanitario Público de Aragón.
- ORDEN de 18 de enero de 2008, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se regula la incorporación de los Centros de Atención Especializada a la oferta de libre elección de médico especialista y de hospital
- RESOLUCIÓN de 16 de mayo de 2008, de la Dirección Gerencia del Servicio Aragonés de Salud, por la que se dictan instrucciones para desarrollar la actividad de autoconcierto, con personal propio fuera de la jornada ordinaria en los centros sanitarios del Servicio Aragonés de Salud

- DECRETO 116/2009, de 23 de junio, del Gobierno de Aragón, sobre plazos máximos de respuesta en la asistencia sanitaria en el Sistema de Salud de Aragón.
- DECRETO 184/2009, de 3 de noviembre, del Gobierno de Aragón, por el que se crean los ficheros de datos de carácter personal «Registro de demanda de primeras consultas de asistencia especializada» y «Registro de demanda de procedimientos diagnósticos».
- ORDEN de 3 de noviembre de 2009, de la Consejera de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón, por la que se regula la aplicación de los tiempos máximos de respuesta en primeras consultas de asistencia especializada y procedimientos diagnósticos.
- DECRETO 35/2010, de 9 de marzo, del Gobierno de Aragón, por el que se regula el ejercicio del derecho a la segunda opinión médica.
- CORRECCIÓN de errores del DECRETO 35/2010, de 9 de marzo, del Gobierno de Aragón, por el que se regula el ejercicio del derecho a la segunda opinión médica.

### **Salud mental**

- ORDEN de 1 de septiembre de 2005 del Departamento de Salud y Consumo por la que se crea el Consejo Asesor de Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón.
- DECRETO 178/2005, de 6 de septiembre, del Gobierno de Aragón, por el que se crean los ficheros de datos de usuarios de atención de salud bucodental infantil y juvenil, usuarios de salud mental y de pacientes crónicos dependientes.
- ORDEN de 4 de julio de 2006, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se regula provisionalmente la figura del Coordinador de Salud Mental en el ámbito del Sector Sanitario.
- ORDEN de 27 de junio de 2008, de la Consejera de Salud y Consumo por la que se regula, en el Sistema de Salud de Aragón, el funcionamiento de la Comisión para Ingresos y Seguimiento de Pacientes en Centros Sanitarios de Rehabilitación de Salud Mental y Comunidades Terapéuticas de Deshabitación.

### **Acción concertada**

- ORDEN de 21 de enero de 2010, de la Consejera de Salud y Consumo, por la que se modifica el anexo I de la Orden de 27 de abril de 2007, por la que se regula la acción concertada en materia de prestaciones de servicios sanitarios.
- ORDEN de 9 de marzo de 2009, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se modifica parcialmente el anexo I de la Orden de 27 de abril de 2007, por la que se regula la acción concertada en materia de prestación de servicios sanitarios
- ORDEN de 27 de abril de 2007, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se regula la acción concertada en materia de prestación de servicios sanitarios

### **Precios por actos médicos**

- ORDEN de 31 de mayo de 1993, del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo, por la que se establecen los precios por actos médicos y estancias hospitalarias.

### Ordenación farmacéutica

- LEY 4/1999, de 25 de marzo, de Ordenación Farmacéutica para Aragón.
- DECRETO 252/2001, de 23 de octubre, del gobierno de Aragón, por el que se regula la reestructuración de los servicios farmacéuticos y su integración en las estructuras sanitarias de atención primaria.
- DECRETO 286/2003, de 18 de noviembre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Farmacia Hospitalaria y los depósitos de medicamentos.

### Prestaciones sanitarias.

---

#### Cartera de servicios

- DECRETO 65/2007, de 8 de mayo, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba la cartera de servicios sanitarios del Sistema de Salud de Aragón.
- ORDEN de 11 de julio de 2007, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se regula el procedimiento para la actualización de la cartera de Servicios Sanitarios del Sistema de Salud de Aragón.
- ORDEN de 12 de julio de 2007, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se estructura y se aprueba el contenido funcional de la Cartera de Servicios Sanitarios del Sistema de Salud de Aragón.

#### Otras prestaciones

- ORDEN de 5 de noviembre de 2004, del Departamento de Salud y Consumo por la que se regula la prestación de las bombas de infusión continua de insulina en el Sistema de Salud de Aragón.
- ORDEN de 3 de octubre de 2005, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se regula la prescripción y administración gratuita de la Píldora Postcoital en los Centros Sanitarios Públicos del Sistema de Salud de Aragón.
- DECRETO 168/2006, de 18 de julio, del Gobierno de Aragón, por el que se asignan al Departamento de Salud y Consumo la gestión de las prestaciones sanitarias del seguro escolar.
- ORDEN de 5 de julio 2010, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se desarrollan determinados aspectos de la Ley Orgánica 2/2010, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

#### Prestaciones farmacéuticas

- ORDEN de 8 de abril de 2003, del Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales, por la que se regula la identificación de los usuarios en las Oficinas de Farmacia de Aragón para el acceso a la prestación farmacéutica.
- ORDEN de 9 de junio de 2005, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se establece el Sistema de adquisición y dispensación de medicamentos extranjeros en la Comunidad Autónoma de Aragón.

**Salud infantil**

- LEY 5/1986, de 17 de noviembre, de Salud Escolar.
- ORDEN de 28 de marzo de 2005, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se regula la prestación de la atención sanitaria buco dental a la población infantil y juvenil de la Comunidad Autónoma de Aragón.
- ORDEN de 24 de febrero de 2006, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se regula la asistencia pediátrica en Atención Primaria en el Sistema de Salud de Aragón.
- DECRETO 168/2006, de 18 de julio, del Gobierno de Aragón, por el que se asignan al Departamento de Salud y Consumo la gestión de las prestaciones sanitarias del seguro escolar.
- ORDEN de 13 de julio de 2007, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se regula el Cribado Neonatal en la Comunidad Autónoma de Aragón.
- ORDEN de 21 de enero de 2008, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se aprueba el nuevo calendario de vacunaciones sistemáticas en la infancia y adolescencia, de aplicación en la Comunidad Autónoma de Aragón.
- RESOLUCIÓN de 29 de octubre de 2008, de la Dirección Gerencia del SAS, por la que se desarrolla la Orden de 24 de febrero de 2006, del Dpto. de Salud y Consumo, por la que se regula la asistencia pediátrica en atención primaria.

**Voluntades anticipadas**

- DECRETO 100/2003, de 6 de mayo, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y el funcionamiento del Registro de Voluntades Anticipadas.
- LEY 8/2009, de 22 de diciembre, por la que se modifica la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón, en lo relativo a voluntades anticipadas.
- LEY 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte.

