

ESTADO DE SALUD DE ARAGÓN, DETERMINANTES Y ACTUACIONES DEL DEPARTAMENTO DE SALUD Y CONSUMO

2010



Han colaborado en la elaboración de este informe:

DEPARTAMENTO DE SALUD Y CONSUMO DE ARAGÓN

- ***DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA***
- ***DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN Y ASEGURAMIENTO***
- ***DIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN AL USUARIO***

SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

- ***UNIDAD DE CALIDAD***
- ***UNIDAD FUNCIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE***

Fecha de elaboración: Octubre del 2010

INDICE RESUMIDO

PRESENTACIÓN

Marco teórico. Modelo de determinantes
Justificación
Objetivos

DETERMINANTES DE SALUD

Demografía
Entorno
Estilos de vida
Servicios sanitarios

ESTADO DE SALUD

Mortalidad
Morbilidad percibida
Morbilidad registrada
Dependencia y discapacidad
Salud laboral

INTERVENCIONES DEL DEPARTAMENTO DE SALUD

Compromisos, estrategias y valores
Organización y Recursos
Estrategia de participación ciudadana
Intervenciones en salud pública
Intervenciones sobre procesos prioritarios
Desarrollo profesional e innovación

SINTESIS DE RESULTADOS Y PROPUESTAS

Síntesis de resultados
Propuestas de actuación en salud

ANEXOS

NOTAS METODOLÓGICAS

Elección de indicadores. Proceso y justificación
Fuentes de información por apartados
Análisis de datos y Presentación de datos

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PRESENTACIÓN	9
Marco teórico. Modelo de determinantes de salud.	11
1.DETERMINANTES DE SALUD	13
1.1. DEMOGRAFÍA	13
1.1.1. DENSIDAD DE POBLACIÓN.	13
1.1.2. PIRÁMIDES DE POBLACIÓN	14
1.1.3. ESPERANZA DE VIDA	19
1.1.4. NATALIDAD	21
1.1.5. FECUNDIDAD	22
1.1.6. DEFUNCIONES	24
1.1.7. CRECIMIENTO VEGETATIVO	25
1.1.8. SALDO MIGRATORIO	27
1.1.9. POBLACIÓN EXTRANJERA	28
1.2. ENTORNO	33
1.2.1. ENTORNO FÍSICO	33
1.2.1.1. Condiciones de la vivienda	33
1.2.1.2. Calidad del aire	34
1.2.1.3. Calidad de agua de consumo	38
1.2.1.3. Calidad de agua de consumo	38
1.2.1.4. Control de productos químicos	40
1.2.1.5. Control de la cadena alimentaria	41
1.2.2. ENTORNO SOCIAL Y ECONÓMICO	42
1.2.2.1. Entorno social y familiar	42
1.2.2.2. Educación	47
1.2.2.3 Situación laboral	48
1.2.2.4 Situación económica	54
1.2.2.5. Discriminación y violencia de género	61
1.3. ESTILOS DE VIDA	63
1.3.1. DIETA	63
1.3.1.1. Tipo de desayuno	63
1.3.1.2. Consumo de fruta	64
1.3.1.3. Consumo de verduras y hortalizas.	65
1.3.1.4. Consumo de dulces	66
1.3.2. ACTIVIDAD FÍSICA	67
1.3.2.1. Actividad física de los adultos en tiempo libre	67
1.3.2.2. Actividad física de los menores en tiempo libre	68
1.3.3. DESCANSO	69
1.3.3.1. Horas de sueño diarias en adultos	69
1.3.3.2. Descanso adecuado	70
1.3.3.3. Horas de sueño diarias en los niños	71
1.3.4. SOBREPESO Y OBESIDAD	71
1.3.5. OCIO Y UTILIZACIÓN DE TECNOLOGÍAS	73
1.3.5.1. Consumo de televisión	73
1.3.5.2. Tecnologías de la información en la vivienda	75
1.3.5.3. Uso de Internet según lugar, frecuencia, tipos de actividades realizadas	75

1.3.5.4. Frecuencia de hábitos y prácticas culturales...	77
1.3.5.5. Gasto en ocio, espectáculos y cultura.....	79
1.3.6. SATISFACCIÓN Y STRESS LABORAL.....	80
1.3.5.1. Nivel medio de estrés laboral en la población adulta por sectores sanitarios.....	80
1.3.5.2. Satisfacción laboral en personas adultas por sectores sanitarios.....	80
1.3.7. HIGIENE DENTAL.....	81
1.3.6.1. Distribución de los adultos según frecuencia de cepillado dental.....	81
1.3.6.2. Distribución de los niños según frecuencia de cepillado dental.....	81
1.3.8. TABACO.....	82
1.3.8.1. Distribución de adultos según consumo de tabaco por sector sanitario.....	82
1.3.8.2. Edad media de inicio de consumo de tabaco en adultos en los fumadores diarios por sector sanitario.....	83
1.3.9. ALCOHOL.....	85
1.3.9.1. Consumo de alcohol en los últimos 15 días.....	85
1.3.9.2. Edad de comienzo de consumo de alcohol.....	85
1.3.10. OTRAS DROGAS.....	87
1.3.10.1. Prevalencias del consumo de diferentes sustancias en los últimos 30 días.....	87
1.3.10.2. Evolución del consumo con la edad.....	87
1.3.11. HÁBITOS SEXUALES.....	90
1.3.11.1. Distribución de personas de 18 a 49 años por sexo y CCAA que han tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida según edad de inicio de las relaciones.....	90
1.3.11.2. Uso de preservativo.....	90
1.3.11.3. Número de parejas sexuales en la vida.....	91
1.3.11.4. Uso de prostitución.....	92
1.3.11.5. Píldora postcoital.....	92
1.3.11.6. Interrupciones voluntarias del embarazo.....	94
1.4.1. ATENCIÓN SANITARIA.....	96
1.4.1.1. Frecuentación declarada general.....	96
1.4.1.2. Atención Primaria.....	97
1.4.1.3. Atención Especializada.....	102
1.4.1.3. 061.....	111
1.4.1.4. Atención a pacientes crónicos y dependientes.....	112
1.4.1.5. Salud Mental.....	113
1.4.1.6. ACCESIBILIDAD DEL CIUDADANO.....	114
1.4.2.1. Coberturas vacunales 2008.....	116
1.4.2.2. Cribado Cáncer mama.....	118
1.4.2.3. Distribución de mujeres a partir de los 16 años según la realización de citologías vaginales.....	119
1.4.2.4. Atención sanitaria bucodental.....	121
1.4.3. CONSUMO DE FÁRMACOS.....	122

1.4.3.1. Consumo de fármacos declarado.....	122
1.4.3.2. Consumo de fármacos registrado por grupo terapéutico. 2009	123
1.4.4. PERCEPCIÓN DEL USUARIO	125
1.4.4.1. ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN	125
1.4.4.2. RECLAMACIONES Y GESTORÍAS	127
2. ESTADO DE SALUD	128
2.1. MORTALIDAD.....	128
2.1.1. MORTALIDAD GENERAL. EVOLUCIÓN.....	128
2.1.2. MORTALIDAD GENERAL Y POR CAUSAS. ARAGÓN 2007.	129
2.1.3. MORTALIDAD POR GRUPOS DE EDAD.....	135
2.1.4. MORTALIDAD POR GRUPOS DE EDAD Y CAUSAS	137
2.1.5. AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS (APVP).	139
2.1.6. MORTALIDAD MATERNO INFANTIL.....	143
2.1.7. EVOLUCIÓN DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE.	145
2.1.8. MORTALIDAD 2007. DATOS PROVINCIALES.	150
2.2. MORBILIDAD PERCIBIDA	153
2.2.1. Estado de salud percibido de la población	153
2.2.2. Problemas de salud percibidos.....	155
2.3.1.2. Distribución de adultos con problemas de salud percibidos que hayan sido diagnosticados por un médico.....	157
2.2.3. Organos de los sentidos	159
2.2.4. Limitación de la actividad por enfermedad.....	160
2.2.5. Dificultad para las actividades habituales.....	160
2.2.6. Accidentabilidad declarada	161
2.3. MORBILIDAD ATENDIDA.....	164
2.3.1. MORBILIDAD SEGÚN AMBITO DE ATENCIÓN	164
2.3.2.1. EN ATENCIÓN PRIMARIA	165
2.3.2.2. EN ATENCIÓN HOSPITALARIA	166
2.3.3. PROBLEMAS DE SALUD SEGÚN CAUSAS ESPECÍFICAS	169
2.3.3.1. ENF. AP. CIRCULATORIO	169
2.3.3.2. ENF. AP. RESPIRATORIO	170
2.3.3.3. ENF. AP. DIGESTIVO	172
2.3.3.4. CANCER	173
2.3.3.5. ENF. ENDOCRINAS	175
2.3.3.8. CAUSAS EXTERNAS.....	176
2.3.3.6 SALUD MENTAL	178
2.3.3.7.SALUD BUCODENTAL.....	181
2.3.3.9. ENFERMEDADES TRASMISIBLES	182
2.4. DEPENDENCIA Y DISCAPACIDAD.....	190
2.4.1. Hogares con personas no capaces de su autocuidado	190

2.4.2.	Distribución de los adultos que se ocupan del cuidado de menores de 15 años	191
2.4.3.	Perfil de la persona solicitante de valoración de dependencia en Aragón	192
2.4.3.1.	Solicitantes de valoración de dependencia por grupos de edad y sexo	192
2.4.3.2.	Clasificación de las solicitudes resueltas por grado de dependencia.	193
2.4.3.3.	Solicitantes de valoración de dependencia por comarcas	194
2.4.3.4.	Solicitantes de valoración de dependencia Aragón y España.	195
2.5.	SALUD LABORAL	196
2.5.1.	Enfermedades profesionales	196
2.5.2.	Accidentes laborales	197
3.	INTERVENCIONES DEL DEPARTAMENTO DE SALUD Y CONSUMO	200
3.1.	COMPROMISOS, ESTRATEGIAS Y VALORES	200
3.1.1.	COMPROMISOS	200
	ACCESIBILIDAD AL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD	200
3.1.2.	ESTRATEGIAS	202
3.1.3.	VALORES	202
3.2.	ORGANIZACIÓN Y RECURSOS	203
3.2.1.	ORGANIZACIÓN	203
3.2.1.1.	MAPA SANITARIO	203
3.2.1.2.	ORGANIGRAMA	204
3.2.2.	RECURSOS	205
3.2.2.1.	PRESUPUESTO	205
3.2.2.2.	PERSONAL	208
3.2.2.3.	ESTRUCTURALES	216
3.2.3.	CARTERA DE SERVICIOS	220
3.3.	ESTRATEGIA DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA	221
3.4.	INTERVENCIONES EN SALUD PUBLICA	226
3.5.	INTERVENCIONES SOBRE PROCESOS PRIORITARIOS	228
3.5.1.	PROGRAMAS SOBRE EL DESARROLLO DE ESTRATEGIAS EN SALUD.	228
3.5.2.	SEGURIDAD DEL PACIENTE	231
3.6.	DESARROLLO PROFESIONAL E INNOVACIÓN	234
3.6.1.	INSTITUTO ARAGONÉS DE CIENCIAS DE LA SALUD	234
3.6.2.	GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD	235
	PROPUESTAS	237
	SINTESIS DE RESULTADOS	240
	ANEXOS	252
	NOTAS METODOLOGICAS	253
1.	Elección de indicadores. Proceso y justificación	253
2.	Fuentes de información por apartados	253

3. Análisis y presentación de datos	256
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	257

PRESENTACIÓN

La publicación de informes sobre el estado de salud de las poblaciones constituye una práctica consolidada en el ámbito internacional y nacional que sirve para exponer, en términos comprensivos, los principales problemas de salud y sus determinantes, de manera que permitan en general a la población -y sobre todo a las Administraciones Públicas- conocer su situación de salud y establecer objetivos susceptibles de incidir sobre la salud de sus poblaciones. Por tanto se ha tratado de presentar la información relevante para cuantificar los principales problemas de salud que afectan a la población de Aragón, y de sus determinantes. Se han seleccionado sobre la base de dos criterios mayores: por un lado la estimación de la población afectada y por otro la factibilidad de las intervenciones a la luz de las evidencias científicas existentes.

El Programa "Salud para todos en el siglo XXI" de la Organización Mundial de la Salud aconseja la puesta al día de los informes sobre la situación de salud y sus determinantes, proponiendo indicadores que midan posteriormente el grado de ejecución de los 21 objetivos establecidos en el Programa.. Aunque no existe un conjunto estandarizado de indicadores, la estructura de los informes es similar y presentan indicadores parecidos. Normalmente es la disponibilidad y la actualización lo que dicta su utilización.

Este informe de Estado de Salud es el primero que con estas características se desarrolla en Aragón y persigue como **objetivo principal** medir el estado de salud de los aragoneses, identificando y cuantificando desigualdades de salud en todos los ámbitos, así como los determinantes que influyen en el mismo, con el fin de proporcionar información para la toma de decisiones en los diferentes órganos de Gobierno, no sólo en el entorno sanitario.

Para ello se han utilizado un conjunto de indicadores razonablemente estables en el tiempo y mientras ha sido posible, se han comparado con otros ámbitos, fundamentalmente con el conjunto de España.

El informe presenta diferentes apartados.

En la presentación se define el *Marco teórico* utilizado, siendo éste el Modelo de los Determinantes de Salud.

En el primer apartado se presentan los *Determinantes del estado de salud* de los aragoneses, divididos en cuatro apartados principales:

- Demografía, en que se describen los principales indicadores que miden el volumen, estructura y la distribución de la población, y de los cambios espaciales y temporales producidos.
- Entorno, que muestra indicadores del entorno físico por una parte y del entorno social y económico por otra.
- Estilos de vida, que describe una selección de indicadores sobre varios estilos de vida con influencia en la salud
- Servicios sanitarios: se intenta mostrar el sistema sanitario con el punto de vista de ser un determinante para la salud, mostrando indicadores sobre atención sanitaria, consumo de fármacos, prácticas preventivas y percepción del usuario.

En el segundo apartado, se presenta el *Estado de salud de los aragoneses*, dividido en cinco apartados:

- Mortalidad, con indicadores de mortalidad general, por edad, sexo y causas, de años de vida potenciales perdidos, mortalidad materno infantil y la evolución de las principales causas.
- Morbilidad percibida, a partir de encuesta de salud.

- Morbilidad diagnosticada, a partir de registros médicos asistenciales.
- Dependencia y discapacidad.
- Salud laboral.

En este informe se ha querido incluir un **tercer apartado** de *Actuaciones del Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón*, como reflejo de las políticas públicas traducidas a intervenciones concretas, con la siguiente estructura:

- Compromisos, estrategias y valores
- Organización y Recursos
- Estrategia de participación ciudadana
- Intervenciones en salud pública
- Intervenciones sobre procesos prioritarios
- Desarrollo profesional e innovación

Por último se ha realizado un esfuerzo de síntesis de los principales resultados encontrados, así como propuestas de mejora del Departamento.

Se pretende que el informe sea el primero de una serie que cada dos años realice una monitorización y revisión de estos tres bloques: estado de salud, sus determinantes, y las actuaciones del Departamento, que permita establecer una línea en el tiempo.

Debe servir para definir los objetivos de Salud Pública que orienten las actividades, presupuesto y acciones a desarrollar por parte de las administraciones públicas en general. Y en concreto, las que debe desarrollar el sistema sanitario, incluido todo el dispositivo asistencial.

Marco teórico. Modelo de determinantes de salud.

La salud de las personas y de la población viene determinada o producida por una serie de factores que llamamos *factores determinantes de salud* o simplemente *determinantes de salud*. Estos determinantes hacen que el nivel de salud sea menor o mayor, y por tanto hay que actuar sobre ellos para modificarla.

El concepto de los determinantes es antigua, pero su sistematización es muy reciente, del último tercio del siglo pasado. Mientras que históricamente se ha realizado un gran esfuerzo en medir y en actuar sobre las causas inmediatas de los problemas de salud y enfermedad, por ejemplo la ingesta calórica y el ejercicio físico en el caso de la obesidad, se ha tardado mucho más en comprender que existen "causas de las causas", o factores determinantes en diversos ámbitos que en última instancia repercuten sobre la salud. Siguiendo con el ejemplo de la obesidad, hay factores de orden local (desde la planificación del transporte urbano hasta la producción agrícola), generales y culturales (como el nivel educativo, la consideración que tiene el deporte y el ocio en una sociedad, o la influencia de los medios de comunicación), y globales (como la urbanización o la universalización de los mercados de alimentos), que tienen una enorme influencia. Por tanto, la actuación sobre los determinantes se ha convertido en el concepto más importante de las actuaciones en salud pública. Y también el más difícil de conseguir.

Entre los modelos más conocidos que explican la influencia de los factores determinantes de la salud, citaremos tres por su influencia en el pensamiento moderno sobre las actuaciones en salud: el **modelo de Lalonde-Laframboise**, el modelo *ecológico* y el modelo de los *determinantes sociales* de salud. En el primero se definen 4 grandes grupos de determinantes: la biología humana, el medio ambiente, los estilos de vida y conductas de salud, y el sistema de asistencia sanitaria. En el **modelo ecológico** aparecen 5: socioeconómicos y culturales, geográficos, demográficos, políticos y sanitarios. En el **modelo de los determinantes sociales**, que es el adoptado por la Organización Mundial de la Salud en Europa para la definición de políticas de salud, se definen también 5 grandes grupos: 1) Edad, sexo y factores constitucionales del individuo, 2) estilos de vida individuales, 3) redes sociales y comunitarias, 4) condiciones de vida y trabajo y 5) condiciones generales socioeconómicas, culturales y ambientales. En este modelo los factores determinantes se van disponiendo en capas concéntricas alrededor del individuo, en función de su grado de influencia directa.

Sin embargo, a la hora de preparar un informe en el que se midan los determinantes son evidentes las dificultades para encontrar indicadores que los midan en todos los grupos. Más difícil resulta todavía disponer de indicadores desagregados por una serie de variables, como el nivel socioeconómico y cultural, la etnia/raza, el área geográfica, la ocupación u otras que puedan dar pistas sobre la existencia de desigualdades en salud. Este último concepto se ha convertido en un problema de la mayor importancia: sabemos que se producen desigualdades en salud (a todos los niveles), que están aumentando, y que el conocimiento que tenemos de ellas es imperfecto. Es en definitiva la actuación sobre los determinantes lo que puede tener un efecto sobre la reducción de las desigualdades en salud, convirtiendo en prioritario monitorizarlas. Pero a la hora de confeccionar el informe sólo se puede presentar la información disponible. Por ello presentaremos en el apartado de determinantes cuatro grupos fundamentales (demografía, entorno, estilos de vida, y servicios sanitarios) que no coinciden exactamente con los modelos ya clásicos comentados, pero con los que tienen rasgos en común y nos han permitido ordenar la información de una manera más conveniente en función de la disponibilidad.

Queremos destacar que las actuaciones sobre los determinantes dependen de decisiones políticas. Aunque sea evidente, los determinantes que medimos hoy tendrán fundamentalmente efecto sobre el estado de salud del mañana, ya que el tiempo efectivo para conseguir cambios medibles en los estados de salud es para la mayor parte de los factores muy largo, incluso de más de una generación. De esta reflexión se sigue que el estado de salud que medimos hoy ha venido determinado por factores determinantes de ayer, igualmente alejados en el tiempo. Y por tanto, las actuaciones derivadas de las decisiones políticas de hoy tendrán efecto sobre el estado de salud del mañana.

El iniciar un proceso de medición de los determinantes y de las desigualdades en salud, con mejoras progresivas en su monitorización periódica, debe ser una pieza esencial de las políticas de salud pública en Aragón. Este informe pretende ser sólo el primero de una serie que incluya esta monitorización como fuente de información para formular políticas para mejorar la salud de la población.

1.DETERMINANTES DE SALUD

IR A INDICE

1.1. DEMOGRAFÍA

1.2. ENTORNO

1.3. ESTILOS DE VIDA

1.4. UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS Y CONSUMO DE FÁRMACOS

1.1. DEMOGRAFÍA

1.1.1. DENSIDAD DE POBLACIÓN.

La densidad de población presenta unos datos provinciales muy inferiores a la media nacional, sobre todo en Huesca y Teruel. Las superficies son muy similares en las tres provincias, no así las densidades. Zaragoza capital, con 674.317 habitantes, supone el 50 % de la población total de Aragón. Esta macrocefalia supone una distorsión cuando se obtienen indicadores a nivel provincial.

DENSIDAD DE POBLACIÓN. PADRÓN 1 ENERO 2009

	SUP. KM ²	POBLACIÓ N	DENSIDAD. HAB. x KM ²
HUESCA	15636	228409	14,6
TERUEL	14810	146751	9,9
ZARAGOZA	17275	970313	56,2
ARAGÓN	47720	1345473	28,2
ESPAÑA	505991	46745807	92,4

Fuente: INE-IAEst

El 91,5 % de los municipios, pertenecen a la Zona Rural, y esos suponen sólo el 17,2 % de la población.

El 1,8% de los municipios pertenecen a la Zona Urbana, suponiendo el 68,3 % de la población.

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR ZONAS. AÑO 2008

	Municipios		Población	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Zona Rural*	669	91,5	228.071	17,2
Zona Intermedia	49	6,7	192.613	14,5
Zona Urbana	13	1,8	906.234	68,3
TOTAL	731	100	1.326.918	100

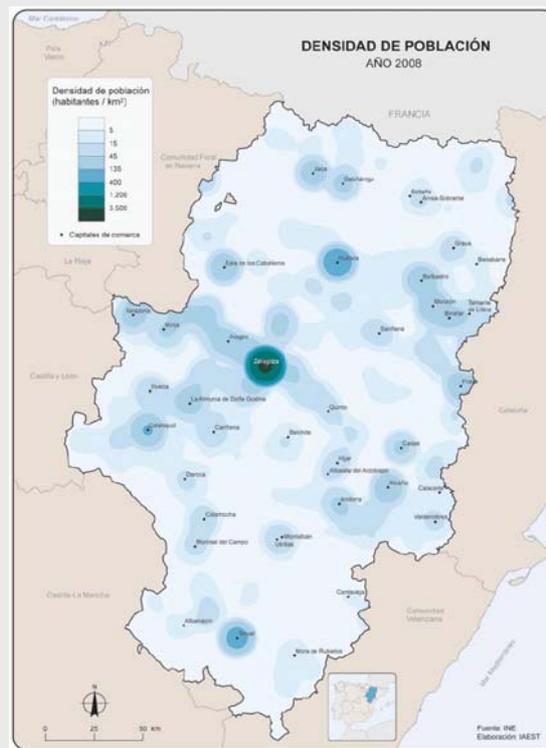
*Zona rural: municipios hasta 2.000 habitantes

Zona intermedia: municipios entre 2.001 y 10.000 habitantes

Zona urbana: municipios mayores de 10.000 habitantes

Fuente: IAEst

Gráfico. Mapa de Densidad de población en Aragón. Año 2008

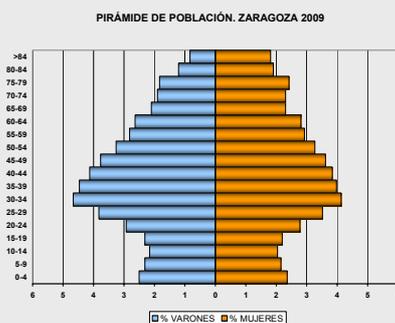
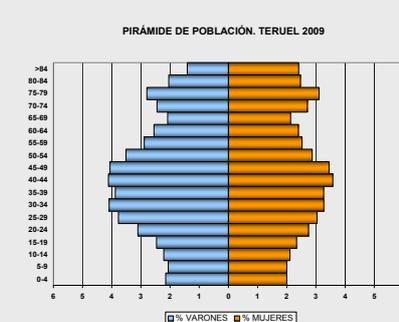
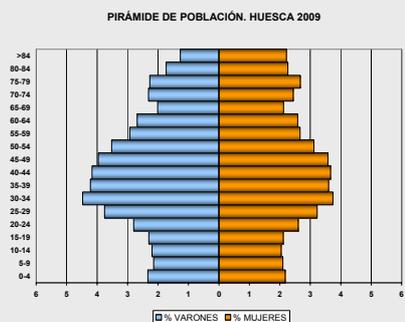
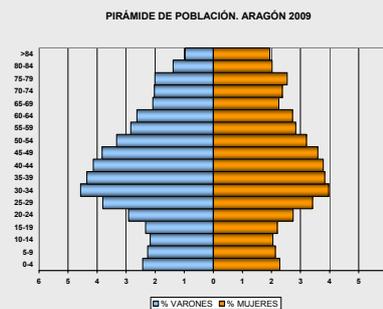
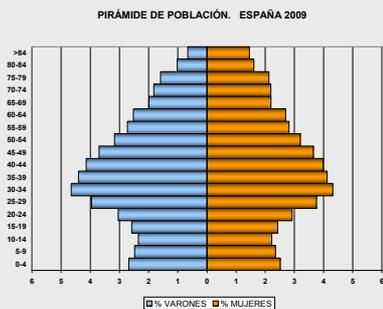


1.1.2. PIRÁMIDES DE POBLACIÓN

La población total de Aragón a 1 de enero de 2009 es de 1.345.473 habitantes.

