

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016

Estrategias y acciones destacables

Comunidad Autónoma de Aragón



Índice

Resumen	5
Introducción	7
1 Salud Pública	9
2 Asistencia sanitaria	11
2.1 Población cubierta	11
2.2 Estrategias y actuaciones relacionadas con la equidad	12
2.2.1 Universalización de la cobertura de la asistencia sanitaria pública	12
2.2.2 Sistema para evitar que los pensionistas sin recursos tengan que adelantar el exceso de aportación en la prestación farmacéutica	13
2.2.3 Modelo y calidad de los servicios en atención primaria	15
2.2.4 Atención a pacientes vulnerables con patología crónica compleja	15
2.2.5 Trastornos relacionados con la salud mental	16
2.2.6 La atención a tiempo	17
2.2.7 Registros de enfermos con Síndrome Coronario Agudo	17
2.3 Estrategias y actuaciones relacionadas con la participación	18
2.4 Estrategias y actuaciones relacionadas con mejoras en la salud de los ciudadanos y la sostenibilidad del sistema	19
3 Infraestructuras sanitarias	21
4 Recursos humanos	23
4.1 Los profesionales sanitarios	23
4.2 Investigación e innovación	23
5 La organización de la asistencia sanitaria en las zonas limítrofes	25
5.1 Convenios de colaboración	25
5.1.1 Convenio de colaboración con Castilla-La Mancha	26
5.1.2 Convenio de colaboración con Navarra	26
5.1.3 Convenio de colaboración con Cataluña	26
5.1.4 Convenio de colaboración con la Comunidad Valenciana	27
5.1.5 Convenio de colaboración con Castilla y León	28
5.1.6 Convenio de colaboración con La Rioja	28

5.2	Volumen asistencial	29
5.3	Régimen económico	29
5.4	Tarjeta sanitaria	29
5.5	Acceso a la historia clínica	30
	Índice de tablas	31
	Índice de gráficos	33
	Abreviaturas, acrónimos y siglas	35

Resumen

La población con derecho a asistencia sanitaria en el sistema público de Aragón se eleva casi al millón trescientas mil personas, con un perfil de gran envejecimiento y acusada dispersión en el territorio.

El conjunto de las estrategias y actuaciones, que a continuación se exponen, suponen la articulación de una política diferenciada que no sólo tienen como objetivo blindar o proteger lo ya conseguido, sino responder, en el conjunto de los servicios y derechos que configuran el estado de bienestar, a las demandas y necesidades de los ciudadanos.

En el ámbito de la Salud Pública las actuaciones previstas se configuran alrededor de la elaboración de un nuevo Plan de Salud, del impulso de las estrategias de Salud en todas las políticas, de colaboración con otros departamentos y entidades en el impulso de la Promoción de la Salud y en la revisión del sistema de alertas ante los retos de las enfermedades emergentes.

Entre las estrategias relacionadas con la equidad, se destaca la universalización de la cobertura de la asistencia sanitaria a las personas que perdieron el aseguramiento tras el RDL 16/2012, y medidas para limitar el impacto del copago farmacéutico en los pensionistas. También destacamos propuestas de impulso de la atención primaria y de rediseño de la atención a pacientes vulnerables con patología crónica compleja y a pacientes con problemas de salud mental. Otra área de impulso es la de la participación ciudadana, tanto en su papel de paciente como de sujeto político.

Otro grupo de actuaciones se dirigen a garantizar la sostenibilidad del sistema, adecuando la cartera de servicios a las necesidades de la población y a la evidencia científica.

En el ámbito de las infraestructuras, destacamos la elaboración de un Plan de Renovación tecnológica y la continuación de los proyectos de los hospitales de Alcañiz y Teruel.

Introducción

La Ley 6/2002 de Salud de Aragón establece el Sistema de Salud de Aragón como el conjunto de recursos, medios organizativos y actuaciones de las Administraciones Sanitarias de la Comunidad Autónoma cuyo objetivo último es la mejora del nivel de salud, tanto individual como colectiva, su mantenimiento y recuperación a través de la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad, la atención sanitaria y la rehabilitación e integración social.

Entre sus objetivos está el de asegurar la efectividad, la eficiencia y calidad en la prestación de los servicios, y entre sus características el uso preferente de los recursos sanitarios públicos en la provisión de los servicios.

El Sistema de Salud de Aragón ha contribuido de forma esencial durante estos últimos años a soportar, aliviar y evitar que la crisis económica haya derivado en una crisis social de gran magnitud. El que los ciudadanos tengan acceso, hasta hace poco tiempo prácticamente universal, a la sanidad pública es un logro y un derecho, pero además es un elemento de desarrollo, progreso, crecimiento, cohesión social y de protección de la salud que ha mostrado todo su valor en estos momentos.

La sanidad es en Aragón el servicio público más utilizado y valorado por los ciudadanos y por el que justifican en gran medida los impuestos que pagan. Además los ciudadanos, a la vez que identifican y defienden de forma activa el sistema público de sanidad, reclaman y exigen que se resuelvan problemas de accesibilidad, personalización, calidad y eficiencia. Ello es perfectamente explicable con las dificultades y problemas de adaptación a la sociedad actual, en la que la evolución demográfica, tecnológica, cultural... exige reformas importantes que garanticen su solvencia en los próximos años.

El contrato social establecido entre ciudadanos y sus representantes, entre profesionales y pacientes y entre generaciones es sólido y ha sido defendido por miles de ciudadanos y profesionales durante los últimos años, estableciendo sus elementos nucleares como líneas rojas que no deben sobrepasarse.

En un contexto de ingresos públicos reducidos y con escaso o nulo margen para incrementar la deuda, el reto es lograr unos mejores servicios, una mejor atención con recursos limitados. Dar respuesta a este reto no será posible si se continúan aplicando exactamente los mismos criterios, son necesarias nuevas reglas y prácticas ante los problemas presentes y los retos del futuro para evitar una erosión en la calidad del sistema y en las condiciones de salud.

Para ello es necesario apostar por los puntos fuertes del sistema como la cobertura universal, la accesibilidad y la equidad, pero también eliminar bolsas de ineficiencia, aprender de experiencias ajenas aplicándolas con inteligencia y realismo en nuestro medio, apelar al liderazgo y compromiso de los profesionales sanitarios y favorecer la participación ciudadana, tomar decisiones informadas y asegurar la evaluación de las políticas, apostando por una oferta pública de servicios sanitarios suficiente y de calidad.

El conjunto de las estrategias y actuaciones, que a continuación se expone, suponen la articulación de una política diferenciada que no solo tienen como objetivo blindar o proteger lo ya conseguido, sino responder, en el conjunto de los servicios y derechos que configuran el estado de bienestar, a las demandas y necesidades de los ciudadanos.

1 Salud Pública

Los factores determinantes de la salud individual y colectiva tienen mucho que ver con cómo vivimos y con el medio que nos rodea; la educación que se recibe, tener un trabajo y vivienda dignos, familia y/o amigos con los que poder compartir, una renta suficiente, y un sistema de salud equitativo, accesible y de calidad. Todo influye de manera poderosa en el mayor o menor nivel de bienestar de las personas.

Hablar de Salud Pública significa incorporar el objetivo de salud a la acción global de los gobiernos y las administraciones y especialmente a las políticas relacionadas con la alimentación, el medio ambiente y la vivienda. Hablar de Salud Pública significa también y de forma preferente incorporar valores, hábitos saludables y de responsabilidad en el conjunto del sistema educativo, así como articular programas específicos en el mundo de la salud laboral o respecto a grupos de riesgo y colectivos más vulnerables.

