



ARAGON

**Informe Anual
del
Sistema Nacional de Salud 2004**

EL SISTEMA DE SALUD DE ARAGÓN

1. Características socioeconómicas y demográficas de la población

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

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

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

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

Sin embargo, la ligera recuperación del número de nacimientos, en torno a los 10.600 y la llegada de extranjeros hace que el escenario sea menos dramático que hace unos años.

La llegada de extranjeros en los últimos años -actualmente 96.000, el 7,5%- y su asentamiento no sólo en Zaragoza, sino en las cabeceras comarcales han permitido que la población crezca al 1,6% anual y que se haya roto la tendencia de pérdida de población por un crecimiento anual de 20.000 personas.

Economía

El Producto Interior Bruto per capita aragonés es 7 puntos porcentuales mayor que la media española, la tasa de paro es del 6,7%. La existencia de una potente industria metalúrgica hace que el sector servicios tenga un peso algo menor que la media española.

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

2. Desarrollo normativo e institucional

Durante el año 2004 el desarrollo legislativo más relevante y significativo que se ha realizado en la Comunidad Autónoma de Aragón, como consecuencia del proceso de transferencia de competencias de gestión sanitaria, es la elaboración del Decreto de Organización y funcionamiento del Sector Sanitario en el Sistema de Salud de Aragón, publicado en el Boletín Oficial de Aragón en febrero de 2005.

Así, en el año 2004 se aprueban las siguientes normas legales:

- Decreto Legislativo 2/2004, de 30 de diciembre, Texto Refundido de la Ley de Salud de Aragón.
- DECRETO 187/2004, de 7 de septiembre, del Gobierno de Aragón, por el que se establecen medidas de coordinación entre los Departamentos de Agricultura y Alimentación y de Salud y Consumo, en materia de ganadería, seguridad alimentaria y salud pública.
- Proyecto de Ley de creación de la entidad de derecho público Banco de sangre y tejidos de Aragón
- DECRETO 82/2004, de 13 de abril, del Gobierno de Aragón, por el que se modifica el Mapa Sanitario de la Comunidad Autónoma de Aragón.
- DECRETO 83/2004, de 13 de abril, del Gobierno de Aragón, por el que se modifica parcialmente el Decreto 29/2001, de 30 de enero, de modificación del Decreto 51/1993, de la Diputación General de Aragón, por el que se establece la composición del Comité de Ordenación Sanitaria.
- DECRETO 106/2004, de 27 de abril, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el reglamento que regula la autorización de centros y servicios sanitarios en Aragón.

TABLA 2

NORMAS LEGALES FUNDAMENTALES EN MATERIA DE SALUD EN 2004

CCAA: ARAGÓN

Denominación	Fecha	Descripción ámbito regulado	Observaciones
Decreto por el que se modifica el Mapa Sanitario de Aragón	BOA 30-04-04	De forma continuada, anualmente y a partir del año siguiente a la aprobación del Mapa Sanitario se procederá a su revisión, a partir de las alegaciones recibidas durante el transcurso del año.	Decreto 82/2004, de 13 de abril, del Gobierno de Aragón, por el que se modifica el Mapa Sanitario de la Comunidad Autónoma de Aragón
Modificación del Comité de Ordenación Sanitaria	BOA 30-04-04	Establecer los participantes en el Comité de Ordenación Sanitaria	Decreto 83/2004: Modificación de la composición del Comité de Ordenación Sanitaria
Decreto de apertura de centros y establecimientos	BOA 10-05-04	Aprobar el reglamento por el que se regula la apertura de centros y servicios sanitarios de Aragón	DECRETO 106/2004, de 27 de abril, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento que regula la autorización de centros y servicios sanitarios en Aragón
Decreto regulador del Consejo Aragonés de Consumo	BOA 03-11-04	Órgano consultivo y asesor de la Administración de la Comunidad Autónoma en materia de consumo	Decreto 224/2004, de 19 de octubre, del Gobierno de Aragón, por el que se crea el Consejo Aragonés de Consumo
Coordinación en materia de ganadería, seguridad alimentaria y salud pública	BOA 10-09-04	Establecer las medidas de coordinación en materia de ganadería, seguridad alimentaria y salud pública	Decreto 187/2004, de 7 de septiembre, del Gobierno de Aragón, por el que se establecen medidas de coordinación entre los Departamentos de Agricultura y Alimentación y de Salud y Consumo, en materia de ganadería, seguridad alimentaria y salud pública
Texto refundido Ley Servicio Aragonés de Salud	BOA 14- 01-05	Integración de textos normativos	Decreto Legislativo 2/2004, de 30 de diciembre. Texto Refundido de la Ley del Servicio Aragonés de Salud
Proyecto de Ley de Banco de Sangre y Tejidos	BOCA 26-07-04	Incrementar la eficiencia de los recursos y conseguir una optimización en la utilización de las reservas de sangre disponible	

3. Planificación y Programas Sanitarios

ESTRATEGIAS DE SALUD 2003 - 2007

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

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

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

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

PLAN DE SALUD MENTAL

El desarrollo de la atención a la salud mental en Aragón ha seguido un curso paralelo al de otras Comunidades Autónomas, aunque con algún retraso en la asunción de las algunas de las recomendaciones emanadas del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica.

Con la participación activa de las administraciones sanitarias y de los sectores profesionales comprometidos, se han producido avances importantes en el desarrollo de las estructuras más claramente clínico-asistenciales (centros de salud mental y unidades hospitalarias de agudos) o en la transformación parcial de los antiguos psiquiátricos, pero ha sido mucho menos intenso en lo que se refiere a los servicios rehabilitadores y de apoyo social.

El desarrollo de un sistema integral de atención a la salud mental en todo su espectro preventivo, asistencial y rehabilitador exige, en gran medida, contar con plenas competencias en la planificación y gestión de la red asistencial.

A lo largo de los últimos 10 años se han llevado a cabo en Aragón varios intentos de reforma parcial de la atención a la salud mental y aunque todos ellos han contribuido a mejorar y humanizar la atención al enfermo, no han culminado en una implantación plena del modelo de salud mental comunitario.

Se han producido importantes avances tanto en la disponibilidad de recursos estructurales y humanos como en su sectorización -una vez transferidos los recursos asistenciales de las Diputaciones, se ha iniciado el proceso de transformación definitiva de las viejas estructuras de los hospitales psiquiátricos en unidades rehabilitadoras y residenciales- pero persisten aún desequilibrios en la dotación de

equipos ambulatorios multidisciplinares y en la extensión de los dispositivos intermedios de rehabilitación e inserción sociolaboral.

En consecuencia, la atención a la salud mental en Aragón se enfrenta hoy el reto de desarrollar un modelo integrado sociosanitario que, asumiendo los progresos alcanzados en la dignificación y normalización de la asistencia al enfermo mental, cubra con calidad sus variadas necesidades sanitarias y sociales y brinde a las familias las oportunas garantías, oportunidades de participación y apoyo, teniendo en cuenta que el 84% de las personas con enfermedad mental de nuestro país vive con su familia y que éstas plantean como demanda principal, ayudas para mantener dignamente al enfermo mental en su proximidad, a través de programas de acercamiento domiciliario.

PLAN INTEGRAL DE ATENCIÓN A LA URGENCIA Y EMERGENCIA

Se trata de prestar al paciente una atención continuada que se inicia en el momento y, a veces, lugar de presentación del proceso agudo o accidente y finaliza con la reinserción social del afectado. Este plan propone organizar la atención alrededor de un equipo multidisciplinario que aporte un cuidado integrado al ciudadano. Además, en muchas ocasiones se requerirá de una atención integrada entre los diferentes niveles asistenciales, lo que implica un efectivo sistema de transporte y atención urgente de pacientes y de la información relativa al caso, con el fin de facilitar el seguimiento y la continuidad de los cuidados.

Aumentar la satisfacción de los pacientes es otra de las finalidades de este plan. Se pretende, en definitiva, mejorar la calidad percibida, es decir, la sensación de una buena organización de la atención a la urgencia, de una atención respetuosa al paciente y de una información adecuada. Para ello, la participación de la comunidad en las decisiones de cuidados de salud debería estar asegurada en todos los niveles, ya que supone una contribución importante para el seguimiento y mejora de la calidad de los servicios.

Finalmente, se trata de establecer una atención sanitaria a la urgencia y emergencia costo-efectiva mediante una asignación eficiente de recursos. La selección de tecnologías apropiadas, la disponibilidad de infraestructuras físicas adecuadas y una correcta provisión de transporte sanitario deben estar adecuadamente planificados. La redistribución de los recursos y servicios conforme a las necesidades implica un debate previo entre las autoridades sanitarias, proveedores de cuidados y público. Se trata de evitar duplicidades que encarezcan irracionalmente el sistema sanitario y la escasa utilización de servicios costosos.

Este Plan se ha completado durante el año 2004 con la implantación efectiva de todos los recursos previstos. Entre el año 2001 y el 2004 el sistema de atención a urgencias y emergencias ha pasado de contar con 18 ambulancias a 81, de ellas 20 Unidades Medicalizadas (UVI) y 25 de Soporte Vital Básico. Además, cuenta con dos helicópteros con base en Zaragoza y Teruel, más otro especializado en rescate en montaña, con base en Huesca para atender a toda la provincia y el Pirineo aragonés en lo que se refiere a accidentes de montaña.

PLAN INTEGRAL PARA LA INMIGRACIÓN

Este plan se elabora para dar cauce planificado a las políticas orientadas a conseguir la integración social entre nosotros de los inmigrantes. Responde, a su vez, a las modificaciones cualitativas y cuantitativas de la inmigración en los últimos años y trata

de prevenir y evitar las situaciones conflictivas mediante el conocimiento mutuo, el diálogo y la participación.

Aragón, como sociedad de acogida de los extranjeros que deciden asentarse en nuestra Comunidad Autónoma, pone a disposición de estas personas los servicios con los que cuenta. Por tanto, uno de los objetivos del Plan es facilitar la integración y el acceso de los inmigrantes a los sistemas y servicios a los que tienen acceso todos los ciudadanos.