La estructura de la pirámide de Aragón, presenta una forma de "bulbo o hucha", característica de poblaciones envejecidas y regresivas con baja natalidad y un número elevado de personas ancianas. La forma es similar a la pirámide de España, pero la cúspide de la misma en Aragón es bastante más ancha, al presentar un porcentaje de personas mayores de 65 años superior a la media nacional (16,6 % en España y 19,6 % en Aragón). La mayor esperanza de vida en las mujeres produce unas pirámides desequilibradas en las edades superiores con un número mucho mayor de mujeres, que prácticamente doblan a los hombres en las edades mayores de 84 años.

En las edades inferiores, se aprecia ligero ensanchamiento en la base de la pirámide en los últimos 5-10 años, debido sobre todo al fenómeno inmigratorio y el aumento de la natalidad ligado al mismo.



Fuente: IAEst. Elaboración DGSP

Entre las provincias, la población más envejecida es la de Teruel, con el 23,6 % de la población mayor de 64 años.

La población menor de 15 años supone en Aragón un porcentaje algo inferior a la media nacional, pero con menos diferencias que en los ancianos.

PORCENTAJE DE POBLACIÓN MAYOR DE 64 AÑOS. PADRÓN 2009

	Total	Hombre	Mujer
HUESCA	21,3	18,8	23,9
TERUEL	23,6	20,9	26,5
ZARAGOZA	18,6	15,9	21,3
ARAGÓN	19,6	16,9	22,3
ESPAÑA	16,6	14,3	19,0

ÍNDICE DE SOBREENVEJECIMIENTO. PADRÓN 2009*¹

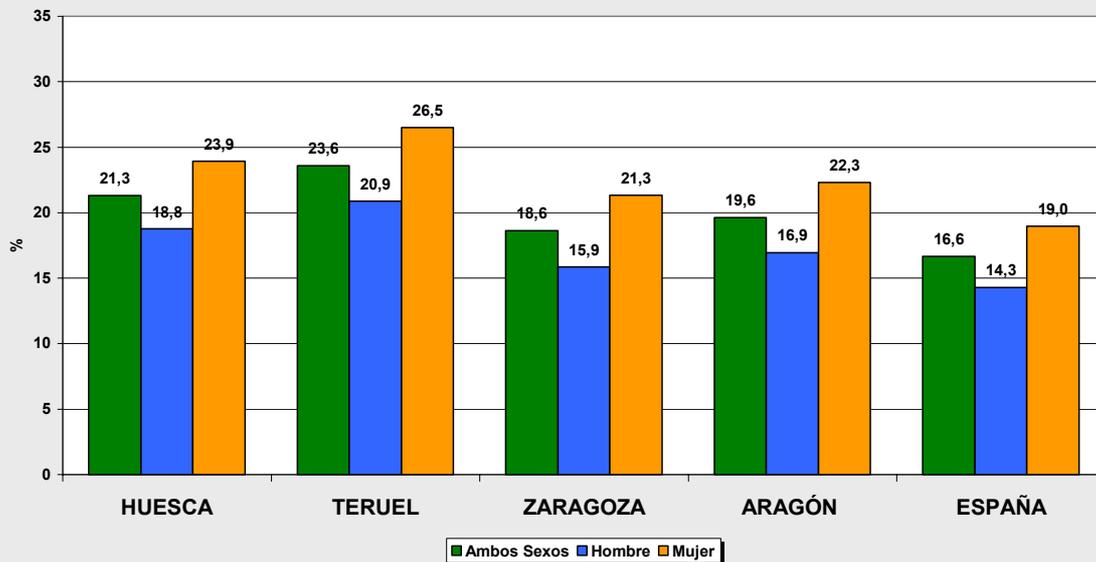
	Total	Hombre	Mujer
HUESCA	16,3	13,2	18,9
TERUEL	16,2	13,1	18,8
ZARAGOZA	14,2	10,6	16,9
ARAGÓN	14,9	11,4	17,5
ESPAÑA	12,7	9,3	15,2

PORCENTAJE DE POBLACIÓN MENOR DE 15 AÑOS. PADRÓN 2009

	Total	Hombre	Mujer
HUESCA	13,0	13,1	12,9
TERUEL	12,5	12,5	12,6
ZARAGOZA	13,5	14,1	13,0
ARAGÓN	13,3	13,7	13,0
ESPAÑA	14,6	15,2	14,0

Fuente: INE-IAEst

**PORCENTAJE DE POBLACIÓN DE 65 Y MÁS AÑOS
PROVINCIAS, ARAGÓN Y ESPAÑA 2009**

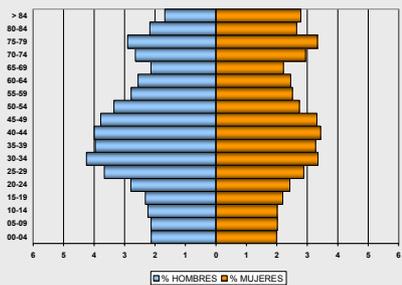


Fuente: INE-IAEst. Elaboración DGSP

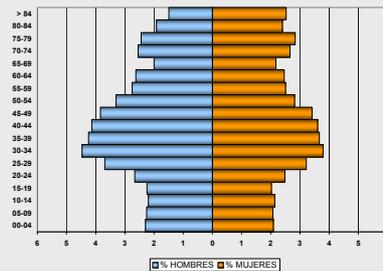
Por sectores sanitarios, con información procedente de población asegurada, se pueden apreciar las principales diferencias en las pirámides de población (a 31-12-2008).

¹ Índice de Sobreenvejecimiento: PORCENTAJE DE POBLACIÓN MAYOR DE 84 AÑOS RESPECTO A LOS MAYORES DE 64

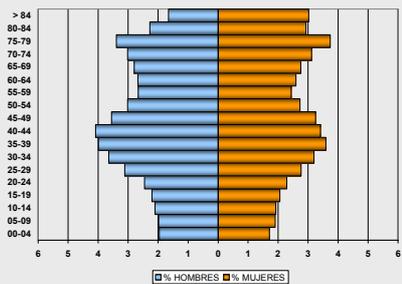
PIRÁMIDE DE POBLACIÓN. SECTOR SANITARIO ALCAÑIZ. AÑO 2009



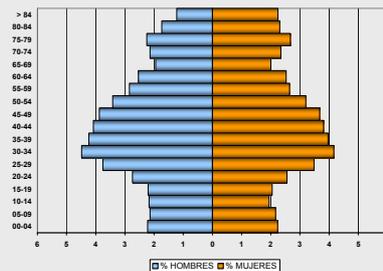
PIRÁMIDE DE POBLACIÓN. SECTOR SANITARIO BARBASTRO. AÑO 2009



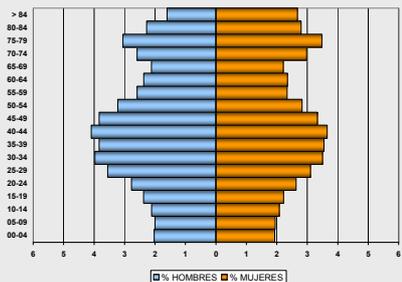
PIRÁMIDE DE POBLACIÓN. SECTOR SANITARIO CALATAYUD. AÑO 2009



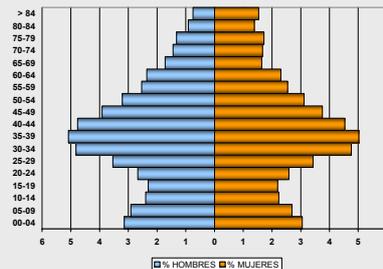
PIRÁMIDE DE POBLACIÓN. SECTOR SANITARIO HUESCA. AÑO 2009



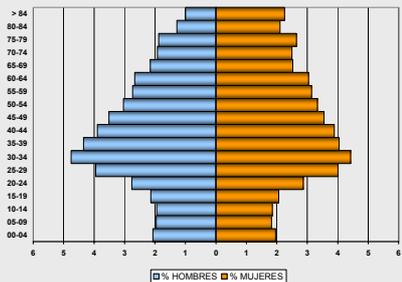
PIRÁMIDE DE POBLACIÓN. SECTOR SANITARIO TERUEL. AÑO 2009



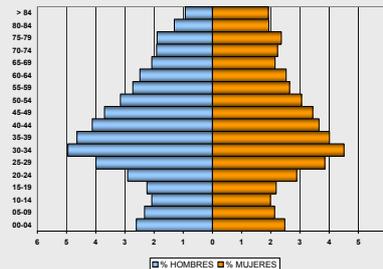
PIRÁMIDE DE POBLACIÓN. SECTOR SANITARIO ZARAGOZA I. AÑO 2009



PIRÁMIDE DE POBLACIÓN. SECTOR SANITARIO ZARAGOZA II. AÑO 2009



PIRÁMIDE DE POBLACIÓN. SECTOR SANITARIO ZARAGOZA III. AÑO 2009



Fuente: Dirección General de Planificación y Aseguramiento. Elaboración DGSP.

Los sectores más envejecidos son **Calatayud, Teruel y Alcañiz**. El mayor índice de sobre-envejecimiento² lo presentan Alcañiz y Barbastro. Los que tienen una estructura de población más joven son Zaragoza I y Zaragoza III.

PORCENTAJE DE POBLACIÓN MAYOR DE 64 AÑOS, POR SECTORES

	AMBOS SEXOS	HOMBRES	MUJERES
SECTOR ALCAÑIZ	25,5	22,4	28,7
SECTOR BARBASTRO	23,0	20,4	25,8
SECTOR CALATAYUD	28,7	26,0	31,5
SECTOR HUESCA	20,9	18,6	23,2
SECTOR TERUEL	25,8	23,1	28,5
SECTOR ZARAGOZA I	14,1	12,4	15,8
SECTOR ZARAGOZA II	20,2	17,2	23,1
SECTOR ZARAGOZA III	18,7	16,2	21,2

ÍNDICE DE SOBREENVEJECIMIENTO POR SECTORES

	AMBOS SEXOS	HOMBRES	MUJERES
SECTOR ALCAÑIZ	17,5	14,6	20,0
SECTOR BARBASTRO	17,5	14,4	20,1
SECTOR CALATAYUD	16,3	12,6	19,4
SECTOR HUESCA	16,6	13,2	19,4
SECTOR TERUEL	16,6	13,8	18,9
SECTOR ZARAGOZA I	16,2	12,2	19,3
SECTOR ZARAGOZA II	16,0	12,1	18,7
SECTOR ZARAGOZA III	15,2	11,5	18,1

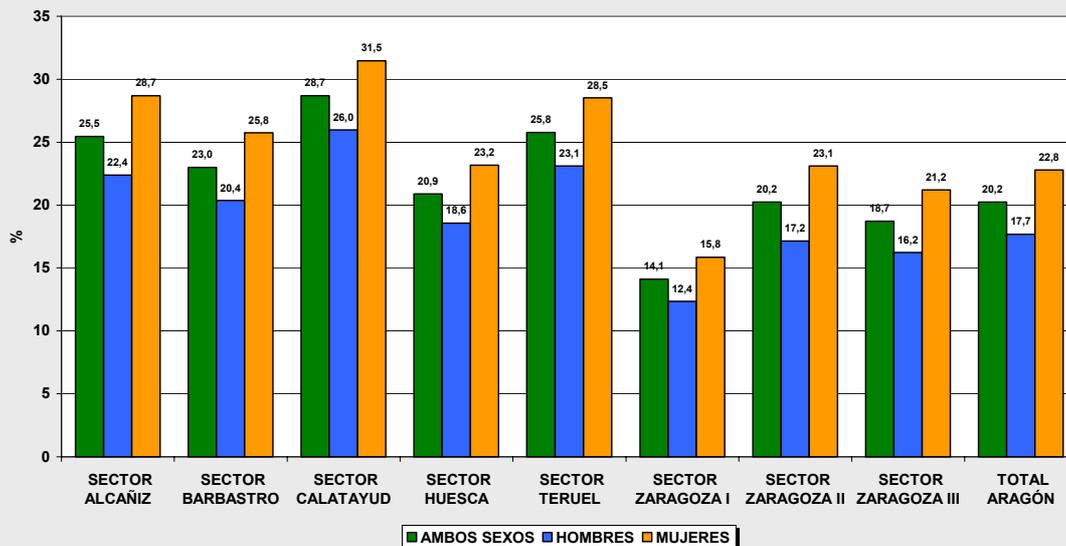
PORCENTAJE DE POBLACIÓN MENOR DE 15 AÑOS POR SECTORES

	AMBOS SEXOS	HOMBRES	MUJERES
SECTOR ALCAÑIZ	12,5	12,6	12,4
SECTOR BARBASTRO	13,0	13,2	12,9
SECTOR CALATAYUD	11,6	12,0	11,2
SECTOR HUESCA	12,9	13,1	12,7
SECTOR TERUEL	12,1	12,2	12,0
SECTOR ZARAGOZA I	16,4	17,0	15,9
SECTOR ZARAGOZA II	11,6	12,4	10,8
SECTOR ZARAGOZA III	13,6	14,0	13,2

Fuente: Dirección General de Planificación y Aseguramiento

Índice de sobre-envejecimiento: porcentaje de población mayor de 84 años, respecto a los mayores de 64 años.

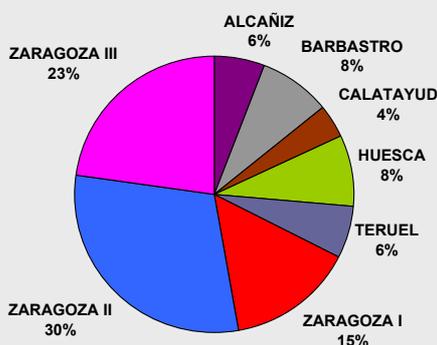
**PORCENTAJE DE POBLACIÓN DE 65 Y MÁS AÑOS
SECTORES SANITARIOS ARAGÓN 2009**



Fuente: Dirección General de Planificación y Aseguramiento

La población total tiene la siguiente distribución por sectores, siendo el sector con mayor población Zaragoza II (30 %) y el de menor Calatayud (4%).

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR SECTORES SANITARIOS A 1-1-2009



Fuente: Dirección General de Planificación y Aseguramiento

1.1.3. ESPERANZA DE VIDA

La esperanza de vida al nacer en Aragón en el año 2007 es de 81,6 años para el conjunto de los sexos (78,2 años en varones y 84,8 en mujeres).

La diferencia varón-mujer sigue manteniéndose entre 6 y 7 años en los últimos años y esa mayor esperanza de vida se manifiesta en las pirámides de población en una mayor amplitud de las barras correspondientes a las mujeres en las edades superiores, presentando unas cúspides asimétricas..

La esperanza de vida es superior en las provincias de Huesca y Teruel en 2007.

ESPERANZA DE VIDA AL NACER - ARAGÓN 2007

	VARONES	MUJERES	TOTAL
ARAGÓN	78,2	84,8	81,4
HUESCA	79,4	88,8	82,4
TERUEL	78,5	85,3	81,7
ZARAGOZA	77,8	84,4	81,1

Fuente: INE-IAEst

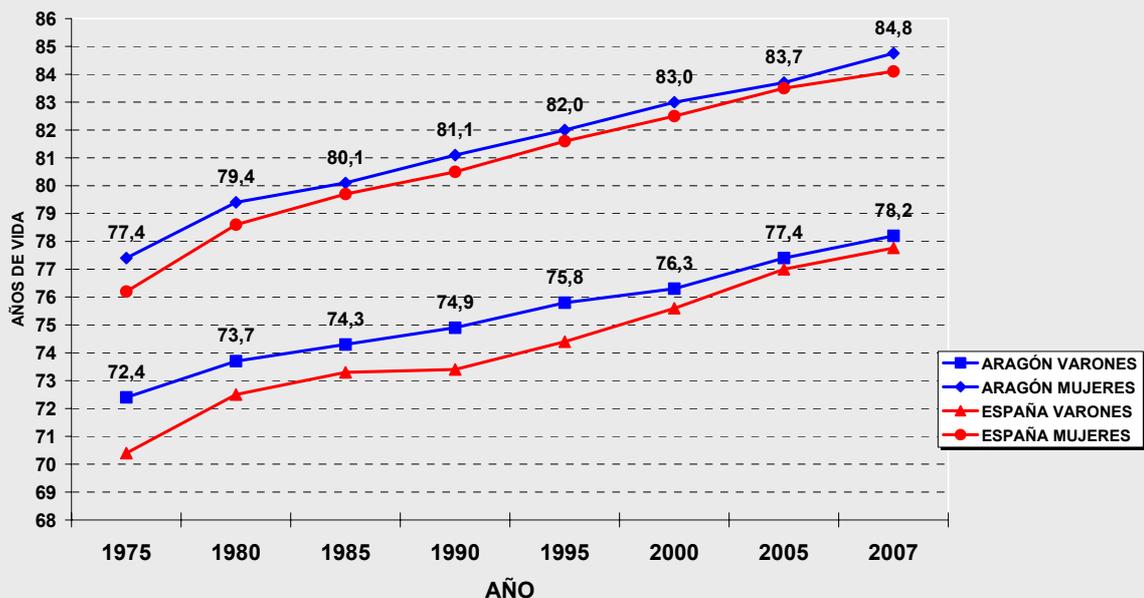
La evolución de la esperanza de vida en los últimos años en Aragón muestra un permanente aumento, manteniéndose la diferencia hombre-mujer a lo largo del tiempo y siendo la esperanza de vida en Aragón superior a la media nacional.

ESPERANZA DE VIDA ARAGÓN Y ESPAÑA. AÑOS 1975-2007

	ARAGÓN		ESPAÑA	
	VARONES	MUJERES	VARONES	MUJERES
1975	72,4	77,4	70,4	76,2
1980	73,7	79,4	72,5	78,6
1985	74,3	80,1	73,3	79,7
1990	74,9	81,1	73,4	80,5
1995	75,8	82,0	74,4	81,6
2000	76,3	83,0	75,6	82,5
2005	77,4	83,7	77,0	83,5
2007	78,2	84,8	77,8	84,1

Fuente: INE-IAEst

ESPERANZA DE VIDA AL NACER. ARAGÓN Y ESPAÑA. AÑOS 1975-2007

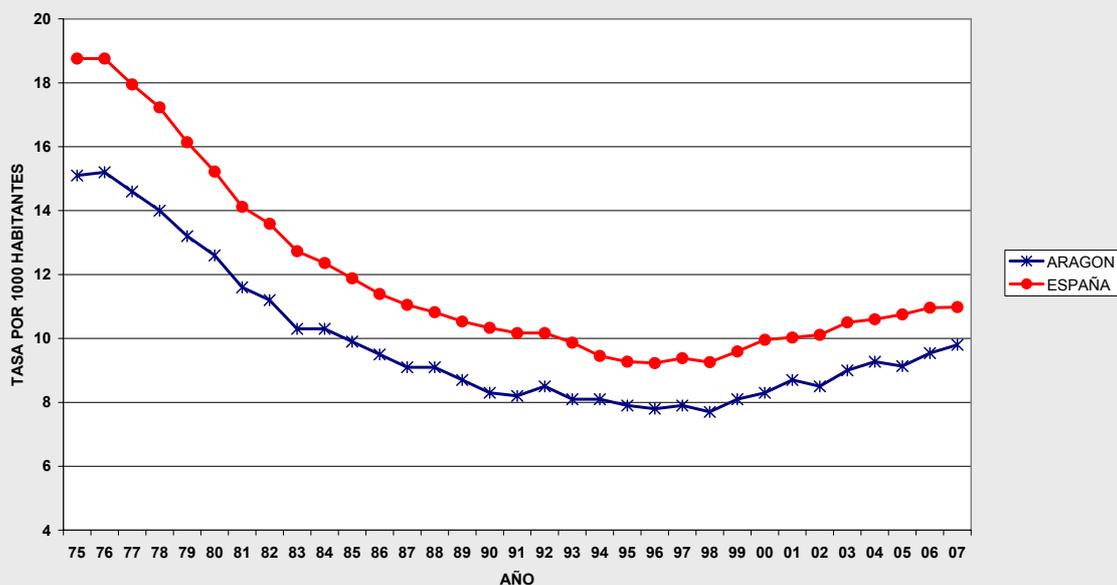


Fuente: INE-IAEst. Elaboración DGSP

1.1.4. NATALIDAD

La natalidad presenta un mantenido descenso desde el año 1976 hasta 1998, tanto en España como en Aragón, desde entonces hay un cambio de tendencia con un ligero ascenso mantenido. La evolución ha sido paralela en todo el periodo, permaneciendo las tasas brutas de natalidad siempre por debajo en Aragón, fenómeno influenciado por el mayor envejecimiento de la población, pero no como único factor.

TASA BRUTA DE NATALIDAD



Fuente: INE-IAEst. Elaboración DGSP

En Aragón se ha pasado de 17.590 nacimientos en 1.975 a 13.675 en 2.007.

TASAS BRUTAS DE NATALIDAD POR 1.000 HABITANTES

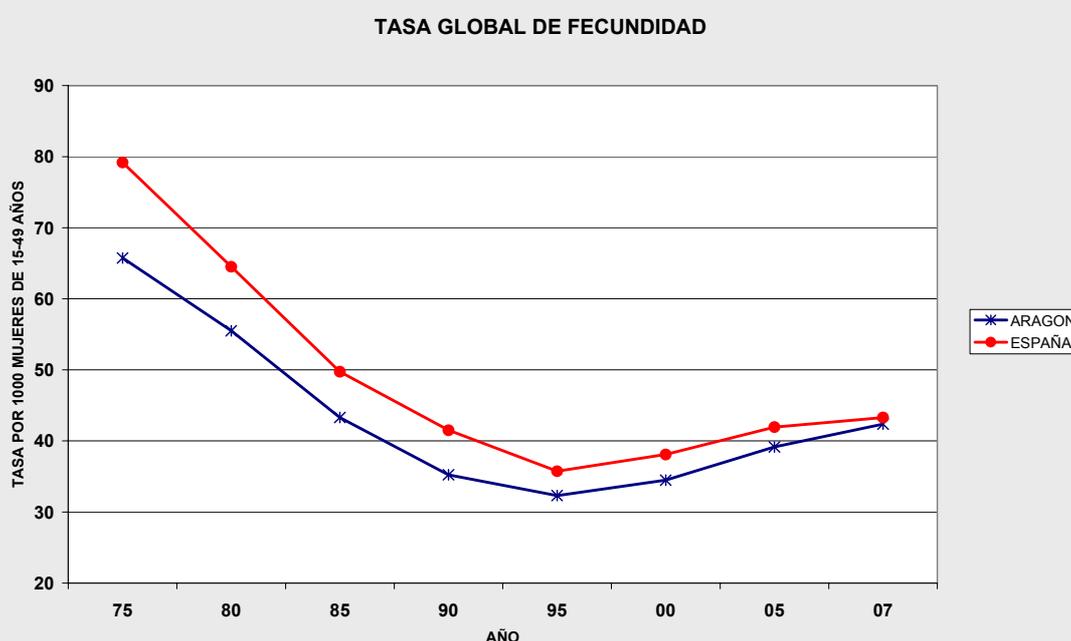
AÑO	1.975	1.990	2.007
HUESCA	13,1	7,7	8,7
TERUEL	11,8	8,6	8,5
ZARAGOZA	16,6	8,1	10,3
ARAGÓN	15,1	8,3	9,8
ESPAÑA	18,8	10,3	11,0

Fuente: INE-IAEst

1.1.5. FECUNDIDAD

Los nacimientos puestos en relación con la población específica capaz de procrear, clásicamente consideradas las mujeres de 15 a 49 años, nos muestra las **tasas de fecundidad global**.

Este indicador, que ya no debería estar influenciado por el envejecimiento de la población, muestra también una tendencia paralela entre Aragón y España, estando las tasas de fecundidad en Aragón históricamente por debajo de la media nacional, aunque con tendencia a confluir en los últimos años.