**Gestión económico-financiera.**

---

**Estatal**

- LEYES anuales de Presupuestos Generales del Estado.
- REAL DECRETO 1098/2001, de 12 de octubre, por el que se aprueba el Reglamento general de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas.
- REAL DECRETO 462/2002 sobre indemnizaciones por razón de servicio.
- ORDEN por la que se revisa el importe de la indemnización por uso de vehículo particular establecida en el Real Decreto 462/2002 sobre indemnizaciones por razón de servicio.
- LEY 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones.
- LEY 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria.

- RESOLUCIÓN de 6 de abril de 2009, de la Presidencia del Tribunal de Cuentas, por la que se hace público el Acuerdo del Pleno de 26 de marzo de 2009, que aprueba la Instrucción General relativa a la remisión al Tribunal de Cuentas de los extractos de los expedientes de contratación y de las relaciones de contratos y convenios celebrados por las Entidades del Sector Público Estatal y Autonómico.
- REAL DECRETO LEGISLATIVO 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público.

### Autonómica

- LEYES anuales de Presupuestos de la Comunidad Autónoma de Aragón.
- ORDENES anuales por las que se dictan las normas para la elaboración del presupuesto.
- ORDEN de 15 de enero de 1991, del Departamento de Economía, sobre modificaciones presupuestarias.
- ORDEN de 30 de noviembre de 1994, del Departamento de Economía y Hacienda, por la que se aprueba el Plan de Contabilidad de la Comunidad Autónoma de Aragón.
- ORDEN de 27 de diciembre de 1999, del Departamento de Economía, Hacienda y Función Pública, por la que se desarrolla el Decreto 232/1999, de 22 de diciembre, del Gobierno de Aragón, por el que se regulan los anticipos de caja fija y pagos a justificar.
- DECRETO LEGISLATIVO 1/2000, de 29 de junio, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Hacienda de la Comunidad Autónoma de Aragón.
- DECRETO 23/2003, de 28 de enero, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento que desarrolla el control de la actividad económica y financiera de la Administración, de los organismos públicos y de las empresas de la Comunidad Autónoma de Aragón
- DECRETO 186/2005, de 26 de septiembre, del Gobierno de Aragón, de modificación del Decreto 232/1999, de 22 de diciembre, del Gobierno de Aragón, por el que se regulan los Anticipos de Caja fija y los Pagos a Justificar.
- RESOLUCIÓN de 13 de enero de 2006 de la Dirección General de Presupuestos, Tesorería y Patrimonio sobre tramitación de modificaciones presupuestarias y otros expedientes de gestión presupuestaria.
- RESOLUCIÓN de la Dirección Gerencia del Servicio Aragonés de Salud, de 27 de enero de 2006, por la que se delegan determinadas competencias en materia de contratación administrativa y gestión presupuestaria (modificada por resolución de 6 de abril de 2009).
- DECRETO 199/2006, de 6 de octubre, del Gobierno de Aragón, por el que se modifica el Decreto 38/2006, de 7 de febrero, que establece las bases reguladoras para la concesión de subvenciones y transferencias con cargo al Fondo Local de Aragón.
- DECRETO 209/2006, de 24 de octubre, del Gobierno de Aragón, por el que se establecen las bases reguladoras para la concesión de subvenciones en materia de salud y consumo.
- DECRETO 207/2008, de 21 de octubre, del Gobierno de Aragón por el que se distribuyen competencias en materia de contratación centralizada en el ámbito de la comunidad autónoma de Aragón y sus organismos autónomos.

- ACUERDO de 17 de diciembre de 2010, de la Mesa y la Junta de Portavoces de las Cortes de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Cámara de Cuentas de Aragón.
- LEY 1/2011, de 10 de febrero, de Convenios de la Comunidad Autónoma de Aragón.
- LEY 3/2011, de 24 de febrero, de medidas en materia de Contratos del Sector Público de Aragón.
- LEY 5/2011, de 10 de marzo, del Patrimonio de Aragón.

## 2.6 Propuestas de actuación.

	A	S	E	I
2.1 Regulación legislativa de la nueva estructura del SALUD.	X			
2.2 Nuevos modelos de gestión: normativa interna que regule la relación asistencial entre los diferentes sectores y dispositivos y dentro de los mismos.	X			X
2.3 Focalizar mediante el Contrato de Gestión los esfuerzos gestores en el control de la demanda asistencial más que en el incremento de la actividad (a mayor actividad mayor consumo de recursos).		X		
2.4 Revisión de los reglamentos de funcionamiento interno de cada centro.	X			
2.5 Identificación de la figura del coordinador de atención primaria asumiendo el rol directivo del equipo.	X			X
2.6 Inspección médica.	X	X		



## 3 Atención primaria.

La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como puerta de entrada para el resto de la oferta sanitaria, gestor y coordinador de casos y regulador de flujos.

Como se ha mencionado en el apartado 2.4 (marco legal), la cartera de servicios comunes de la atención primaria está regulada y estructurada en Aragón desde el año 2007. El proyecto estatal “Atención Primaria 21 (2007-2012)” y las “Estrategias, objetivos y compromisos para la atención primaria en el sistema de salud de Aragón (2008-2011)” plantearon innovaciones en la atención primaria en la orientación hacia el ciudadano, la gestión clínica y el desarrollo de un sistema de información basado en la medición de resultados.

En 2008 se regula el sistema de información y evaluación de los servicios de atención primaria (SIAP) del sistema de salud de Aragón, definiéndose una estructura de indicadores y un procedimiento de gestión.

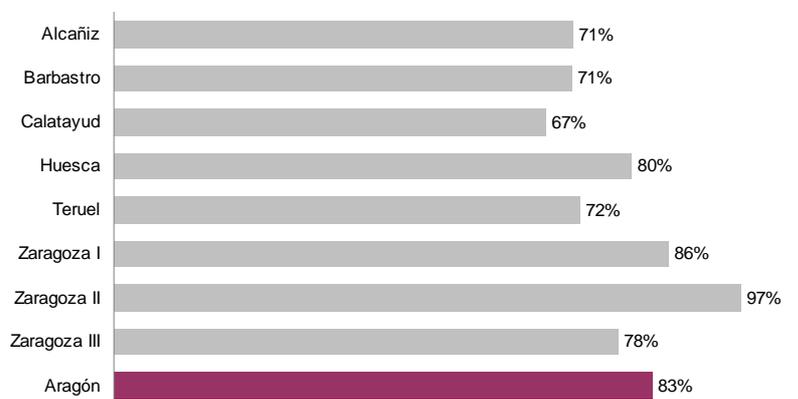
### 3.1 Recursos.