Sin embargo, en ocasiones, la población extranjera tiene dificultades para acceder a dichos servicios generales debido a las diferencias idiomáticas y culturales. Para compensar y ayudar a superar esta dificultad es necesario poner en marcha medidas, apoyos, y en su caso, y de forma temporal, recursos específicos que faciliten el acceso a los recursos generales por parte de los sectores más vulnerables de entre los inmigrantes.

Existe una Guía de “Inmigración y Salud” para todos los profesionales de Atención Primaria que facilita la atención sanitaria para la nueva realidad del territorio aragonés.

TABLA 3

PLANIFICACION SANITARIA. PROGRAMAS, ESTRATEGIAS Y PLANES

CCAA: ARAGÓN

		Sí/No	Ediciones (Fecha)	Observaciones (*)
Planes de Salud	Plan Integral para la inmigración Estrategias de Salud 2003 -2007 salud mental Emergencias Plan de Urgencias y	Sí Sí Sí Sí	Mayo 2004 Octubre 2003 Septiembre 2003 Agosto 2003	
Cáncer de mama	Programa de cribado poblacional	Sí	Programa continuo iniciado en 1996 en Huesca y en 1999 en el resto de la Comunidad	
	Apoyo psicológico tras diagnóstico y durante tratamiento	Sí		
Cáncer de cervix	programa de cribado poblacional	No		
Enfermedades cardiovasculares		No		
Salud mental		Sí	2002-2010	
Violencia de género	Plan de Acción	No		guía de actuación publicada en 2005
	Acciones preventivas			
	Protocolo de actuación sanitaria			

4. Farmacia

Tras recibir las transferencias en materia de Asistencia Sanitaria, se crearon en la Comunidad de Aragón Gerencias de Sector únicas que engloban distintos niveles asistenciales. Este elemento estructural tiene una repercusión positiva en conseguir una mejor coordinación entre niveles asistenciales y, en materia de farmacia, permite el seguimiento de una política común en ambos niveles con integración de las Comisiones de Farmacia y demás actividades de uso racional del medicamento.

No obstante lo anterior dividiremos las actuaciones realizadas en relación con los medicamentos dispensados en oficinas de farmacia, con independencia de que su origen sea de atención primaria o especializada, de las efectuadas en relación a medicamentos dispensados en hospitales.

4.1.- FARMACIA EXTRAHOSPITALARIA

4.1.1.- Políticas de uso racional desarrolladas

Las políticas de uso racional de medicamentos desarrolladas en Aragón en el año 2004 se han basado en la formación e información de nuestros profesionales sanitarios.

Como instrumentos formadores cabe destacar la labor de asesoramiento en la mejora de la calidad de prescripción de la cual han sido elementos dinamizadores los farmacéuticos de sector.

Dentro de esta política se incluye la realización de Sesiones Clínicas, Guías Farmacológicas, Protocolos de prescripción, Informatización de consultas con programas informáticos de prescripción asistida, utilización de indicadores de calidad de prescripción, etc.

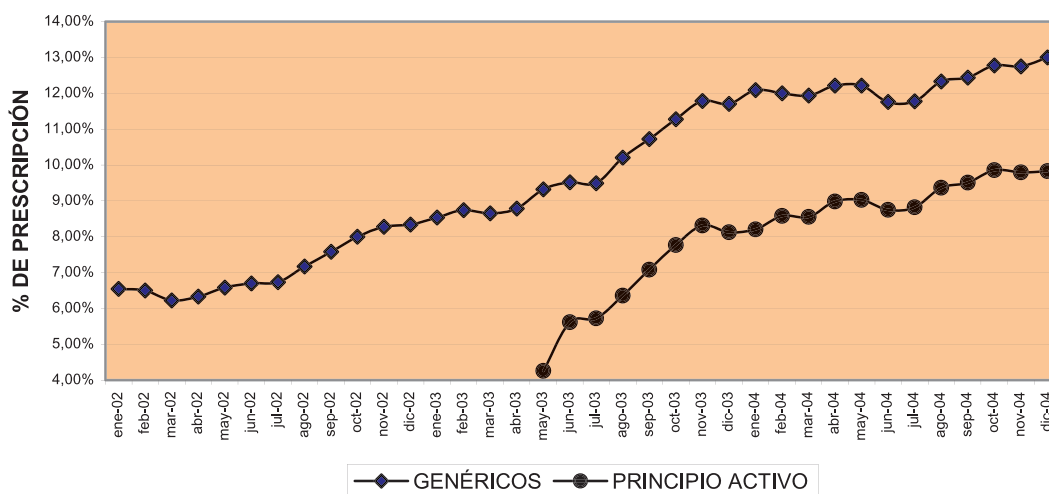
Un elemento muy importante ha sido la información sobre la prescripción realizada, ofreciendo datos comparativos con otros profesionales y proponiendo áreas con mayor potencial de mejora.

Por otra parte, se ha continuado con el programa de mejora de la atención farmacéutica que reciben los residentes en centros sociosanitarios con dispensación directa por parte de Servicios de Farmacia Hospitalarios.

Mención especial a la prescripción por principio activo

Se ha continuado recomendando la prescripción por principio activo, política mediante la que se ha obtenido una mejora muy importante en el consumo de medicamentos genéricos tal como se aprecia en la gráfica adjunta donde se recogen los porcentajes de prescripción por principio activo y de genéricos en el periodo comprendido entre enero de 2002 y diciembre de 2004, apreciándose que gracias a la introducción de la prescripción por principio activo, se ha doblado prácticamente el porcentaje de prescripción de genéricos en la Comunidad de Aragón.

CONSUMO DE GENÉRICOS Y PRESCRIPCIÓN POR PRINCIPIO ACTIVO EN ARAGÓN



4.1.2.- Actuaciones en materia de seguimiento y análisis de la prescripción farmacéutica

4.1.2.1.- Análisis a nivel central

Por parte del Servicio Aragonés de Salud se realiza un análisis constante de la evolución experimentada por el consumo farmacéutico en la Comunidad. Mensualmente se analizan los principios activos con mayor diferencia e incremento de consumo respecto a idéntico mes/ período del año anterior agrupándose por subgrupo terapéuticos, condición de genérico, etc.

Asimismo se analiza la evolución a nivel de sectores y niveles asistenciales, centros, facultativos, etc.

4.1.2.2.- Análisis por facultativo, equipo y servicio

Utilizando el programa informático de información sobre consumo farmacéutico, por parte de los responsables de uso racional del medicamento se analizan las variables que inciden en el consumo farmacéutico y se proporciona información a los profesionales para su autoevaluación.

4.2.- FARMACIA HOSPITALARIA

4.2.1.- Sistema de información sobre adquisiciones hospitalarias

Fue creado tras recibir las transferencias en el año 2002 y comprende datos desde enero de 2001. Recoge datos de consumo en unidades e importe por producto, principio activo y grupo terapéutico utilizando periodos mensuales a nivel de hospital.

Además del análisis del consumo de medicamentos por cada hospital en consumo /cama, consumo /población de referencia, % consumo sobre total o % consumo sobre grupo terapéutico, consideramos un indicador muy interesante el coste medio de adquisición por producto o por presentación equivalente. Este indicador nos ha permitido avanzar de forma importante en la política de compras de medicamentos hospitalarios.

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

No obstante estamos trabajando con un Nomenclátor conjunto que incluye tanto envases clínicos como normales y obtenemos informes conjuntos de consumo farmacéutico global extra e intrahospitalarios.

4.2.2.- Adquisiciones centralizadas de medicamentos

En el año 2004 se convocaron en Aragón los primeros concursos centralizados de adquisición de medicamentos para dispensación hospitalaria con los que se consiguen mejores tanto de la eficiencia de las compras como de su transparencia.

4.2.3.- Política de uso racional

La mejora en los sistemas de información con posibilidad de obtener datos comparativos entre hospitales ha permitido a los responsables del uso racional y a las Comisiones de Farmacia una mejora en su gestión.

TABLA 4

FARMACIA

CCAA: ARAGÓN

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

		Datos 2004	Observaciones
Número de recetas dispensadas	nº total de recetas	22.340.656,00 €	
	%recetas de genéricos/total de recetas	12,22%	
Gasto farmacéutico (considerado el resultado de la siguiente operación:Importe total a PVP-aportación del usuario)	gasto farmacéutico total	312.950.613,33 €	
	% gasto genéricos/gasto farmacéutico total	5,67%	
Tres primeros subgrupos terapéuticos más prescritos (considerando el nº de recetas dispensadas y especificando el nombre del subgrupo que se corresponda con el código de 5 dígitos de la clasificación ATC, según RD 1348/2003)	en el total de recetas dispensadas	A02BC: INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (ANTIULCERA PEPTICA)	
		N02BE: ANILINAS (ANALGESICOS)	
		N05BA: BENZODIAZEPINAS (ANSIOLITICOS)	
	en el total de recetas dispensadas de genéricos	A02BC: INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (ANTIULCERA PEPTICA)	
		R05CB: MUCOLITICOS	
		C09AA: INHIBIDORES ENZIMA CONVERTASA ANGIOTENSINA SOLOS	

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

El Servicio Aragonés de Salud cuenta con un total de 15267 trabajadores, entre estatutarios, funcionarios y laborales que, amén de los correspondientes a los Servicios Centrales, se hallan distribuidos en 25 centros de gestión, cada uno de los cuales cuenta con una Plantilla Orgánica de Personal. Una vez asumidas las competencias relativas a la asistencia sanitaria, conforme a lo establecido en el RD 1475/2001, de 27 de diciembre, se consideró oportuno generalizar la utilización de las plantillas orgánicas, como instrumento de ordenación del personal, en todos los centros sanitarios cuya titularidad era del Gobierno de Aragón, procediéndose, asimismo, a su regulación actualizada, estableciendo su contenido mínimo, la competencia de aprobación, modificación y revisión, y los efectos derivados de las mismas, lo que se llevó a cabo a través del *Decreto 115/2003, de 3 de junio, sobre plantillas orgánicas del personal de los centros sanitarios adscritos al Servicio Aragonés de Salud*.