Fuente: INE-IAEst. Elaboración DGSP

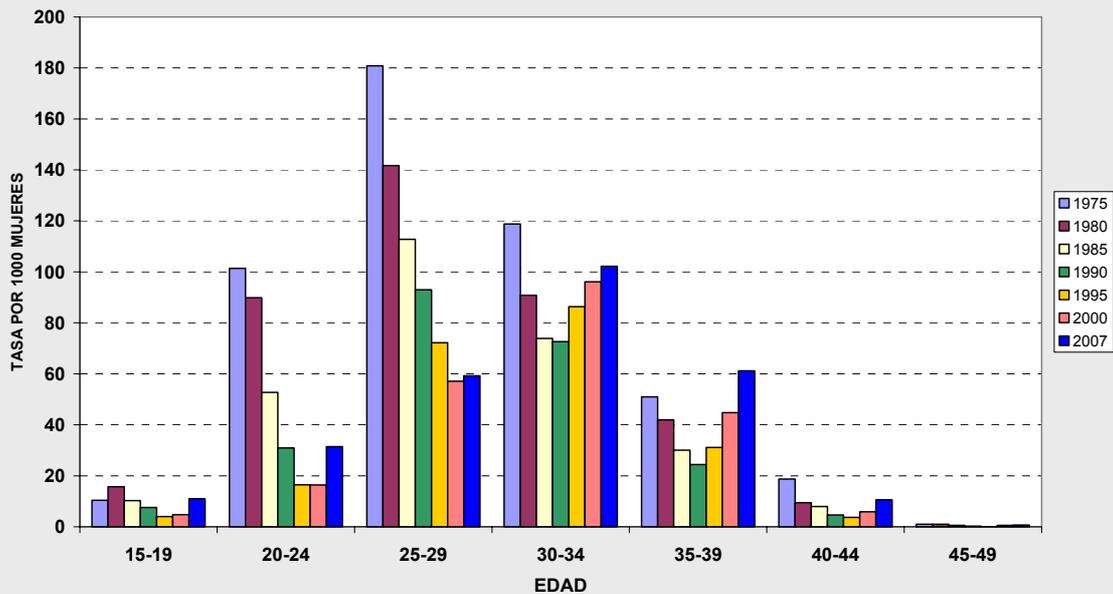
TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD

AÑO	1975	1990	2007
HUESCA	58,35	36,17	39,2
TERUEL	50,59	44,84	39,24
ZARAGOZA	70,48	33,67	43,52
ARAGON	65,75	35,24	42,37
ESPAÑA	79,19	41,51	43,30

Fuente: INE-IAEst

Las tasas específicas de fecundidad nos permiten ver la distribución de la natalidad en función de la edad de la madre.

TASA ESPECÍFICA DE FECUNDIDAD. ARAGÓN 1975-2007



Fuente: INE-IAEst

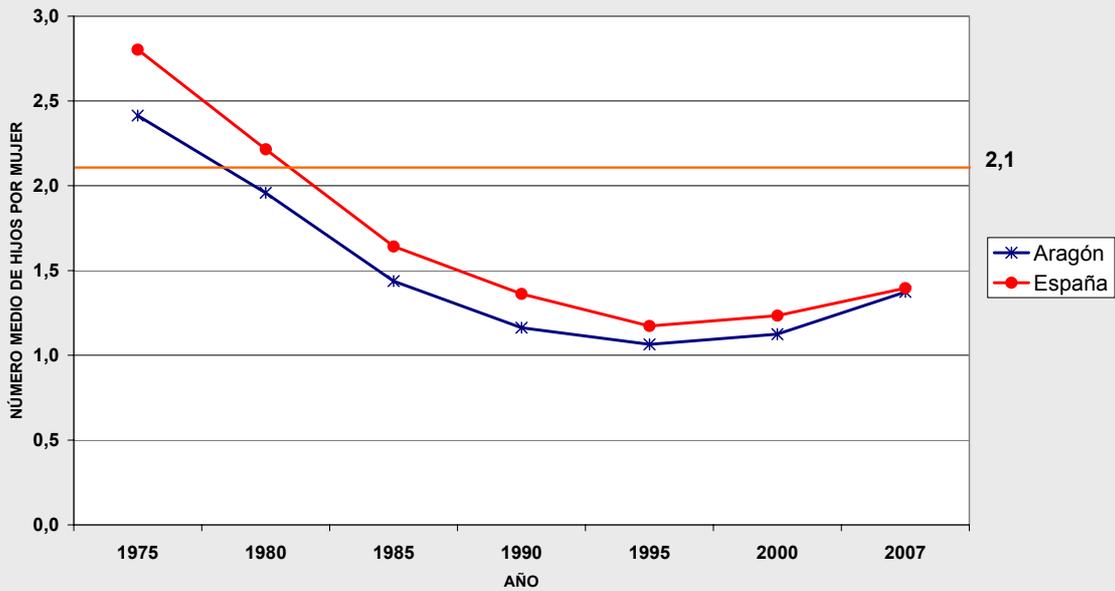
Se aprecia claramente como el descenso generalizado en la fecundidad hasta el año 1990 se produce en las edades más jóvenes y a partir de aquí hay un desplazamiento en el aumento hacia las edades entre 30 y 40 años, que presentan las tasas más altas en 2.007.

En España el panorama es muy similar, pero con tasas específicas algo superiores que en 2007 tienden a confluir con Aragón.

Un indicador resumen de la fecundidad, muy utilizado a nivel internacional, es el **índice sintético de fecundidad o número medio de hijos por mujer**.

Se considera que para que se produzca un reemplazamiento generacional el valor mínimo debería ser 2,1. Tanto en Aragón como en España hace muchos años que se está por debajo de ese valor y sin perspectivas de volver a alcanzarlo a corto plazo.

ÍNDICE SINTÉTICO DE FECUNDIDAD



Fuente: INE-IAEst. Elaboración DGSP

ÍNDICE SINTÉTICO DE FECUNDIDAD

AÑO	1975	1990	2007
HUESCA	2,2	1,2	1,3
TERUEL	2,0	1,4	1,3
ZARAGOZA	2,5	1,1	1,4
ARAGON	2,4	1,2	1,4
ESPAÑA	2,8	1,4	1,4

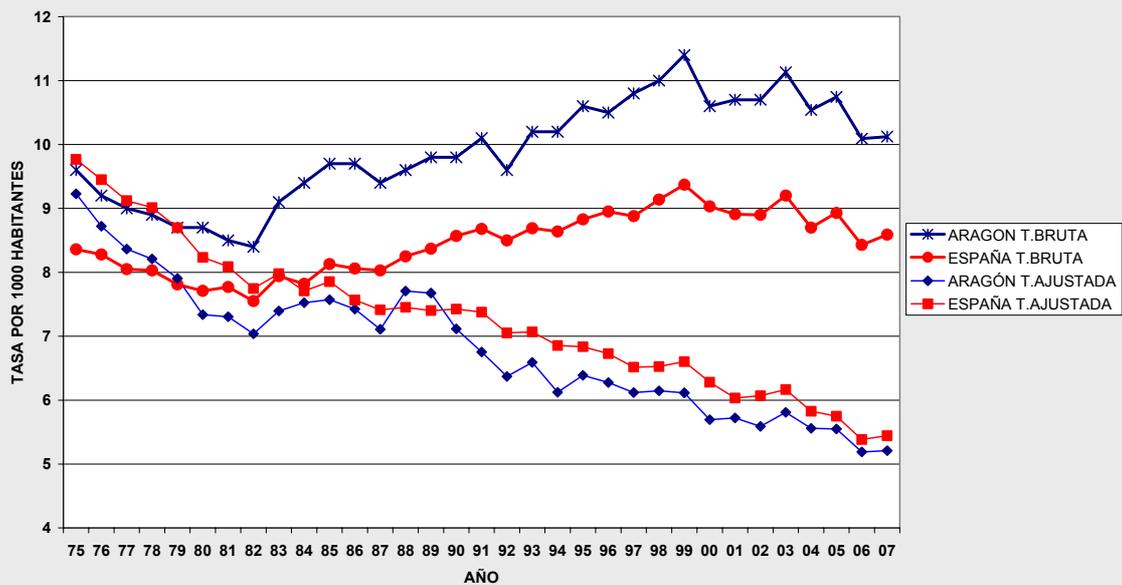
Fuente: INE-IAEst

1.1.6. DEFUNCIONES

El número de defunciones en Aragón ha oscilado entre un mínimo de 10.009 defunciones en 1.982 a un máximo de 13.682 en el año 2.005. Con una población total relativamente estable hasta la importante incorporación de población inmigrante, las tasas brutas de mortalidad han sido ascendentes entre 1982 y 1999, en relación directa con el envejecimiento de la población. Desde entonces, con irregularidades, son ligeramente descendentes. Las tasas brutas han sido superiores en Aragón respecto de España en todo el periodo.

Las tasas ajustadas a la población europea, utilizadas para eliminar el efecto de las diferentes estructuras de población sobre las tasas brutas, nos muestra una situación inversa a la anterior: tasas ajustadas en permanente descenso y siendo las tasas de Aragón inferiores a la media nacional.

TASA BRUTA Y AJUSTADA DE MORTALIDAD



Fuente: INE-IAEst y Departamento de salud y Consumo Aragón

En el año 2.007 y por provincias, la mayor tasa bruta de mortalidad se ha producido en Teruel, con 11,1 defunciones por cada 1.000 habitantes. Con las tasas ajustadas a la población europea, la mayor tasa se ha producido en Zaragoza.

TASAS BRUTAS Y AJUSTADAS DE MORTALIDAD. ARAGÓN Y ESPAÑA 2007

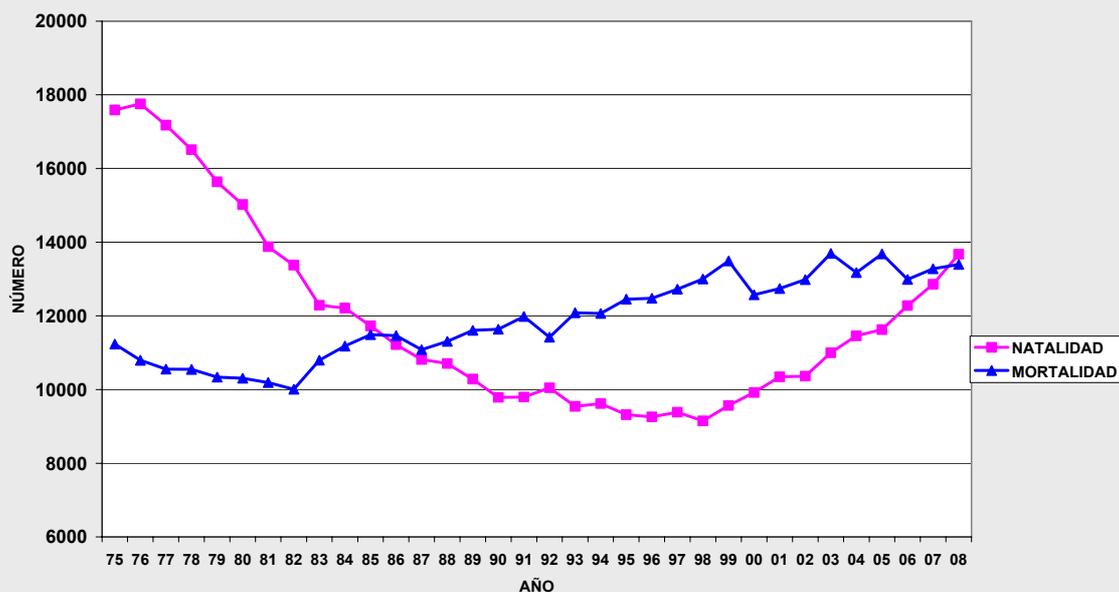
	NÚMERO DEFUNCIONES	T. BRUTA	T. AJUSTADA
HUESCA	2390	11,1	4,8
TERUEL	1690	11,7	5,0
ZARAGOZA	9200	9,6	5,4
ARAGON	13280	10,1	5,2
ESPAÑA	385361	8,4	5,4

Fuente: INE-IAEst y Departamento de Salud y Consumo Aragón. Elaboración DGSP

1.1.7. CRECIMIENTO VEGETATIVO

En el año 1986 se pasó en Aragón de tener un crecimiento vegetativo positivo a negativo, el número de defunciones superaba a los nacimientos. Desde entonces se ha mantenido negativo hasta el año 2008, en que por primera vez en 23 años los nacimientos han superado a las defunciones.

CRECIMIENTO VEGETATIVO ARAGÓN. VALORES ABSOLUTOS

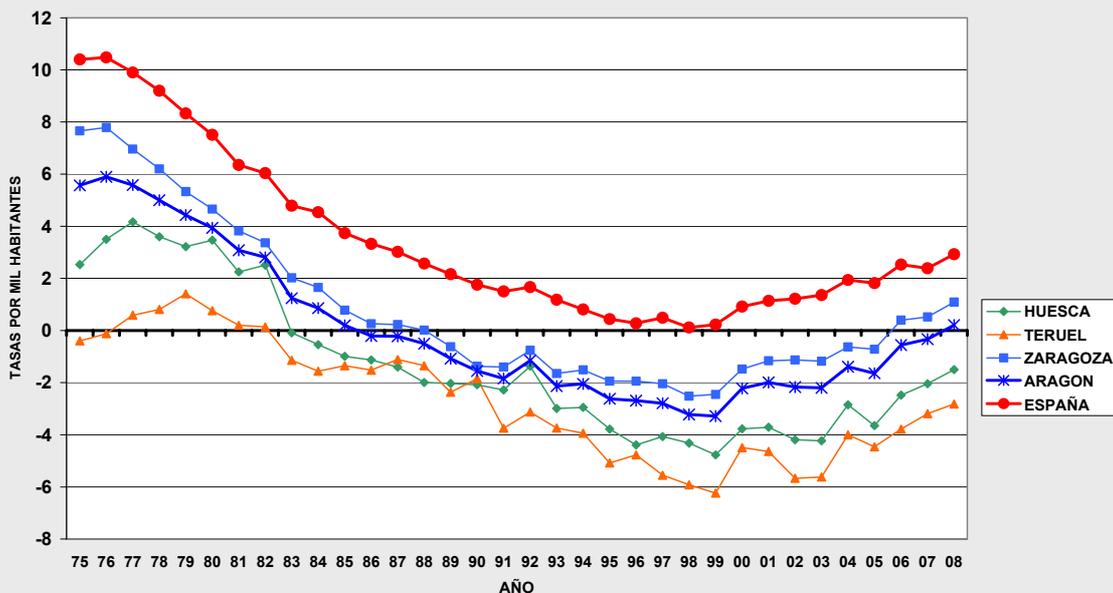


Fuente: INE-IAEst

En el total nacional, se estuvo muy cerca del crecimiento vegetativo negativo en el año 1998, pero a partir de aquí ha ido aumentando hasta alcanzar una tasa de 2,9 por mil en 2.008.

En general, Zaragoza ha sido la provincia con el mayor crecimiento vegetativo y Teruel la provincia con un crecimiento vegetativo menor. Por ahora, Huesca y Teruel permanecen con crecimiento vegetativo negativo.

CRECIMIENTO VEGETATIVO ARAGÓN Y ESPAÑA. TASAS POR 1.000 HABITANTES



Fuente: INE-IAEst

CRECIMIENTO VEGETATIVO ARAGÓN Y ESPAÑA

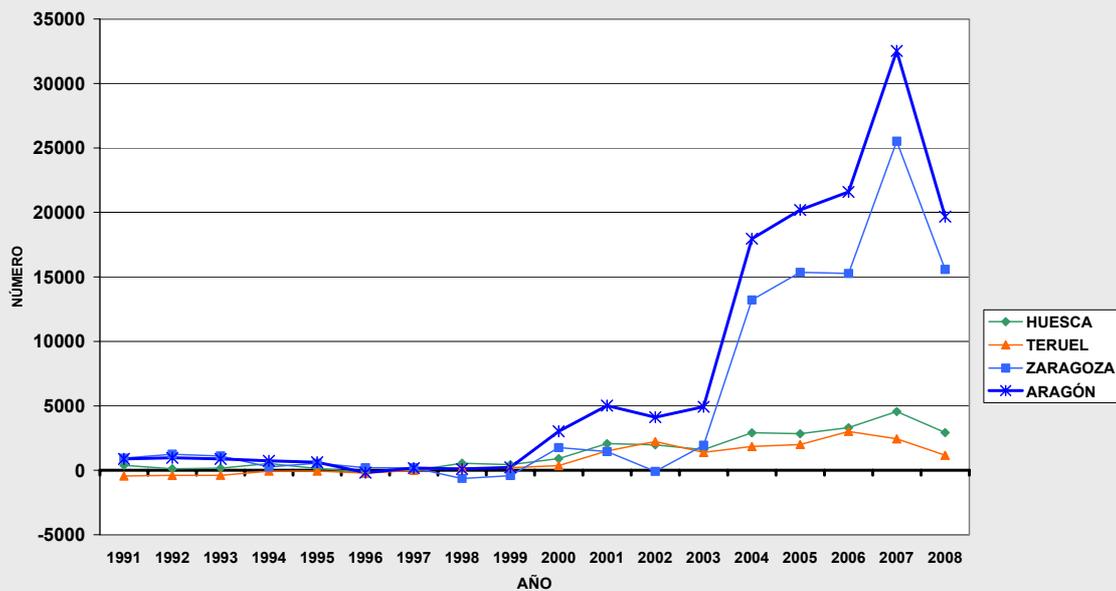
AÑO	1975	1990	2008
HUESCA	2,5	-2,1	-1,5
TERUEL	-0,4	-1,8	-2,8
ZARAGOZA	7,7	-1,4	1,1
ARAGON	5,6	-1,6	0,2
ESPAÑA	10,4	1,8	2,9

Fuente: INE-IAEst

1.1.8. SALDO MIGRATORIO

En los últimos años el saldo migratorio ha sido positivo, claramente influido por la llegada de población extranjera. En el año 2.008 se aprecia una disminución importante respecto al año anterior que puede indicar una tendencia a corto plazo.

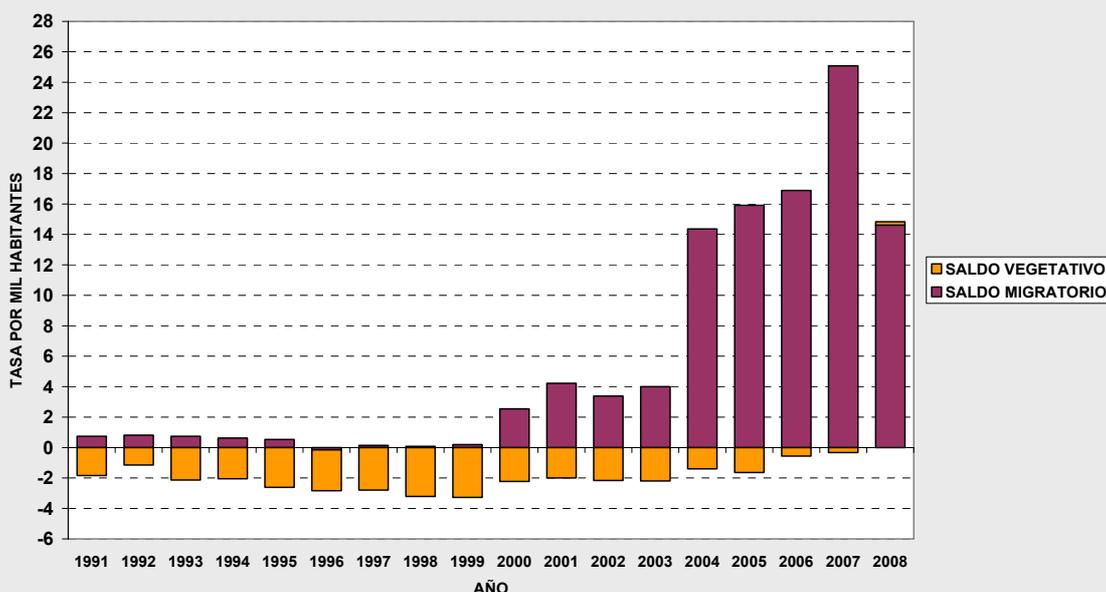
SALDO MIGRATORIO ARAGÓN



Fuente: INE-IAEst

El crecimiento global sería la resultante del crecimiento vegetativo y el saldo migratorio. El 100 % del crecimiento global se debe en los últimos años al saldo migratorio, con la excepción del crecimiento vegetativo positivo en 2008, que supone solamente el 1,4 % del crecimiento global.

CRECIMIENTO GLOBAL ARAGÓN



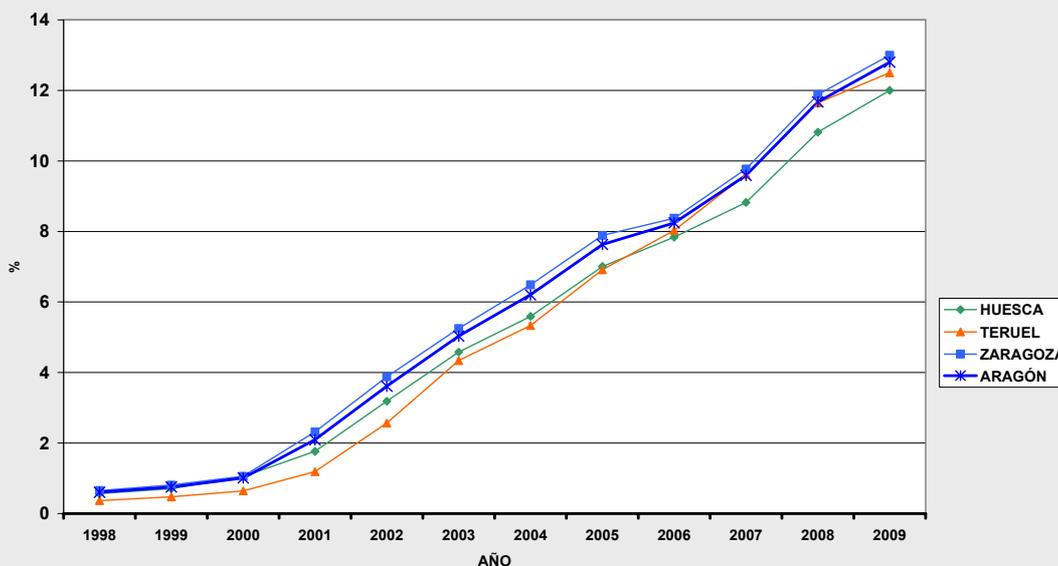
Fuente: INE-IAEst

1.1.9. POBLACIÓN EXTRANJERA

1.1.9.1. Población extranjera empadronada en Aragón y evolución tporal

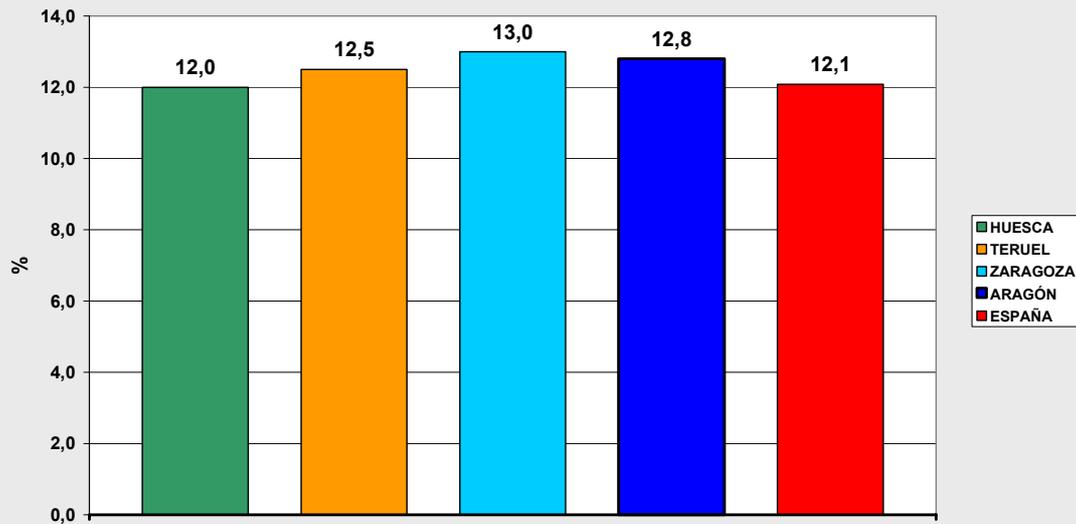
La población extranjera en Aragón ha pasado en los últimos 12 años de tener un peso casi testimonial (0,6 % de la población en 1998) a suponer un porcentaje importante de la población total: 12,8 % en 2009

PORCENTAJE DE POBLACIÓN EXTRANJERA EN ARAGÓN



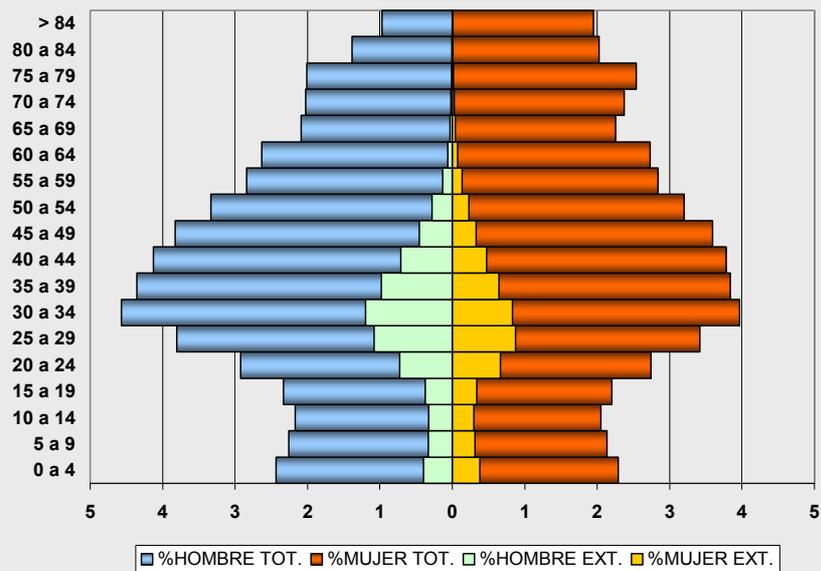
Fuente: INE-IAEst

PORCENTAJE DE POBLACIÓN EXTRANJERA EN ARAGÓN Y ESPAÑA 2009



Fuente: INE-IAEst

PIRÁMIDE DE POBLACIÓN. ARAGÓN Y POBLACION EXTRANJERA 2009



Fuente: INE-IAEst. Elaboración DGSP

En la pirámide de población se advierte que la población extranjera es más joven (en torno a 30 años de media) que la nacional (43 años de media). El porcentaje de población extranjera en las edades superiores es muy pequeño.