Las actuaciones que se proponen se inscriben en las siguientes estrategias:

- Elaboración de un nuevo Plan de Salud de Aragón para el próximo cuatrienio.
- Revisión del Plan Autonómico de control de la cadena alimentaria en colaboración con las áreas competenciales de producción primaria de alimentos y consumo.
- Puesta en marcha de una Estrategia de Salud Ambiental que incluya el control sobre nuevos riesgos generados por la exposición a agentes químicos y/o físicos.
- Evaluación del II Plan de drogodependencias y elaboración de un nuevo Plan de adicciones.
- Revisión del Sistema de Atención a Alertas de Salud Pública.
- Refuerzo del trabajo de colaboración con el Departamento de Educación, Cultura y Deporte para el desarrollo de los programas de salud de ámbito escolar.
- Elaboración de la Estrategia de salud laboral en el ámbito de coordinación del Consejo Asesor de Seguridad y Salud Laboral de Aragón.
- Mantenimiento de las líneas de colaboración con el Departamento de Ciudadanía y Servicios Sociales en las áreas de juventud, inmigración y servicios sociales comunitarios.
- Red de Universidades saludables: el campus como espacio de formación académica y desarrollo de hábitos saludables.
- Cooperación con municipios y comarcas en promoción y protección de la salud.

En el ámbito de la asistencia sanitaria se evaluarán las intervenciones poblacionales y de cribado que el Sistema de Salud de Aragón tiene puestas en marcha y en concreto:

- Se extenderá el cribado de cáncer de colon a toda la población entre 50 y 70 años.
- Se adecuará el cribado de cáncer de cérvix según las actuales recomendaciones.
- Se comenzarán proyectos pilotos para valorar el cribado de hepatitis C en población de riesgo.
- Se adaptará el calendario de la vacunación infantil y de adulto a las necesidades de salud de la población, dentro del marco del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
- Puesta en marcha de la *receta comunitaria* en colaboración con los recursos sociales de cada zona.

2 Asistencia sanitaria

2.1 Población cubierta

La población con derecho a asistencia sanitaria en el sistema público de Aragón se eleva casi al millón trescientas mil personas, suponiendo alrededor del 3% de la población cubierta por el Sistema Nacional de Salud (SNS).

El envejecimiento de la población es más acusado que en otras comunidades: a 31 de diciembre de 2015, las personas con 65 años o más en Aragón suponen el 21,0% (el 18,5% de los hombres y el 23,3% de las mujeres).

En el año 2015 el sector sanitario con mayor proporción de personas con 65 años o más es Calatayud (28,0%), seguido de Teruel y Alcañiz (24,0% cada uno). En Barbastro, Zaragoza II y Huesca un 22,0% de la población tenía 65 o más años. Los sectores con menos población mayor en el año 2015 fueron Zaragoza I (16,0%) y Zaragoza III (20,0%).

La proporción de la población de Aragón que tiene menos de 15 años (14,0%) no ha variado en los últimos años, siendo casi el 15% de los varones y el 14% de las mujeres los que se encuentran en este tramo en los últimos tres años. El sector con mayor porcentaje de menores de 15 años es Zaragoza I (17,0%), siendo a su vez el que menor proporción de mayores de 65 años tiene.

Tabla 2-1 Población por sectores y grupos de edad en la Comunidad Autónoma de Aragón, 2015

Sector	0-14 años	15-64 años	65 + años	Total
Huesca	14.569	69.139	23.026	106.734
Barbastro	14.856	68.271	23.891	107.018
Alcañiz	9.713	44.286	16.563	70.562
Teruel	9.494	47.175	17.459	74.128
Calatayud	5.430	28.054	12.872	46.356
Zaragoza I	50.679	252.191	85.253	388.123
Zaragoza II	45.379	196.005	58.998	300.382
Zaragoza III	32.749	131.809	31.799	196.357
Aragón	182.869	836.930	269.861	1.289.660

Fuente: Base de Datos de Usuarios de Aragón (BDU) a 31 de diciembre de 2015.

Según la Base de datos de usuarios del Sistema de Salud de Aragón, la población extranjera descendió del 13,4% en 2011, al 11,3% en 2012 y 2013, volviendo a ascender ligeramente el año 2015, llegando a un 11,5%. Sin embargo, el porcentaje de población extranjera no comunitaria ha ido descendiendo en los últimos años, pasando del 7,7% en 2011 al 6,5% en 2012 y al 6,4% en 2013; en el 2014 y 2015 es de un 6,3% de la población registrada.

En Aragón el 17,0% de la población con derecho a asistencia vive en núcleos de población pequeños, donde es atendida a través de una extensa red de consultorios dependientes de los centros de salud.

2.2 Estrategias y actuaciones relacionadas con la equidad

En los servicios sanitarios públicos equidad y calidad están estrechamente relacionadas y son interdependientes, solo si todos los grupos sociales utilizan la sanidad pública se consigue una demanda y presión social para que se mantengan niveles óptimos de calidad y recursos.

La primera condición para la equidad es el reconocimiento del derecho ciudadano a la salud, de tal forma que en Aragón todas aquellas personas que viven en su territorio, independientemente de su cotización a la Seguridad Social, su país de procedencia o su permiso de residencia tengan derecho a la prestación de todos los servicios de la oferta sanitaria pública. Con este objetivo en 2015 se pusieron en marcha las siguientes acciones:

2.2.1 Universalización de la cobertura de la asistencia sanitaria pública

Con la entrada en vigor del Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, y del Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, quedaron expresamente excluidas del mismo las personas extranjeras sin autorización para residir en España.

En 2013 se creó en Aragón el Programa Aragonés de Protección Social de la Salud Pública, dirigido a aquellos extranjeros empadronados en Aragón con una antigüedad igual o superior a 6 meses y sin recursos económicos.

Sin embargo, este programa dejaba fuera de la asistencia pública sanitaria a un número importante de personas extranjeras sin recursos económicos, e implicaba la creación de un Programa diferenciado que llevaba a desigualdades en el acceso a la prestación de la asistencia sanitaria.

Por todo lo anterior, y con el fin de homogeneizar los criterios y el procedimiento para garantizar temporalmente el acceso a la asistencia sanitaria de las personas extranjeras sin recursos económicos, en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Aragón, el Gobierno de Aragón aprobó en agosto de 2015 unas instrucciones para regular el acceso a la asistencia pública sanitaria de estas personas, con criterios de equidad y universalidad en el acceso.

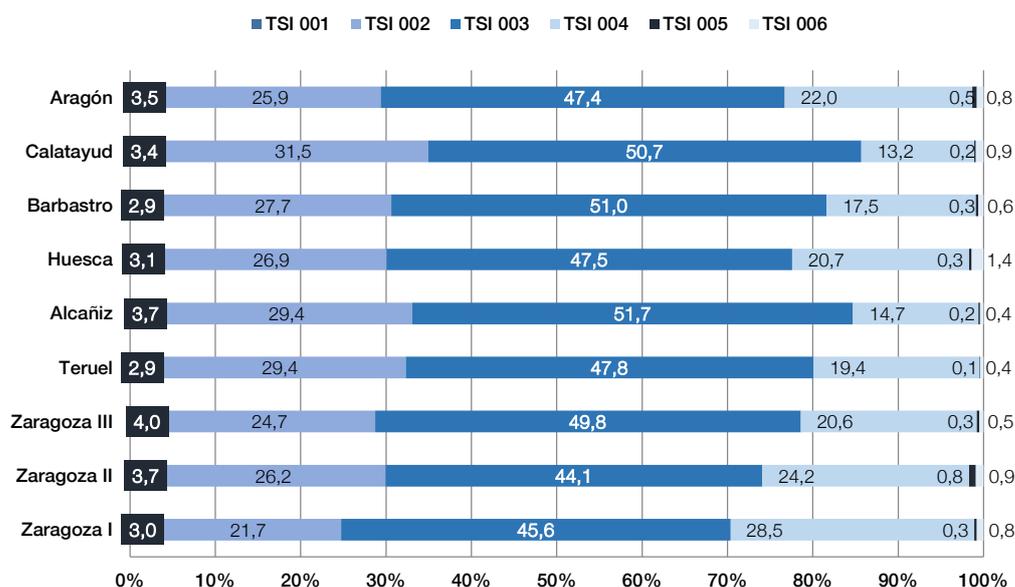
Se han registrado en la Base de Datos de Usuarios de Aragón (BDU) en el periodo desde la aprobación de las Instrucciones hasta el 31 de diciembre de 2015 un total de 1.736 extranjeros sin recursos como beneficiarios de la asistencia sanitaria.