Atención primaria	Zonas básicas de salud	Centros de salud	Consultorios
Alcañiz	12	12	83
Barbastro	15	14	147
Calatayud	10	9	106
Huesca	14	14	175
Teruel	17	16	182
Zaragoza I	13	13	36
Zaragoza II	22	19	24
Zaragoza III	22	22	120
<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>119</b>	<b>873</b>

La asimetría demográfica de la comunidad autónoma marca también diferencias en las zonas básicas de salud, con zonas rurales que no superan los 2.000 habitantes mientras algunas urbanas superan los 25.000. Alrededor del 17% de la población vive en núcleos urbanos

pequeños, donde es atendida a través de una extensa red de consultorios dependientes de los centros de salud.

**Porcentaje de población asignada a cabeceras**



SALUD: BDU a 31/12/2010.

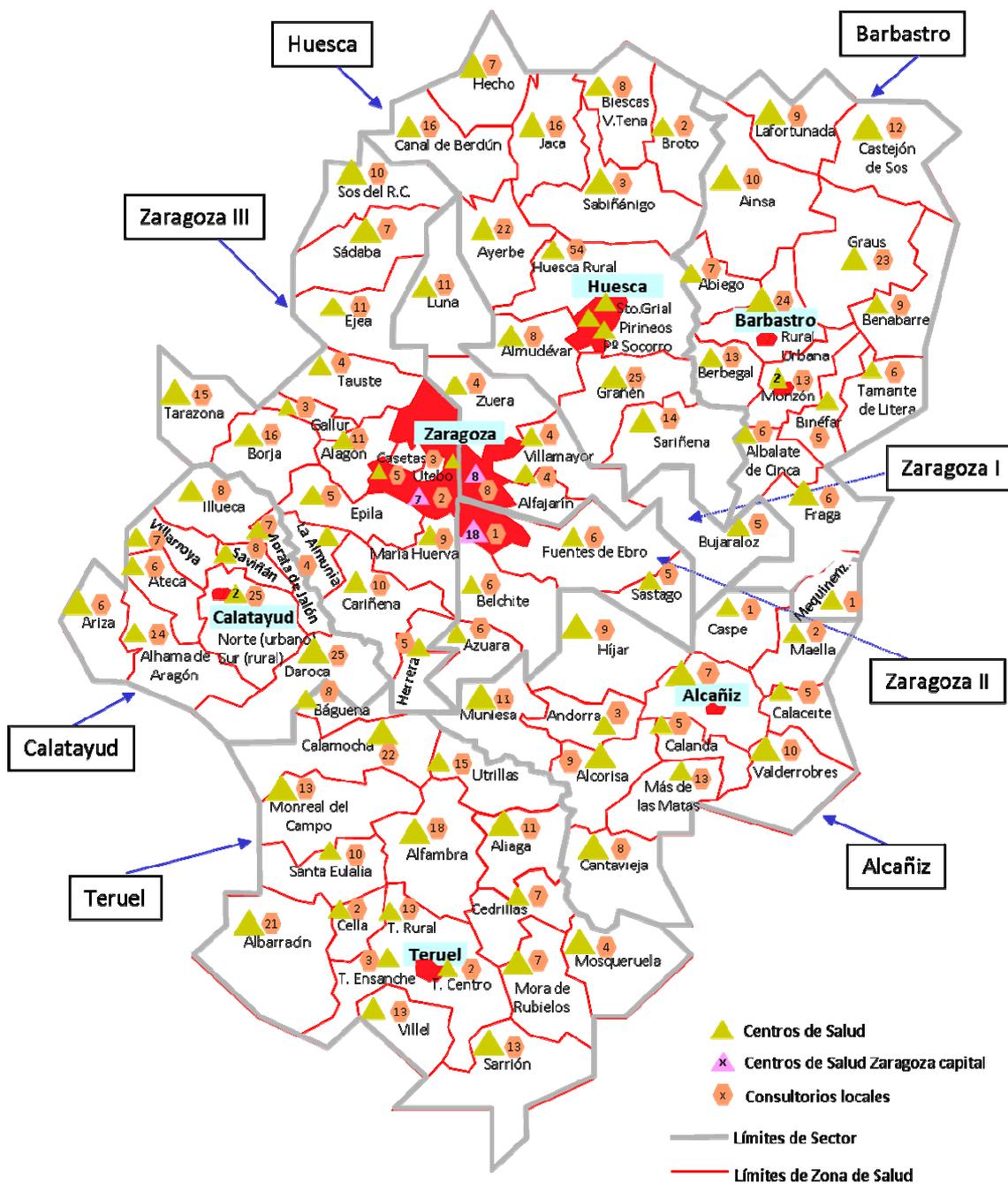
La atención primaria en Aragón se organiza en 125 zonas básicas de salud, que cuentan con 119 centros de salud y 873 consultorios locales. En los últimos tres años se ha incrementado con cuatro nuevos centros de salud. En Zaragoza, en 2008, se abrió el centro Actur Oeste y en 2010, los centros de Valdespartera y Parque Goya. En Teruel, en 2009, se inauguró el centro Teruel Ensanche. Existe aún una zona básica, Hermanos Ibarra (Sector Zaragoza II) que mantiene el modelo tradicional.

						% variación interanual			
	2007	2008	2009	2010	2011	08/07	09/08	10/09	11/10
Equipos de atención primaria	121	122	123	125	125	0,83	0,82	1,63	0,00
Puntos de atención continuada	104	105	105	105	104	0,95	0,00	0,00	-0,95
Unid. salud bucodental	24	24	24	24	24	0,00	0,00	0,00	0,00
Unid. fisioterapia	31	33	33	33	33	6,45	0,00	0,00	0,00
Unid. psicoprof. obstétrica	53	57	57	57	57	7,55	0,00	0,00	0,00
Equipo soporte atención domic.	2	2	2	2	3	0,00	0,00	0,00	50,00

Los centros de salud atienden a los ciudadanos de 8 a 20 horas en el medio urbano y las 24 horas en el rural. Los profesionales prestan atención ordinaria, urgente o continuada, en el centro y en domicilio.

Actualmente hay una oferta de pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos especializados que pueden solicitar los médicos de atención primaria. Para acercar la atención a los ciudadanos, la red de atención primaria dispone de 199 puntos de extracción de muestras sanguíneas.