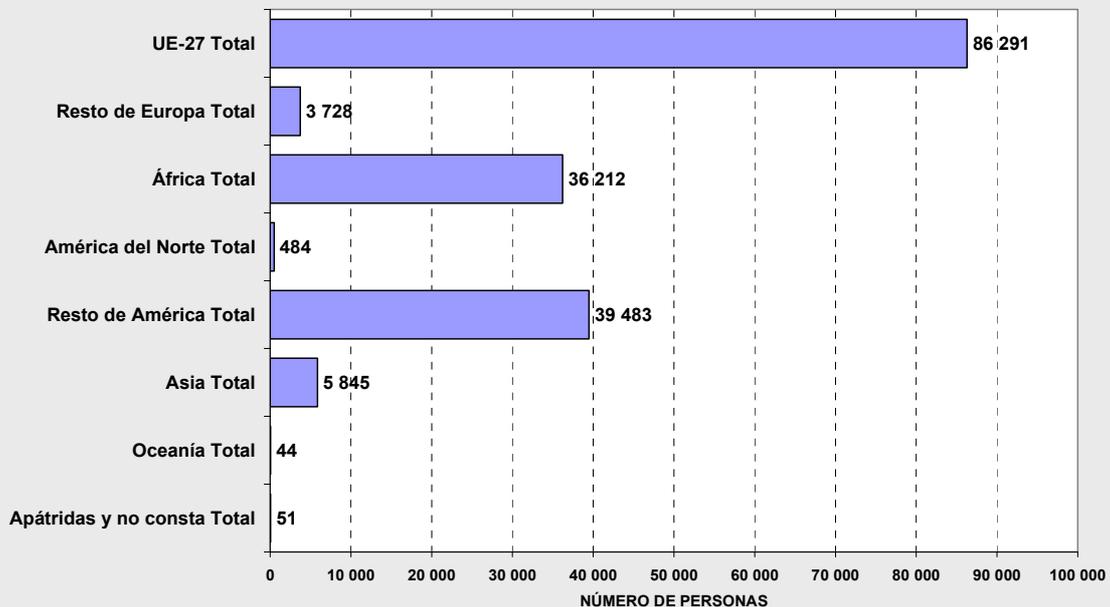
POBLACIÓN EXTRANJERA EN ARAGÓN Y PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL. PADRÓN 2009

	TOTAL	% TOTAL	HOMBRES	% HOM.	MUJERES	% MUJ.
HUESCA	27329	12,0	15596	6,8	11733	5,1
TERUEL	18369	12,5	10795	7,4	7574	5,2
ZARAGOZA	126440	13,0	69600	7,2	56840	5,9
ARAGÓN	172138	12,8	95991	7,1	76147	5,7

Fuente: INE-IAEst

Por continentes, el mayor número de extranjeros procede de Europa, seguido de Iberoamérica y África.

POBLACIÓN EXTRANJERA EMPADRONADA EN ARAGÓN POR ÁREA GEOGRÁFICA. AÑO 2009



Fuente: INE-IAEst

Rumania Marruecos y Ecuador son los países con más inmigrantes en Aragón.

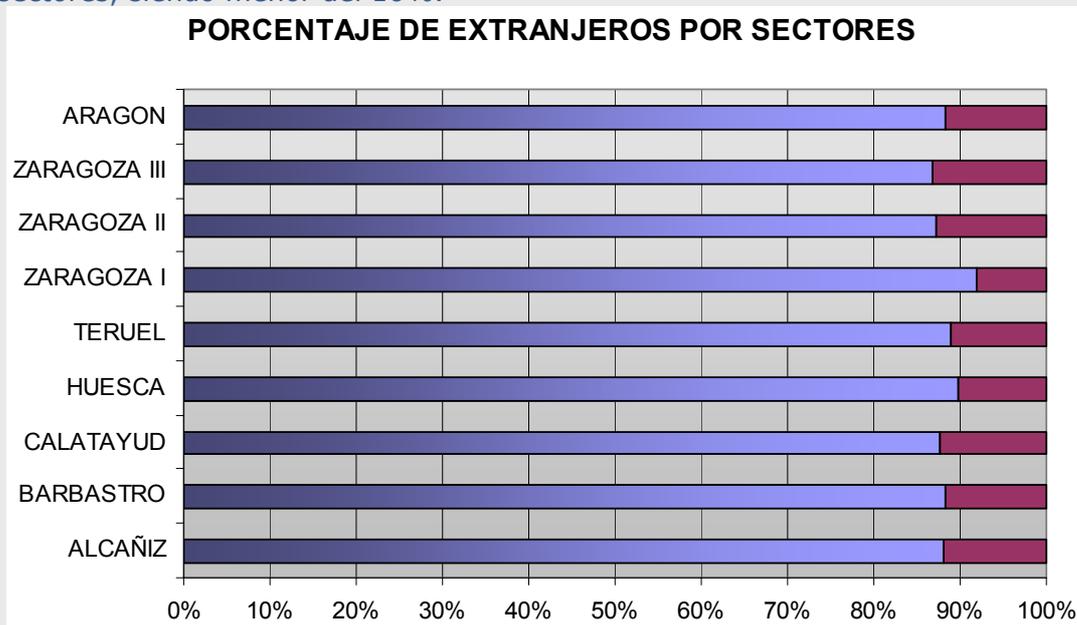
EXTRANJEROS EN ARAGÓN POR PAÍS DE NACIONALIDAD. AÑO 2009

	HUESCA	TERUEL	ZARAGOZA	ARAGÓN
RUMANIA	7 427	7 050	48 703	63 180
MARRUECOS	3 699	4 113	10 019	17 831
ECUADOR	1 174	344	10 034	11 552
COLOMBIA	1 198	1 084	5 774	8 056
BULGARIA	1 892	340	3 581	5 813
PORTUGAL	1 095	577	3 693	5 365
ARGELIA	927	227	3 812	4 966
POLONIA	845	916	2 571	4 332
CHINA	330	150	3 785	4 265
SENEGAL	464	36	2 622	3 122

Fuente: INE-IAEst

EXTRANJEROS POR SECTOR

En color granate se observa el porcentaje de extranjeros con Tarjeta Sanitaria Individual por Sector. Zaragoza I presenta menos extranjeros que el resto de sectores, siendo menor del 10%.

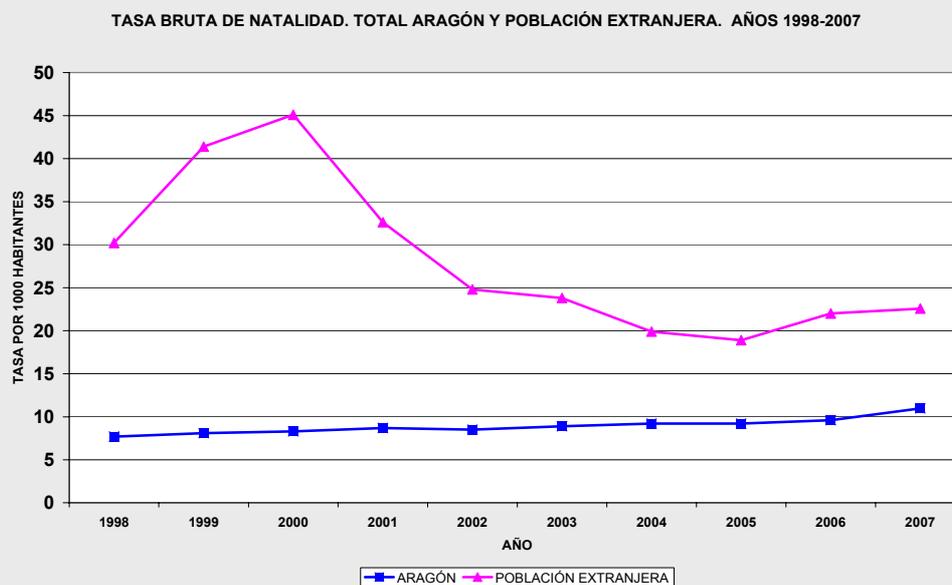


Fuente: Base de Datos de Usuarios. A 31/12/2009

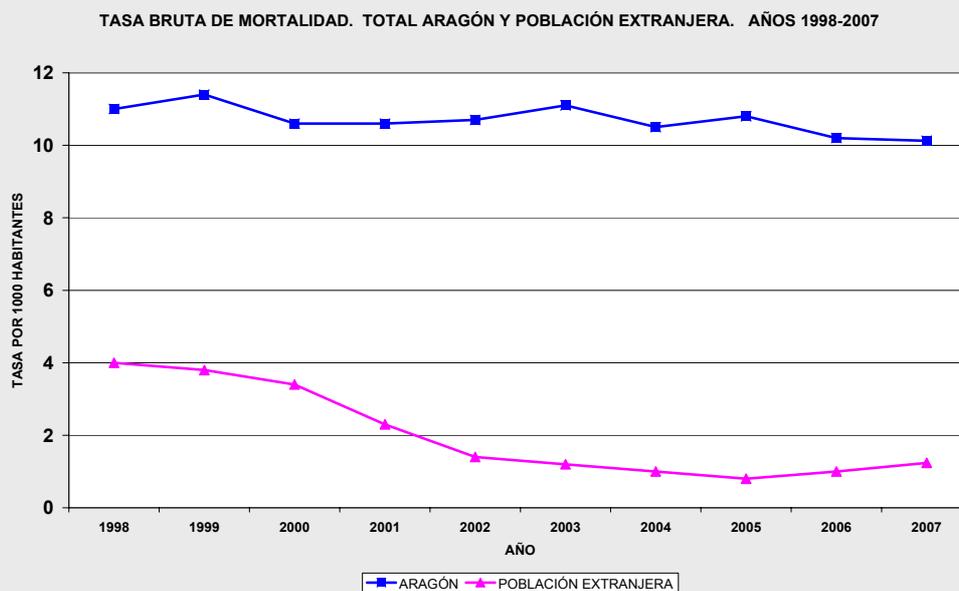
1.1.9.2. Movimiento natural de la población en población extranjera en Aragón.

La natalidad y mortalidad en la población extranjera presenta peculiaridades respecto al conjunto de Aragón. En el año 2007 se produjeron 2.808 nacimientos de madre extranjera, lo que supone el 22% del total de nacimientos, cuando la población extranjera total supone para ese mismo año el 10%.

La mortalidad presenta unas tasas brutas muy inferiores a la población general. En 2007 fallecieron 154 extranjeros, lo que supone una tasa bruta de 1,2 por 1000 extranjeros.



Fuente: INE-IAEst



Fuente: INE-IAEst

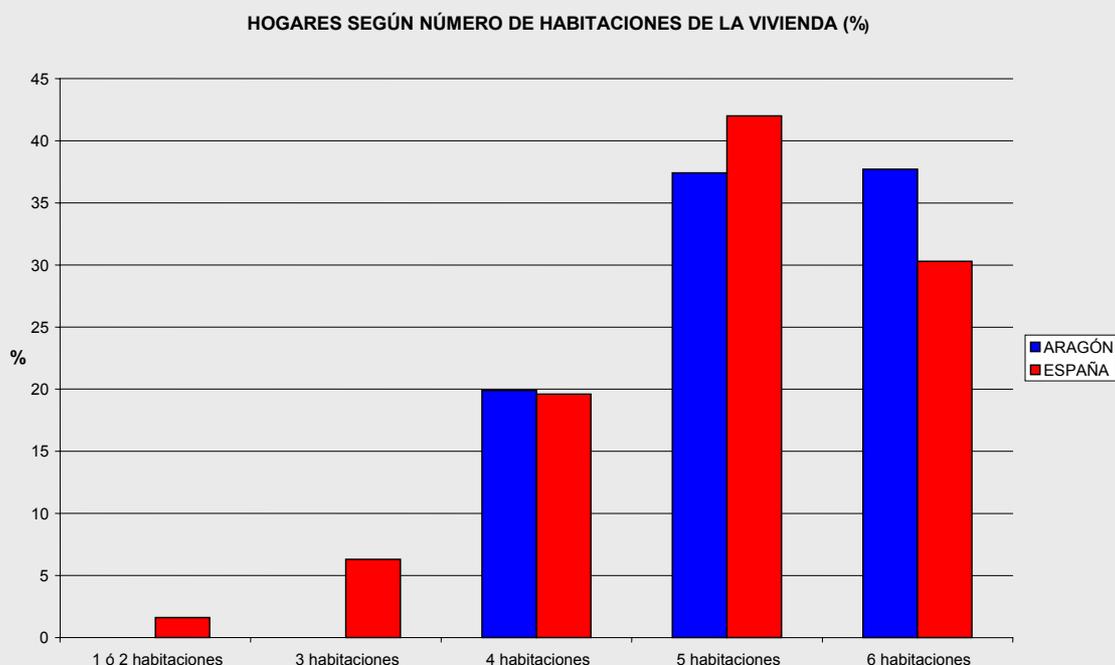
**1.2. ENTORNO
IR A INDICE**

1.2.1. ENTORNO FÍSICO

1.2.1.1. Condiciones de la vivienda

1.2.1.1.1. Hogares según número de habitaciones de la vivienda y % en Aragón y España (Encuesta de condiciones de vida 2008, IAE).

Se contabilizaron los dormitorios, comedores, salones, cuartos de estar, así como trasteros, sótanos y desvanes que, teniendo 4 m² o más y acceso desde el interior de la vivienda, sean utilizados para fines residenciales. No se incluyen cuartos de baño o aseo, cocinas, terrazas, pasillos, vestíbulos, vestidores, despensas y aquellas habitaciones utilizadas exclusivamente para usos profesionales, así como las cocinas cuando sólo sirven para cocinar.



En el caso de las viviendas de 1 ó 2 habitaciones y de 3 habitaciones para Aragón, el dato no fue representativo por el bajo número de la muestra (menos de 20 registros).

Más del 70% de los hogares aragoneses cuentan con cinco y seis habitaciones, según la definición de la Encuesta de Condiciones de Vida, sin ser representativo el número de hogares de hasta 3 habitaciones (incluidas). En España, el máximo número se encuentra en los hogares de 5 habitaciones, con un porcentaje superior al 40%.

1.2.1.1.2. Distribución de personas que son molestadas por distintas características de su entorno

	Aragón		España	
	n	%	n	%
Escasez de luz natural en alguna habitación	24.001*	4,8	970.737	2,6
Ruidos producidos por vecinos o procedentes del exterior	68.310	13,6	3.616.554	21,8
Contaminación, suciedad u otros problemas medioambientales producidos por la industria o el tráfico	42.971	8,5	2.191.371	13,2
Ninguno de los problemas anteriores	373.933	74,3	10.529.638	63,5

Encuesta de hogares y medioambiente 2008

* El dato es poco representativo debido al bajo número de observaciones muestrales.

Unidad: número de hogares.

Para todas las características encuestadas el porcentaje de afectados en Aragón es inferior que el de España. Del mismo modo, hasta el 74,3% de los encuestados reflejan en Aragón no tener ninguno de esos problemas, frente al 63,5% del conjunto de España.

1.2.1.2. Calidad del aire

Red Regional de Inmisión de Contaminantes Atmosféricos de Aragón (RRICAA).

La RRICAA es una red automática de control de Contaminación Atmosférica formada por un conjunto de estaciones de medida de contaminantes atmosféricos y parámetros meteorológicos repartidas por toda la geografía aragonesa y un centro de control de datos el cual recibe y gestiona los datos recibidos. Se utiliza para estudiar y controlar la calidad de aire en todo el territorio de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Las distintas estaciones de control de la RRICAA se han ubicado en base a un estudio técnico que contempló diversos factores, como son focos emisores más importantes, flujos de vientos (consideraciones topográficas incluidas) y posibles receptores. En la actualidad consta de seis estaciones ubicadas en Huesca, Monzón (Huesca), Torrelisa (Pueyo de Araguas-Huesca), Teruel, Alagón (Zaragoza), Bujaraloz (Zaragoza). Inicialmente existía una estación localizada en Camarena de la Sierra* (Pico de Javalambre-Teruel) que estuvo operativa hasta diciembre de 2006.

En la Comunidad Autónoma de Aragón además de la red gestionada por el Gobierno de Aragón, existen otras redes de propiedad pública y privada.

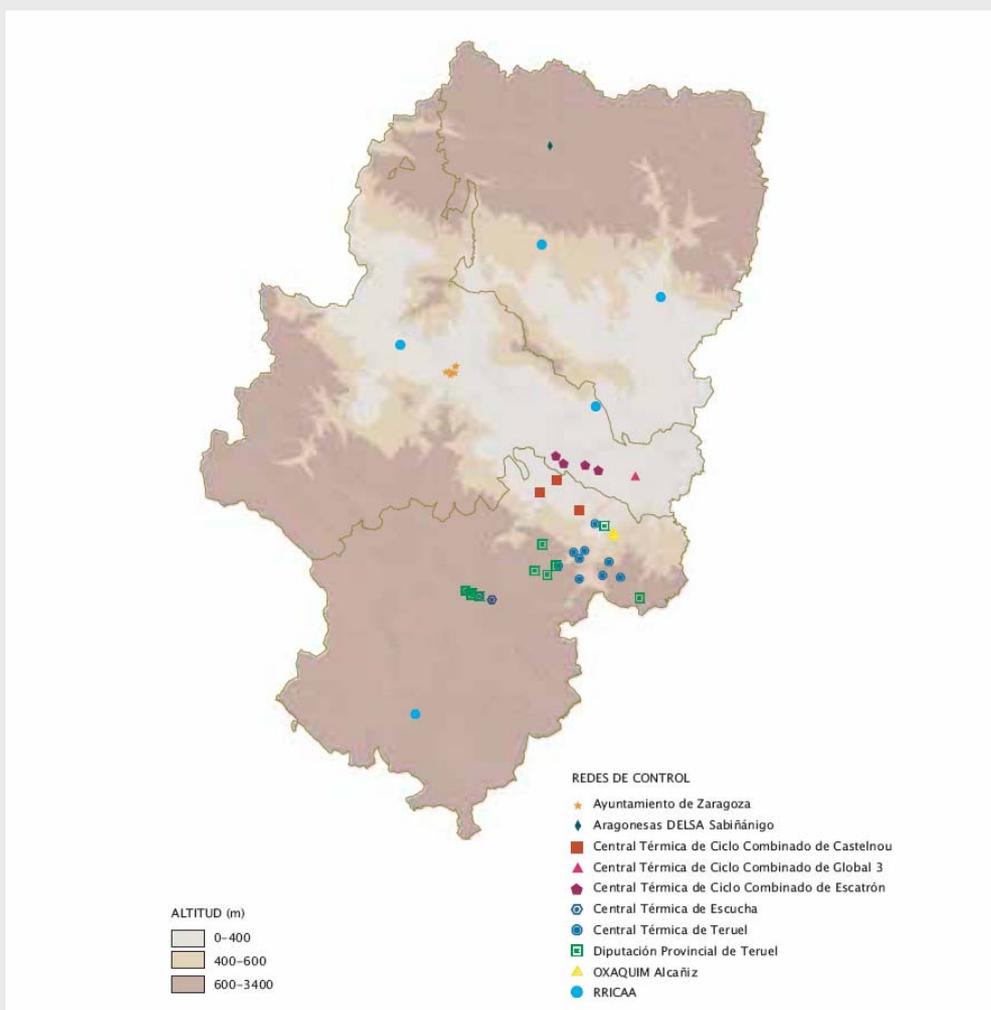
Sobre estas zonas se actualiza cada año la información en calidad del aire. Así, el dióxido de azufre (SO₂) y el monóxido de carbono (CO) no han superado a lo largo del año los valores objetivos para la salud en ninguna de estas zonas. Sin embargo, sí lo han hecho los siguientes contaminantes:

- Ozono: superó en el 2006 los valores límites para la zona de Pirineos, valle del Ebro, Bajo Aragón y cordillera Ibérica.
- NO_2/NO_x : en la zona del término municipal de Zaragoza y Utebo los valores para la media horaria son inferiores al valor límite, mientras que para la media anual son superiores al valor límite pero inferiores al valor límite más el margen de tolerancia.
- PM_{10} : también en la zona del término municipal de Zaragoza y Utebo se ha superado el valor límite tanto para la media horaria como para la diaria. También hay que considerar que en el municipio de Sariñena y en el municipio de Alcañiz existen problemas puntuales con este contaminante.

En relación a la emisión de dióxido de carbono, óxidos de Nitrógeno y dióxido de azufre, las emisiones proceden en su mayoría de la provincia de Teruel (centrales térmicas). Las emisiones de monóxido de carbono se dan en la provincia de Zaragoza debido al tráfico rodado. El metano y amoniaco se emite en su mayor parte en Huesca y Zaragoza (actividades ganaderas). Los compuestos orgánicos volátiles se emiten de forma similar en toda la comunidad autónoma.

El dióxido de carbono es el principal gas emitido que genera efecto invernadero, procediendo de los procesos de combustión.

Estaciones de medición de la calidad del aire en Aragón. Año 2007

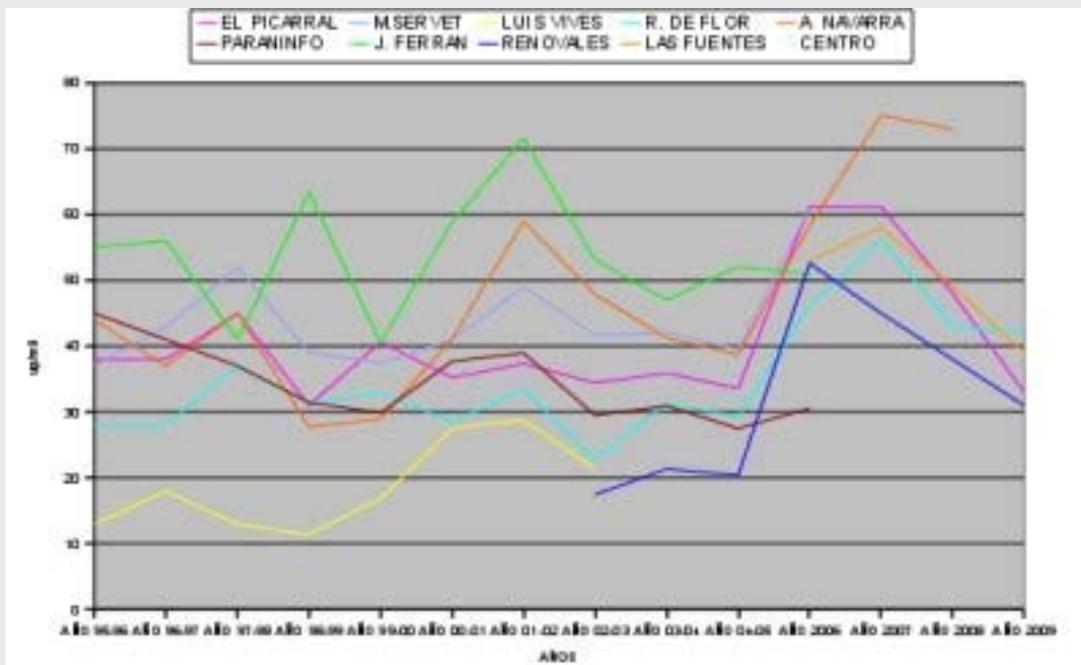


Para medir la **Calidad del Aire** la ciudad de Zaragoza, el Ayuntamiento de Zaragoza cuenta entre sus instalaciones con una Red Automática de Control de la Contaminación Atmosférica.