2.2.2 Sistema para evitar que los pensionistas sin recursos tengan que adelantar el exceso de aportación en la prestación farmacéutica

Con el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, se modificó la aportación del usuario a la prestación farmacéutica pasando a ser proporcional al nivel de renta. Se establecen seis tipos de usuarios:

- TSI 001. A este tipo pertenecen los usuarios exentos de aportación (rentas de integración social, pensiones no contributivas, parados que han perdido el derecho al subsidio, síndrome tóxico y personas con discapacidad). Entre titulares y beneficiarios son el 3,5% de toda la comunidad.
- TSI 002. En este apartado se encuentran las personas con pensiones inferiores a los 100.000 euros anuales. Aportan solamente un 10% del precio del producto. Estos pensionistas y sus beneficiarios son el 26% de la población aragonesa; por sectores, este grupo oscila entre el 31,5% en Calatayud y el 21,7% en Zaragoza I.
- TSI 003. Este grupo está formado por los titulares activos con rentas anuales por debajo de los 18.000 euros y sus beneficiarios. Aportan el 40% de la prestación. Suponen el 47% de la población aragonesa (el 52% en Alcañiz y el 44% en Zaragoza II).
- TSI 004. Aquí se encuentran los titulares activos y sus beneficiarios con rentas inferiores a los 100.000 euros. Tienen una aportación del 50%. En Aragón son el 22% (del 29% en Zaragoza I al 13% en Calatayud)
- TSI 005. En este grupo se encuentran los activos o pensionistas con rentas anuales superiores a los 100.000 euros. Aportan el 60% con un límite de aportación mensual de 60 euros, en el caso de los pensionistas. No llegan al 0,5% de la población de Aragón (el 0,8% en el sector Zaragoza II)
- TSI 006. Grupo formado por personas ligadas a mutualidades (MUFACE, MUGEJU, ISFAS). Este grupo tiene una aportación del 30% y supone alrededor del 1% de la población de Aragón.

Gráfico 2-1 Porcentaje de población asignada según tipo de aportación del usuario a la prestación de farmacia en la Comunidad Autónoma de Aragón, 2015



Observaciones: (TSI 001) usuarios exentos de aportación, (TSI 002) personas con pensiones inferiores a los 100.000 euros anuales, (TSI 003) titulares activos con rentas anuales por debajo de los 18.000 euros, (TSI 004), titulares activos y sus beneficiarios con rentas inferiores a los 100.000 euros, (TSI 005) activos o pensionistas con rentas anuales superiores a los 100.000 euros, y (TSI 006) personas ligadas a mutualidades (MUFACE, MUGEJU, ISFAS).

Fuente: Base de Datos de Usuarios activos o pensionistas con rentas anuales superiores a los 100.00 euros de Aragón (BDU) a 31 de diciembre de 2015.

Desde el 1 de diciembre de 2015, la Comunidad de Aragón, con el respaldo de las Oficinas de Farmacia, ha implantado un nuevo sistema para evitar que los pensionistas tengan que adelantar el exceso de aportación a la prestación farmacéutica sobre los topes máximos establecidos.

El sistema afecta a los usuarios que utilizan el sistema de receta electrónica (más del 93% de las recetas de pensionistas) y evita que estos importes sean reintegrados con posterioridad por la Comunidad Autónoma.

Analizados los datos de facturación del primer trimestre de aplicación, la medida se ha aplicado a 106.958 pensionistas aragoneses.

Tabla 2-2 Aportación evitada a los pensionistas en el primer trimestre de implantación del sistema de prestación farmacéutica sobre los topes máximos establecidos, 2015

	Nivel de aportación máxima euros/ mes	Número de pensionistas distintos beneficiados	Aportación realizada en euros	Aportación que hubieran realizado en euros	Aportación evitada en euros
	8,2	95.376	1.530.586,0	2.913.379,4	1.382.793,4
	18,5	11.457	227.798,8	326.925,7	99.126,9
	61,8	125	10.114,4	19.857,8	9.743,4
Total		106.958	1.768.499,2	3.260.162,9	1.491.663,7

Fuente: Sistema de Información de Farmacia. Aragón

La aportación pendiente de reintegrar se ha reducido en cerca de un 92% en el último trimestre (108.185,9 euros frente a 1.337.701,7 euros del trimestre anterior).

2.2.3 Modelo y calidad de los servicios en atención primaria

El análisis de los sistemas sanitarios nos demuestra que la equidad de los mismos se relaciona con el modelo y la calidad de los servicios de atención primaria de salud, más en Aragón por las características demográficas y del territorio. La priorización real de los Equipos de Atención Primaria (EAP) conlleva dotarlos de los recursos humanos y clínicos necesarios para atender la creciente demanda de estos servicios, pero también cambios organizativos y de la oferta sanitaria para ejercer las funciones de garantes ante los ciudadanos de la globalidad de los servicios que el sistema sanitario les presta, de garantizar la continuidad de la asistencia y orientar e informar a los usuarios ante las diversas alternativas que se les ofrece. Para ello:

- En la nueva organización y gestión de los servicios sanitarios, los EAP disponen de una financiación y dirección asistencial propia, no integrada, independiente del hospital de referencia para cada territorio de Aragón.
- Se establecen nuevos criterios (dispersión, nivel socioeconómico, capacidad de resolución, edad...) para fijar el número de profesionales sanitarios en cada equipo.
- Se generaliza el acceso a tecnologías y procedimientos de diagnóstico en todo el territorio de Aragón.
- Se mejora la continuidad asistencial potenciando la interrelación clínica basada en procesos y criterios clínicos consensuados.
- Se incorpora una cartera de servicios propia para los profesionales de enfermería.
- Se incorpora una cartera de servicios de promoción comunitaria de salud.
- Se priorizan las actividades de formación continuada para la incorporación de nuevos procedimientos terapéuticos y de diagnóstico.
- Se potencian las funciones del personal administrativo como referentes para grupos de pacientes que requieren una mayor accesibilidad.

2.2.4 Atención a pacientes vulnerables con patología crónica compleja

La atención a pacientes vulnerables con patología crónica compleja debe ser una de las prioridades en el diseño de cualquier tipo de política sanitaria basada en la equidad. El aumento de la esperanza de vida de la población, el incremento de personas con múltiples patologías crónicas y, por consiguiente, su mayor utilización de los recursos sanitarios, hace que sea fundamental la planificación de este tipo de atención sanitaria. Se estima que, en el momento actual, estos enfermos suponen un 80% de los ingresos hospitalarios no quirúrgicos, un 55% de las consultas en Atención Primaria y un 60% en Atención Hospitalaria.