Por otra parte, en aplicación de la Disposición Final Primera de la *Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón*, y al amparo de lo prevenido por la Disposición Adicional Quinta de la *Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud*, se dictó el *Decreto 51/2004, de 9 de marzo, por el que se establece el procedimiento de integración en la condición de personal estatutario del Servicio Aragonés de Salud*, norma que favorece, a través de convocatorias anuales, la homogeneización de las relaciones de empleo del personal del SALUD.

Con fecha 26 de abril de 2005, se ha suscrito, por todas las fuerzas sindicales presentes en la Mesa Sectorial de Sanidad, el denominado “Acuerdo Profesional Sanitario”, que recoge diversas medidas relacionadas con la planificación y desarrollo de recursos humanos, entre ellas:

- Homologación retributiva con la media de las CC AA
- Compromiso de implantación de la Carrera Profesional
- Mejoras en el Plan de Acción Social
- Incremento de recursos en materia de prevención de riesgos laborales
- Compromiso de elaboración de un Plan de Ordenación de RR HH.
- Medidas en materia de selección y provisión de plazas
- Unificación del régimen de permisos, vacaciones y licencias
- Desarrollo del Estatuto Marco
- Creación de nuevas categorías profesionales

Pero lo más relevante del mencionado Acuerdo es, sin duda, que sienta las bases para la construcción normativa del nuevo modelo retributivo del personal estatutario del Servicio Aragonés de Salud, basado en diferentes modalidades del Complemento Específico, en función de las diversas circunstancias que pueden ser tenidas en cuenta a la luz de lo dispuesto por el artículo 43.3 del Estatuto Marco, y superando, en el caso del personal médico, la conflictividad derivada de la configuración del complemento ligado a la dedicación exclusiva.

La Formación Continuada en el ámbito del Servicio Aragonés de Salud se planifica atendiendo a las líneas estratégicas de actuación que la Dirección Gerencia determina anualmente y a las necesidades del conjunto de profesionales y de los propios Centros Sanitarios. La gestión es diversa en función de las fuentes de financiación de dicha Formación:

- Las actividades formativas financiadas con fondos MAP, se gestionan de forma centralizada desde la Dirección de Recursos Humanos
- Las actividades formativas financiadas con recursos propios se gestionan en parte por el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud y el resto por los propios Centros Sanitarios

Por lo que atañe a encuestas de satisfacción, en ocasiones se realizan con carácter general, dirigidas a colectivos o Centros determinados y, además, es práctica común efectuar una evaluación específica al concluir cada actividad formativa, cumplimentando los alumnos la correspondiente encuesta, siguiendo para ello un modelo normalizado para todos los Centros dependientes del Servicio Aragonés de Salud.

Estas encuestas son evaluadas por los propios Centros y Entidades organizadoras de los cursos, al objeto de conocer sus resultados y efectuar la programación del siguiente Plan de Formación. Los aspectos evaluados son la calidad de las exposiciones teóricas o la tutorización de la parte práctica, la adecuación de los contenidos, la utilidad y los aspectos organizativos.

Del análisis de tales encuestas de evaluación cumplimentadas tras las diversas actividades formativas del año 2004, sobre una puntuación máxima de 100%, la puntuación obtenida ha sido de una media del 82%

TABLA 5

PLANIFICACION Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

CCAA: ARAGÓN

Número de Profesionales en Atención primaria

	hombres	mujeres	edad			Observaciones
			<30 años	30-50 años	>50 años	
Medicina familiar y comunitaria	582	358	1	493	446	
Pediatría	52	89	0	92	49	
Enfermería	182	821	50	670	283	

Número de Profesionales en Atención primaria

	hombres	mujeres	edad			Observaciones
			<30 años	30-50 años	>50 años	
Farmacia	1	6	0	7	0	
Psicología Clínica	3	15	0	13	5	
Otros profesionales sanitarios (Rehabilitación, Fisioterapia)	123	251	8	268	98	
Otros profesionales no sanitarios	155	504	9	508	142	
%de población atendida por Equipos de Atención Primaria		98,5				

6. Investigación

Existen las siguientes convocatorias competitivas financiadas por el gobierno autonómico relacionadas con la investigación:

- Reconocimiento de Grupos de Investigación: se clasifican en de Excelencia, Consolidados, Consolidados de Investigación Aplicada y Emergentes. (Dpto. Ciencia, Tecnología y Universidad)
- Proyectos de Investigación sobre “Uso Racional del Medicamento” (Convenio Uso Racional del Medicamento Instituto de Salud Carlos III-Dpto. de Salud y Consumo)
- Premios: Premio “Aragón Investiga” (Dpto. Ciencia, Tecnología y Universidad) a: La excelencia investigadora, Jóvenes Investigadores, Entidades.
- Becas:
 - Ayudas para la obtención del Diploma de Estudios Avanzados (Dpto. Ciencia, Tecnología y Universidad)
 - Ayudas destinadas a la formación de personal investigador (Dpto. Ciencia, Tecnología y Universidad)
 - Becas de estancia en el extranjero (Convenio Uso Racional del Medicamento Instituto de Salud Carlos III-Dpto. Salud y Consumo)

El balance de la investigación a partir de la participación en convocatorias competitivas (FIS-Carlos III, Fondos Europeos, etc.) y de la evolución de los equipos investigadores se puede dividir en:

- Convocatorias del ISCIII:
 - Convocatoria Becas Convenio Uso Racional del Medicamento del Instituto de Salud Carlos III: Concedidos: 2 (100% de los admitidos)
 - Convocatoria Proyectos de Investigación Uso Racional del Medicamento del Instituto de Salud Carlos III: Concedidos: 5 (50% de los admitidos)
 - Convocatoria de Proyectos de Investigación del Instituto de Salud Carlos III: Concedidos: 14 (41% de los admitidos)
 - Convocatoria de Proyectos de Investigación de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III: Concedidos: 1 (100% de los admitidos)
 - Convocatoria de Contratos de Investigadores para el Sistema Nacional de Salud del Instituto de Salud Carlos III: Concedidos: 0 (0% de los admitidos)
 - Convocatoria de Contratos de Formación en Investigación post-Formación Sanitaria Especializada del Instituto de Salud Carlos III: Concedidos: 1 (100% de los admitidos)
- Convocatorias Departamento Ciencia, Tecnología y Universidad: Reconocimiento de Grupos de Investigación: Concedidos 1 Grupo de Excelencia, 4 Consolidados, 3 Consolidados de Investigación Aplicada y 2 Emergentes.

A lo largo del año 2004 se ha mantenido la tendencia iniciada en 2003, coincidiendo con el inicio de la actividad del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud: por segundo año consecutivo Aragón ha sido la comunidad autónoma con mayor porcentaje de proyectos FIS concedidos respecto a los admitidos.

Otro de los factores que ha contribuido a la consolidación de los grupos de investigación y por ello, de los resultados en investigación ha sido la consolidación de las Redes Temáticas de Investigación Cooperativa (RTIC's) iniciadas en 2003, pero cuya complejidad estructural ha hecho que 2004 haya sido el primer año de verdadero “trabajo en red”.

Sobre la valoración general de los ensayos clínicos en la Comunidad Autónoma, se ha instaurado a lo largo de 2004 un nuevo modelo de gestión centralizada de ensayos clínicos, que ya se había iniciado en 2003 a partir de la creación del Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (CEICA), y que se ha seguido con la gestión centralizada de todos los ensayos realizados en los centros asistenciales de la Comunidad Autónoma a través del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Los resultados en 2004 han sido:

- Ensayos evaluados por el CEICA: 92
- Ensayos aprobados por el CEICA: 78
- Contratos firmados para la puesta en marcha del ensayo: 60

Entre los mecanismos para introducir la práctica sanitaria basada en la evidencia científica, el Proyecto GuíaSalud desarrolla y pone a disposición del Sistema Nacional de Salud (SNS) instrumentos de información, registro, selección, adaptación, implantación y actualización de GPC. Es gestionado desde el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Los mecanismos que utiliza son los siguientes:

- 1) Favorece el acceso y la utilización de los citados instrumentos y recursos. Dispone de un catálogo de GPC de elaboración/adaptación y uso en España.
- 2) Desarrolla redes de cooperación en la identificación de necesidades de formación y obstáculos prácticos en la adaptación e implantación de guías.
- 3) Establece y consolida una cultura de comunicación, comparación y difusión de buena práctica. Para ello está realizando una tarea de difusión activa de lo que es el Proyecto GuíaSalud y promoviendo la creación de jornadas, seminarios, talleres y cursos relacionados con la MBE y las GPC.

TABLA 6

INVESTIGACION

CCAA: ARAGÓN

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

	si/no	número	Observaciones
Comités Éticos de Investigación Clínica (CEIC)	Sí	1	Comité Ético de Investigación Clínica de ámbito autonómico
Proyectos de Investigación financiados por FIS	Sí	14	Enmarcados en 11 disciplinas ISI
Proyectos de Investigación financiados por Fondos Europeos	Sí	1	
Proyectos de Investigación financiados en Convocatorias Regionales	Sí	10	Convocatoria de Reconocimiento de Grupos de Investigación
Ensayos Clínicos patrocinados por industria	Sí	60	

7. Sistemas de información sanitaria

En el Área de Evaluación de Servicios Sanitarios, los sistemas de información existentes o en fase de desarrollo e implantación se centran en:

- Sistemas de información sobre población asegurada: Tarjeta sanitaria
- Sistemas de Información sobre Recursos y Cartera de Servicios:
 - Registro de Centros y establecimientos sanitarios,
 - Sistema de Información de Cartera de Servicios
- Sistemas de Información de Actividad:
 - Sistema de Información de Atención Especializada, que incluye también datos de personal, recursos y cartera de servicios
 - Sistema de Información de Atención Primaria
- Conjuntos Básicos de Datos
 - CMBD al alta hospitalaria
 - CMBD de procedimientos ambulatorios
 - Censo de Pacientes Crónicos Dependientes
 - CMBD de dispositivos asistenciales para pacientes crónicos dependientes
 - Registro de Pacientes de Salud mental
- Sistema de Información de gasto sanitario

Los sistemas existentes permiten un conocimiento adecuado de la actividad y del gasto, pero hoy por hoy no permiten realizar una adecuada evaluación de los resultados de los servicios sanitarios.