Por lo que respecta a los niveles de inmisión de las medias anuales de materia particulada, PM10, se aprecia igualmente un descenso en los niveles, detentándose la influencia de la construcción de la Estación Intermodal en el período 2002, así como, en los ejercicios 2006 - 2007 las grandes obras de urbanización de Valdespartera, 4º Cinturón y la realización de las obras correspondientes al recinto EXPO y alrededores.

Indicar que los datos correspondientes al ejercicio 2009 son datos provisionales.

Evolución de la media anual de material particulado, en cada estación remota, durante los años 95 al 2009



Porcentaje de emisión de contaminantes de Aragón sobre el total de España. Año 2008.

Se reflejan aquellos contaminantes cuyo % de Aragón sobre el total de España son iguales o superiores al 4%.

Contaminante	Unidad	Aragón	España	% Aragón sobre España
SO _x Óxidos de azufre	toneladas	56.482	532.148	10,61
NH ₃ Amoníaco	toneladas	35.211	361.290	9,75
N ₂ O Óxido nitroso	toneladas	6.709	81.790	8,20
CH ₄ Metano	toneladas	118.737	1.789.243	6,64
COVNM Compuestos orgánicos volátiles distintos del metano	toneladas	138.830	2.120.808	6,55
NO _x Óxidos de nitrógeno	toneladas	73.494	1.289.672	5,70
CO ₂ Dióxido de carbono	kilotoneladas	16.461	337.516	4,88
CO Monóxido de carbono	toneladas	85.338	2.076.317	4,11
Contaminantes orgánicos persistentes				
TRI Tricloroetileno	kilogramos	221.937	3.150.998	7,04
PER Tetracloroetileno	kilogramos	170.535	3.831.019	4,45

Publicación: © Instituto Aragonés de Estadística (IAEST), junio de 2010.

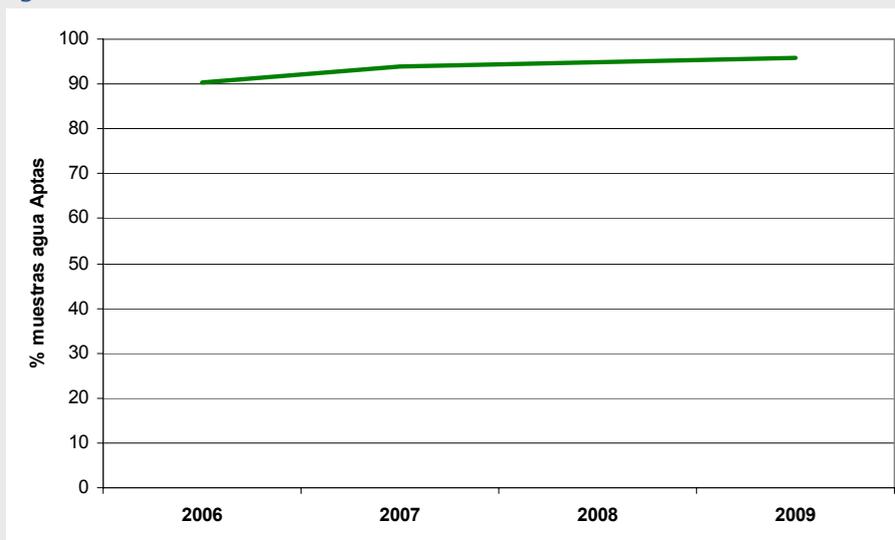
Fuente: Ministerio de Medio Ambiente y Medio Natural y Marino.

1.2.1.3. Calidad de agua de consumo

Con el fin de proteger la salud de las personas de los efectos adversos derivados de cualquier tipo de contaminación de las aguas, se establecen criterios sanitarios y controles que garanticen la salubridad, calidad y limpieza de la misma.

En relación con la **calidad del agua**³, en los últimos cuatro años se observa *una ligera mejora en la calidad del agua de consumo humano*, partiendo de porcentajes elevados de aptitud de la misma.

La evolución del porcentaje de boletines analíticos en los que el agua ha sido calificada de **apta**, durante los años 2006, 2007, 2008 y 2009, se refleja en el siguiente gráfico:



La desinfección de agua de consumo humano es necesaria para evitar riesgos microbiológicos, la legislación vigente exige la presencia de **desinfectante residual** en el agua a lo largo de toda la red de distribución hasta el grifo del consumidor, que garantice la no recontaminación de la misma. En este grupo de indicadores se muestra por una parte que hay un bajo porcentaje de muestras sin desinfectante residual que se mantiene entorno a un 5-6% y la relación existente entre la falta de cloro y la aparición de contaminación microbiológica.

Evolución del porcentaje de muestras apta en las que se detectó **falta de cloro**, por el consiguiente riesgo de contaminación del agua que implica.

	2006	2007	2008	2009
APTA CON AUSENCIA DE CLORO	4.9 %	6.1%	5.1%	6%

³ Agua Apta para el Consumo: el Real Decreto 140/2003, de 7 de febrero, por el que se establecen los criterios sanitarios de la calidad del agua de consumo humano, establece que el agua se podrá calificar como “Apta para el consumo” cuando no contenga ningún tipo de microorganismo, parásito o sustancia, en una cantidad o concentración que pueda suponer un peligro para la salud humana; y cumpla con los valores paramétricos especificados en las partes A,B y D del anexo I del citado Real Decreto y como “No apta para el consumo” cuando no cumpla con los requisitos anteriores.

Porcentaje de muestras de agua no aptas para el consumo, que con ausencia de cloro, tienen contaminación microbiológica, durante el año 2009: Un 75,36% de las muestras de agua calificadas como no apta con cloro cero tiene alterado algún parámetro microbiológico.

Cuando se sobrepasa el nivel máximo o mínimo fijado para un parámetro a controlar de la calidad del agua se dice que se ha producido un **incumplimiento**. No se considerará incumplimiento de la calidad del agua, cuando el valor sobrepasado es el cloro residual libre (desinfectante residual).

La tabla siguiente refleja la evolución del porcentaje de incumplimientos en los boletines de análisis de los años 2006, 2007, 2008 y 2009.

	2006	2007	2008	2009
% INCUMPLIMIENTOS	15%	18.6%	15.2%	16.4%

La **vigilancia sanitaria del agua de consumo humano** es responsabilidad de la autoridad sanitaria autonómica, la vigilancia en principio incluye a todas las zonas de abastecimiento, la autoridad sanitaria podrá priorizar unas zonas de abastecimiento y reforzar su vigilancia en función del riesgo para la salud. Su objetivo es verificar la gestión de los responsables de la zona de abastecimiento y controlar y estudiar los parámetros del agua que puedan ser un riesgo para el consumidor.

La vigilancia sanitaria del agua de consumo humano tiene dos actividades principales *las inspecciones a abastecimientos y la toma de muestras*. La evolución del nº de estas actividades llevadas a cabo por los inspectores de salud pública durante los años 2006, 2007, 2008 y 2009 se recogen en la siguiente tabla:

	2006	2007	2008	2009
Nº inspecciones	1489	1906	1725	1563
Nº de muestras de vigilancia	2223	3410	3195	3108

1.2.1.4. Control de productos químicos

Los productos químicos con los que convivimos pueden presentar riesgos para la salud humana y el medio ambiente, si no se gestionan adecuadamente. Es por ello que la seguridad química constituye una preocupación creciente para las Administraciones Públicas, tanto a nivel europeo, nacional y autonómico.

Los Organismos encargados de efectuar este control son las Administraciones Central y Autonómica con sus correspondientes competencias administrativas. Corresponde al Ministerio de Sanidad y Política Social desarrollar, entre otras, las funciones relativas a la evaluación, prevención y control de los efectos ambientales sobre la salud humana y la gestión de redes de vigilancia y alerta sanitaria de riesgos ambientales. La Administración Autonómica realiza la Vigilancia, Inspección y Control de los fabricantes, distribuidores e importadores y ostenta la potestad sancionadora.

Para desarrollar estas tareas ambas administraciones deben actuar de forma conjunta. Con este fin, en 1996, la Comisión de Salud Pública del Sistema Nacional de Salud aprobó la creación de una **Red Nacional de Vigilancia, Inspección y Control de Productos Químicos**, formada por el Ministerio y las Comunidades Autónomas, que engloba las actuaciones que en seguridad química se desarrollan en el ámbito de la Sanidad Ambiental.

Como parte integrante de esta Red Nacional se encuentra el **Sistema de Intercambio Rápido de Información sobre Productos Químicos** (SIRIPQ) como un sistema de respuesta rápida de intervención, que permite gestionar las incidencias en materia de seguridad química cuando requieren actuaciones coordinadas entre el Ministerio y las Comunidades Autónomas,.

Número de incidencias del SIRIPQ gestionadas:

		2008	2009
Número de incidencias gestionadas:	Detectadas por la C. A. Aragón	3	4
	Detectadas por otra C. A. o el Ministerio	8	9

1.2.1.5. Control de la cadena alimentaria

Dentro de las políticas de protección de la salud el control de la cadena alimentaria ocupa una buena parte de los recursos de salud pública. El objetivo es garantizar productos razonablemente seguros para la población incluyendo en esta idea la ausencia de peligros derivados de contaminación o manipulación y la puesta en el mercado de productos cuyas características se adecúen a lo ofertado o requerido por el consumidor.

El papel de las administraciones consiste en supervisar y controlar las actividades de los operadores y productores que son los responsables de poner en el mercado productos seguros.

Un cuarenta por ciento de los profesionales de la dirección general de salud pública se dedican a esta tarea que se sustenta mayoritariamente en titulados farmacéuticos y veterinarios distribuidos territorialmente por toda la comunidad autónoma y en una red de laboratorios de la administración sanitaria.

Se proponen los siguientes indicadores.

Número de establecimientos con deficiencias / total de establecimientos (totales y por principales categorías)

Establecimientos clasificados por riesgo (por tipos de establecimientos) Esta clasificación maneja una escala de cuatro categorías de mayor o menor riesgo.

Aptitud de los alimentos en análisis de control por categorías de los mismos.

1.2.2. ENTORNO SOCIAL Y ECONÓMICO

1.2.2.1. Entorno social y familiar

1.2.2.1.1. Distribución de los hogares según tipo de hogar

La encuesta de condiciones de vida clasifica a los hogares en tres categorías: unipersonales, con dos adultos y otros tipos de hogares. De estos tres tipos, tanto para Aragón como España, el más frecuente es aquel que consta de dos adultos sin niños dependientes (29.4% y 27.7% del total, respectivamente).

Después de éste, por orden de frecuencia están otro tipo de hogares sin niños dependientes (16% del total en Aragón y 17.3% en España), seguido de los hogares con dos adultos con dos o más niños dependientes (13.7% y 15.7% respectivamente).

	Aragón		España	
	n	%	n	%
Hogares unipersonales	103.724	20.6	2.969.510	17.9
Menor de 65 años	45.942	9.1	1.541.535	9.3
De 65 ó más años	57.782	11.5	1.427.974	8.6
Hogares con 2 adultos	279.524	55.5	9.170.691	55.3
Sin niños dependientes	147.945	29.4	4.584.728	27.7
Con 1 niño dependiente	62.452	12.4	1.979.951	11.9
Con 2 ó más niños dependientes	69.127	13.7	2.606.012	15.7
Otros hogares	118.199	23.5	4.413.256	26.6
Sin niños dependientes	80.624	16.0	2.867.594	17.3
Con niños dependientes	37.575	7.5	1.545.662	9.3
No consta	1.600	0.4	26.995	0.2

Se destaca el mayor porcentaje de hogares unipersonales de 65 y más años en Aragón que en España.

1.2.2.1.2. Recursos sociales para la población general según tipo de recurso. Aragón y provincias. 2008.

Los servicios sociales comunitarios incluyen los Servicios Sociales de Base y los Centros Municipales de Servicios Sociales.

En **otros recursos** se engloban las residencias de tiempo libre, puntos de encuentro familiar, escuelas y talleres de empleo, centros polivalentes, centros de información, centros de día, centros de atención y albergues.

	Aragón	Tasa/ 10⁵h	Huesca	Tasa/ 10⁵h	Teruel	Tasa/ 10⁵h	Zaragoza	Tasa/ 10⁵h
Centro comarcal de servicios sociales	18	1,3	5	2,2	6	4,1	7	0,7
Servicios sociales comunitarios	92	6,8	22	9,6	21	14,3	49	5,0
Otros recursos	82	6,1	26	11,4	22	15,0	34	3,5

Fuente: IAE, Guía de recursos sociales del Departamento de Servicios Sociales y Familia del Gobierno de Aragón.

En el total de Aragón, existen un total de 192 recursos sociales: 53 en Huesca, 49 en Teruel y 90 en Zaragoza. De todos ellos, los más frecuentes son los servicios sociales comunitarios (47.9%) seguidos de otros recursos (42.7%).

La distribución de los recursos es similar para las tres provincias respecto a los centros comarcales de servicios sociales y a otros recursos. La mayor diferencia se encuentra en los servicios sociales comunitarios, donde Zaragoza cuenta con el 53.2% de los recursos.

1.2.2.1.4. Seguridad**1.2.2.1.4.1. Número de condenados con lugar de condena. Aragón por edad y sexo del condenado, 2008 (IAE).**

Hasta diciembre del 2006 la recogida de información se realizaba de manera trimestral mediante un boletín en formato papel cumplimentado por los órganos judiciales (Juzgados de 1ª Instancia e Instrucción, Juzgados de Instrucción, Juzgados de lo Penal, Juzgados de Violencia sobre la Mujer, Audiencias Provinciales) por cada sentencia dictada. A partir del 2007 se cambió la fuente primaria de los datos para mejorar la cobertura y calidad de la recogida.

La edad del condenado es cuando cometió el primer delito.

	Total	Hombres	Mujeres
Total	5.271	4.827	444
De 18 a 20 años	474	430	44
De 21 a 25 años	935	848	87
De 26 a 30 años	1.010	925	85
De 31 a 35 años	869	795	74
De 36 a 40 años	696	634	62
De 41 a 50 años	871	810	61
De 51 a 60 años	288	267	21
De 61 a 70 años	87	83	4
Más de 70 años	29	25	4
No consta	12	10	2

Fuente: INE, del Registro de Penados y Rebeldes de titularidad del Ministerio de Justicia.

Las edades más frecuentes para cometer el primer delito son entre los 21 y los 35 años de edad para ambos sexos. La frecuencia de comisión del delito cae a partir de los 50 años de edad, con distribución similar para hombres y mujeres.

1.2.2.1.4.2. Número de delitos cometidos según lugar de condena por sexo y tipo de delito cometido, comparativa Aragón y España, 2008.

En el año 2008 se cometieron un total de 6588 delitos en Aragón, lo que supuso el 2.6% del total de delitos cometidos en España en el mismo periodo.

	Aragón			España		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Total delitos	6.588	6.053	535	250.201	230.020	20.181
Contra la seguridad colectiva	2.765	2.641	124	121.048	112.697	8.351
Contra el patrimonio y orden socioeconómico	1.269	1.093	176	45.920	40.214	5.706
Lesiones	1.029	939	90	33.518	31.225	2.293
Contra el orden público	406	375	31	12.289	11.246	1.043
Contra la Administración de Justicia	358	325	33	11.987	10.989	998
Contra la libertad	248	230	18	8.488	8.251	237
De las falsedades	208	178	30	4.746	4.071	675
Contra las relaciones familiares	103	87	16	3.141	2.955	186
Contra la libertad e indemnidad sexuales	50	50	0	2.043	1.987	56
Torturas e integridad moral	46	43	3	2.172	2.017	155
Contra los derechos de los trabajadores	34	30	4	610	547	63
Contra la Hacienda Pública y Seguridad Social	19	17	2	278	257	21
Contra la Administración Pública	16	13	3	1.209	1.124	85
Del homicidio y sus formas	15	13	2	942	868	74
Relativos a la ordenación del territorio	6	5	1	519	462	57
Omisión del deber de socorro	4	3	1	87	78	9
Contra la intimidad, derecho a la propia imagen	3	3	0	346	311	35
Contra el honor	3	3	0	151	124	27
Contra la Constitución	2	2	0	123	105	18
De las lesiones al feto	1	1	0	33	30	3
Contra los derechos de ciudadanos extranjeros	1	1	0	372	324	48
Ley Orgánica de Represión del Contrabando	1	1	0	18	18	0
Ley Orgánica del Régimen Electoral General	1	0	1	77	52	25
Del aborto	0	0	0	15	3	12
Relativos a la manipulación genética	0	0	0	7	6	1
Traición, contra la paz y defensa nacional	0	0	0	2	0	2
Contra la Comunidad Internacional	0	0	0	26	26	0
Ley Penal y Procesal de la Navegación Aérea	0	0	0	34	33	1

Fuente: INE, del Registro de Penados y Rebeldes de titularidad del Ministerio de Justicia.

Unidad: número de delitos

La tasa en Aragón fue de 489,6 delitos/100.000 hab, menor que la de España, 535,2 delitos/100.000 hab.

En Aragón, el 91.8% de los delitos fueron cometidos por hombres, proporción casi idéntica a la del territorio nacional (91.9%). Las mujeres representan sólo una minoría en los delitos cometidos (8.2% y 8.1% respectivamente).

Los delitos cometidos en Aragón con mayor frecuencia fueron para ambos sexos los delitos contra la seguridad colectiva (41.9% del total), los cometidos contra el patrimonio y orden socioeconómico (19.2%) y los delitos de lesiones (15.6%). En el resto de España también fueron estos delitos los más frecuentes.

1.2.2.1.4.3. Delincuencia, violencia o vandalismo en la zona

	Número de hogares		Porcentaje respecto al total de hogares	
	Aragón	España	Aragón	España
Delincuencia, violencia o vandalismo en la zona	57.547	2.550.475	11,4%	15,4%

Unidad: número de hogares.

El 11.4% de los hogares aragoneses encuestados admitieron sufrir delincuencia, violencia o vandalismo en la zona. Este porcentaje fue claramente inferior al del total de España (15.4%).

1.2.2.2. Educación

1.2.2.2.1. Tasa neta de escolaridad de Aragón, curso 2008/2009, por grupos de edad y tipo de estudios.

⁴La tasa de escolaridad según datos del padrón con referencia al 1-1-2008:

	Total	Hombre	Mujer
3 años	99,8	100,7	98,8
4 años	103,2	102,6	103,8
5 años	106,2	106,0	106,4
15 años	94,9	96,0	93,8
16 años	93,5	92,5	94,5
ESO	30,3	30,4	30,3
Bachillerato LOGSE diurno y nocturno	49,2	42,8	55,8
Módulos Profesionales / Ciclos Formativos	2,5	3,1	1,8
Garantía Social	11,0	15,7	6,2
E. Especial	0,5	0,6	0,3
17 años	80,4	74,7	86,5
ESO	9,2	8,5	10,1
Bachillerato LOGSE diurno	51,8	42,2	62,3
Módulos Profesionales / Ciclos Formativos diurno	15,5	19,4	11,2
Garantía Social	3,3	4,1	2,5
E. Especial	0,5	0,5	0,4

La tasa neta de escolaridad⁴ (TNE) se mantiene elevada hasta los 16 años (enseñanza obligatoria). A partir de esta edad, el porcentaje disminuye a un 93.5% a los 16 años y al 80% a los 17.

La opción más elegida en los 16 y 17 años es el Bachillerato LOGSE diurno y nocturno (49.2% y 51.8%). Esta opción es seguida de la ESO a los 16 años (30%) y de los Módulos Profesionales/Ciclos Formativos diurnos a los 17 (15.5%).

En cuanto a las diferencias entre hombres y mujeres, son especialmente llamativas a los 17 años de edad, existiendo una tasa neta de escolaridad en los hombres del 74.7% y del 86.5% en las mujeres. Las mujeres a esta edad optan en su mayoría por la opción del Bachillerato LOGSE diurno (62.3% frente al 42.2% de los hombres).

⁴ **Tasa de escolaridad:** relación entre los efectivos escolares de cada nivel y el grupo de edad y la población de dicho grupo de edad. Las edades teóricas para cursar los distintos niveles son: Educación Infantil de primer ciclo (0-2 años), Educación Infantil de segundo ciclo (3-5 años), Educación Primaria (6-11 años), Enseñanza secundaria (12-17 años), E.S.O (11-15 años), Bachillerato (16-17 años), Formación profesional de grado medio (16-17 años), Estudios superiores (18-29 años)

4

Donde:

TNE_x: tasa neta de escolaridad a la edad X

A_x: alumnado de la edad X matriculado en cualquier curso

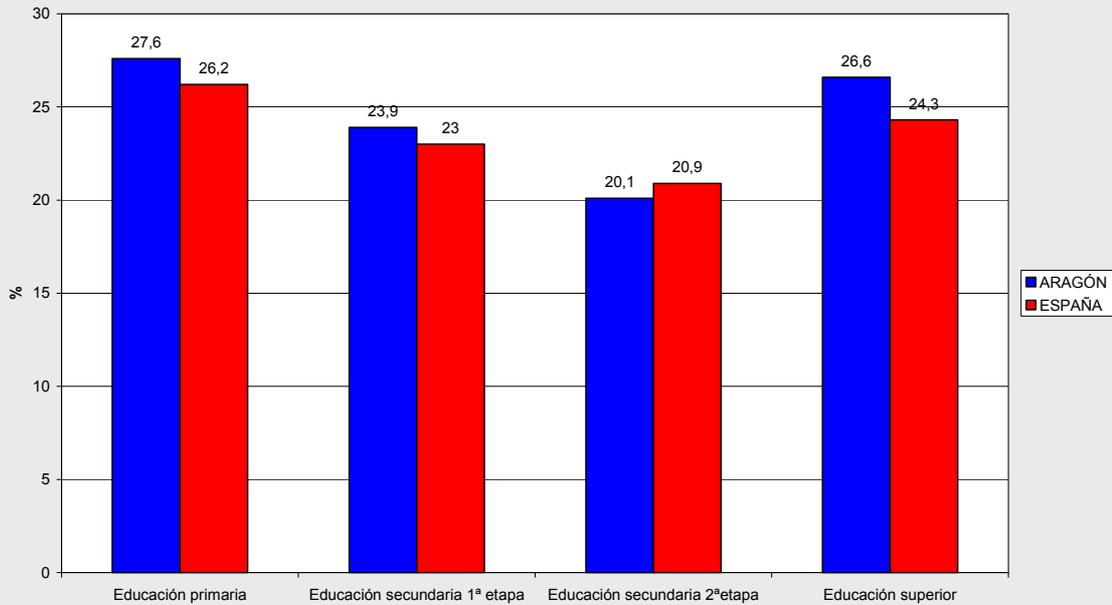
P_x: población de x años.

$$TNE_x = \frac{A_x}{P_x}$$

1.2.2.2. Distribución de los miembros del hogar según nivel de estudios terminado, 2008. Comparativa con España (IAE).

La educación secundaria de 1ª etapa incluye formación e inserción laboral equivalente. La educación secundaria de 2ª etapa incluye formación e inserción laboral equivalente así como la formación e inserción laboral que precisa título de segunda etapa de secundaria.

Distribución de los miembros del hogar según nivel de estudios terminado



En Aragón, no fue representativo el dato de las personas que no habían recibido nunca educación, debido al bajo número de la muestra (menor de 20 registros).

Los porcentajes son similares para Aragón y España en todas las categorías. En la categoría de educación superior es en la que existen mayores diferencias, con un 26.6% de los miembros del hogar en Aragón, frente al 24.3% de España.

1.2.2.3 Situación laboral

1.2.2.3.1. Ocupados, tasa de variación y tasa de empleo por sexo. Comparativa con España y otras CCAA. 2009. Información II Trimestre 2010

Parados, tasas de variación y tasa de paro.

	Parados (miles)	%Variación		Tasa paro ¹ (%)
		Trim. anterior	Mismo trim. año anterior	
Aragón	91,6	-8,03	7,04	14,20
España	4.645,5	0,71	12,28	20,09
(1) Porcentaje de parados respecto a los activos.				

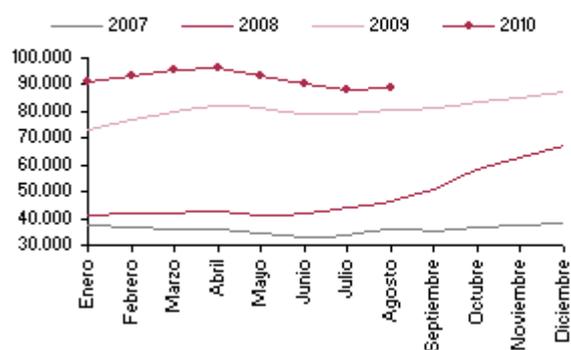
Tasa de paro por Comunidades Autónomas.