Los objetivos en este tipo de atención sanitaria pasan por aumentar la supervivencia de los pacientes, la calidad de vida de enfermos y familiares, muchos de ellos a la vez cuidadores de estos pacientes, y disminuir los ingresos hospitalarios, el consumo de fármacos y el número de visitas a urgencias que realizan. Para ello:

- Se establece un circuito específico que, basándose en la oferta de atención primaria, asegure la continuidad de la asistencia en el domicilio, centro de salud y hospital.

- Se apuesta por un sistema de identificación de pacientes de alto riesgo (Grupo de Morbilidad Ajustada) desarrollado conjuntamente con otras comunidades autónomas, con información en la documentación clínica de todos los profesionales.
- Se crean vías de comunicación entre paciente/cuidador y profesionales de atención primaria con respuesta inmediata.
- La continuidad entre atención primaria y hospitales se garantiza durante las 24 horas sin necesidad de acudir a los servicios de urgencias hospitalarias.
- La continuidad de la atención sanitaria se basa en la atención y comunicación entre los profesionales de enfermería de los centros de salud y de hospitales.

2.2.5 Trastornos relacionados con la salud mental

Los datos sobre trastornos relacionados con la salud mental indican un aumento de los mismos y permiten afirmar, por el incremento de los factores que los motivan y mantienen, que deben ser priorizados en cualquier política de salud que tenga como objetivo la equidad de la asistencia sanitaria. Los factores ligados genéricamente a las condiciones de vida, al desarrollo político y social, a la interacción del alcoholismo y otras drogodependencias y a los recortes realizados en los servicios sanitario, tienen un impacto decisivo sobre la aparición o el mantenimiento de la enfermedad mental. Ésta no se reduce a los grandes y socialmente alarmantes síndromes psiquiátricos, sino también a todas aquellas dificultades afectivas y emocionales, mantenidas en el tiempo, que resultan extraordinariamente limitantes para el desarrollo y disfrute básicos de la persona. Para ello en el nuevo Plan de Salud Mental que se está elaborando se priorizan las siguientes estrategias:

- La rehabilitación y reinserción de los pacientes con Trastornos de Salud Mental Grave (TMG), que debe combinar, en virtud de la situación clínica y social de cada paciente la atención sanitaria y la rehabilitación social y laboral, teniendo como objetivo siempre la ausencia de estigmatización, la no reclusión y la apuesta por una atención comunitaria que puede traducirse por el objetivo de mantener y atender a las personas en su medio habitual o en su defecto en recursos sociales y laborales normalizados. La base del modelo que se implantará es la organización de la asistencia a partir de los procesos de rehabilitación.
- Disponer de una oferta de servicios suficiente y de calidad para la asistencia sanitaria, basándose en la relación clínica entre los profesionales de atención primaria y de las Unidades de Salud Mental (USM) para evitar derivaciones innecesarias y mejorar la accesibilidad de pacientes con TMG. Entre otras medidas está prevista la inclusión en la cartera de servicios de atención primaria de procedimientos terapéuticos de relajación, control de la ansiedad, integración social... Y la incorporación a las USM de equipos de terapia asertiva comunitaria con el objetivo de atender a los pacientes de difícil o nula vinculación a los dispositivos sanitarios que con frecuencia son quienes sufren mayor deterioro y abandono en todas las áreas de la vida cotidiana.
- Disponer de una oferta de servicios adecuada a los trastornos de salud mental en la población infantil y juvenil, reforzando las USM ambulatoria, creando centros y hospitales de día para aquellos pacientes que requieran una mayor intensidad terapéutica y colaborando con las administraciones educativas y de protección de menores en la gestión de recursos compartidos.

2.2.6 La atención a tiempo

La atención a tiempo es una de los atributos consustanciales a la equidad de los servicios sanitarios. Como concluía el grupo de expertos creado en el seno del Consejo Interterritorial para el análisis de las listas de espera, *las Listas de Espera son en gran medida inherentes al modelo del Sistema Sanitario por el que hemos optado*, modelo que prioriza la universalidad y la equidad como derechos incuestionables de todos los ciudadanos. Sin embargo, para conseguir la equidad y además disponer de un sistema eficiente y de calidad hay que recordar, como también se señalaba en el citado informe, que los pacientes y los procedimientos que tradicionalmente vienen incluyéndose en las listas de espera no tienen las mismas implicaciones, razón por la cual es necesario no tratar los tiempos de espera en su conjunto, sino más bien discernir cada uno de los casos, procedimientos y pacientes para una gestión y solución específica de los mismos. Para ello se están desarrollando las siguientes actuaciones:

- Retomar la aplicación del 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. Como consecuencia de este hecho aquellos pacientes con procesos incluidos en el citado Decreto (neoplasias, cirugía cardíaca, cataratas, prótesis de cadera y prótesis de rodilla), procesos que las sociedades científicas consideraron como prioritarios por su gravedad o por sus repercusiones en la calidad de vida de los pacientes, se les garantizará su intervención en el plazo indicado como óptimo por los facultativos responsables.
- Implantación en los procesos más frecuentes de protocolos de inclusión en listas de espera, consensuados con los profesionales, al objeto de mejorar la equidad y homogeneizar la práctica clínica.
- Se incrementará la actividad que se realiza por Cirugía Mayor Ambulatoria.
- Se integrará la oferta global de los hospitales públicos, facilitando la derivación entre centros para optimizar la utilización de recursos.
- Se aumentará la actividad quirúrgica en periodos de tiempo en los que tradicionalmente los porcentajes de actividad respecto al conjunto del año disminuye entre un 40 y 60%.
- Agrupación y realización de los procedimientos de diagnóstico que requiera cada paciente.
- Desarrollo del *anillo digital* en todas las unidades de radiología.
- Ampliación de la oferta horaria de procedimientos de diagnóstico.

2.2.7 Registros de enfermos con Síndrome Coronario Agudo

Los registros de enfermos con Síndrome Coronario Agudo (SCA) y de Patología Cerebrovascular (ECV), demuestran la importancia de una atención correcta y a tiempo en relación con la mortalidad y la calidad de vida posterior; para ello se están evaluando los resultados en la Comunidad Autónoma de Aragón, con especial hincapié, por las características del territorio, en la accesibilidad de todos los pacientes a los cuidados protocolizados. A partir de los resultados y de los puntos de mejora detectados se adaptarán las estrategias actuales de Código Ictus y Código Infarto, especialmente los de accesibilidad y atención a tiempo en todo el territorio.

2.3 Estrategias y actuaciones relacionadas con la participación

Como pone de manifiesto la Comisión de las Comunidades Europeas (2001), la participación colectiva e individual, como principio básico de la pluralidad democrática y del buen gobierno, fortalece la aceptabilidad social de la acción de gobierno y promueve la eficiencia de los servicios públicos.

Sin embargo, las declaraciones permanentes sobre la importancia de la participación y del paciente como centro del sistema no han sido plasmadas en actuaciones concretas y comprometidas con dichos enunciados. La información, la autonomía de decisión de los pacientes así como la participación institucional en órganos de asesoramiento y de gobierno no han sido prioridades reales.

Las actuaciones que se proponen contemplan, por una parte, al ciudadano como paciente, y por otra al ciudadano como sujeto político con influencia en las decisiones, organización y resultados de un sistema público que financia con sus impuestos. Asimismo, las obligaciones y responsabilidades del ciudadano aumentan en este nuevo paradigma, toda vez que se abandona la idea de ciudadano-paciente pasivo para subrayar los valores de participación y responsabilidad.