**Atención primaria: recursos asistenciales (centros de salud y consultorios) por zona de salud.**



Actualizado a 01/2012

En los equipos de atención primaria trabajan 1.000 médicos de familia con tarjetas sanitarias (TSI) asignadas, 169 pediatras, 920 profesionales de enfermería y 428 profesionales que realizan tareas administrativas. Además, en los centros de salud trabajan otros profesionales como fisioterapeutas (46), matronas (65), odontólogos (28) y trabajadores sociales (35). En cuanto a la atención continuada, en 2010 se crearon 335 plazas de medicina y 217 plazas de enfermería para ser cubiertas mediante Oferta Pública de Empleo.

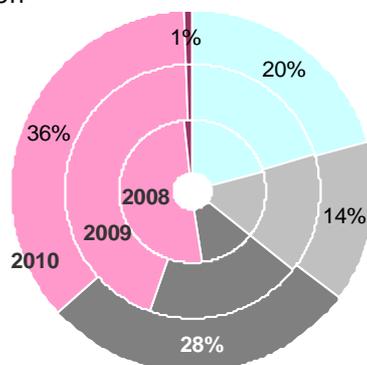
Sector	Medicina de familia						Pediatria					
	Población	Prof.	Ratio	Máx.	Medio	Mín.	Población	Prof.	Ratio	Máx.	Medio	Mín.
Alcañiz	66.021	77	857	1.468	857	282	7.776	9	864	1.416	864	573
Barbastro	95.940	98	979	1.633	979	198	12.691	14	907	1.005	907	510
Calatayud	45.779	69	663	1.500	663	305	4.851	5	970	1.211	970	677
Huesca	98.015	98	1.000	1.560	1.000	317	12.739	12	1.062	1.251	1.062	829
Teruel	69.454	99	702	1.610	702	308	8.271	10	1.036	1.292	1.036	434
Zaragoza I	166.529	118	1.411	1.644	1.411	260	32.962	32	1.030	1.165	1.030	671
Zaragoza II	352.620	238	1.482	2.390	1.482	366	49.005	48	1.021	1.518	1.021	308
Zaragoza III	263.814	203	1.300	1.691	1.300	214	41.216	39	1.057	1.342	1.057	805
<b>Total</b>	<b>1.158.172</b>	<b>1.000</b>	<b>1.158</b>	<b>2.390</b>	<b>1.158</b>	<b>198</b>	<b>169.511</b>	<b>169</b>	<b>1.003</b>	<b>1.518</b>	<b>1.003</b>	<b>308</b>

SALUD: BDU a 31/12/2010.

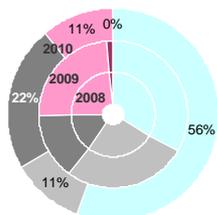
Existe una gran variabilidad en el número de TSI asignadas por profesional. A modo de ejemplo, en medicina de familia varía desde un valor medio de 198 en la zona de Abiego hasta 2.390 en Valdespartera; y en pediatría, desde un valor medio de 308 en la zona de Belchite hasta 1.518 en Sagasta-Ruiseñores.

### Médicos de familia por tramos de población (2008-2010)

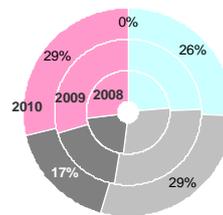
#### Aragón



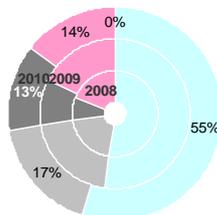
#### Alcañiz



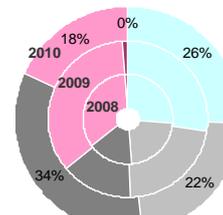
#### Barbastro



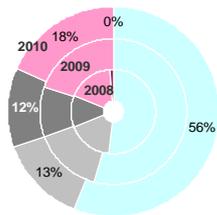
#### Calatayud



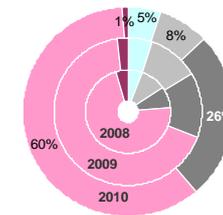
#### Huesca



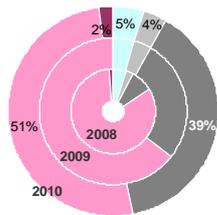
#### Teruel



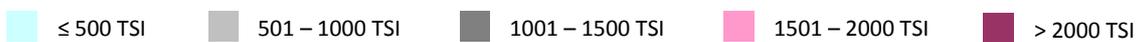
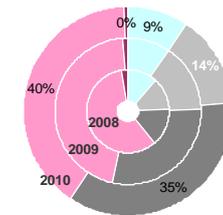
#### Zaragoza I



#### Zaragoza II



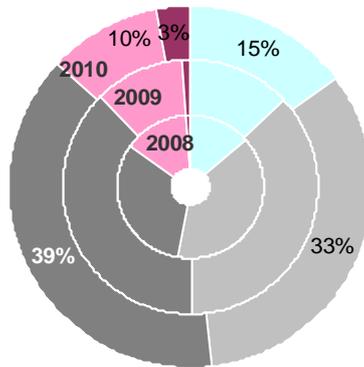
#### Zaragoza III



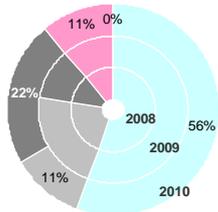
Base de Datos de Usuario (BDU) a 31/12/2010.

**Pediatras por tramos de población (2008-2010)**

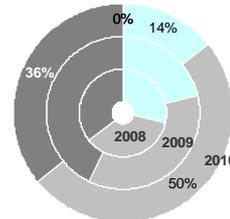
Aragón



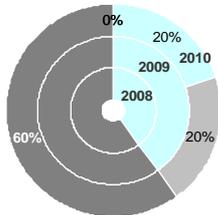
Alcañiz



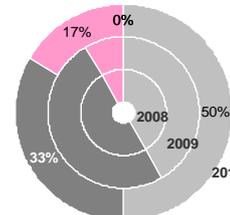
Barbastro



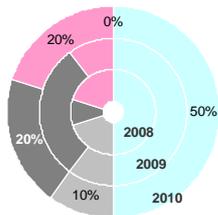
Calatayud



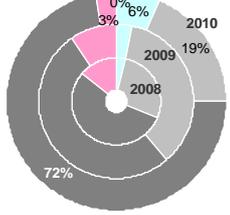
Huesca



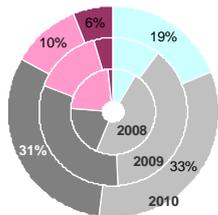
Teruel



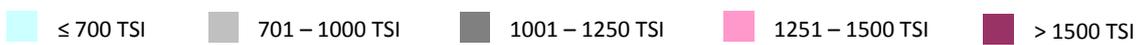
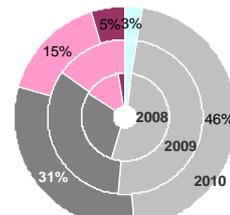
Zaragoza I