Unidad: Porcentaje.

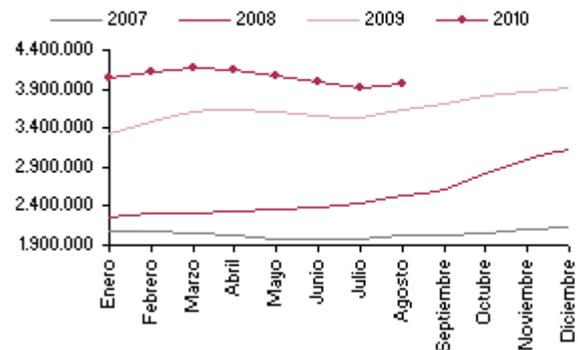
(Ordenadas de menor a mayor).

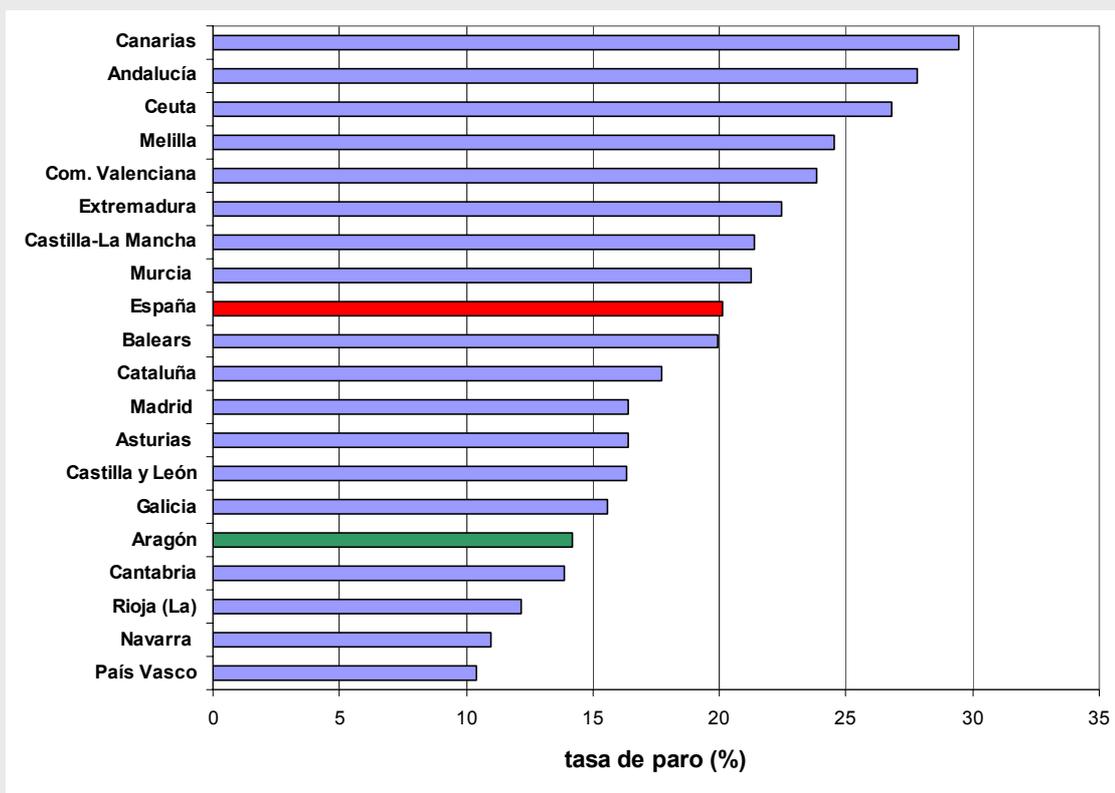
País Vasco	10,40
Navarra (C. Foral de)	10,96
Rioja (La)	12,19
Cantabria	13,89
Aragón	14,20
Galicia	15,58
Castilla y León	16,32
Asturias (Principado de)	16,38
Madrid (Com. de)	16,42
Cataluña	17,71
Balears (Illes)	19,94
España	20,09
Murcia (Región de)	21,27
Castilla-La Mancha	21,35
Extremadura	22,43
Com. Valenciana	23,83
Melilla	24,53
Ceuta	26,78
Andalucía	27,78
Canarias	29,48

Evolución mensual del paro registrado en los últimos años. Aragón.



Evolución mensual del paro registrado en los últimos años. España.

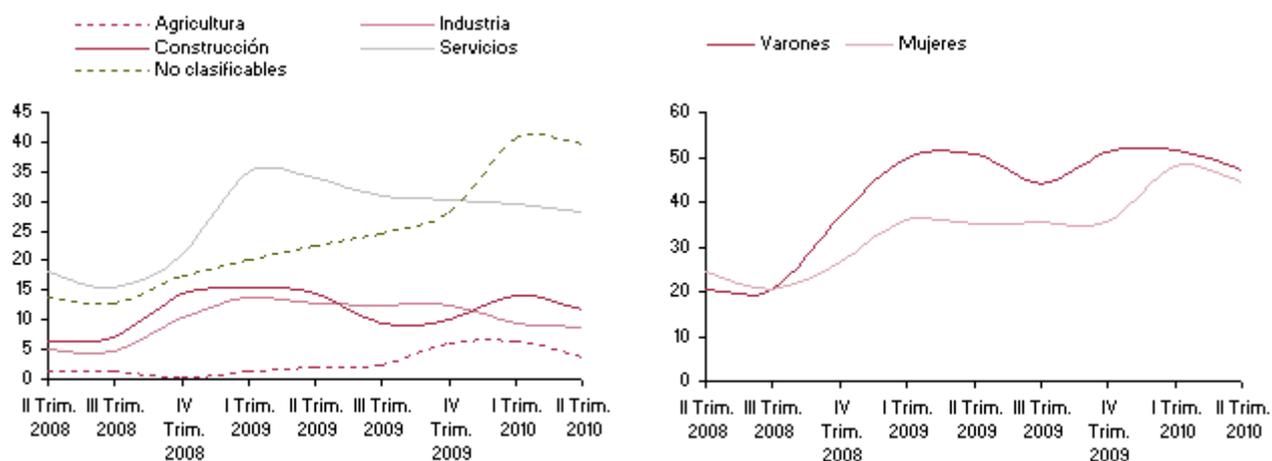




1.2.2.3.2. Parados, tasas de variación y tasas de paro. Comparativa con España y otras CCAA. 2009.

	Aragón			España		
	Ambos	Varones	Mujeres	Ambos	Varones	Mujeres
II Trim. 2009	13	13,5	12,4	17,9	17,6	18,3
III Trim. 2009	12	11,8	12,4	17,9	17,8	18,2
IV Trim. 2009	13,3	13,9	12,6	18,8	18,6	19,1
I Trim. 2010	15,2	14	16,7	20,1	20	20,2
II Trim. 2010	14,2	13	15,8	20,1	19,7	20,6

Evolución de los parados por sectores económicos y por sexo. Aragón.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

Índice general de precios de consumo y tasas de variación.

	Huesca	Teruel	Zaragoza	Aragón	España
Índice general	108,2	109,1	109,0	108,9	108,6
% Variación sobre mes anterior (SMA)	0,2	0,1	0,3	0,2	0,3
% Variación sobre mismo mes año anterior (SMMAA)	2,2	1,9	1,8	1,8	1,8
% Variación en lo que va de año	1,0	0,1	0,7	0,7	0,8

1.2.2.3.3 Trabajadores extranjeros en alta laboral en la Seguridad Social sobre el total de extranjeros. Aragón, provincias y España. Diciembre 2008. (IAE).

	Trabajadores extranjeros	Total de extranjeros	% de extranjeros que trabajan sobre el total de población extranjera
Aragón	66.027	173.937	37,96
Huesca	10.335	26.283	39,32
Teruel	7.752	17.819	43,50
Zaragoza	47.940	129.835	36,92
España	1.882.224	4.473.499	42,07

Se consideran como extranjeros a aquellos con tarjeta o permiso de residencia en vigor para la fecha del 31 de diciembre del 2008.

Fuente de los datos: Ministerio de Trabajo e Inmigración.

El porcentaje de extranjeros en alta laboral en Aragón sobre el total de extranjeros es ligeramente inferior al porcentaje de España (37.96% frente al 42.07%). En Aragón, la provincia que presenta un mayor porcentaje es Teruel (43.50%) seguida de Huesca (39.32%) y Zaragoza (36.92%).

1.2.2.3.4. Trabajadores extranjeros en alta laboral en la Seguridad Social sobre el total de trabajadores. Aragón, provincias y España. Diciembre 2008.

	Trabajadores extranjeros	Total trabajadores (en miles)	% de trabajadores extranjeros s/total trabajadores
Aragón	66.027	560.894	11,77
Huesca	10.335	93.536	11,05
Teruel	7.752	56.355	13,76
Zaragoza	47.940	411.003	11,66
España	1.882.224	18.305.613	10,28

Total de trabajadores: del total de afiliados en la Seguridad Social a 31 de diciembre del 2008.

Fuente de los datos: Ministerio de Trabajo e Inmigración.

El 11.77% de las personas que trabajan en Aragón son extranjeros. Este porcentaje es ligeramente superior al del total de España (10.28%). De nuevo Teruel es la provincia en la que el porcentaje de trabajadores extranjeros respecto al total de trabajadores es mayor (13.76%), superando las tres provincias aragonesas la media española.

1.2.2.3.5. Paro registrado en la población extranjera por edad y sexo. Aragón y provincias. Diciembre 2008.

	Total	%	Sobre total parados
Total	16.742	100,0%	24,9%
Menor de 25 años	1.847	11,0%	19,2%
De 25 a 45 años	12.099	72,3%	32,0%
De 45 y más años	2.796	16,7%	14,1%
Hombres	12.278	73,3%	33,5%
Menor de 25 años	1.317	7,9%	21,7%
De 25 a 45 años	8.831	52,7%	42,1%
De 45 y más años	2.130	12,7%	22,2%
Mujeres	4.464	26,7%	14,6%
Menor de 25 años	530	3,2%	14,9%
De 25 a 45 años	3.268	19,5%	19,3%
De 45 y más años	666	4,0%	6,5%

Unidad: parados.

Fuente de los datos: Observatorio del Mercado de Trabajo. INAEM.

En diciembre del 2008 el 24.9% de los parados en Aragón eran de origen extranjero. El paro extranjero ascendía al 33.5% en el caso de los hombres y al 14.6% de las mujeres. Los mayores niveles de paro se observaron en los hombres (73.3%) y en la población de 25 a 45 años para ambos sexos.

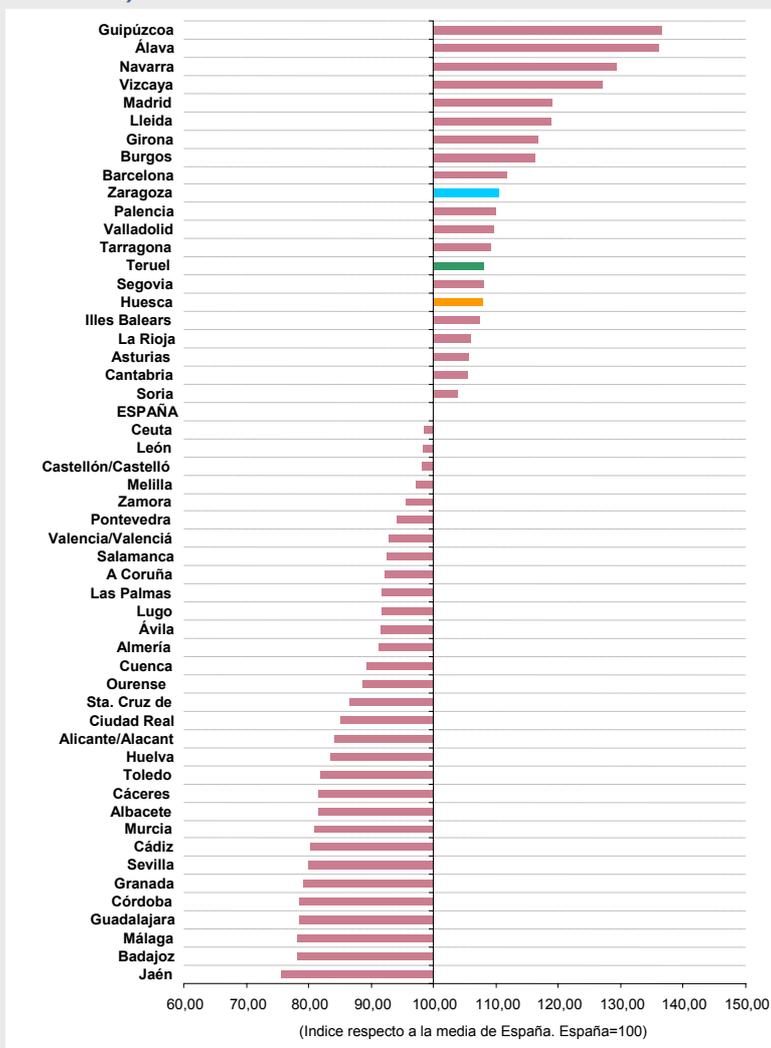
1.2.2.4 Situación económica

1.2.2.4.1. Renta disponible bruta per cápita de las provincias españolas. 2007.

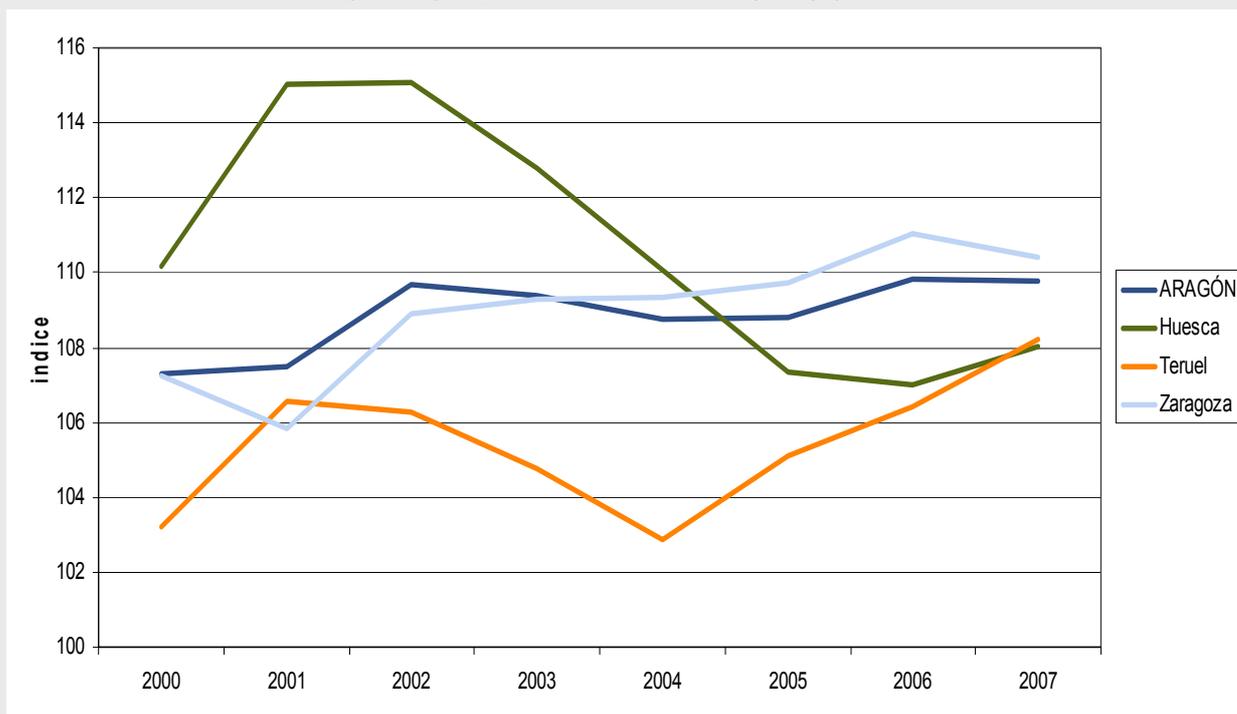
La **renta per cápita o PIB per cápita** es la relación que hay entre el PIB (producto interior bruto) de un país y su número de habitantes. Para su obtención, hay que dividir el PIB de un país entre la población de éste. El PIB es el valor monetario total de la producción corriente de bienes y servicios de un país durante un período.

En el año 2007, las tres provincias aragonesas contaban con una renta disponible bruta per cápita por encima de la media española. Zaragoza era la provincia aragonesa con un mayor valor de renta (16.368 euros), situándose un 10% por encima de la media de España, seguida de Teruel (16.043) y Huesca (16.015). La media nacional fue de 14.192 euros.

Gráfico. Renta disponible bruta per cápita 2007. Ranking de las provincias españolas (Fuente: IAE).



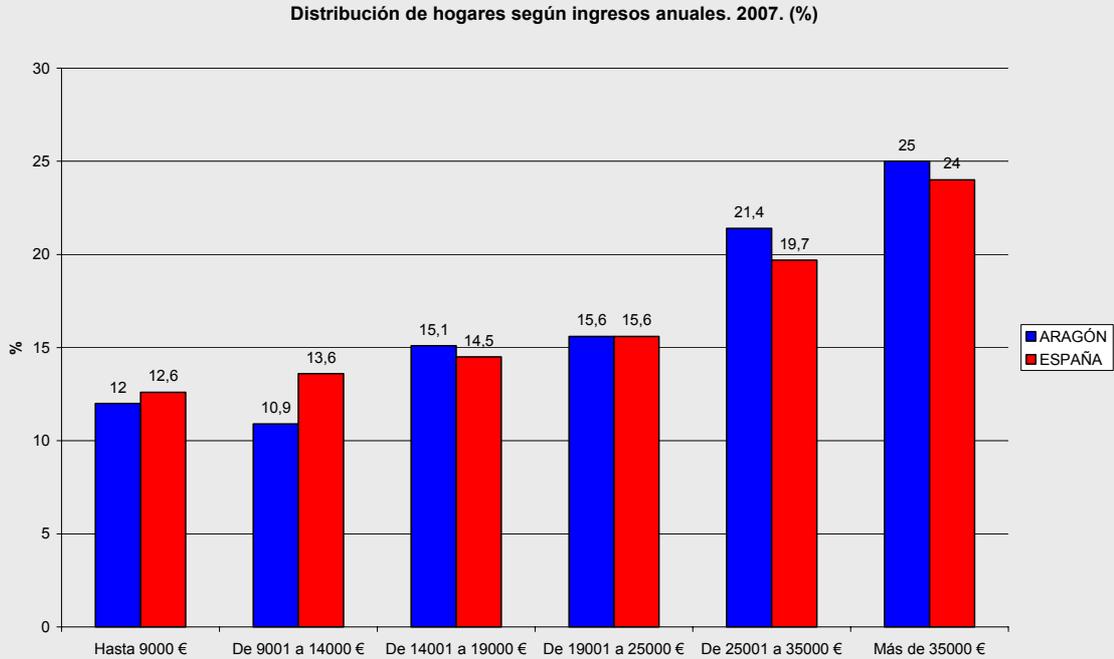
Evolución de la Renta per cápita, 2000-2007 en Aragón y provincias*



*Fuente: IAEST. Elaboración propia. El índice en España es 100

1.2.2.4.2. Hogares según ingresos anuales del hogar en el año 2007, Aragón y España. Distribución de los hogares según tramo de renta disponible total del hogar en 2007.

Los ingresos anuales del hogar constan de seis categorías: desde aquellos hogares con hasta 9000 euros de ingresos anuales hasta aquellos con más de 35000.



Los hogares aragoneses presentan de media unos ingresos ligeramente superiores a la media española. El 22.9% de los hogares de Aragón tienen unos ingresos anuales inferiores a 14000 euros, porcentaje inferior al de la media de España (26.2%). Respecto a aquellos hogares con mayores niveles de ingresos, más de un 45% de los hogares de Aragón presentan unos ingresos superiores a los 25000 euros anuales.

1.2.2.4.3. Gasto mensual medio de la vivienda según tipo de hogar (número de miembros) en Aragón, comparado con España y con el resto de CCAA. (Encuesta de condiciones de vida 2008, IAE).

En los gastos de la vivienda se incluyen el alquiler (si la vivienda se encuentra en régimen de alquiler), intereses de la hipoteca (para viviendas en propiedad con pagos pendientes) y otros gastos asociados (comunidad, agua, electricidad, gas, etc..)

	Aragón	España
Total	286	296
Hogares de una persona	289	253
2 adultos sin hijos dependientes	273	282
Otros hogares sin hijos dependientes	226	246
1 adulto con 1 ó más hijos dependientes	(-)	346
2 adultos con 1 ó más hijos dependientes	323	360
Otros hogares con hijos dependientes	296 ^(*)	312

Unidad: euros.

(-) El dato no es representativo porque el tamaño de la muestra es pequeño (menos de 20 registros).

(*) El dato es poco representativo, ya que el número de observaciones muestrales está entre 20 y 49.

El gasto mensual medio de la vivienda en Aragón es de 286 euros, 10 euros menos que la media de España. Este gasto es menor en los hogares con dos adultos sin hijos dependientes y en otros hogares sin hijos dependientes. El gasto se incrementa en la situación de dos adultos con uno o más hijos dependientes.

Respecto al resto de Comunidades Autónomas, Aragón se encuentra en el término medio en el gasto mensual, muy alejada de los 408 € de gasto de Baleares (Comunidad con mayor gasto) y de los 182 euros de Extremadura (menor gasto).



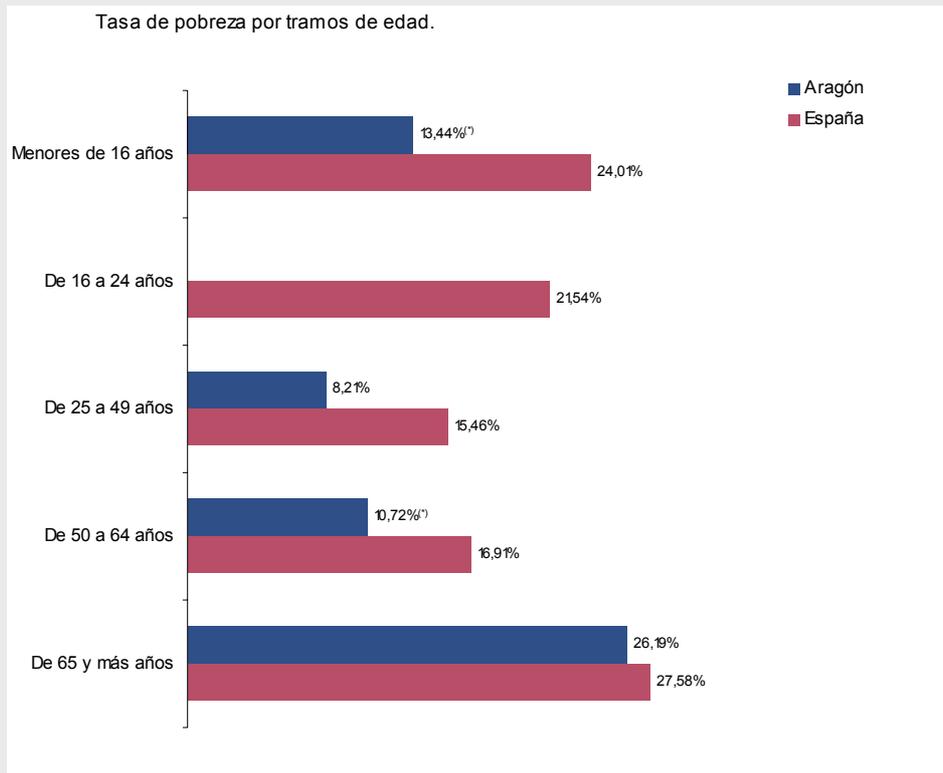
1.2.2.4.4. Tasa de personas situadas por debajo del umbral de pobreza nacional según tramos de edad y sexo en Aragón, 2008, comparado con el total de España.