Respecto al ciudadano paciente las propuestas valoran:

- La posibilidad por parte del paciente de una amplia posibilidad de elección de profesional y centro. La libertad de elección de los pacientes es un valor consustancial con la autonomía y emancipación ciudadana.
- Incorporar como cultura de la organización la transmisión de toda la información de la que el paciente debe disponer. Sobre su propia enfermedad y sobre los resultados y características de la oferta sanitaria entre la que puede elegir.
- Favorecer la decisión compartida mediante la elaboración de herramientas de ayuda a la decisión.
- Incorporación de los pacientes a los grupos de expertos responsables de diseñar e implantar las estrategias de salud, las guías y protocolos de práctica clínica.
- Favorecer el entrenamiento en el tratamiento de su propia enfermedad y en la utilización responsable de los servicios sanitarios.
- Conocer en la totalidad de su proceso de atención qué profesionales son responsables de su asistencia y las funciones que les están asignadas.
- Acceso y la libre utilización por el paciente de toda la información de su historia clínica digital, a través de una *carpeta personal*.
- Impulsar la formación de *pacientes expertos* y otros sistemas similares de ayuda y apoyo mutuo entre pacientes.
- La colaboración, reconocimiento y apoyo institucional a las familias, que son los más importantes cuidadores de los enfermos, para que cuenten con todas las ayudas que precisan por parte tanto de la sanidad pública como de los servicios sociales.

Respecto al ciudadano como sujeto político:

- La garantía de que las políticas de salud actúan intersectorialmente para valorar la salud de los ciudadanos en materias relacionadas con el medio ambiente, la vivienda, la alimentación, la regulación laboral.
- La competencia mediante la educación reglada y la formación permanente de adultos para mantener hábitos y cuidados correctos respecto a su salud.
- Acceso a la información sobre el funcionamiento del sistema sanitario: recursos, servicios, resultados, actividad, inversiones, gasto, deuda.

- Establecer mecanismos abiertos de toma de decisiones y elaboración de políticas que se propongan, que incluyen –como ya existe en otros países – una fase de consulta pública en Internet
- Establecer de forma reglada instrumentos (encuestas, estudios, evaluaciones, etc.) que le permitan conocer las necesidades, demandas y preferencias de los pacientes, cuidadores, familiares y ciudadanos en general. Condición clave para la efectividad de estos instrumentos de conocimiento de la opinión de ciudadanos y pacientes es poner, con el mayor rigor técnico y transparencia, toda la información recabada a disposición de la sociedad, así como utilizarla internamente en las unidades y servicios para mejorar la calidad de su atención.
- La presencia, con voz y voto, en los órganos de gobierno de los centros e instituciones sanitarias.
- Facilitar la colaboración de las entidades sociales en la tramitación de las denuncias, quejas y sugerencias de pacientes y ciudadanos, así como impulsar su participación en los órganos de gobierno de los centros e instituciones sanitarias.
- El impulso para generar un voluntariado cívico en torno a la sanidad pública de Aragón y a sus centros y servicios; este voluntariado tiene una gran importancia por su contribución a la sostenibilidad de la sanidad pública, a que la población la sienta como propia, a la cohesión y solidaridad social y, a rodear de afecto popular al personal sanitario.

Situar a pacientes y ciudadanos en el centro de la sanidad pública, planificando, gobernando y gestionando esta para responder a sus necesidades, demandas y preferencias con la mayor calidad, eficiencia y equidad; supone cambiar la función gerencial de los centros por Consejos Colegiados de Gobierno, responsables máximos del funcionamiento de las unidades de un hospital o de los equipos de atención primaria de un determinado territorio.

2.4 Estrategias y actuaciones relacionadas con mejoras en la salud de los ciudadanos y la sostenibilidad del sistema

De forma reiterativa se ha acusado a los servicios sanitarios de gastar mucho, gastar mal y crear deuda de forma sistemática, en resumen de ser un modelo no sostenible. Sin embargo, como demuestra cualquier análisis objetivo, los problemas perennes de liquidez no son debido a un exceso de gasto sino a un problema de subfinanciación. El gasto público dedicado a los servicios sanitarios, tanto en el SNS como en Aragón, representa un porcentaje sobre el PIB inferior al que dedican otros países occidentales.

La suficiencia financiera y la sostenibilidad no deben abordarse desde una óptica contable ni de indicadores macroeconómicos. Representan, por el contrario, una opción de prioridad política respecto a la financiación y de objetivos y estrategias de salud respecto a la sostenibilidad.

El gasto sanitario por persona en Aragón ha disminuido de 1.419 euros/persona en 2010, a 1.198 euros/persona en el año 2015. Durante los próximos años es necesario alcanzar la suficiencia financiera de forma progresiva, iniciándose ya en el próximo ejercicio al dedicar una cantidad de 1271 euros/persona.

La sostenibilidad a medio plazo está condicionada por la Cartera de Servicios (prestaciones médicas, medicamentos y tecnologías) de la sanidad pública. No solo hay que prestar atención a que lo nuevo sea útil y asequible, sino a lo que se va a eliminar, por su escaso valor para la salud, para financiar las innovaciones. Se busca un balance responsable y equilibrado entre innovación, seguridad, y efectividad social.

La inmensa mayoría de innovaciones médicas, especialmente en el ámbito de los medicamentos, son incrementales, y muchas de ellas solo consiguen pequeñas mejoras en la cantidad-calidad de vida, a costa de grandes gastos adicionales y, con frecuencia, de someter a los pacientes a riesgos y molestias injustificadas.

Las actuaciones que se proponen en el ámbito de las competencias de la Comunidad Autónoma estarían basadas en los siguientes criterios:

- Conjugar la accesibilidad territorial con el volumen necesario que garantice la calidad en su prestación.
- Establecer qué servicios deben considerarse de referencia para distintos territorios.
- Establecer qué servicios en virtud de su baja prevalencia deben acordarse con centros externos a la Comunidad Autónoma.
- Establecer las competencias, habilidades y organización clínica de las que deben disponer las unidades a las que se les autoricen los servicios.
- Establecer los recursos suficientes para que los servicios se presten con la calidad adecuada.

La revisión y evaluación de la Cartera de Servicios se realiza en colaboración con el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud estando previsto, entre otros, en el próximo año la evaluación de los siguientes servicios:

- El cribado de retinopatía diabética.
- El Tratamiento endovascular de accidentes cerebrovasculares.
- La radioterapia intraoperatoria en el cáncer de mama.
- La utilización de ADN fetal en el diagnóstico prenatal.
- Implantación de marcapasos transcatóter.
- Cierre percutáneo de comunicación interventricular mediante cateterismo cardiaco.

Las nuevas tecnologías, la formación de los médicos de atención primaria, la necesaria interdisciplinariedad para abordar muchas enfermedades y la prevalencia de pacientes crónicos y pluripatológicos, obliga a repensar y establecer nuevos criterios para rediseñar la oferta de servicios, tanto por la sostenibilidad del sistema como por la continuidad y satisfacción de los pacientes.

El papel del hospital de agudos es prestar atención efectiva, segura, eficiente y de complejidad acorde con su nivel, así como introducir y retirar tecnologías conforme a criterios de seguridad, efectividad, calidad y coste-efectividad. El hospital debe abrirse en un doble sentido: a redes hospitalarias sub-regionales, donde grandes hospitales hagan función nodriza sobre pequeños centros de proximidad y hagan viable técnicamente su función; a redes regionales de unidades de alta especialización, donde circulen pacientes y médicos para beneficiarse de la concentración de casos y procedimientos. En estas redes regionales pueden establecerse servicios compartidos (generales, centrales y clínicos), que aporten eficiencia sin mermar calidad o disponibilidad local de conocimiento experto.