Zaragoza II



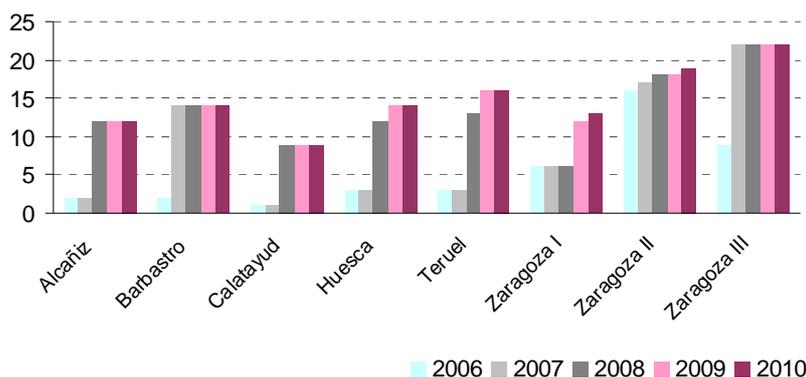
Zaragoza III



Base de Datos de Usuario (BDU) a 31/12/2010.

El proceso de implantación de la **historia clínica electrónica (OMI-AP)** alcanza a todos los centros de salud, incluido el centro Hermanos Ibarra (Zaragoza). La mayoría de los centros se conectan con el hospital y pueden acceder a información relativa a los resultados de laboratorio, radiología, retinografía y a otros informes.

Centros de salud informatizados por sectores sanitarios



### 3.2 Actividad asistencial.

La actividad se refiere a actividad ordinaria a demanda y programada, tanto en el centro como en el domicilio del paciente. No incluye otro tipo de actividad como la actividad administrativa o las extracciones.

La progresiva implantación en los últimos años (2009-2010) de la historia clínica electrónica (OMI-AP) ha modificado el modelo de registro de actividad —pasando de un registro manual a un sistema de información—, lo que explica en parte las diferencias.

La citación a consulta se puede realizar por teléfono o presencialmente en los centros. Además, desde 2009, con la puesta en funcionamiento de **Salud Informa**, los usuarios pueden citarse en las agendas de médicos de familia, pediatras, enfermeras, matronas, trabajadores sociales y odontólogos vía internet o por teléfono 24 horas al día y 7 días a la semana.

#### Medicina de familia

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	% variación interanual				
							07/06	08/07	09/08	10/09	11/10
Alcañiz	409.527	386.413	393.939	358.330	390.431	375.721	-5,64	1,95	-9,04	8,96	-3,77
Barbastro	627.753	624.165	614.475	598.483	583.387	503.348	-0,57	-1,55	-2,60	-2,52	-13,72
Calatayud	439.367	440.236	407.551	351.649	382.101	354.255	0,20	-7,42	-13,72	8,66	-7,29
Huesca	582.221	597.804	560.531	535.472	510.437	482.347	2,68	-6,23	-4,47	-4,68	-5,50
Teruel	546.839	566.378	598.667	614.796	575.932	494.263	3,57	5,70	2,69	-6,32	-14,18
Zaragoza I	846.923	896.064	899.611	823.545	889.360	931.734	5,80	0,40	-8,46	7,99	4,76
Zaragoza II	1.712.971	1.813.257	1.851.332	1.822.791	1.764.980	1.785.829	5,85	2,10	-1,54	-3,17	1,18
Zaragoza III	1.600.596	1.558.858	1.694.989	1.700.476	1.696.015	1.441.351	-2,61	8,73	0,32	-0,26	-15,02
<b>Total</b>	<b>6.766.197</b>	<b>6.883.175</b>	<b>7.021.095</b>	<b>6.805.542</b>	<b>6.792.641</b>	<b>6.368.848</b>	<b>1,73</b>	<b>2,00</b>	<b>-3,07</b>	<b>-0,19</b>	<b>-6,24</b>

## Pediatría

							% variación interanual				
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	07/06	08/07	09/08	10/09	11/10
Alcañiz	30.817	26.803	38.894	46.127	47.226	45.784	-13,03	45,11	18,60	2,38	-3,05
Barbastro	59.809	70.163	69.197	77.988	69.178	67.620	17,31	-1,38	12,70	-11,30	-2,25
Calatayud	13.778	20.637	18.185	18.372	24.487	26.081	49,78	-11,88	1,03	33,28	6,51
Huesca	64.359	69.941	71.758	77.359	71.451	72.593	8,67	2,60	7,81	-7,64	1,60
Teruel	33.374	43.802	48.941	47.156	45.126	44.869	31,25	11,73	-3,65	-4,30	-0,57
Zaragoza I	155.860	187.131	188.027	190.465	196.066	209.357	20,06	0,48	1,30	2,94	6,78
Zaragoza II	218.309	230.765	233.405	235.476	233.611	246.200	5,71	1,14	0,89	-0,79	5,39
Zaragoza III	176.402	193.865	266.904	275.007	244.108	258.927	9,90	37,68	3,04	-11,24	6,07
<b>Total</b>	<b>752.708</b>	<b>843.107</b>	<b>935.311</b>	<b>967.950</b>	<b>931.253</b>	<b>971.431</b>	<b>12,01</b>	<b>10,94</b>	<b>3,49</b>	<b>-3,79</b>	<b>4,31</b>

## Enfermería

							% variación interanual				
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	07/06	08/07	09/08	10/09	11/10
Alcañiz	286.167	265.698	271.348	233.343	263.409	229.446	-7,15	2,13	-14,01	12,88	-12,89
Barbastro	385.792	384.307	384.184	421.792	409.806	327.918	-0,38	-0,03	9,79	-2,84	-19,98
Calatayud	190.901	193.698	186.180	157.947	183.107	172.795	1,47	-3,88	-15,16	15,93	-5,63
Huesca	360.549	371.121	370.051	324.928	355.022	289.951	2,93	-0,29	-12,19	9,26	-18,33
Teruel	412.000	419.745	424.023	414.000	390.379	259.498	1,88	1,02	-2,36	-5,71	-33,53
Zaragoza I	368.895	384.976	398.606	433.225	468.715	504.778	4,36	3,54	8,69	8,19	7,69
Zaragoza II	1.013.101	1.037.865	1.080.173	1.093.832	1.024.320	1.062.783	2,44	4,08	1,26	-6,35	3,75
Zaragoza III	720.654	691.248	804.635	803.047	806.663	764.443	-4,08	16,40	-0,20	0,45	-5,23
<b>Total</b>	<b>3.738.059</b>	<b>3.748.658</b>	<b>3.919.200</b>	<b>3.882.114</b>	<b>3.901.420</b>	<b>3.611.612</b>	<b>0,28</b>	<b>4,55</b>	<b>-0,95</b>	<b>0,50</b>	<b>-7,43</b>

De los casi once millones de consultas realizadas por los equipos de atención primaria, el 58% son de medicina de familia, el 33% de enfermería y el 9% de pediatría. Una de cada 20 consultas se atiende en el domicilio del paciente y de ellas el 63% las atienden profesionales de enfermería.