El **umbral de pobreza** depende de la distribución de los ingresos por unidad de consumo de las personas. EUROSTAT fija este umbral en el 60% de la mediana de los ingresos por unidad de consumo de las personas. *⁵

UMBRAL DE POBREZA SEGÚN TIPO HOGAR	Aragón	España
Hogar con un adulto	8.730,3	7.753,3
Hogar con dos adultos	13.095,4	11.630,0
Hogar con dos adultos y un menor de 14 años	15.714,5	13.956,0
Hogar con dos adultos y dos menores de 14 años	18.333,6	16.282,0

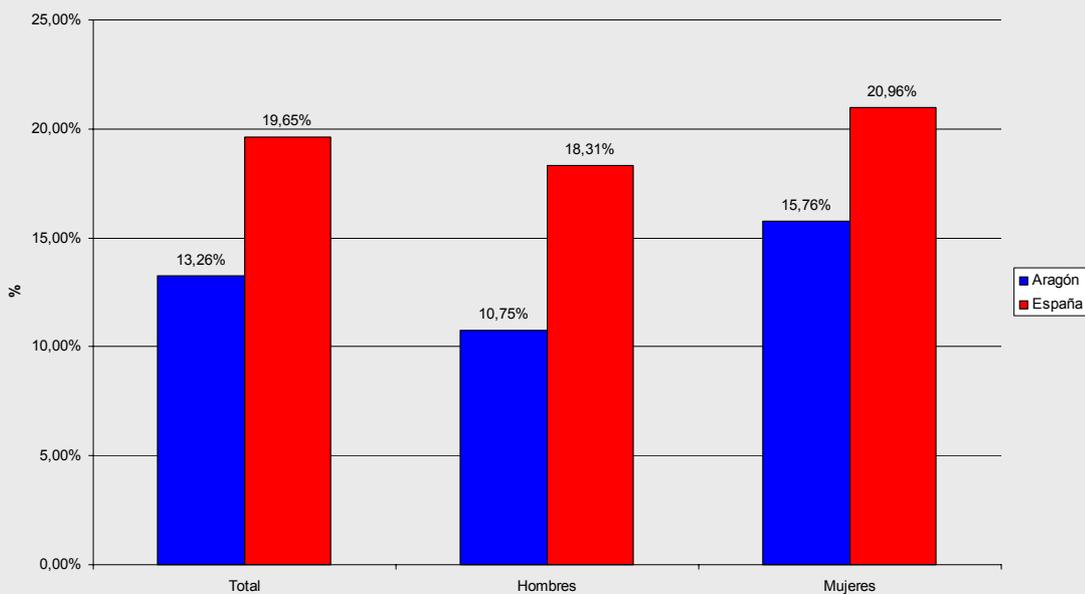
El 13.26% de los individuos aragoneses se encuentran por debajo del umbral de pobreza nacional, proporción muy inferior a la media nacional (19.65%). Por tramos de edad, en la categoría de 25 a 49 años el porcentaje de aragoneses por debajo del umbral de pobreza nacional fue casi la mitad que el de España (8,21% y 15,46% respectivamente). Sin embargo, para la categoría de personas a partir de los 65 años, las tasas de pobreza fueron muy similares.

⁵ El valor del umbral de pobreza, expresado como **ingreso equivalente de la persona**, se establece en euros. Esto quiere decir que una persona con unos ingresos anuales por unidad de consumo inferiores a este umbral se considera que está en la pobreza relativa. El valor del umbral de pobreza, expresado como **ingreso total del hogar**, depende del tamaño del hogar y de las edades de sus miembros, es decir, del número de unidades de consumo.



Por sexo, tanto la tasa de mujeres como de hombres por debajo del umbral de la pobreza nacional es muy inferior a la tasa española. Resulta no obstante llamativo la mayor tasa de mujeres en Aragón por debajo del umbral de la pobreza (15,76% frente al 10,75% de hombres). Esta distribución también se observa a nivel nacional, pero con diferencias menos marcadas (20,96% en mujeres y 18,31% en los hombres).

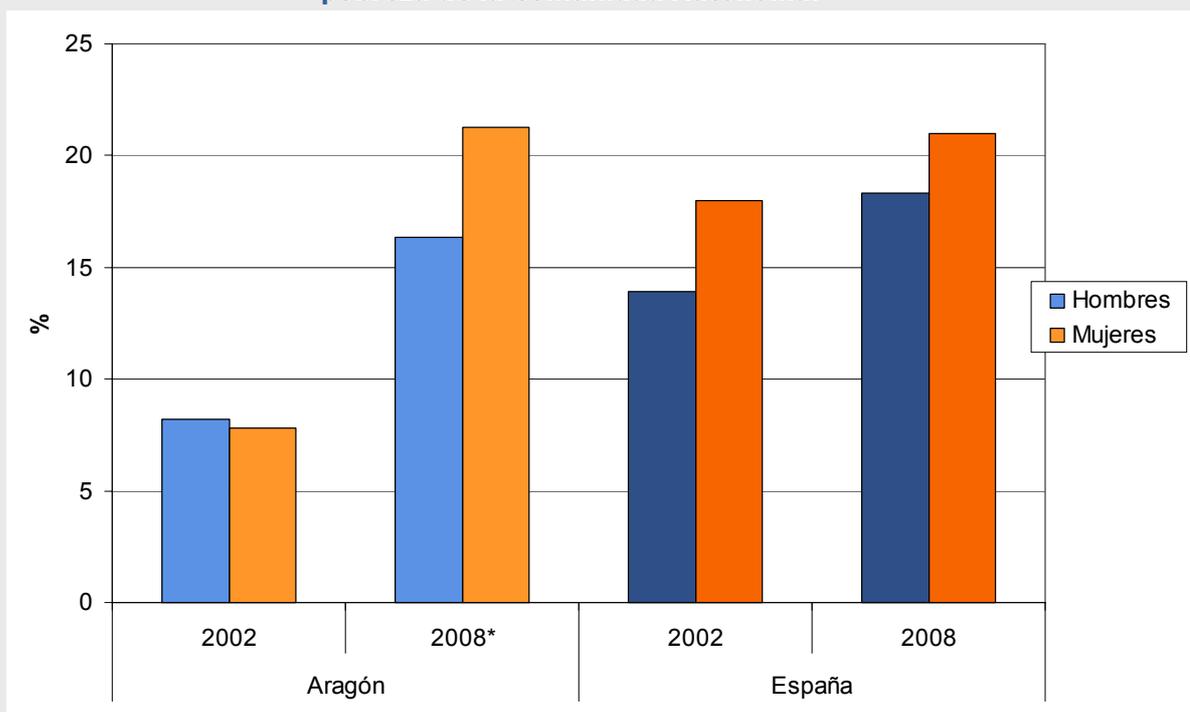
Tasa de pobreza por sexo. 2008. (%)



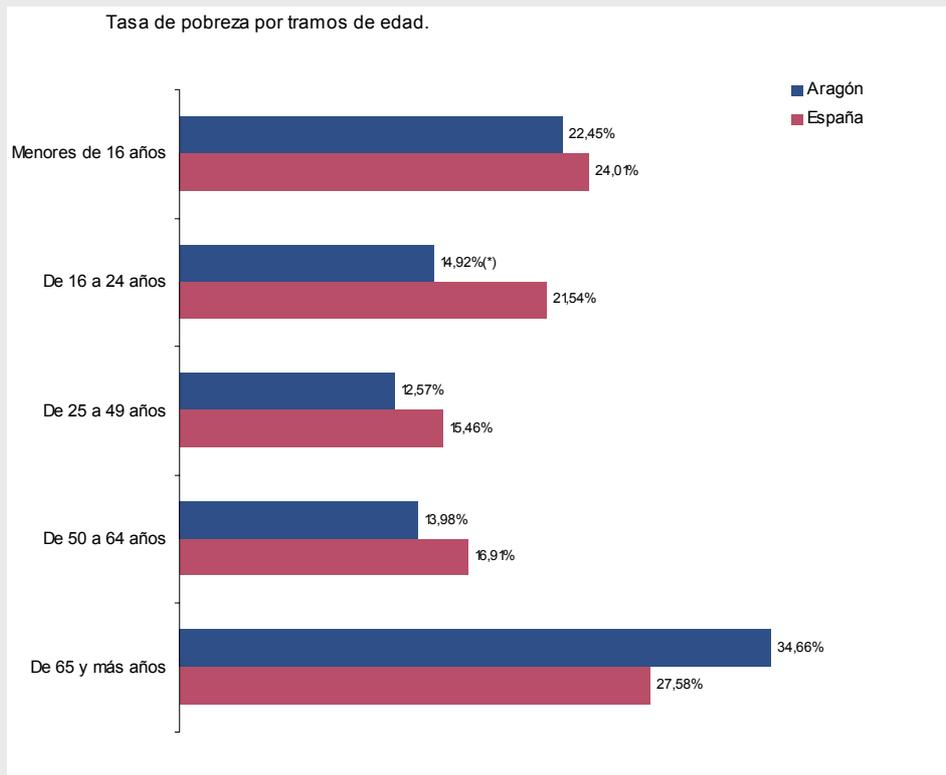
Si se utiliza la definición del umbral de pobreza como el 60% de la mediana de los ingresos de la Comunidad Autónoma por unidad de consumo, se observa el aumento de tasa de personas por debajo del nivel de pobreza en Aragón con esta definición, situándose en el 18,8% de la población, encontrándose las mujeres incluso por encima de la media nacional. Es más difícil vivir económicamente en Aragón que en otras partes de España con respecto al nivel socioeconómico de la comunidad autónoma.

Se observa además un fuerte incremento de la tasa de pobreza con respecto al año 2002 tanto en Aragón como en España.

Evolución de Tasa de pobreza en Aragón y España con respecto al umbral de pobreza de la Comunidad Autónoma.



Por grupos de edad, y utilizando la misma definición de umbral de pobreza según la Comunidad Autónoma, las cifras cambian también, aumentando la tasa de pobreza en todos los grupos de edad y encontrándose que el 35% de los mayores de 65 años se encuentran por debajo del umbral, cifra superior a la nacional (28%)

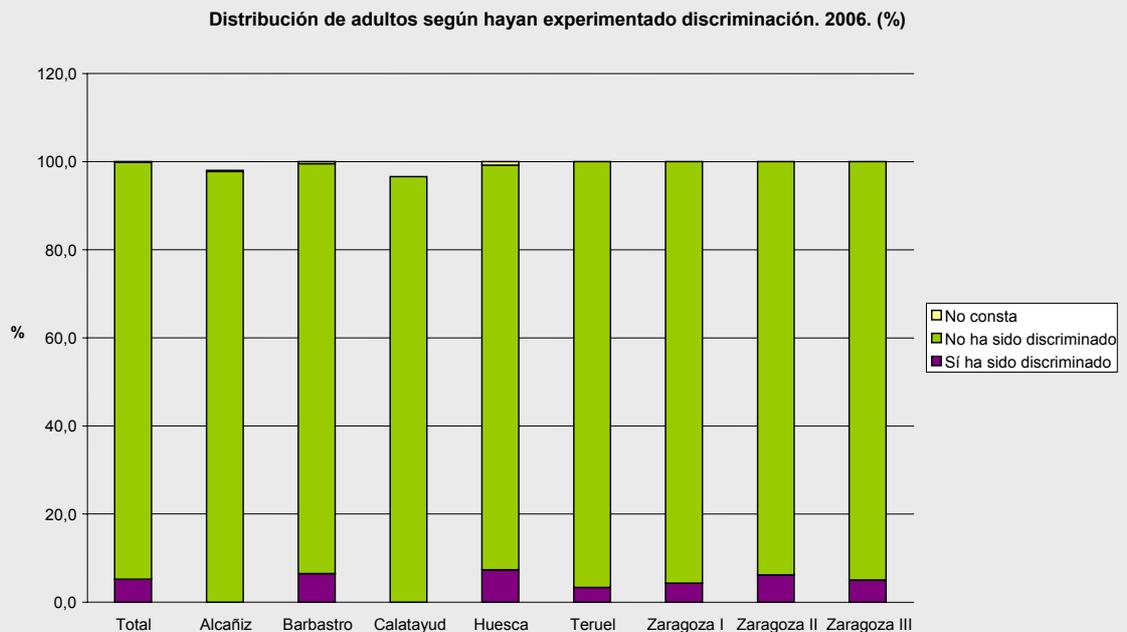


1.2.2.5. Discriminación y violencia de género

1.2.2.5.1. Discriminación

1.2.2.5.1.1. Distribución de adultos según hayan experimentado o no discriminación por sector sanitario.

Se entrevistaron a las personas de 16 y más años y se les preguntó por los doce meses anteriores a la entrevista.



Fuente: ENS2006

Los datos de los sectores sanitarios de Alcañiz y Calatayud no fueron representativos al estar afectados de elevados errores de muestreo.

El sector en el que los individuos manifiestan haber experimentado discriminación con mayor frecuencia es el sector de Huesca (7.3%), seguido del de Barbastro (6.5%) y Zaragoza II (6.2%). El sector con menor frecuencia fue Teruel (3.3%).

1.2.2.5.2. Violencia

1.2.2.5.2.1. Violencia doméstica

1.2.2.5.2.1.1. Denuncias de violencia por malos tratos producidos por parejas o ex parejas

En 2009, 60 mujeres fueron asesinadas por sus parejas en España. De todas estas muertes, ninguna se produjo en Aragón.

En relación a las denuncias por malos tratos producidos por pareja o ex pareja, en el año 2007 en Aragón se produjeron un total de 1914 denuncias, 1642 de ellas realizadas por mujeres (85.7%), lo que supuso una tasa de 25.3 sobre 10000 habitantes en las mujeres y 4.2 sobre 10000 en los hombres. Esta tasa ha ido aumentando progresivamente en las mujeres (16.1 en el año 2002) y se ha mantenido estable en los hombres (3.1 en el 2002).

En datos del 2006, se observa que el 60% de los denunciados en Aragón por violencia doméstica fueron hombres españoles, seguidos con un 29% de hombres extranjeros. Un 8% de las denuncias se realizaron sobre mujeres españolas así como un 3% en mujeres extranjeras.

1.2.2.5.2.1.2. Órdenes de protección dictadas en Aragón

En los nueve primeros meses del 2008 se dictaron 770 órdenes de protección en Aragón, lo que supuso el 2.4% de las órdenes de protección dictadas en toda España. De estas 770 órdenes, el 47% correspondieron a mujeres extranjeras (360).

Según la relación de la víctima/denunciado, 281 eran cónyuges (36.4%), 238 mantenían una relación afectiva (30.9%) y 207 habían tenido una relación afectiva en el pasado (26.8%).

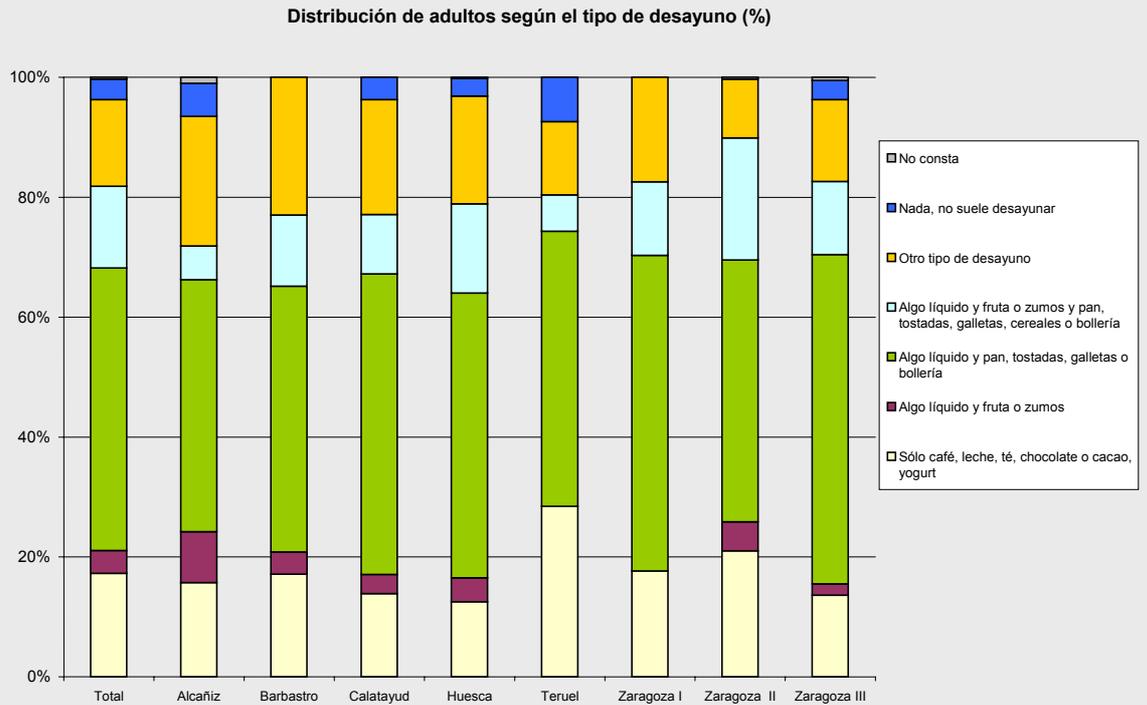
1.3. ESTILOS DE VIDA
IR A INDICE

1.3.1. DIETA

1.3.1.1. Tipo de desayuno

Distribución de adultos según el tipo de desayuno.

Personas encuestadas: personas con 16 años o más.



El 96.6% de los aragoneses desayunan a diario. El sector de Huesca es el que tiene la mayor proporción de personas que desayunan a diario (97.1%) y el de Teruel el que menos (92.8%).

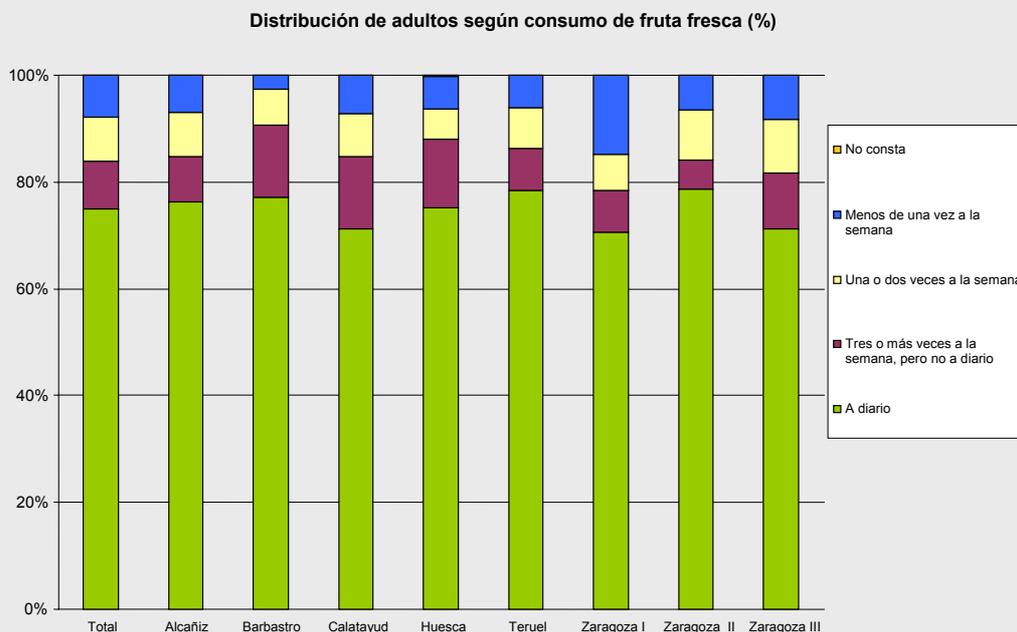
En **España**, el 97,1% desayunan a diario.

Existen marcadas diferencias entre sectores según el tipo de desayuno. El desayuno mayoritario para todos los sectores es aquel que contiene algo líquido y pan, tostadas, galletas y bollería. Este se sigue de aquel en el que se desayuna sólo café, leche, té, chocolate o cacao, yogurt o, dependiendo del sector, del denominado "otro tipo de desayuno".

1.3.1.2. Consumo de fruta

Distribución de los adultos según consumo de fruta a diario

Personas encuestadas: personas con 16 años o más.



El dato de consumo de fruta de menos de una vez a la semana no fue representativo en el sector de Calatayud, debido al bajo tamaño de la muestra.

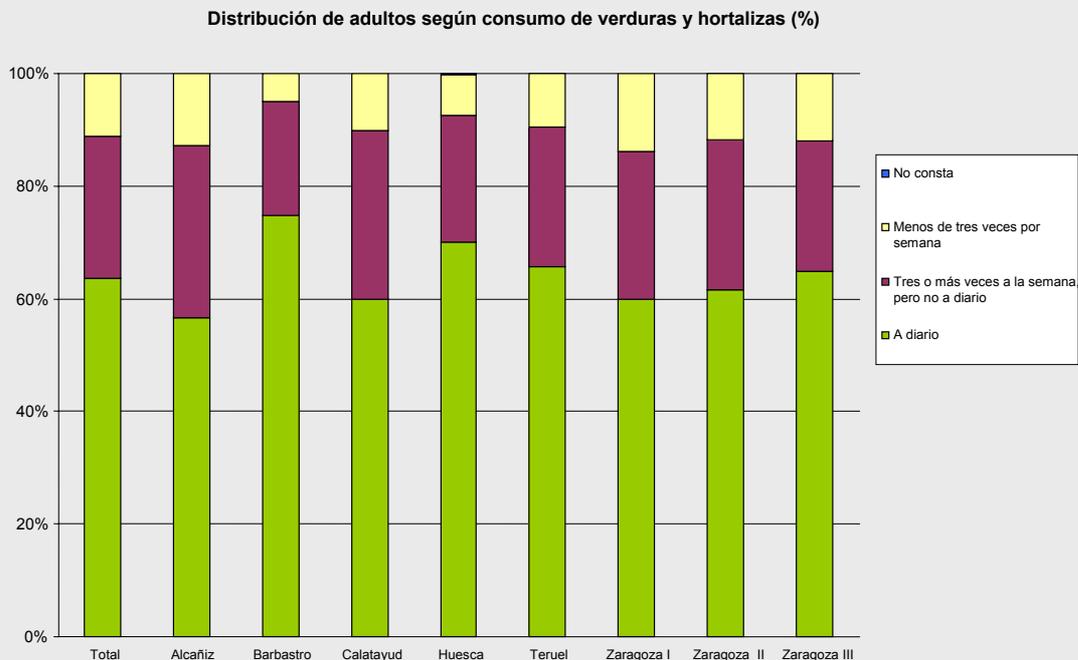
El 75% de los aragoneses consumen fruta a diario. Este porcentaje es muy similar en todos los sectores sanitarios, siendo el sector de Zaragoza I el que tiene una menor frecuencia de consumo diario (70.67%) y el de Zaragoza II el que tiene el consumo diario más elevado (78.66%).

El sector de Zaragoza I es el que tiene un mayor porcentaje de personas que consumen fruta menos de una vez a la semana (14.77%), estando este valor muy alejado de la media (7.81%).

En **España**, el 66,8% comen fruta fresca a diario.

**1.3.1.3. Consumo de verduras y hortalizas.
Distribución de los adultos según frecuencia de consumo de verduras y hortalizas.**

Personas encuestadas: personas con 16 años o más.



En Aragón, el 63.71% de los encuestados consumen verduras y hortalizas a diario. Este porcentaje varía en los diferentes sectores, de modo que es Barbastro el sector con una mayor frecuencia de consumo diario (74.33%) y Alcañiz el sector de menos frecuencia (56.68%).

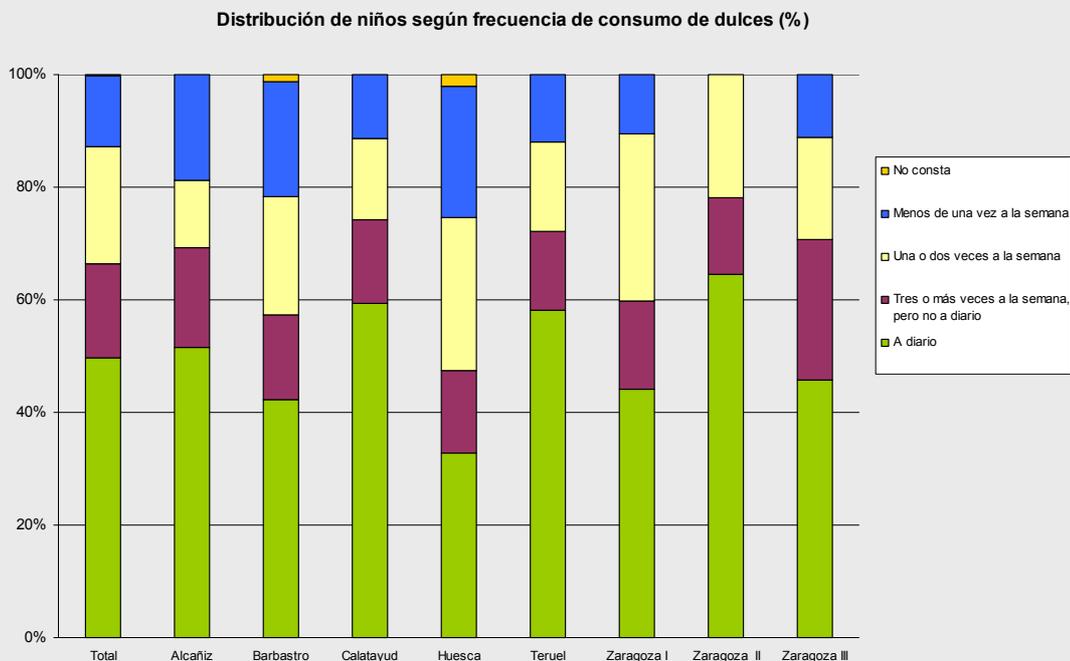
El sector de Zaragoza I es el que tiene un mayor porcentaje de personas con consumo de verduras y hortalizas menos de tres veces por semana (13.83%).