El reto para un inmediato futuro es el de reorganizar todos los recursos existentes en una oferta en red según los siguientes criterios:

- Garantizar la accesibilidad territorial y de calidad para los servicios más demandados.
- Evitar la duplicidad de servicios centrales y de referencia.
- Priorizar la oferta ambulatoria respecto a los internamientos innecesarios.
- Modificar la arquitectura actual de unidades según las necesidades de cada proceso asistencial y la necesaria superespecialización de algunos procedimientos.
- Adecuar en los hospitales de agudos la atención a pacientes pluripatológicos complejos.

3 Infraestructuras sanitarias

En el ámbito sanitario, la infraestructura tecnológica es imprescindible para el desarrollo de la actividad, tanto en el área terapéutica como, sobre todo, en la diagnóstica. La demanda de salud exige un uso intensivo de los equipos que, unido a la obsolescencia técnica, de especial incidencia en este tipo de equipamiento, hace que sea necesario un nivel de inversión continuo para mantener un parque tecnológico operativo con niveles de eficacia óptimos.

Los últimos cuatro años (periodo 2012-2015) se han caracterizado por una pobre inversión en equipamiento tecnológico. Tan solo la elevada inversión en los ocho años precedentes ha permitido mantener la oferta sanitaria en un aceptable nivel de eficacia, si bien aquellos equipos que fueron adquiridos entre los años 2004 y 2008 muestran un nivel de obsolescencia y un estado general incompatible con una prestación de garantía, ofreciendo un riesgo de avería y parada inadmisibles en un servicio público de calidad, además de resultar ineficientes en términos de número de exploraciones/tratamientos por sesión de funcionamiento.

En consecuencia, es imprescindible acometer un plan de renovación que garantice la usabilidad del equipamiento, la oferta sanitaria y el empleo racional de los recursos humanos a la vez que permita el equilibrio presupuestario en un escenario de restricción de ingresos, consecuencia de una situación económica todavía muy alejada de los niveles de crecimiento deseables y con un elevado endeudamiento, fruto de un periodo de desequilibrio presupuestario permanente.

Al referirnos a infraestructura tecnológica distinguimos entre alta y media tecnología. Dentro del término alta tecnología encuadramos los equipos electromédicos de coste unitario elevado (claramente por encima de los 100.000 euros), con una vida útil igual o superior a 8 años. Por el contrario conceptuamos como media tecnología equipos cuyo coste no alcanza los 100.000 euros, caracterizados también por ciclos de vida menos predecibles y, de ordinario, inferiores a 8-10 años y con un elevado número por centro sanitario.

En atención a ambos parámetros, precio unitario y periodo medio de vida útil, la estrategia de compra debe orientarse hacia modelos que permitan equilibrar el esfuerzo presupuestario con la depreciación del bien, toda vez que el efecto previsor del concepto de amortización, desde un punto de vista financiero, es inexistente en la contabilidad pública. De esta forma proponemos la fórmula del arrendamiento con opción de compra para la adquisición de los equipos de alta tecnología, cuyo alto coste hace inviable la inversión en cuatro ejercicios presupuestarios, destinando el capítulo VI del presupuesto a la compra de equipos de media tecnología, mobiliario, equipos de oficina y, en general, elementos inmovilizados de menor coste unitario.

Por otro lado, se continúa con los procesos de contratación para los nuevos Hospitales de Alcañiz y Teruel, cuya licitación se prevé para el año 2016.

4 Recursos humanos

4.1 Los profesionales sanitarios

Los profesionales sanitarios son la pieza más importante en la credibilidad del modelo sanitario público. En los barómetros sanitarios los ciudadanos valoran muy positivamente a los profesionales sanitarios. Es necesario mantener el estímulo, el prestigio social y el sentido positivo de pertenencia al Sistema Público de Salud de todos los profesionales. Estos deben participar de forma activa en la gestión de los centros, incentivando la consecución de objetivos asistenciales.

Para afrontar con éxito las reformas que requiere la oferta de servicios y la práctica clínica es necesario reforzar el contrato social del profesional sanitario con la sociedad, reconociendo que son los profesionales los que en realidad condicionan los resultados al tener competencia para fijar la oferta, la demanda y el precio de los servicios. Para ello, en conjunto con las profesiones sanitarias, se fomentará en las relaciones de gestión clínica un nuevo modelo de profesionalismo en el que se integre la experiencia y los conocimientos y se potencien los valores comunes, el desarrollo profesional y un compromiso que abarque los siguientes ámbitos:

- Compromiso con la competencia profesional.
- Compromiso de honestidad con los pacientes.
- Normas de transparencia y rendición de cuentas.
- Plan de seguridad con reconocimiento de los errores.
- Evitar la medicina defensiva: evitando cuidados innecesarios o con serias dudas sobre el balance riesgo/beneficio.
- Compromiso con la confidencialidad.
- Compromiso con el establecimiento de relaciones apropiadas con los pacientes.
- Compromiso con el trabajo en equipo, la colaboración interprofesional y la atención integrada.
- Compromiso con los valores y objetivos sociales de salud y con la atención centrada en el paciente.
- Compromiso con la mejora organizativa y la gestión adecuada de los recursos.
- Compromiso con el conocimiento científico.
- La gestión clínica como forma de trasladar la responsabilidad a los profesionales.

Por otro lado, en el ámbito de gestión de recursos humanos se está trabajando en mejorar la estabilidad de la plantilla, impulsando procesos de movilidad voluntaria de los profesionales y de oferta pública de empleo, y homogeneizando los sistemas de acceso de los profesionales a los puestos de trabajo.

4.2 Investigación e innovación

La investigación y la innovación deben estar al alcance de todos los profesionales sanitarios, teniendo en cuenta que en la mayoría de los casos el núcleo de operaciones lo constituyen los profesionales y las unidades clínicas. Todos estos hechos deben responder a objetivos para mejorar la salud y deben facilitar la formación e investigación de los profesionales.

El Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud y la Fundación de Investigación Sanitaria de Aragón son las instituciones responsables, que ejercen las siguientes funciones:

- Transferencia de conocimiento para la toma de decisiones.
- Desarrollo de guías de práctica de carácter estratégico.
- Desarrollo de los planes de formación continuada de los profesionales sanitarios de carácter estratégico.
- Formación específica en salud pública y disciplinas afines, gestión y administración sanitaria, economía de la salud y metodología de la investigación.
- Formación de personal investigador.
- Creación y mantenimiento de un fondo de documentación en ciencias de la salud.
- Diseño de las líneas de investigación relacionadas con las prioridades de salud.
- Promoción y desarrollo de proyectos de investigación en ciencias de la salud.
- Soporte a grupos de investigación.
- Diseño y coordinación de estudios de evaluación de los servicios de salud y tecnologías sanitarias.

5 La organización de la asistencia sanitaria en las zonas limítrofes

Aragón se encuentra situada en la zona noreste de España y se encuentra limitada, además de por Francia en el norte, por otras 6 CCAA: Navarra, La Rioja, Castilla y León, Castilla La Mancha, Comunidad Valenciana y Cataluña. Tiene una población dispersa, con una gran concentración de su población en las capitales provinciales, sobre todo en Zaragoza (56,91 % de la población vive en las capitales), y bajas densidades de población en el resto. Además, presenta algunas concentraciones de población en cabeceras comarcales situadas en zonas limítrofes, especialmente en la zona oriental (Fraga) y occidental (Tarazona). Por otro lado, en el Norte (Pirineos) y en el Sur (Ibérica) de la Comunidad, la orografía del terreno plantea en ocasiones dificultades de comunicación.