Para ello, sería necesario mejorar la integración de los sistemas de información, basándose en identificadores personales únicos, y disponer de herramientas de análisis adecuadas. Los sistemas actuales parten de un concepto fragmentado de los servicios sanitarios.

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

La integración de distintas fuentes de datos (CMBD, uso de servicios, registros de cáncer, enfermedades transmisibles, etc.) permitiría contar con información actualizada de estado de salud de la población y sus determinantes.

Respecto a la colaboración interinstitucional con el Ministerio de Sanidad y Consumo, las principales áreas de desarrollo son:

- Registro de Usuarios del sistema Nacional de Salud: Alcanzar la integración de los diferentes Sistemas de Información de Usuarios para permitir la interconexión y la identificación única a nivel del SNS
- Sistemas de Información de Cartera de Servicios: Sería conveniente disponer de un modelo uniforme de cartera de servicios y de un sistema de información que facilitara el conocimiento de la oferta de los diferentes servicios
- Sistemas de información de actividad: en Atención especializada, el sistema actual se basa en la ESCRI, y no se adapta a las definiciones de los Servicios de Salud. Sería conveniente llegar a un sistema de información integrado que no obligara a

duplicar la información y además, con criterios no coincidentes. En Atención primaria, habría que continuar con el esfuerzo de llegar a un consenso sobre información.

- Conjuntos Básicos de Datos: los proyectos que se iniciaron sobre CMBD diferentes al de hospitalización se encuentran abandonados. Sería conveniente que el Ministerio de Sanidad retomara la iniciativa y el liderazgo para llegar a modelos de datos, propuestas de indicadores y herramientas de análisis comunes que facilitaran la comparación de resultados entre Servicios de Salud.
- Gasto sanitario: La adaptación de la estadística de gasto sanitario al sistema de Cuentas de Salud es una iniciativa interesante en la que hay que profundizar, estableciendo criterios contables uniformes que no se basen exclusivamente en criterios presupuestarios.

En general, el Ministerio debería ejercer el liderazgo en la definición de modelos de datos, indicadores y herramientas de análisis comunes a los diferentes Servicios de Salud, a través de colaboraciones institucionales, ya sea en el marco del Consejo Interterritorial o en el marco de proyectos de investigación conjuntos.

Por otro lado, el Ministerio puede ejercer la labor de coordinación y mediación con otros organismos que trabajan en sistemas de información y estadísticas sanitarias, como el INE o el CIS.

8. Calidad

En el Servicio Aragonés de Salud (SALUD) se decidió en 2001 utilizar el Modelo Europeo de Excelencia Empresarial, EFQM, como herramienta para conseguir un buen sistema de gestión y como marco de referencia para evaluar los progresos de su organización hacia la excelencia. Durante 2002 se desarrolló un programa de formación que alcanzó a 140 personas de SALUD, la mayoría directivos aunque también profesionales de las unidades de calidad, otros técnicos y algunos miembros de equipos de atención primaria y unidades hospitalarias. De todos ellos, 57 personas adquirieron habilidades como "Evaluadores Internos del Modelo EFQM de Excelencia".

Desde entonces, en las Direcciones de Atención Primaria y en los Hospitales de Aragón se han realizado diversas autoevaluaciones que identificaron un elevado número de oportunidades de mejora. Como consecuencia de las mismas, los contratos de gestión han introducido, entre otros, el compromiso de llevar a cabo una serie de proyectos de mejora. Algunos fueron establecidos por la Dirección de SALUD y otros seleccionados por cada centro de entre los puntos fuertes y áreas de mejora detectados en su autoevaluación.

El "Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en SALUD" se puso en marcha en junio de 2000 para facilitar a los proyectos seleccionados:

- Asesoramiento y formación sobre metodología y herramientas para el desarrollo de ciclos de mejora de la calidad aplicados a cada proyecto.
- Intercambio de la información y experiencias generados por los distintos proyectos seleccionados.
- Presupuesto necesario para subvencionar total o parcialmente las actividades del proyecto.

Desde el año 2000, el número de proyectos incluidos en el Programa ha ido aumentando, en 2004 fueron 92, mientras que se han presentado 150 a la convocatoria de 2005.

En Aragón, los contratos de gestión están siendo un instrumento de importancia para "desplegar" la estrategia del Departamento de Salud y Consumo hacia SALUD, desde éste a sus Gerencias de Sector y desde éstas a los distintos Equipos de Atención Primaria así como unidades y servicios de los Hospitales, Salud Mental y Atención Sociosanitaria.

Los contratos de gestión han intentado comunicar, entre otros aspectos, el compromiso de la Dirección de SALUD con la mejora de la calidad, así como transmitir de un nivel a otro la necesidad de que el liderazgo en la gestión y mejora de la calidad es responsabilidad del correspondiente Equipo Directivo.

En 2005, SALUD ha modificado sus contratos de gestión para enmarcar sus objetivos en los criterios del Modelo EFQM, con la intención de potenciar, por una parte el papel de los contratos como instrumento para desplegar la estrategia y por otra, la utilización del modelo como herramienta que aglutine y organice todos los elementos de evaluación que se emplean en SALUD.

Por otra parte, los contratos 2005 registran la mayor parte de los "últimos avances" puestos en marcha para mejorar la gestión de la calidad en SALUD:

- Inicio de procesos para conseguir la certificación ISO 9001:2000 en Equipos de Atención Primaria y 061 Aragón, así como la acreditación ISO 15189 en laboratorios.
- Diseño de procesos asistenciales integrados, iniciando en 2005 los siguientes: dolor torácico, cuidados paliativos, atención al paciente crónico con dependencia, trastorno mental grave y trastorno límite de la personalidad.
- Impulso al diseño y aplicación de planes de cuidados de enfermería.
- Uso de una encuesta para conocer la opinión de los usuarios de SALUD, con bloques temáticos homogéneos en todos los niveles de atención.
- Empleo de una encuesta para conocer la opinión de las personas que trabajan en SALUD.
- Diseño y aplicación de cuadros de mando con bloques homogéneos en todos los niveles de gestión

9. Seguimiento del estado de salud de la población

La Comunidad Autónoma consciente de la importancia de la monitorización del estado de salud de la población como base para la implementación y evaluación de los programas de salud, potencia y gestiona diversos registros y sistemas de información.

Además, utiliza otras fuentes de información, tanto sanitarias como no sanitarias para este fin. En la actualidad se está llevando a cabo un estudio exploratorio para identificar otras fuentes de información secundarias (ambientales, económicas, etc.) que puedan ser útiles para conocer tanto el estado de salud de la población de Aragón como sus determinantes.

A partir de las diferentes fuentes y sistemas de información, los datos se analizan periódicamente para tener una visión del estado de salud de la población en términos de morbi-mortalidad. La ampliación de la muestra de la Encuesta Nacional de Salud para que sea representativa a nivel de Comunidad Autónoma, proporciona información sobre el estado de salud y hábitos de vida en la población, entre otros.

Encuesta Nacional de Salud

En el año 2003 se entrevistaron 1451 personas mayores de 15 años residentes en Aragón en el marco de la Encuesta Nacional de Salud. El 76,1% de los entrevistados consideraron que su estado de salud era muy bueno o bueno y sólo el 6,2% consideraba que era malo o muy malo. Cifras ligeramente superiores e inferiores respectivamente a las obtenidas para España. En cuanto al hábito de fumar el 28,9% era fumador diario (34,6% varones y 23,3% mujeres) y el 69,8% no fumaba en el momento de la encuesta (64% varones y 75,5% mujeres). Estos datos son similares a la media nacional.

Registro de Mortalidad

En el año 2002 la esperanza de vida al nacimiento estimada global fue de 80,6 años (77,4 en varones y 83,9 en mujeres). Es superior a la media nacional en un 2,2 % en varones y en 1% en mujeres. La esperanza de vida en mujeres en Aragón es de las más altas del mundo.

Durante el año 2002 se han registrado 12.985 defunciones entre los residentes de Aragón, de las cuales 498 (3,8%) se han producido fuera de la comunidad autónoma. La tasa bruta de mortalidad fue de 10,7 por 1000 habitantes (11,3 en varones y 10,1 en mujeres). La tasa ajustada a la población europea fue de 5,6 por 1000 habitantes (7,3 en varones y 4,2 en mujeres). La mortalidad fue un 6,9% inferior a España en varones y un 5,2% inferior en mujeres. Tanto en Aragón como en España la mortalidad general muestra una disminución mantenida en los últimos años.

En cuanto a la mortalidad por causas, aproximadamente el 60 % de las muertes se deben a enfermedades del sistema circulatorio y a tumores. En varones, fueron los tumores la primera causa de muerte (30,5 % del total de defunciones) por tercer año consecutivo, seguido de las enfermedades del sistema circulatorio (30%). En mujeres, la primera causa fueron las enfermedades del sistema circulatorio (33,4%), seguido de los tumores (25,9%). Para las causas más frecuentes es evidente la sobremortalidad en varones. La evolución de estas causas en los últimos años fue variable. Así, las enfermedades del sistema circulatorio descendieron claramente tanto en varones como en mujeres. Los tumores presentaron una estabilización global en varones y un ligero descenso en mujeres. Sin embargo, el cáncer de pulmón y colon aumentaron

en varones y el cáncer de estómago disminuyó tanto en varones como mujeres. El cáncer de mama en mujeres disminuyó.