Según los datos comparados disponibles, en el conjunto del territorio aragonés la **frecuentación** es ligeramente superior a la del conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS). Para medicina de familia es de 5,9 visitas por habitante y año (SNS: 5,6), para pediatría es de 5,5 visitas por habitante y año (SNS: 5,3) y para la consulta de enfermería es de 2,9 visitas por habitante y año (similar al SNS). La frecuentación más alta se da en el sector de Teruel, donde se superan las 8 visitas para medicina de familia y las 5 para enfermería. En atención continuada, la población aragonesa tiene una frecuentación similar a la del SNS, alrededor de 0,8 visitas por habitante y año.

Los centros de salud ofrecen **atención complementaria** a la atención médica y enfermera a través de los servicios de fisioterapia, odontología, trabajo social y matronas. En 2010 la utilización de OMI-AP por parte de estos servicios fue todavía baja, por lo no se realizaron estimaciones sobre frecuentación.

Por cada diez pacientes visitados se solicitan 1,6 radiografías y se realizan 6,4 extracciones de sangre. Las interconsultas a atención especializada fueron 4,7, siendo las cinco especialidades con mayor demanda: oftalmología, dermatología, ginecología y obstetricia, cirugía ortopédica y traumatología y otorrinolaringología. La tabla siguiente muestra la demanda en 2010 de interconsultas, pruebas radiológicas y de laboratorio en tasa sobre 1.000 TSI.

	Interconsultas a at. especializada	Solicitudes de pruebas radiológicas	Extracciones para laboratorio
Alcañiz	353,7	108,3	586,0
Barbastro	262,4	132,7	563,4
Calatayud	419,5	75,0	349,2
Huesca	297,5	144,2	333,4
Teruel	430,7	48,8	280,0
Zaragoza I	369,6	144,5	482,8
Zaragoza II	384,6	114,1	555,1
Zaragoza III	329,2	128,5	506,8
<b>Total</b>	<b>354,6</b>	<b>120,4</b>	<b>493,1</b>

Fuente: OMI-AP. BDU. 2010.

Aproximadamente tres de cada cuatro aragoneses consultan por un problema de salud a su médico de atención primaria en un año. En 2010 el 25% de la población adulta y el 11% de la población infantil no ha visitado a su médico. Más de la mitad de la población (el 56%) no ha necesitado cuidados de enfermería.

### 3.3 Resultados.

#### Contrato de gestión.

El contenido de los contratos de gestión —alcance, indicadores y objetivos— no ha sido estable en cada ejercicio, por lo que las comparaciones interanuales son de utilidad limitada. La mencionada implantación de la historia clínica informatizada (OMI-AP), con la consiguiente mejora del sistema de información, ha influido claramente en este aspecto.

		2010	2009	2008
Alcañiz	ALC	59,35	63,02	74,46
Barbastro	BAR	67,42	66,82	55,08
Calatayud	CAL	56,49	62,40	82,62
Huesca	HUE	72,11	76,82	75,21
Teruel	TER	72,00	88,69	85,03
Zaragoza I	ZGZ1	59,13	61,82	61,80
Zaragoza II	ZGZ2	50,00	62,00	47,40
Zaragoza III	ZGZ3	56,82	60,00	51,27

Puntuación sobre 100.

## Contrato de gestión 2010

	ALC	BAR	CAL	HUE	TER	ZGZ1	ZGZ2	ZGZ3
Índice sintético cartera	55,40	55,10	60,80	72,70	56,50	62,60	60,70	61,30
Vacunación antigripal ≥ 65 años	58,40	65,10	61,60	61,80	66,80	57,00	51,70	58,00
Prevención de enfermedades cardiovasculares	56,00	65,40	59,50	69,40	76,20	65,60	63,50	63,00
Control ambulat. de anticoagulación oral (TAO)	87,80	65,50	100,00	100,00	100,00	100,00	74,90	100,00
Atención al paciente dependiente del tabaco	9,60	15,10	16,60	87,00	24,30	26,00	11,80	16,10
Vacunación infantil de 0 a 14 años	96,10	100,00	87,20	99,30	98,70	93,40	91,60	90,20
INR dentro de los límites de referencia (TAO)	67,60	64,90	69,70	64,10	70,10	70,00	69,50	72,10
Diabéticos con HbA1c en último año	58,40	88,60	78,00	63,40	53,80	54,00	64,50	74,70
Diabéticos HbA1c <7 en última determinación	49,90	54,50	62,20	57,50	30,40	58,80	61,50	56,30
Valorado y estratificado riesgo cardiovascular	25,00	28,50	23,30	37,30	26,50	28,70	21,00	23,40
Cobertura PAECD*	6,0	6,2	5,0	6,3	-	6,8	4,5	6,0
Valoración enfermera de sit. sociofamiliar e identificación del cuidador principal (PAECD)	47	62	65	61	85	61	59	58
Valoración de: alimentación, movilidad, higiene, nivel de conciencia, etc. (PAECD)	59	58	56	53	82	42	45	46

\*PAECD: del Programa de Atención a Enfermos Crónicos Dependientes. Cobertura PAECD: razón entre pacientes incluidos y población mayor de 65 años del sector. En Teruel se utiliza otra fórmula de cálculo.

## Análisis de casuística, demanda y eficiencia.

Los **grupos de atención ambulatoria** (*ambulatory care groups*, **ACG**) son un sistema de clasificación de pacientes basados en la carga de morbilidad de la población atendida de forma ambulatoria. La unidad de análisis es el paciente y parte de la premisa de que midiendo la comorbilidad de la población se puede explicar en gran medida las variaciones en el consumo de los servicios sanitarios. A partir de los datos de edad, sexo y problemas de salud codificados según la clasificación internacional de enfermedades CIE-9-MC, se agrupa la casuística en 106 ACG, considerados de características clínicas similares y con mismo consumo de recursos sanitarios.