5.1 Convenios de colaboración

Tradicionalmente Aragón ha establecido convenios de colaboración con las diferentes comunidades autónomas limítrofes para facilitar la atención a los pacientes que viven en esas zonas, tanto en la atención urgente, como en la atención primaria y especializada.

Actualmente están vigentes los siguientes Convenios:

- Convenio de colaboración entre las Comunidades Autónomas de Aragón y Castilla-La Mancha en materia de asistencia sanitaria, firmado el 15 de enero de 2014 (publicado en BOA el 26 de febrero de 2014).
- Protocolo General de colaboración, entre la Comunidad Foral de Navarra y la Comunidad Autónoma de Aragón, para promover la colaboración interautonómica y definir cauces formales de relación entre ambas Comunidades, firmado el 15 de junio de 2009 (publicado en BOA el 5 de marzo de 2010).
- Convenio marco de colaboración entre el Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón y el Departamento de Salud de la Generalidad de Cataluña, firmado el 29 de abril de 2005 (publicado en BOA el 17 de junio de 2005).
- Convenio marco de colaboración entre la Comunidad de Aragón y la Comunidad de Castilla y León para la coordinación en materia de asistencia sanitaria, firmado el 28 de abril de 2008 (publicado en BOA el 21 de mayo de 2008).
- Convenio específico de colaboración entre la Comunidad de Aragón y la Comunidad de Castilla y León para la asistencia sanitaria en urgencias y emergencias en la zona limítrofe entre las dos comunidades, firmado el 28 de abril de 2008.
- Convenio específico de colaboración entre la Comunidad de Aragón y la Comunidad de Castilla y León para la atención primaria y especializada, firmado el 28 de abril de 2008.
- Protocolo general de colaboración, entre la Comunidad Autónoma de la Rioja y la Comunidad Autónoma de Aragón, firmado el 22 de junio de 2009 (publicado en BOA el 19 de febrero de 2010).
- Protocolo entre la Generalitat de la Comunitat Valenciana y el Gobierno de Aragón en materia de turismo, sanidad y gestión del medio natural, firmado el 31 de mayo de 2013.

5.1.1 Convenio de colaboración con Castilla-La Mancha

El convenio regula la asistencia urgente, atención primaria y especializada y transporte sanitario para la población de una serie de municipios situados en zonas limítrofes, en las provincias de Guadalajara (Zonas básicas de salud de Checa, Molina de Aragón, El Pobo y Maranchón) en Castilla la Mancha, y en las de Teruel y Zaragoza en Aragón.

Según se estipula en el Convenio, la atención especializada de los pacientes de los municipios afectados en las zonas de salud de Checa y El Pobo se realizará por el Hospital Obispo Polanco de Teruel, y la de los pacientes de los municipios afectados en las zonas de Maranchón y Molina de Aragón, en el Hospital Ernest Lluch de Calatayud.

Cuando el paciente precise una derivación a un centro de referencia, esta deberá ser aprobada por el servicio de salud correspondiente.

La atención sanitaria urgente se realizará en el Punto de Atención Continuada más cercano al domicilio del paciente, o llamando a los teléfonos de atención de urgencias y emergencias 061-112 de las dos comunidades, que se coordinarán entre ellos.

Respecto a la farmacia hospitalaria para pacientes externos, se facilitará la dispensación por el hospital de referencia de la Comunidad de residencia del ciudadano, independientemente de que se haya prescrito por un profesional de ese hospital.

El transporte sanitario no urgente será prestado de forma preferente por la comunidad de residencia del paciente. En casos de dificultad (meteorológica etc.) este servicio quedará garantizado por cualquiera de las comunidades firmantes.

Se crea una Comisión de Seguimiento del Convenio, la cual se reunirá cuando sea necesario y obligatoriamente al menos una vez al año.

La vigencia es de cinco años, renovándose automáticamente por periodos anuales.

5.1.2 Convenio de colaboración con Navarra

El protocolo de colaboración de 2009 establece cauces de colaboración general en materia sanitaria entre ambas comunidades, incluida la coordinación en materia de atención a urgencias y emergencias entre los servicios 061-112.

En materia más específica de atención sanitaria, Aragón se subrogó en un convenio previo del año 2001, firmado entre el Gobierno de Navarra, el de Aragón y el Instituto Nacional de la Salud, donde se establecía que la población residente en la zona básica de Tarazona pueda recibir asistencia urgente en el hospital Reina Sofía de Tudela.

Por otro lado, los pacientes de la zona de salud de Sos del Rey Católico, en la zona norte de la provincia de Zaragoza, utilizan algunos servicios complementarios (rehabilitación) en centros de Sangüesa (Navarra), y reciben la atención especializada en hospitales de Pamplona (Complejo Hospitalario).

5.1.3 Convenio de colaboración con Cataluña

El convenio general de colaboración establece que *las partes podrán establecer acuerdos específicos para cada área de salud o región sanitaria limítrofe así como para desarrollar las materias enumeradas en el pacto tercero*. Las materias sobre las que pueden establecerse anexos de colaboración son: atención sanitaria en urgencias, emergencias y transporte sanitario, atención primaria de salud, atención especializada (ambulatoria y hospitalaria), atención en salud mental,

atención sociosanitaria, tarjeta sanitaria, cartera de servicios, formación del personal, investigación en ciencias de la salud y cualesquiera otras que consideren oportuno ambas partes. Estos acuerdos específicos se incorporarán como anexos o como convenios adicionales y se atenderán, en todo caso, a los principios de este convenio marco general.

Actualmente hay dos Anexos al Convenio de colaboración que regulan las relaciones entre ambos:

- El Anexo I: regula la asistencia sanitaria en urgencias y emergencias, estableciendo los mecanismos de colaboración correspondientes entre la gerencia del 061 de Aragón y el Sistema de Emergencias Médicas de Cataluña, indicando los municipios de Aragón y Cataluña incluidos en este ámbito de colaboración, y los recursos para la atención urgente (incluidos ambulancias y helicópteros asistenciales) de ambas comunidades.
- El Anexo II: es un convenio específico de colaboración para la zona de Pirineos, y afecta a las zonas básicas de salud de Castejón de Sos y Benabarre en Huesca y de Alta Ribagorza y Tremp en Lérida. Regula el acceso a la atención urgente, atención primaria, atención especializada y salud mental para esta población en los diferentes recursos de ambas comunidades. En la práctica implica que los habitantes de algunos de estos municipios son atendidos en la atención primaria y continuada en centros de salud de la comunidad limítrofe. La atención especializada para la población aragonesa de estos municipios es derivada a los centros de Lérida.

Por otro lado, los pacientes de algunos municipios de zonas básicas de salud de la parte oriental de Aragón (Fraga, y Tamarite de Litera en Huesca, Mequinenza y Maella en Zaragoza) acuden a urgencias hospitalarias y a atención especializada a centros de Lérida (Hospital Arnau de Villanova) y de Tarragona (Hospital de Mora de Ebro).

Se crea una comisión de coordinación y otra de seguimiento del convenio que se reúne periódicamente.

5.1.4 Convenio de colaboración con la Comunidad Valenciana

Existe un Anexo I al Convenio de colaboración que regula las relaciones entre ambos Departamentos.

Estas colaboraciones son de aplicación en las zonas básicas de salud de Sarrión, Mora de Rubielos y Mosqueruela del sector de Teruel, en las de Cantavieja, Mas de las Matas y Valderrobres del sector de Alcañiz. En las zonas básicas de salud de Ademuz, Titaguas, Forcall y Morella de la Agencia Valenciana de salud.