En Aragón en el 2002 se perdieron 34.322 años potenciales de vida (APVP), de los cuales 23.972 correspondieron a varones (70%) y 10.351 a mujeres (30%). En varones el 62,6% de los APVP se debieron a causas externas (31,9%) y tumores (30,7).

La mortalidad infantil en 2002 supuso 51 defunciones, con una tasa (TMI) de 5 por 1000 nacidos vivos (5,4 en niños y 4,4 en niñas). Esta tasa fue ligeramente inferior a la de años anteriores y superior a la media nacional en un 18%. Desde 1975 la tasa de mortalidad infantil (15,8) ha disminuido en Aragón en un 68%.

Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Las cinco enfermedades de declaración obligatoria más frecuentemente declaradas numéricamente en Aragón durante el año 2004 fueron: otros procesos diarreicos (125.599 casos y una tasa de incidencia de 10210,5 casos por 100.000 habitantes), gripe (22.244 casos y una tasa de 1808,3), varicela (8.737 casos y tasa de 710,3), toxiinfecciones alimentarias (TIA) (817 casos y una incidencia de 66,4) y tuberculosis (269 casos y una tasa de 21,8). A continuación y con un número de casos mucho más reducido figuran: parotiditis, legionelosis, otras meningitis, otras tuberculosis, sífilis y hepatitis B. Todas ellas con tasas de incidencia superiores a 3,3 casos por 100.000 habitantes.

Al comparar las tasas de incidencia de estas enfermedades con las tasas del año 2003 se observa que gripe, TIA, parotiditis y otras tuberculosis han sufrido un ligero descenso. El resto de enfermedades han aumentado, siendo destacable un incremento de legionella que ha alcanzado un valor de 152,5% (debido al brote declarado en Zaragoza en Junio de 2004).

Registro de Cáncer

En el año 1998 se registraron en Zaragoza un total de 3965 tumores (2349 en varones y 1616 en mujeres) lo que representa una tasa bruta por 100000 habitantes de 471,1 (572,1 y 375,0 respectivamente). La tasa de incidencia ajustada a la población europea fue de 341,9, siendo para varones de 446,7 (385,2 si se excluyen los cánceres de piel no melanoma) y 259,2 en mujeres (224,5 excluyendo los cánceres de piel no melanoma).

Las localizaciones más frecuentes en varones fueron: pulmón representando el 18%, piel no melanoma 14%, próstata 15%, colorrectal 11% y vejiga 10%. En mujeres el cáncer de mama fue el más frecuente, constituyendo el 25% del total; le siguen: piel 14%; colorrectal 14%; cuerpo de útero 6% y ovario 4%.

Las tasas del registro de Zaragoza se sitúan muy próximas a las de otros registros españoles y en una posición media-baja con respecto a otros registros europeos. Sin embargo, es de destacar que el cáncer de laringe en Zaragoza ocupa el primer lugar en Europa seguido de otros registros españoles.

Registro de Insuficiencia renal crónica con tratamiento sustitutivo

Durante el año 2002 un total de 106 pacientes de insuficiencia renal crónica iniciaron diálisis en Aragón, lo que representa una tasa de incidencia de 8,8 por 100.000

habitantes-año y la prevalencia a 31/12/2002 fue de 41,3. Tanto la incidencia como la prevalencia están ligeramente por debajo de la media nacional.

Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)

Durante el año 2004 se han producido en Aragón 149.603 altas hospitalarias, siendo las más frecuentes, al agrupar por categoría diagnóstica mayor, las del aparato digestivo (17,2% del total), sistema músculo-esquelético (11,1%), aparato circulatorio (10,6%), embarazo, parto y puerperio (9,6%) y aparato respiratorio (8,8%).

Las causas específicas más frecuentes de alta hospitalarias fueron: catarata, hernia inguinal, otras alteraciones de la cavidad y membranas amnióticas, insuficiencia cardíaca y coleditiasis. Sin embargo, las causas que han producido mayor número de estancias fueron la fractura de cuello de fémur, la oclusión de arterias cerebrales e insuficiencia cardíaca.

Sistema de vigilancia de diabetes infantil

En 1991 se creó un sistema de vigilancia epidemiológica de diabetes infantil (DM1) como iniciativa de la Unidad de Diabetes Infantil del Hospital Universitario Miguel Servet, y en los últimos años cuenta con el apoyo del Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón. Este sistema de información se basa en la notificación voluntaria de los nuevos casos de DM1 infantil por los servicios de endocrinología hospitalarios y consultas externas; así como los pediatras de atención primaria, clínicas y mutuas privadas, Asociación Aragonesa de Endocrinología, Asociación de Diabéticos y campamentos de diabéticos.

La incidencia de DM1 en Aragón en el año 2002 fue 25,2 por 100000 niños. Esta incidencia es similar a la observada en Oxford y Ciudad Real, inferior a la encontrada en la península de Avalon (Canadá) y superior a la registrada en Italia. La incidencia es mayor en niños que en niñas. Con los datos disponibles, se estima una prevalencia de DM1 en Aragón de 133,8 por 100000 niños (202 casos), similar a la obtenida en Portugal.

10. Participación

La Ley 6/2002, de Salud de Aragón, regula los principales aspectos sobre acceso a la información y capacidad de elección de los pacientes. Se regula específicamente la libre elección de médico, el derecho a la segunda opinión médica, el acceso a la historia clínica y el consentimiento informado.

En algunos aspectos, como el acceso a la historia clínica y a una segunda opinión médica está pendiente el desarrollo de la ley, en forma de decretos actualmente en fase de borrador.

La información sobre cartera de servicios o sobre actividad y resultados del sistema de salud se publica en la página web del Departamento, estando prevista la próxima publicación de los datos de las listas de espera quirúrgica, cumpliendo así con el compromiso de transparencia en los servicios sanitarios adoptado por el Departamento de Salud y Consumo.

La participación de los aragoneses en Sistema de Salud de Aragón en torno a 3 foros:

- Consejo de Salud de Aragón.
- Consejos de Sector.
- Consejos de Zona.

Para el Consejo de salud de Aragón se aprobó el Decreto 305/2003, de 2 de diciembre de 2003, que regula la constitución, composición y reglamento de dicho consejo, siendo su Presidenta la Consejera de Salud y Consumo.

Este Consejo se constituyó el 11 de mayo de 2004, con la participación de los representantes de las administraciones autonómica y local, de las organizaciones sindicales y empresariales, la Universidad de Zaragoza, los Colegios profesionales, sociedades científicas, asociaciones vecinales y de consumidores, así como los grupos parlamentarios de las Cortes de Aragón.

La estructura del Servicio Aragonés de Salud se modifica en el decreto 148/2002, que crea las Gerencias de Sector como órganos de gestión descentralizada de la asistencia sanitaria y establece ocho sectores sanitarios. Asimismo regulan los órganos de participación del Sector (Consejo de Salud del Sector Sanitario). Los Consejos de Salud de Sector se constituyeron todos ellos entre el 2 de Junio y el 23 de septiembre del año 2004. El consejo de salud del sector es la base de la participación comunitaria en el nuevo modelo de organización del Servicio Aragonés de Salud.

El Texto Refundido de la Ley del Servicio Aragonés de Salud (Decreto Legislativo 2/2004 de 30 de diciembre) contempla además los Consejos de Salud de Zona, relativos al ámbito de la atención comunitaria.

El Consejo de Salud de Zona está compuesto por representantes de ayuntamientos, de los servicios sociales de base, el coordinador del equipo de atención primaria, dos representantes del equipo, un farmacéutico, un veterinario, dos representantes de organizaciones sindicales, un representante de los consejos escolares y hasta un máximo de cuatro representantes de asociaciones ciudadanas (consumidores y usuarios, asociaciones de vecinos y otras).

TABLA 10

PARTICIPACION

CCAA: ARAGÓN

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

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

	si/no	Referencia legislativa	Observaciones
Libre elección de médico	SI	Ley 6/2002, de Salud de Aragón, art. 4. i).	
Segunda opinión	SI	Ley 6/2002, de Salud de Aragón, art. 4.j).	Falta desarrollo de la Ley
Acceso a la Historia Clínica	SI	Ley 6/2002, de Salud de Aragón, arts. 16, 17, 18 y 19.	Falta desarrollo de la Ley
Consentimiento Informado	SI	Ley 6/2002, de Salud de Aragón, arts. 12, 13 y 14.	
Instrucciones Previas/Ultimas Voluntades	SI	Decreto 100/2003, del Gobierno de Aragón.- Registro de Voluntades Anticipadas.	
Guía ó Carta de Servicios	SI	Ley 6/2002, de Salud de Aragón, art. 60. b').	En página Web del Departamento de Salud
Información en el Sistema Nacional de Salud	SI	Ley 6/2002, de Salud de Aragón, art. 6.6.	En breve se publicará la lista de espera en la página Web del Departamento de Salud.
Garantías a los pacientes con necesidades especiales de información asociadas a la discapacidad	SI	Ley 6/2002, de Salud de Aragón, art. 55.	Existe el Plan de Asistencia a Urgencias en personas sordas de Aragón (PAUSA) que pretende atenuar las deficiencias de comunicación que estos pacientes encuentran cuando sufren una urgencia médica.

TABLA 10

PARTICIPACION

CCAA: ARAGÓN

	si/no	Cuantía dedicada en 2004	Nº de asociaciones subvencionadas en 2004	Referencia normativa convocatoria	Observaciones
Subvenciones a asociaciones de pacientes	SI	513.664	34	Convenios	

	si/no	referencia normativa	características	Observaciones
Cuantía destinada a Gestión de reclamaciones	generales	NO		
	que implican responsabilidad patrimonial	SI	RD 429/1993 Reglamento Proc. Admón. Respons. Patrimonial	Seguro Zurich: 1.790.000

11. Equidad

En el ámbito de la atención primaria, las medidas que se hayan puesto en marcha para mejorar y garantizar la igualdad de oportunidades en el acceso a los servicios sanitarios se pueden citar:

1) Guía de Atención Sanitaria en Atención Primaria a las mujeres Víctimas de Violencia Doméstica:

-Elaboración de la Guía por el Departamento de Salud con grupo interdisciplinario.