En las tablas mostradas a continuación se muestra el resumen de los resultados del análisis efectuado a partir de los datos de actividad en atención primaria de los 119 centros de salud de cada sector sanitario durante el año 2009 en los centros del SALUD. Estos datos se comparan con un estándar, obtenido en este caso como el valor promedio de los datos del mismo año en los 98 centros de salud de Aragón que tienen una buena calidad en sus datos registrados (calidad del registro de OMI-AP). De forma específica se muestran datos de casuística, demanda y eficiencia.

### Casuística

Se centra en resumir el peso medio de la actividad realizada (promedio del peso de todos los ACG registrados) y el peso relativo, como indicador de complejidad de la casuística y cuyo cálculo relaciona el peso medio de cada sector sanitario con el peso medio de de Aragón (los 98 centros de salud con buena calidad en sus registros). El valor del peso relativo por encima o por debajo de la unidad resumirá la complejidad global de los pacientes atendidos (de mayor o menor complejidad que la norma, respectivamente).

	Peso medio	Peso relativo
Alcañiz	1,09	0,8
Barbastro	1,18	0,8
Calatayud	1,13	0,8
Huesca	1,26	0,9
Teruel	1,00	0,72
Zaragoza I	1,38	0,99
Zaragoza II	1,45	1,04
Zaragoza III	1,40	1,01
<b>Total</b>	<b>1,39</b>	

En las tablas siguientes se resume los principales problemas de salud atendidos en 2009, diferenciando población adulta de población pediátrica.

**Problemas de salud más frecuentes, población adulta (≥15 años).**

Agrupaciones diagnósticas	Edad media	Tasa*1000 hombres	Tasa*1000 mujeres	Tasa*1000 global
Infección tracto respiratorio superior	46	198,4	261,3	230,3
Lumbalgia	54	143,8	196,5	170,5
Hipertensión sin complicaciones graves	69	132,4	166,0	149,4
Artropatía	54	112,9	152,5	133,0
Trastornos metabolismo de los lípidos	63	120,0	124,4	122,2
Signos y síntomas músculo-esqueléticos	57	92,7	139,9	116,7
Administrativas y alts. de laboratorio no especificadas	52	73,8	109,4	91,9
Trastornos dentales	48	83,9	98,1	91,1
Ansiedad, neurosis	52	53,9	124,3	89,6
Signos y síntomas no específicos	55	68,5	105,3	87,2
Signos y síntomas oftalmológicos	55	60,4	98,5	79,7
Dolor abdominal	49	51,8	80,0	66,1
Otros trastornos de la piel	54	52,0	72,4	62,3
Venas varicosas de extremidades inferiores	62	21,3	99,0	60,7
Diarrea	47	51,9	59,4	55,7
Depresión	59	27,7	81,2	54,8
Enfermedad ulcerosa péptica	56	44,6	62,2	53,5
Dolor de cabeza, cefalea	47	34,9	71,4	53,4
Obesidad	58	39,8	65,8	53,0
Cervicalgia	49	36,0	68,2	52,3

**Problemas de salud más frecuentes. Población pediátrica (<15 años).**

Agrupaciones diagnósticas	Edad media	Tasa*1000 hombres	Tasa*1000 mujeres	Tasa*1000 global
Infección tracto respiratorio superior	6	558,3	563,6	560,9
Tos	6	235,4	227,4	231,5
Administrativas y alts. de laboratorio no especificadas	6	214,6	210,8	212,8
Fiebre	5	181,8	173,1	177,6
Otitis media	5	166,0	178,9	172,3
Diarrea	5	176,3	162,7	169,7
Infección tracto respiratorio bajo	4	116,0	95,5	106,1
Dolor abdominal	8	95,6	113,7	104,4
Dermatitis y eczema	4	93,1	101,5	97,2
Artropatía	8	92,8	92,2	92,5
Signos y síntomas no específicos	7	90,5	91,7	91,1
Conjuntivitis, queratitis	4	88,4	78,2	83,5
Náuseas, vómitos	6	77,6	81,6	79,5
Trastornos dentales	8	77,5	77,0	77,3
Exantemas	4	74,5	74,3	74,4
Abrasiones y contusiones	7	74,7	67,1	71,0
Signos y síntomas oftalmológicos	9	67,7	73,1	70,3
Otros trastornos de la piel	6	63,4	65,2	64,3
Asma sin estatus asmático	7	71,4	48,2	60,1
Signos y síntomas gastrointestinales	8	41,4	47,8	44,5

**Demanda**

Recoge datos de cobertura (porcentaje de población que ha pasado visita, en relación a toda la población de referencia), frecuentación de la población de referencia (número de visitas por cada 1.000 habitantes) e hiperfrecuentación (aquellos pacientes que tienen más de 20 visitas al año). En cada epígrafe se recoge la diferencia porcentual con el estándar (Aragón).

	Cobertura		Frecuentación		Hiperfrecuentación	
	% población	Diferencia	x 1000 hab	Diferencia	>20 visitas (%)	Diferencia
Alcañiz	81,0	2,4	7.827	-0,9	11,2	-0,3
Barbastro	81,9	3,3	7.019	-11,1	9,2	-2,3
Calatayud	80,8	2,2	6.719	-14,9	8,9	-2,6
Huesca	81,3	2,8	7.477	-5,3	9,7	-1,9
Teruel	72,2	-6,3	2.889	-63,4	2,8	-8,7
Zaragoza I	78,9	1,2	7.705	-2,4	10,2	-1,3
Zaragoza II	74,6	-3,9	8.319	5,3	13,9	2,4
Zaragoza III	81,2	2,6	7.959	0,8	11,1	-0,4
<b>Total</b>	<b>78,6</b>		<b>7.897</b>		<b>11,5</b>	

## Eficiencia

Recoge datos de promedio de visitas por paciente y coste medio en farmacia por paciente. Para cada uno de ellos, se calcula el índice de eficiencia, comparado el dato obtenido en cada sector, con el esperado si tuvieran la misma complejidad de casuística que el promedio de Aragón. A partir de esos índices de eficiencia se calcula el impacto en términos absolutos que tiene esa desviación respecto al valor de referencia.