- *Atención primaria*: el centro de salud de Forcall (Castellón) presta atención primaria a los habitantes de La Cuba (Teruel), el centro de salud de Titaguas a los de Abejuela (Teruel) y el centro de salud de Cantavieja (Teruel) presta atención primaria a los habitantes de Herbes (Castellón).
- *Atención especializada*: los pacientes de la zona de salud del Rincón de Ademuz (Valencia) reciben atención especializada en el Hospital Obispo Polanco de Teruel.
- Los usuarios de las Zonas de Salud de Sarrión, Mora de Rubielos, Mosqueruela, Cantavieja, Mas de las Matas y Valderrobres recibirán *radioterapia* en centros de Castellón y Valencia. Para algunos de los municipios de estas zonas de salud, la *rehabilitación* se presta en Centros de Salud de Castellón (Morella, Segorbe y Vall d'Alba)
- El *transporte sanitario no urgente* será prestado preferentemente por la comunidad donde resida el paciente (salvo circunstancias meteorológicas, etc).

- La *prestación de farmacia hospitalaria* a pacientes ambulatorios podrá dispensarse en el hospital que haya realizado la prescripción. En esos casos se facturará el importe de dichos fármacos a la comunidad de residencia del paciente.
- Para la *atención sanitaria en urgencias*, emergencias y transporte sanitario urgentes se establecen mecanismos de coordinación y colaboración.

Se establece una Comisión de seguimiento con reuniones periódicas.

5.1.5 Convenio de colaboración con Castilla y León

El convenio marco contempla la formalización de convenios específicos para desarrollar las materias enumeradas (atención sanitaria en urgencias, emergencias y transporte sanitario, atención primaria de salud, atención especializada, salud mental, atención sociosanitaria, tarjeta sanitaria, cartera de servicios, formación del personal, desarrollo de las tecnologías de la información y comunicación e investigación en ciencias de la salud). Contempla también la existencia de una Comisión de coordinación y seguimiento.

Además se han formalizado convenios específicos para la atención primaria y especializada y para la asistencia sanitaria en urgencias y emergencias:

- *Atención primaria y especializada*: el centro de salud de Ólvega y Arcos de Jalón (Soria) prestan atención primaria a los pacientes de Pomer y Pozuel de Ariza (Zaragoza). La atención especializada urgente de los pacientes de la zona de salud de Arcos de Jalón (Soria) se presta en el Hospital Ernest Lluch de Calatayud. Además se establecen algunos servicios de referencia de los Hospitales Universitarios Miguel Servet y Clínico Lozano Blesa de Zaragoza para la población de la provincia de Soria, y especialmente para las zonas de salud de Ágreda, Ólvega y Arcos de Jalón.
- *Asistencia en urgencias y emergencias*: se establece que la Gerencia del 061 de Aragón y la Gerencia de Emergencias de Castilla y León colaborarán en la resolución de las urgencias y emergencias sanitarias de las poblaciones que configuran la franja territorial limítrofe entre ellas y aportarán los recursos que tienen situados en la zona con el dispositivo más óptimo en cada caso, pero manteniendo la autoridad de cada comunidad sobre aquellos que les sean propicios. En Aragón el ámbito territorial es el de algunos municipios de las zonas de salud de Alhama de Aragón, Ariza, Illueca, Villarroya de la Sierra y Tarazona. En Castilla y León afecta a municipios de las zonas de salud de Ágreda, Arcos de Jalón, Gómara y Ólvega.

5.1.6 Convenio de colaboración con La Rioja

La colaboración con La Rioja se especifica en la Adenda al Protocolo general. Esta adenda incluye varias materias objeto de colaboración:

- Atención especializada con mención específica de la salud mental infanto-juvenil y trastornos alimentarios, neurocirugía, traumatología, cirugía maxilo facial, pediatría, neurorradiología y cribado neonatal.
- Tarjeta sanitaria.
- Cartera de servicios.
- Formación del personal.
- Desarrollo de las Tecnologías de la Información y Comunicación.
- Investigación en Ciencias de la Salud.

Se han desarrollado actuaciones conjuntas específicas en temas de cribado neonatal. Por otro lado, el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza actúa como servicio de referencia para algunas especialidades, especialmente grandes quemados, neurocirugía y cirugía pediátrica.

Existe una Comisión de coordinación y otra de seguimiento.

5.2 Volumen asistencial

En los hospitales públicos de Aragón se atendieron en el año 2015 un total de 1.376 ingresos hospitalarios procedentes de las comunidades autónomas limítrofes.

Tabla 5-1 Episodios hospitalarios y ambulatorios atendidos en los distintos convenios firmados entre la Comunidad de Aragón y otras comunidades autónomas, 2015

CC.AA	Episodios atendidos	
	Hospitalización	Ambulatorios
Castilla-La Mancha	165	31
Castilla y León	74	17
Cataluña	298	10
Comunidad Valenciana	409	53
Navarra	74	6
La Rioja	356	8
Total	1.376	125

Fuente: Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada (RAE-CMBD) Aragón. Consulta 6 de abril 2016.

5.3 Régimen económico

Los diferentes convenios suscritos no incluyen mecanismos específicos de compensación económica por la atención sanitaria, excepto la posibilidad de facturación de la dispensación de la farmacia hospitalaria a pacientes externos. Los mecanismos de compensación son los generales para la asistencia sanitaria entre comunidades autónomas: Fondo de Cohesión y Fondo de Garantía de Asistencia Sanitaria.

5.4 Tarjeta sanitaria

Los pacientes de las zonas limítrofes mantienen su tarjeta sanitaria de la comunidad de residencia, que es la que garantiza la asistencia. En Aragón, los pacientes de las zonas limítrofes de otras comunidades que tienen la atención primaria asignada a centros de salud de Aragón son registrados en la Base de Datos de Usuarios como usuarios de zonas limítrofes.

5.5 Acceso a la historia clínica

El acceso por parte de los profesionales sanitarios a la historia clínica corporativa del servicio de salud originario del paciente no está resuelto, aunque hay grupos de trabajo en algunos casos que están estudiando cómo facilitar ese acceso sin comprometer la seguridad.

Índice de tablas

Tabla 2-1	Población por sectores y grupos de edad en la Comunidad Autónoma de Aragón, 2015	11
Tabla 2-2	Aportación evitada a los pensionistas en el primer trimestre de implantación del sistema de prestación farmacéutica sobre los topes máximos establecidos, 2015	14
Tabla 5-1	Episodios hospitalarios y ambulatorios atendidos en los distintos convenios firmados entre la Comunidad de Aragón y otras comunidades autónomas, 2015	29

Índice de gráficos

Gráfico 2-1 Porcentaje de población asignada según tipo de aportación del usuario a la prestación de farmacia en la Comunidad Autónoma de Aragón, 2015

14

Abreviaturas, acrónimos y siglas

A

ADN Ácido Desoxirribonucleico

B

BDU Base de Datos de Usuarios

BOA Boletín Oficial de Aragón

C

CCAA Comunidades Autónomas

E

EAP Equipo de Atención Primaria

ECV Enfermedad cerebrovascular

P

PIB Producto Interior Bruto

R

RAE-CMBD Registro de Atención Especializada- Conjunto Mínimo Básico de Datos

S

SCA Síndrome Coronario Agudo

SNS Sistema nacional de Salud

T

TMG Trastorno Mental Grave

TSI Tarjeta Sanitaria Individual

U

USM Unidades de Salud Mental