-Revisión por Sociedades Científicas y Profesionales de Atención Primaria del ámbito de la Comunidad Autónoma.

-Difusión, con Formación Específica: 1º Formación de formadores y 2º Formación descentralizada, con sesiones en todos los Centros de Salud de Aragón.

2) Traducción de Documento y Hojas Informativas de uso habitual en el Sistema Sanitario. Estamos en la 1ª Fase: selección de documentos a traducir e idiomas en que se difundirán:

-Formularios de Tarjeta Sanitaria

-Documentos de Consentimiento Informado

-Hojas Informativas a usuarios

-Hojas informativas o de apoyo, en enfermedades o procedimientos concretos.

En el ámbito de la salud mental se puede describir el CENTRO DE DIA "EL ENCUENTRO" PARA PERSONAS SIN HOGAR CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

La marginación sin hogar es, sin duda, la expresión más grave y dramática de los fenómenos de exclusión, que afecta cada vez a un mayor número de personas.

En los países donde la desinstitucionalización psiquiátrica está siendo llevada a cabo, una de las problemáticas que ha cobrado magnitudes más preocupantes es la de los enfermos mentales sin hogar. Las relaciones entre ambos hechos son polémicas.

Dentro del colectivo de los "sin techo" se ha hecho cada vez más patente la presencia de trastornos mentales severos. Las personas sin hogar que sufren este tipo de enfermedades constituyen un grupo con características muy intensas de exclusión.

Por todo ello se crea en Zaragoza un dispositivo integrado en la Red de Salud Mental de Aragón, que se ocupe de la rehabilitación psicosocial de personas sin hogar que padecen trastorno mental severo.

El centro de día permite por tanto una forma de intervención que puede promover la rehabilitación psicosocial y el aumento de la calidad de vida de las personas sin hogar con TMS por los siguientes motivos:

- Facilitar un grupo de iguales que contribuya a disminuir el desarraigo y el aislamiento
- Contribuir a la integración social de este colectivo doblemente afectado por la exclusión: debido a su enfermedad y a su situación personal.
- La posibilidad de realizar el tratamiento minimizando gastos, ofreciendo un servicio diferente que puede estar coordinado con los asistenciales que ya existen para personas sin techo.

La finalidad del proyecto: Implementar un recurso que permita a los transeúntes con trastorno mental severo atendidos, mejorar la calidad de vida, buscando alcanzar un nivel de autonomía suficiente para su adecuada integración en la Sociedad mediante el desarrollo de un Plan Individualizado de Rehabilitación.

El Centro de día se concibe como un recurso que ofrece diversas oportunidades de atención, garantizando unos mínimos en cuanto a salud, hábitos, economía, ocupación, autonomía, seguimiento médico-psiquiátrico, y por lo tanto, la mejora de la calidad de vida.

Se concibe como un lugar con un ambiente protegido, donde pueden aumentar la confianza en si mismos, pero en contacto permanente con los recursos de la comunidad.

Ofrece la posibilidad de generar una vinculación afectiva y una rutina que de estructura a su día, base para trabajar otros aspectos. Garantiza la alimentación y pernocta, también durante los fines de semana. También facilita la exploración, la experimentación y el aprendizaje de habilidades, proporcionando los cimientos que faciliten la inserción social en servicios más normalizados.

TABLA 11

MEDIDAS PARA LA EQUIDAD

CCAA: ARAGÓN

	si/no	tipo de medida	referencia normativa	observaciones
Género	SI	Guía de Atención Sanitaria en Atención Primaria a las Mujeres víctimas de Violencia Doméstica		Difusión con Formación Específica, descentralizada, en todos los Centros de Salud de Aragón
Etnia	SI	Traducción de Documentos y Hojas Informativas		Fase de selección de Documentos de uso habitual en el SALUD
Discapacidad	SI	Obras en Centros de Salud		Todos los Centros de nueva construcción o los Centros reformados sin barreras arquitectónicas
Otras	SI	Programa de Telecita para Interconsulta con el Especialista		Permite al usuario elegir día y hora. La citación es on-line, en el mostrador de admisión de todos los Centros de Salud de Aragón

12. Valoración del proceso transferencial

Con carácter general resulta imposible valorar de forma objetiva el proceso de transferencia de la asistencia sanitaria a esta y otras Comunidades Autónomas debido al poco tiempo transcurrido, un proceso de tanta complejidad y trascendencia sólo puede ser valorado desde la perspectiva de más tiempo y a través de la tendencia de indicadores y criterios que sólo pueden ser modificados en un periodo temporal más amplio.

Por lo tanto la valoración sólo puede realizarse enunciando estrategias y actuaciones desarrolladas con posterioridad al proceso de transferencias y enumerando aquellas dificultades o problemas que ya se apuntan durante este periodo.

Oportunidades y aspectos positivos

Posiblemente las oportunidades de mejora están relacionadas con el fraccionamiento de la provisión de la asistencia sanitaria en un doble sentido:

- Poder tomar decisiones y estrategias sobre un volumen de recursos más controlable y abarcable, es decir, disminuir la incertidumbre en la toma de decisiones.
- Democratizar la toma de decisiones al estar más cercana las decisiones políticas a la provisión directa de los servicios y a las opiniones de ciudadanos y profesionales.

Las estrategias que el Gobierno de Aragón ha diseñado para este primer periodo de asunción de las transferencias son pertinentes con este nuevo marco de posibilidades.

- Reconocimiento del derecho a la salud de los ciudadanos, propietarios del servicio público sanitario, centro del sistema y por lo tanto con capacidad de elección y derecho de información, participación e influencia en la gestión.
- Autonomía de los profesionales en sus formas de organización y en el uso racional de todos los recursos necesarios para la buena práctica clínica.
- Reorientación de las decisiones y de la organización de la gestión, de forma que cualquier medida sea tomada siguiendo el criterio genérico de su repercusión positiva en la relación profesional – usuario
- Existencia de un marco de regulación que asegure la orientación de los servicios hacia la mejora de la salud, priorice la eficiencia global sobre la eficiencia económica, favorezca la discriminación positiva de los colectivos más desprotegidos y busque la equidad y continuidad mediante el ejercicio de las funciones normativas.

Estas estrategias se han desarrollado en una nueva arquitectura de organización y gestión que diferencia claramente la responsabilidad de gestión de los recursos y de la gestión clínica y se ordena por medio de tres estructuras de gestión

- Las Unidades Clínicas responsables de realizar la gestión clínica, entendiendo ésta como el conjunto de procesos y decisiones clínicas que se producen en la relación entre profesionales y pacientes
- Los Órganos de Dirección Profesional de los Centros, diferenciando cuatro líneas asistenciales: Atención Primaria, Atención Especializada, Atención Sociosanitaria y Atención a la Salud Mental.

- La Gerencia del Sector como órgano descentralizado para la gestión de los recursos necesarios para la asistencia sanitaria en su territorio.

En resumen, el principal objetivo es cambiar una organización basada en la gestión de recursos por una organización profesional que se justifica por sus resultados y que asegure el cumplimiento de las líneas estratégicas del Departamento de Salud a través del cumplimiento y desarrollo de los siguientes objetivos y propuestas.

1. Servicios de Atención y Admisión transparentes para los ciudadanos, y que equilibren las decisiones de usuarios, gestores y profesionales.
2. Desarrollo de la gestión clínica. Incrementando el nivel de autonomía/responsabilidad de los Servicios de Atención Especializada y de los Equipos de Atención Primaria, estableciendo con cada unidad una cuenta provisional de resultados y estimando su consecución conforme a criterios de volumen, calidad y gasto, en un marco en el que los profesionales dispongan de autonomía suficiente (recursos, relaciones profesionales, oferta...) para poder ser valorados según sus resultados.
3. Dirección de los Centros con máxima autonomía profesional, altamente cualificada para poder relacionarse y evaluar las relaciones con las Unidades Clínicas.
4. Favorecer la eficiencia mediante mecanismos de economía de escala. Centralizando en el Sector toda la gestión de recursos, convirtiéndose en "gestorías" de las unidades clínicas y de la dirección de los centros.
5. Implantando un modelo de financiación prospectivo, tanto para Atención Primaria como Especializada en el que se diferencian.
 - Ingresos para el mantenimiento de la estructura según criterios de oferta y accesibilidad.
 - Ingresos según procesos (atención especializada) o pacientes atendidos (atención primaria), favoreciendo los servicios más efectivos y permitiendo mediante estándares valorar el comportamiento clínico de los profesionales respecto a resultados de calidad y efectividad en el consumo clínico de los recursos.
- Con ingresos específicos, según producción y complejidad de la misma, para Atención Primaria y que incluye créditos para hacer frente a tratamientos ambulatorios, procedimientos de diagnóstico que demandan, solicitud de asesoría (consultas) a especialistas, urgencias, etc., en consonancia con su responsabilidad, permitiendo relacionar los resultados con el uso racional de los recursos.
6. Favorecer la continuidad de la atención al paciente.
 - Definiendo claramente las funciones de Atención Primaria y su responsabilidad.
 - Haciendo depender de la gerencia del sector toda la actividad asistencial que esté al servicio de todas las unidades y que por economía de escala pueda ser adecuada su gestión centralizada.
 - Estableciendo itinerarios a través de servicios y recursos específicos que mejoren la convalecencia y rehabilitación de enfermos crónicos y de pacientes con problemas de salud mental. Hablamos de servicios flexibles en su gestión y que, en colaboración con otras instituciones, favorezcan la inserción social de estos pacientes.