	Visitas por paciente (núm.)				Coste de farmacia por paciente (€)			
	Observado	Esperado	Eficiencia	Impacto	Observado	Esperado	Eficiencia	Impacto
Alcañiz	9,7	8,6	1,12	62.667	366,4	289,0	1,27	4.751.445,0
Barbastro	8,6	8,9	0,97	-27.441	331,3	291,0	1,14	3.583.844,0
Calatayud	8,3	8,7	0,96	-14.173	417,3	313,5	1,33	4.326.569,0
Huesca	9,2	9,5	0,97	-25.214	320,4	306,1	1,05	1.305.784,0
Teruel	4	7,9	0,51	-225.354	347,1	279,3	1,24	3.942.919,0
Zaragoza I	9,7	10,2	0,95	-84.132	290,5	301,1	0,96	-1.705.467,0
Zaragoza II	11,1	10,5	1,06	181.065	327,0	345,2	0,95	-5.421.289,0
Zaragoza III	9,8	10,3	0,95	-121.805	326,6	321,6	1,02	1.258.026,0
<b>Total</b>	<b>10,3</b>				<b>324,3</b>			

En este análisis de eficiencia por sectores hay que considerar la existencia de diferencias en el nivel de calidad de registro de la historia clínica informatizada, especialmente en el medio rural (donde hay núcleos y consultorios locales sin informatizar) y en los centros de más reciente informatización, en los que hay mayor número de episodios sin diagnóstico o con menor número de diagnósticos registrados. En el conjunto de Aragón, el 4,7% de los pacientes visitados no tienen diagnóstico y el promedio de diagnósticos por paciente es de 5,7.

## 3.4 Valoración.

### Puntos fuertes.

- Adecuada **cobertura de la población** por la red de atención primaria.
- **Reforma de la atención primaria** prácticamente completada (a falta del consultorio de Hermanos Ibarra en Zaragoza).
- Amplio **horario de asistencia** (12 horas diarias, 24 horas en los centros de salud rurales).
- Implantación de un modelo de distribución de recursos humanos para **atención continuada** (aunque precisa de reevaluación).
- **Historia clínica** de atención primaria extendida en prácticamente toda la red (OMI AP).
- Fácil **accesibilidad a la citación**: presencial, telefónica o informática.

- Extensión al **domicilio** de la actividad sanitaria de atención primaria.
- **Oferta adicional** de servicios de fisioterapia, odontología, matronas o trabajo social.
- Elevada resolución de **procesos agudos**. Nivel adecuado para el control, seguimiento y gestión de **pacientes crónicos**.
- **Contrato de gestión** reconocido e integrado como herramienta de gestión de los sectores y equipos. Posibilidad de evaluación centralizada.
- Criterios de **uso racional del medicamento** conocidos por los profesionales.
- **Docencia** reconocida para la formación de personal sanitario en 28 centros de la red.
- El desarrollo de actividades de **formación continuada** facilita la actualización de los profesionales.
- Existencia de una unidad de **investigación** en atención primaria que fomenta el desarrollo de estas actividades.
- Primera experiencia consolidada de **telemedicina** (tele-retinografía). Proyectos piloto en vías de desarrollo.
- Satisfacción de los **ciudadanos** con la atención recibida en este nivel asistencial.

#### **Puntos débiles.**

---

- **Población dispersa** que impide obtener la máxima eficiencia de los recursos disponibles, sobre todo en el medio rural.
- Amplia variabilidad en el tamaño de las **zonas básicas de salud**, que impide darles un tratamiento homogéneo. Así, actualmente hay 120 médicos (12%) con más de 1.700 tarjetas sanitarias por profesional y 210 médicos (21%) con menos de 500 tarjetas sanitarias (aunque en este caso haya que considerar la mayor dispersión y menor accesibilidad).
- Progresivo **envejecimiento de la población**, que se traduce en un aumento de los pacientes con patologías crónicas.
- Ocasional **saturación de los recursos** en momentos de alta incidencia de patologías agudas, lo que se traduce en demora en la atención.
- Elevada **frecuentación**, por encima de la media nacional.
- Pese a los avances en los últimos años, la **coordinación entre niveles asistenciales** es dificultosa. Es preciso impulsar y establecer unas pautas de continuidad conjuntas.

- Papel del **coordinador** sin funciones directivas lo que limita la capacidad de gestión de los equipos y del sector sanitario.
- Nuevos desarrollos de **sistemas de información pendientes** de implantación: *data warehouse*, receta electrónica e historia clínica integrada (gestor de pacientes).
- Peso de las **actividades burocráticas** asociadas a la actividad clínica.
- La organización de los recursos de **atención continuada** ha supuesto una pérdida de flexibilidad y precisa una reevaluación.
- Carencia de coordinación entre la asistencia primaria y **salud pública** (prevista en el artículo 22 de la Ley General de Salud Pública).

### 3.5 Propuestas de actuación.

		A	S	E	I
3.1	Revisión del modelo: actualización de la cartera de servicios en las diferentes actividades (preventivas, asistenciales, formativas, etc.).	X			
3.2	Implantar, mejorar y generalizar el sistema de información, control y evaluación de los resultados en términos de salud, calidad y coste.		X	X	
3.3	Optimizar la gestión de recursos humanos: suficiencia, distribución, cargas de trabajo, productividad, satisfacción, formación e incentivación de los profesionales.	X	X		
3.4	Adecuación de infraestructuras y medios técnicos para el diagnóstico y tratamiento.	X			
3.5	Responsabilizar a los profesionales del uso adecuado de los recursos (consumos, medios y prestación farmacéutica).		X		
3.6	Cumplimiento integral de los objetivos del programa del control de la incapacidad temporal.		X		
3.7	Revisar y generalizar las guías y protocolos institucionales de las patologías más prevalentes, e implementarlas.			X	
3.8	Implantar guías de buenas prácticas en relación profesional-paciente.			X	X
3.9	Adequar la atención a colectivos de pacientes con especial vulnerabilidad.			X	
3.10	Garantizar la accesibilidad, con el objetivo de atender al paciente en el día que lo solicita.			X	
3.11	Potenciar el trabajo conjunto entre los diferentes profesionales dentro del equipo y con otros dispositivos asistenciales.	X		X	
3.12	Revisión de los horarios de atención ordinaria y continuada, valorando las diferentes necesidades de la población rural y urbana.	X	X		
3.13	Regulación y reconocimiento de la actual figura de coordinador como director del equipo.	X			X
3.14	Evaluación de la satisfacción del usuario.			X	
3.15	Unificación de las unidades docentes de medicina familiar y comunitaria.		X	X	
3.16	Traspaso de la historia clínica de OMI-AP entre sectores distintos.			X	
3.17	Coordinación entre los equipos de atención primaria y los profesionales de salud pública, con incorporación operativa de estos últimos.	X			