Dificultades y problemas

Todo sistema sanitario descentralizado precisa de decisiones y procedimientos transversales que aseguren su cohesión y sostenibilidad, en este sentido sería necesario establecer y desarrollar los siguientes aspectos:

- Una financiación que asegure la suficiencia dinámica de ingresos y gastos, objetivo que sólo puede ir ligado a un modelo de financiación que contemple la financiación global de las Comunidades Autónomas con un fondo de cohesión sanitaria suficiente para hacer frente a los nuevos servicios (especialmente nuevas especialidades farmacológicas y servicios ligados a la tecnología) y a unidades de referencia de alta calidad y al servicio de todos los Servicios de Salud.
- Una política de formación que asegure la reposición de profesionales sanitarios y la adaptación de las especialidades a los nuevos conocimientos y tecnologías.
- Una cartera de servicios comunes en todo el territorio del Estado suficientemente transparente y operativa como para garantizar los mismos derechos y accesibilidad a todos los ciudadanos, permitiendo hacer visible la incorporación de nuevos servicios y su necesidad de financiación.

13. Descripción de una experiencia innovadora

Programa de atención hospitalaria y ambulatoria a los pacientes con Trastorno de la Personalidad y sus Familiares.

La Unidad de Trastornos de la Personalidad es un dispositivo catalogado como SANITARIO, en el Plan Estratégico 2002-2010 de Atención a la Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Aragón, ubicada en el 1º y 2º nivel de atención (equipo de Centro de Salud Mental y Hospitalización), y que requiere para un abordaje global, del apoyo de otros dispositivos INTERMEDIOS y de INSERCIÓN SOCIAL, que conformarían el tercer nivel de atención según el mismo plan.

Esta ubicado en el Hospital Provincial Nª Sª de Gracia de Zaragoza, en el Servicio de Psiquiatría. Comenzó su funcionamiento en mayo de 2004.

Justificación

Los trastornos de la personalidad son patologías de difícil abordaje por la propia dificultad de su diagnóstico y por la falta de vinculación al tratamiento que estos pacientes tienen, máxime cuando muchos de ellos son pacientes egosintónicos y con mucha facilidad el diagnóstico de trastorno de personalidad ha conllevado generalmente la etiqueta de intratable.

Pese a todo la necesidad de tratamiento de los trastornos de la personalidad es irrenunciable por las siguientes razones.

- Las personas afectadas sufren por ello o hacen sufrir a los que les rodean.
- Su vida suele deteriorarse irremisiblemente.
- Pueden hacerse daño o hacer daño a otros.
- Actualmente ya se acepta que se trata de trastornos tratables, adaptables e incluso parcialmente curables, máxime la positiva evolución de las técnicas psicoterápicas, y la aparición de tratamientos biológicos y farmacológicos que están demostrando su eficacia.

Una muestra de la demanda asistencial y la dispersión de la misma la tenemos en el análisis de datos de una muestra de pacientes de la Unidad:

- El 72% de la muestra estudiada ha pasado por más de 8 profesionales.
- Solo el 8% no ha cambiado nunca de terapeuta.
- El 55% ha estado ingresado en una Unidad de Agudos, recibiendo él diagnóstico de trastorno límite de la personalidad tan solo el 12%.
- Solo el 25% ha estado más de 6 meses asintomático.
- El 60% ha tomado mas de 20 psicofármacos diferentes prescritos por su medico.
- El 8% ha recibido Terapia electroconvulsiva.
- El 70% de los pacientes reconoce no llevar una correcta cumplimentación de los tratamientos.

La complejidad de la clínica de estos pacientes hace que su manejo sea complejo y difícil, tanto que la Asociación Psiquiátrica Americana haya confeccionado una Guía Terapéutica en la que recomienda la creación de unidades especiales así como la formación del personal asistencial en el manejo de estos pacientes.

La Reunión Europea de la ISSPD de 1998 y las reflexiones del grupo del Mc Lean Hospital, coinciden en sugerir una serie de condiciones óptimas que deberían reunir los centros dedicados al abordaje terapéutico de los trastornos de personalidad.

Así deberían crearse servicios especiales para pacientes límite en todos los niveles asistenciales, el personal que este dedicado fundamentalmente a estos pacientes suficiente experiencia. Tener todas las modalidades de terapia disponibles incluyendo como mínimo la farmacológica y la terapia individual y de grupo. Realizar investigación sobre el trastorno límite. Programas especiales de aprendizaje para tratar pacientes con trastorno límite. Servicios de ayuda y asesoramiento para las familias.

Todo programa específico para trastornos de personalidad debe tener presente desde su inicio los objetivos claros hacia el paciente, la protocolización de todas las acciones terapéuticas, el control y evaluación de las mismas.

Por ello, una vez realizado el ingreso, valoración, diagnóstico y plan individual del paciente, valoración de la familia, siendo a su vez informada y con pautas de actuación frente a posibles conductas, e instaurado el tratamiento psicoterapéutico y farmacológico oportuno, al alta del paciente, si lo requiere, debe ser derivado a un recurso social (servicios sociales comunitarios), o bien a un recurso de rehabilitación de salud mental. (centro de día, centro de empleo protegido, vivienda supervisada, etc.)

Intervención

Los fundamentos asistenciales (recogidos en el Programa de Rehabilitación y Reinserción Psicosocial en Salud Mental, documento de apoyo al Plan Estratégico de Salud Mental de Aragón) son, entre otros:

- Se trata de un proceso de modificación de una situación psicosocial, que influye negativamente en la calidad de vida y en la integración social.
- La cronicidad se ha ligado a la Historia de la enfermedad, teniendo poco en cuenta el contexto individual, social y asistencial de la historia de enfermar. Y la severidad (cronicidad o persistencia), tiene mucho que ver con elementos individuales, pero también con elementos situacionales. Las personas con un trastorno mental grave, evolucionan de diferente manera según la calidad y cantidad de recursos disponibles, y de la organización de las actuaciones asistenciales.
- La situación psicosocial de una persona está configurada por la interrelación de diferentes factores: características individuales, familiares, redes sociales y de la red profesional especializada.

Principios:

- La rehabilitación debe apoyarse en una concepción amplia y globalizadora de los Derechos Humanos.
- La rehabilitación debe promover la integración de la persona en su comunidad (familia, amigos, barrio, etc.)
- Se basa en el principio de autonomía e independencia. Las personas con enfermedad mental crónica son sujetos y no objetos.

PROGRAMA DE HOSPITALIZACION, duración: dos meses

Objetivos:

- Establecer un marco y alianza terapéuticos.
- Que el paciente acepte y se adhiera a las terapias.

- Realizar un correcto diagnóstico.
- Que el paciente adquiera conciencia de enfermedad.
- Que el paciente se forme en el trastorno y sus tratamientos.
- Controlar síntomas y lograr su estabilización clínica.

Alta hospitalaria

Si no cumple criterios de inclusión en el Programa, será derivado al recurso más adecuado para el paciente.

Si se incluye, a partir de una reunión previa al alta en la que se expone y firma el Acuerdo de plan terapéutico, se dará de alta hospitalaria pasando al Programa ambulatorio.

Actividades terapéuticas:

- Tratamiento farmacológico
- Psicoterapia individual
- Psicoeducación grupal
- Psicoterapia grupal
- Cuidados de enfermería
- Intervención de trabajo social
- Terapia ocupacional

PROGRAMA AMBULATORIO, Duración: dos años

Objetivos:

- Dar continuidad a los objetivos de la hospitalización.
- Favorecer su reinserción sociolaboral.
- Que mejore sus habilidades sociales, el manejo de sus emociones y la resolución de problemas.

Actividades terapéuticas:

- Tratamiento farmacológico
- Psicoterapia individual
- Psicoeducación grupal
- Psicoterapia grupal
- Cuidados de enfermería
- Intervención de trabajo social

Alta del Programa

El Programa tendrá una duración máxima de dos años desde el ingreso inicial. Finaliza con el alta del programa, derivándose al recurso más idóneo en dependencia del tipo de alta (terapéutica, voluntaria), siendo la premisa del Programa la integración del paciente en recursos sociolaborales normalizados.

Programa *Cine y Salud*: Una iniciativa de salud pública para promover la salud de la adolescencia

El Programa *Cine y Salud* es un instrumento para mejorar la calidad de la educación para la salud que realiza el profesorado de la Educación Secundaria Obligatoria (ESO). *Cine y Salud* llega actualmente a más de 20.000 adolescentes.

Justificación

La promoción de salud en la adolescencia implica desarrollar la capacidad para asumir el control sobre los determinantes de salud. Además de promover políticas que mejoren la calidad de la educación, el uso del tiempo libre y la accesibilidad a los servicios sanitarios, es necesario promover una educación para la salud que responda a las necesidades de los adolescentes. Trabajar la salud con adolescentes significa ayudarles a madurar los conocimientos aprendidos y a reflexionar sobre la realidad que les toca vivir. En la práctica se traduce en responsabilizar progresivamente al alumnado de su propia salud de forma que, al salir del centro educativo e incorporarse a su comunidad adopte un estilo de vida saludable y que repercuta positivamente en el nivel de salud de su entorno.

En la actualidad, los medios de comunicación han experimentado tal nivel de desarrollo que el lenguaje audiovisual pasa a ser un elemento imprescindible en los centros educativos. El cine puede convertirse de esta forma en un medio educativo idóneo permitiendo que el alumnado pueda analizar, valorar y criticar los elementos que aparecen en una película mediante el acompañamiento didáctico del profesorado. Una película bien seleccionada es una buena herramienta de trabajo que, por una parte motiva al alumnado y por otra facilita al profesorado la integración curricular de los objetivos de educación para la salud. La utilización didáctica del cine permite abordar los problemas de salud en la adolescencia centrando su interés en el componente actitudinal, la clarificación de valores y las habilidades personales. El desarrollo del Programa *Cine y Salud* permite potenciar el trabajo en los centros educativos de acuerdo con las prioridades definidas por el Sistema de Salud de Aragón.

1. Características principales de su desarrollo

El programa *Cine y Salud: por una mirada auténtica* se desarrolla desde el año 2001 por iniciativa de la Comisión Mixta Salud-Educación del Gobierno de Aragón. Tiene por objeto tratar desde el lenguaje cinematográfico los aspectos relacionados con la promoción de la salud en la adolescencia. La Dirección General de Salud Pública y la Dirección General de Política Educativa son las instituciones que coordinan su desarrollo. Su finalidad es: potenciar la integración de la educación para la salud en la ESO (12-16 años); abordar, mediante las películas propuestas, los problemas de salud más relevantes en la adolescencia; y facilitar al profesorado un material didáctico útil y de sencilla aplicación.

Los objetivos a desarrollar con el alumnado de la ESO son los siguientes:

- Adoptar una actitud participativa que no sea pasiva ni consumidora de imágenes sintiéndose afectado por los aspectos sobre salud planteados
- Incrementar el nivel de responsabilidad personal ante su salud, para que adopte actitudes y comportamientos adecuados para mejorarla

- Adquirir informaciones que contribuyan a modificar conductas no saludables y reforzar las saludables.
- Fomentar valores, actitudes y hábitos para mejorar el nivel de salud de la población escolar y de la propia comunidad.

El programa se dirige preferentemente a adolescentes entre 14 y 16 años, aunque también puede resultar útil para cualquier colectivo de la comunidad educativa. En los cuatro primeros cursos de implantación, el programa ha abordado los siguientes temas:

- Dimensión personal:
 - Alimentación
 - Creatividad
 - Autoestima
- Relacional y social:
 - Relaciones y emociones
 - Educación sexual
 - Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas
 - Convivencia y racismos
 - Resolución de conflictos
- Dimensión ambiental:
 - Desarrollo sostenible
 - Entornos saludables

El programa *Cine y Salud* se plantea como una propuesta abierta y flexible que pueda adecuarse a las distintas necesidades y problemas de salud, asumiendo los temas de más interés en cada momento en la edad adolescente. Ofrece al profesorado un plan de trabajo continuado y factible proponiendo el desarrollo de un tema por trimestre que se trabaja con el soporte de un material didáctico de sencilla aplicación.

2. Aspectos destacables de su implantación

El programa Cine y salud Incluye tres áreas de actividad:

- Utilización del cine en el aula.
- Elaboración de cortometrajes por el alumnado sobre temas de salud.
- Formación e intercambio de experiencias.

A. Utilización del cine en el aula

Los centros y profesores que deciden participar en el programa se les facilita una serie de recursos didácticos para facilitar el trabajo en el aula. El material didáctico que se ofrece al profesorado incluye:

-*Once Cuadernos Monográficos.* El primero sobre Orientaciones y Propuestas Didácticas para facilitar la aplicación del programa y proporcionar al profesorado nociones generales sobre salud, educación para la salud y cine. El resto de los monográficos abordan cada tema de salud: su protagonismo en el cine, así como centros de interés, videografía y bibliografía.

-*Videoteca para el centro.* El profesorado dispone de una película relacionada con cada tema:

- *American Cuisine* (1998) de Jean-Yves Pitoun: Alimentación.
- *Familia* (1996) de Fernando León de Aranoa: Relaciones y emociones.
- *Belle Époque* (1992) de Fernando Trueba: Educación sexual.
- *Billy Elliot* (2000) de Stephen Daldry: Creatividad

- *Mas pena que gloria* (2001), de Victor García León: Tabaco, alcohol y otras drogas
- *Oriente es oriente* (1999) de Damien O'Donnel: Convivencia y racismos
- *La lengua de las mariposas* (1999) de José Luis Cuerda: Resolución de conflictos
- *Amelie* (2001) de Jean Pierre Jeunet: Autoestima
- *Un lugar en el mundo* (1992) de Adolfo Aristaraín: Desarrollo sostenible
- *Planta 4ª* (2003) de Antonio Mercero: Relaciones y emociones
- *Una casa de locos* (2002) de Cédric Klapisch: Entornos saludables

-*Guía didáctica para el profesorado*: Facilita el trabajo en el aula sobre la película propuesta. Plantea un análisis del film (argumento, ficha técnica, personajes, tema...), actividades para realizar antes, durante y después del visionado de la película y un cuestionario de evaluación.

-*Cuaderno para el alumnado*. Recoge aspectos relacionados con el film y las actividades propuestas

Las actividades de Cine y salud se pueden realizar en:

- *Sesión de tutoría con el alumnado*: Dentro del *Plan de Acción Tutorial* de los centros educativos, uno de los objetivos planteados es el desarrollo del espíritu crítico y de la responsabilidad personal del alumnado.
- *Sesión de clase de un área determinada*: Cualquier profesor o profesora puede utilizar e integrar las actividades de *Cine y Salud* que resulten adecuadas a su propia área o asignatura.

B. Festival de Cortometrajes Cine y Salud.

Estimula a los centros educativos a producir cortos realizados por el alumnado con el apoyo de sus profesores. Pretende mejorar la comprensión del lenguaje audiovisual, reflejar valores y actitudes sanos de la realidad cotidiana, favorecer la creatividad, participación y trabajo en equipo, y promover la corresponsabilidad en los mensajes. Se han realizado tres ediciones anuales del Festival. Los cortos finalistas se editan y usan como recurso didáctico para trabajar en la ESO. Se facilitan recursos de apoyo para su realización, tanto en el apartado técnico como bibliográfico.

C. Actividades de formación e intercambio de experiencias

Se han realizado 21 cursos sobre *Cine y Salud* dirigidos al profesorado participante en el programa desde los Centros de Profesores y Recursos (CPR), sus objetivos son: Motivar y dinamizar la participación en el Programa *Cine y Salud* y facilitar su aplicación práctica. También se han realizado dos cursos monográficos *Pantallas Sanas* sobre el fenómeno del uso de las tecnologías de la información y la salud. Se han realizado tres ediciones de Jornadas anuales *Cine y Salud* que tienen como objetivos intercambiar experiencias de educación para la salud a través del cine y ser un foro de nuevas ideas y enfoques. Como fomento de la innovación se ha ofrecido un cauce para identificar nuevas experiencias del profesorado de utilización del cine como recurso de educación para la salud. También existe una página web (cineysalud.com) que sirve de soporte del Programa, en cuanto a difusión de materiales y actividades.

3. Metodología seguida para su evaluación.

El programa tiene un equipo técnico, formado por expertos en cine, profesorado con experiencia en educación para la salud y profesionales de salud pública, que coordina la elaboración de materiales, organiza las actividades regionales y realiza la evaluación del programa. Además existe un equipo de técnicos de salud pública que apoya y realiza el seguimiento en cada provincia. También se cuenta con la estructura de formación del profesorado y otros recursos del Departamento de Educación.

La evaluación tiene en cuenta la información recogida en los momentos de oferta, formación y seguimiento del programa. Además recoge la valoración del profesorado que participa en el programa mediante cuestionario. La evaluación se basa en criterios cuantitativos y cualitativos:

- Cobertura y aceptación del programa:
 - Número de centros integrados en el programa
 - Número de profesores participantes
 - Número de alumnos que realizan el programa
- Nivel de integración en el currículum
- Valoración de resultados e impacto:
 - Grado de participación del alumnado
 - Grado de satisfacción del profesorado
 - Grado de cumplimiento de objetivos
- Sugerencias de mejora

4. Resultados

- En el curso 2004-05 han participado en el programa 846 profesores y 20.216 alumnos pertenecientes a 144 centros de educación secundaria lo que supone un 74 % de los centros. Merece la pena destacar que la participación ha aumentado progresivamente desde el curso de inicio del programa.
- Durante los cuatro años del programa han recibido formación 871 profesores de educación secundaria.
- Se han producido 38 cortometrajes elaborados por los propios los jóvenes abordando diferentes temas de salud.
- Se han editado tres libros que recogen 40 nuevas experiencias del profesorado utilizando el cine como recurso de salud.

De acuerdo con evaluaciones del profesorado de los tres últimos cursos, un 98% del profesorado ha integrado el programa en el currículum. Un 74.4 % a través del *Plan de Acción Tutorial* y un 31.3% a través de una o varias áreas. Las dificultades más frecuentes del profesorado han sido las relacionadas con la organización del trabajo en el centro (falta de tiempo: 45,7%, dificultades técnicas de aplicación: 3,9%, programas sobrecargados: 16,4%) y las relacionadas con la adecuación de las películas.

Respecto a la *utilidad del material*, un 92,4% del profesorado lo considera útil para abordar la educación para la salud en los centros. La línea pedagógica se considera adecuada y el grado de satisfacción como docentes ha sido *bueno / muy bueno* en un 74,2%, mientras que para un 25 % ha sido *aceptable* y para un 0,7%, *ninguno*.

En cuanto *al grado de interés y aceptación por parte del alumnado*, un 68,3% del profesorado manifiesta que este ha sido *bueno / muy bueno* y un 30,6% *aceptable*. Respecto a la consecución de objetivos un 81,1% del profesorado considera que ha sido *bastante / mucho*. El profesorado destaca especialmente el abordaje de los problemas de salud del alumnado de forma práctica y dirigido a mejorar su proceso de

maduración personal. También resalta las dificultades para conseguir un mayor apoyo por parte de las familias.

5. Conclusiones

- La iniciativa ha tenido buena aceptación por parte del profesorado porque combina el desarrollo de modelos educativos prácticos con el apoyo institucional por parte de los departamentos de Salud y Educación. Permite orientar las actuaciones de educación para la salud de acuerdo con las prioridades del Sistema de Salud de Aragón.
- También ha sido bien aceptado por el alumnado ya que el programa responde a su interés por el mundo de la imagen y además se sienten protagonistas de su proceso educativo.
- El cine puede ser un instrumento útil y atractivo para abordar diferentes contenidos de salud, permite profundizar en el área emocional y de desarrollo de habilidades personales y ayuda además a reflejar situaciones de la vida cotidiana de los jóvenes y facilitar la reflexión sobre las mismas.
- Es importante avanzar en la alfabetización audiovisual. A través de los medios de comunicación se transmiten muchos mensajes de salud a los que es necesario prestar una atención crítica. Es fundamental educar la mirada de los jóvenes frente al consumo masivo y acrítico de imágenes en las diferentes pantallas (televisión, videojuegos, internet,...).