En **España**, el 40,6% consumen verduras y hortalizas a diario.

1.3.1.4. Consumo de dulces

Distribución de los niños según frecuencia de consumo de dulces: galletas, bollería y mermeladas

Se considera como consumo de dulces el consumo de galletas, bollería y mermeladas.



Encuestados: niños hasta los 16 años (no incluidos).
ENS 06

Fueron poco representativos por bajo número de muestra los datos pertenecientes a: consumo tres o más veces a la semana pero no a diario en los sectores de Teruel y Zaragoza II, consumo una o dos veces a la semana en Alcañiz y Calatayud y consumo menos de una vez a la semana en Calatayud y Zaragoza I. Se detectaron errores en el muestreo en el consumo de menos de una vez a la semana en el sector de Zaragoza II.

El 49.7% de los niños aragoneses consumen dulces a diario. Este porcentaje varía entre sectores, de modo que el sector de Zaragoza II es aquel con una mayor proporción de niños con consumo de dulces a diario (59.5%) y Huesca el que menos (32.8%).

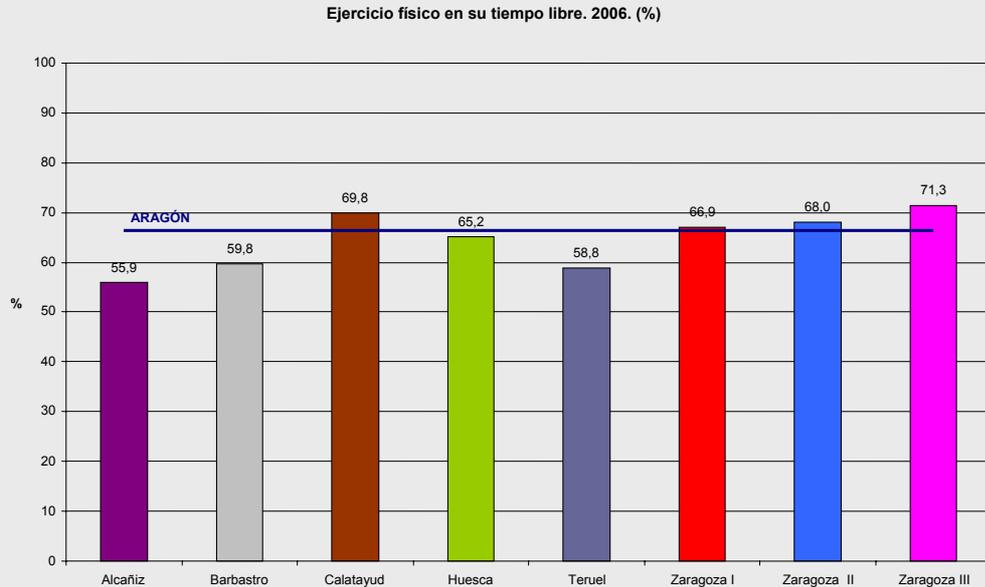
En España, el 40,8% de los niños de 1 a 4 años y el 46,78% de 5 a 15 años, consumen dulces a diario.

1.3.2. ACTIVIDAD FÍSICA

1.3.2.1. Actividad física de los adultos en tiempo libre

Distribución de adultos según realicen actividad física en su tiempo libre y los que realizan toda la actividad física deseable por sector sanitario

Encuestados: personas de 16 y más años.



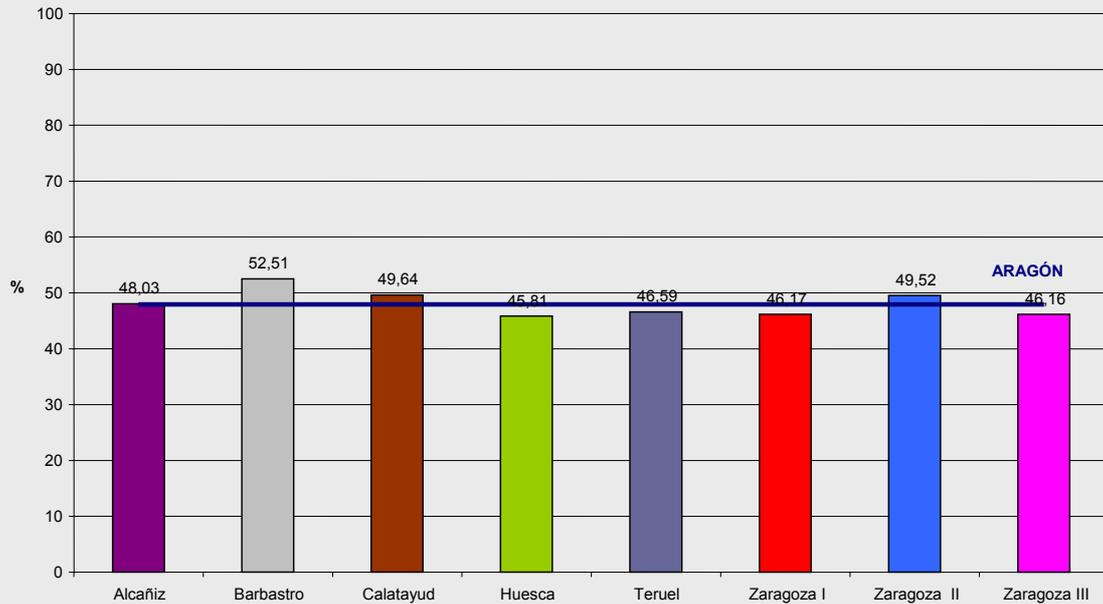
El 66.5% de los aragoneses realizan ejercicio físico en su tiempo libre. De todos ellos, es el sector de Zaragoza III el que presenta una mayor frecuencia (71.3%), seguido por el sector de Calatayud (69.8%). El sector de Alcañiz es el que tiene una menor frecuencia de ejercicio físico en el tiempo libre, con tan sólo un 55.9% de los encuestados.

En **España**, el 60,5% realizan ejercicio físico en su tiempo libre.

Sin embargo, cuando este dato se compara con la pregunta de si los individuos realizan todo el **ejercicio físico que desearían en su tiempo libre**, este porcentaje disminuye hasta el **47.9% en la media de Aragón**. En este caso, el sector de Barbastro es el que presenta un mayor porcentaje de individuos que realizan el ejercicio físico deseable durante su tiempo libre (52.5%). Por el contrario, Huesca es el sector con menor frecuencia (45.8%).

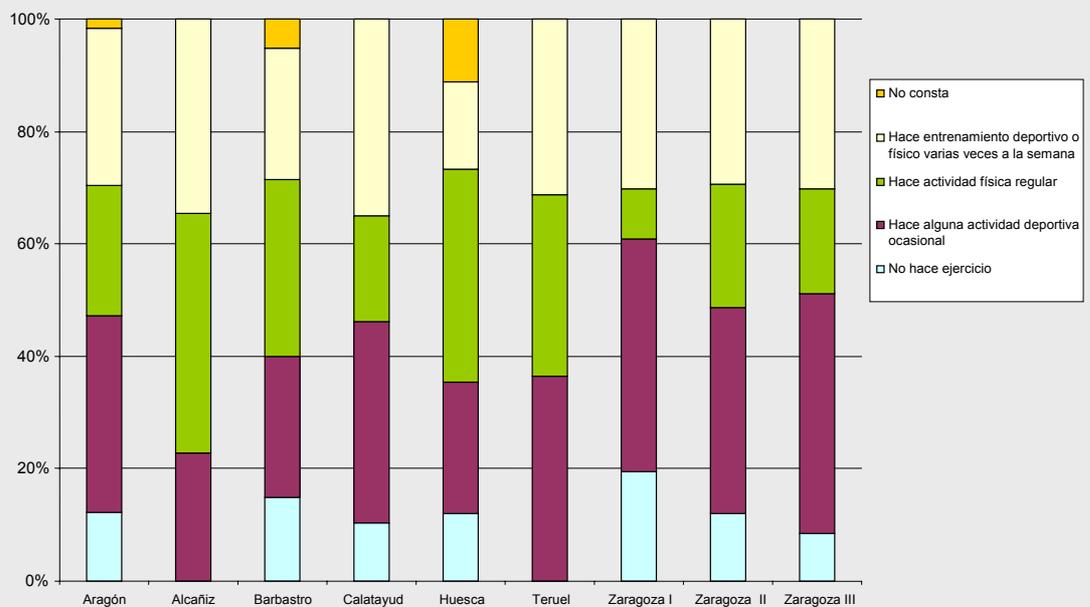
En **España**, el 39,1% realizan el ejercicio físico que desearían.

Realización de ejercicio físico deseable en su tiempo libre. 2006. (%)



1.3.2.2. Actividad física de los menores en tiempo libre
Distribución de <16 años según realicen actividad física en tiempo libre por sector sanitario

Distribución de niños según actividad física en el tiempo libre



Para la categoría "no hace ejercicio" el dato no fue representativo en el sector de Alcañiz ni en Teruel, debido a los errores en el muestreo. Para la misma categoría,

tampoco fue representativo para Calatayud ni Zaragoza II, por el bajo tamaño de la muestra.

El 12% de los niños aragoneses no realizan ningún tipo de ejercicio físico en su tiempo libre. Este porcentaje es especialmente elevado en el sector de Zaragoza I, donde se alcanza hasta el 19.5% de los niños que no realizan actividad física en el tiempo libre.

La mayoría de los niños realizan actividades deportivas de manera ocasional (35.1% de media en Aragón), seguido del entrenamiento físico o deportivo varias veces a la semana (28.1%). Sólo el 23.1% de los niños aragoneses afirman realizar actividad física de manera regular.

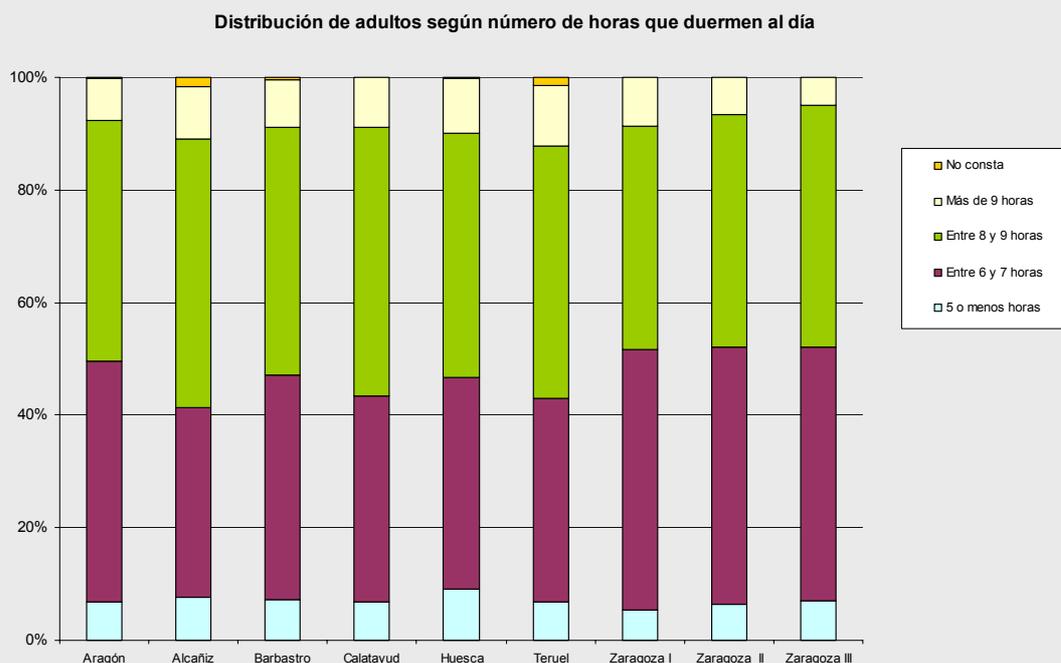
En España, el 19,9% de los niños no realizan ningún tipo de ejercicio físico en su tiempo libre.

1.3.3. DESCANSO

1.3.3.1. Horas de sueño diarias en adultos

Distribución de los adultos según número de horas que duermen al día

Encuestados: personas de 16 y más años.



El 85% de los adultos aragoneses duermen entre seis y nueve horas al día, distribuyéndose por igual en el tramo de 6-7 horas y en el de 8-9 horas.

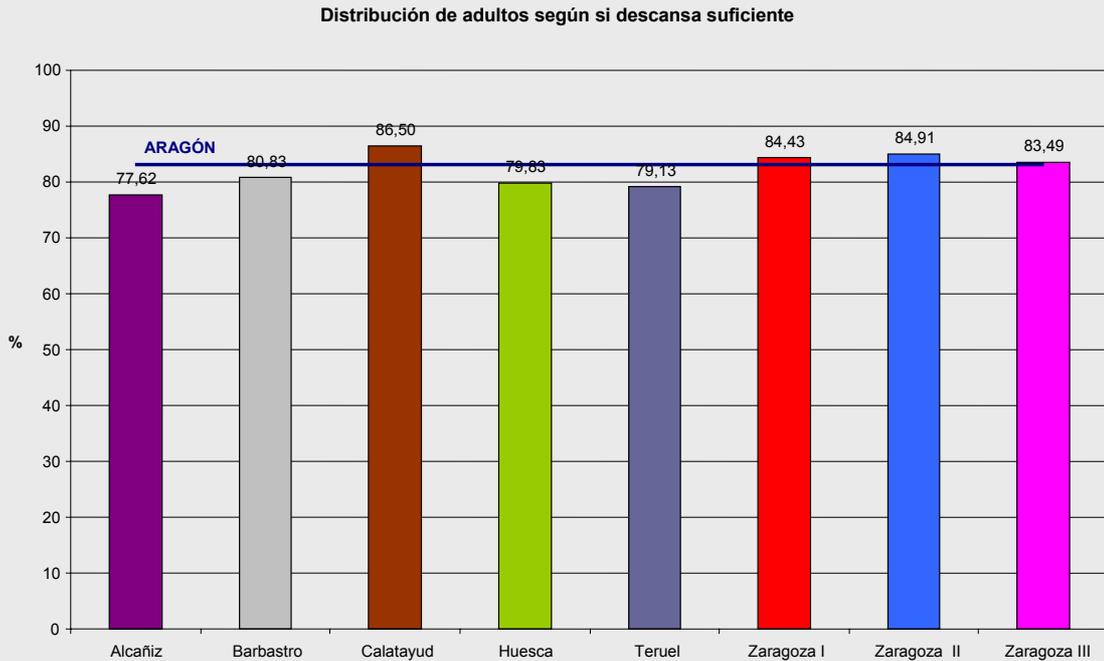
La media de horas de sueño al día es de 7.47 horas para el total de Aragón. Este dato es similar en todas los sectores.

En España, el número medio de horas de sueño al día es de 7,77 en toda la población (0 y más años).

A nivel de sectores sanitarios, las mayores diferencias se observan en la franja entre 6-7 horas de descanso. En esta categoría, el sector de Alcañiz es el que tiene una menor frecuencia (33.57%) y el de Zaragoza I el que tiene una frecuencia mayor (46.21%).

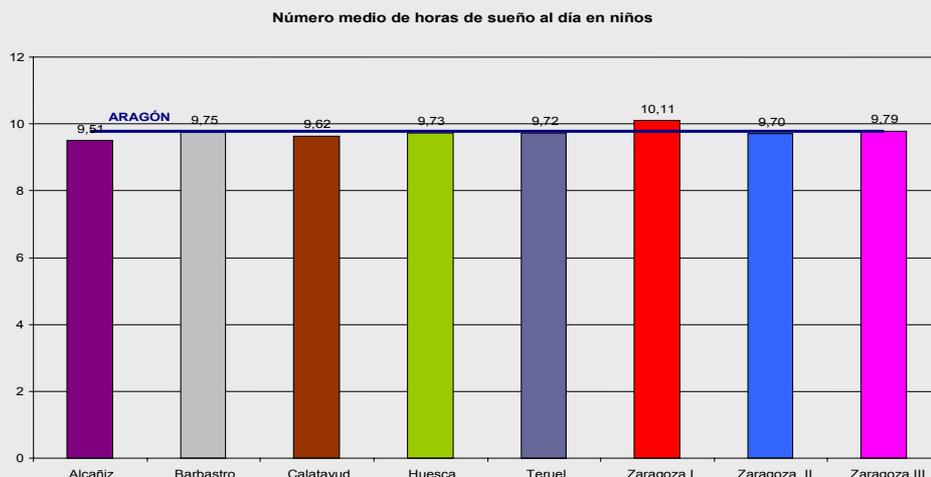
1.3.3.2. Descanso adecuado
Distribución de los adultos según descansen suficiente

El 83% de los aragoneses afirman descansar suficientemente.



Alcañiz es el sector sanitario con una menor frecuencia de descanso suficiente (77.6%) y el sector de Calatayud es aquel cuyos encuestados afirman con mayor frecuencia tener un descanso suficiente (86.5%).

1.3.3.3. Horas de sueño diarias en los niños Número medio de horas de sueño al día en niños por sector sanitario



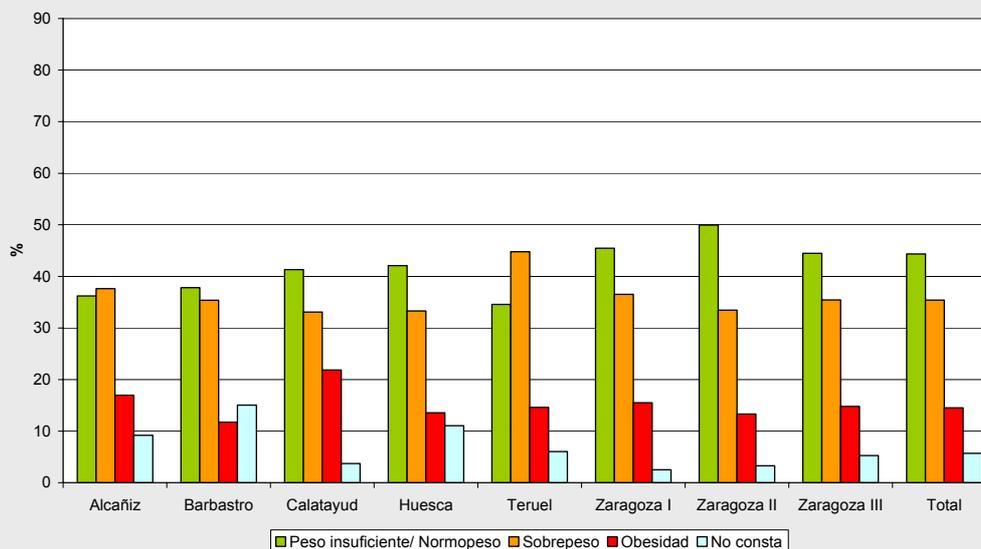
En Aragón, la media de horas de sueño en los niños hasta los 16 años es de 9,77 horas.

Este dato se mantiene constante para los distintos sectores sanitarios, con la única excepción del sector de Zaragoza I, en el que los niños afirman dormir una media de 10.11 horas. La desviación típica oscila en todos los sectores entre 1.6 y 2 horas.

1.3.4. SOBREPESO Y OBESIDAD

En **Aragón**, el 14,5% de los adultos presenta Obesidad y el 35,4% Sobrepeso. El sector de Calatayud presenta el mayor porcentaje de Obesidad de Aragón, por encima del 20% de la población. Los sectores de Teruel y Alcañiz son los que presentan un mayor porcentaje de Sobrepeso, superior al 37% de la población.

DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS SEGÚN SU IMC POR SECTORES



Fuente: Instituto Aragonés de Estadística (IAEST) según microdatos de la Encuesta Nacional de Salud 2006.

Nota ⁶

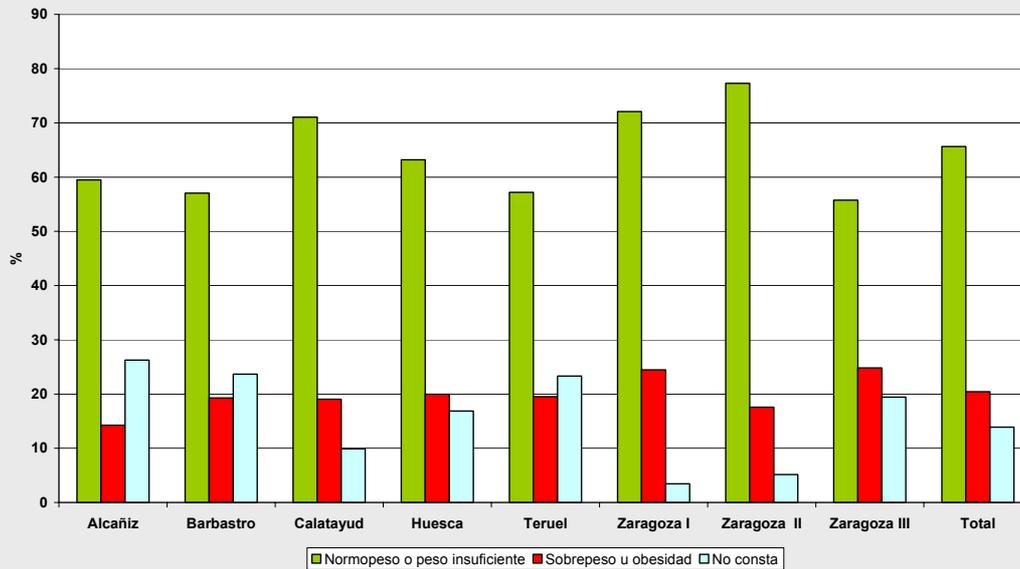
⁶ Índice de masa corporal(IMC) = (Peso (kg) / Estatura (m²))
 Peso insuficiente si IMC < 18,5 Kg/m² Normopeso si 18,5 < IMC < 24,9 Kg/m² Sobrepeso si 25 < IMC < 29,9 Kg/m²
 Obesidad si IMC >= 30Kg/m²

En **España**, el 15,5% tienen obesidad y el 37,8% sobrepeso.

Los niños de Aragón presentan Sobrepeso u Obesidad en un 20,4%.

Los Sectores de Zaragoza I y III son los que presentan mayor porcentaje de menores en el rango de Sobrepeso u Obesidad, por encima del 20%.

DISTRIBUCIÓN DE LOS MENORES SEGÚN IMC POR SECTOR



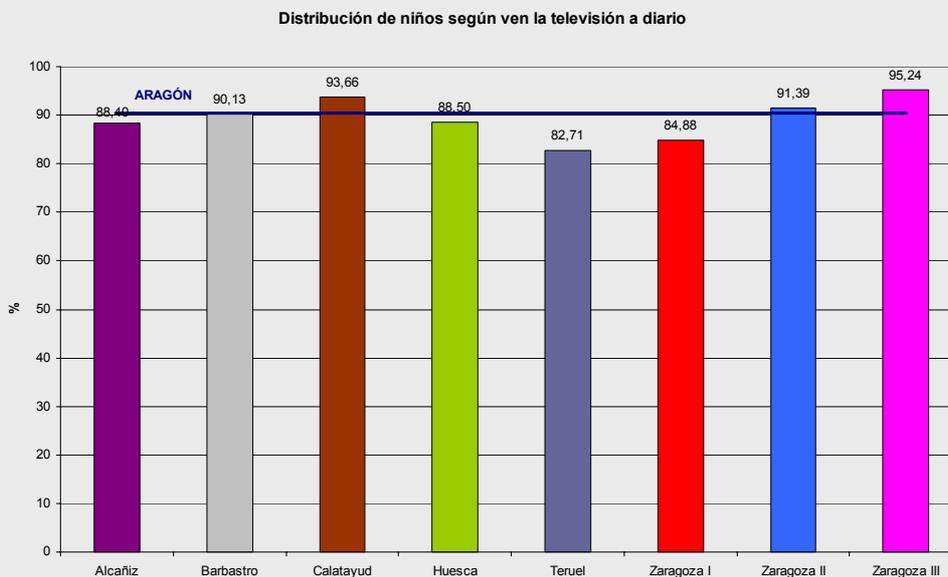
En **España**, el 27,6% de los menores presentan sobrepeso u obesidad.

1.3.5. OCIO Y UTILIZACIÓN DE TECNOLOGÍAS

1.3.5.1. Consumo de televisión

Distribución de niños que ven la televisión a diario por sector sanitario y tiempo medio de consumo en aquellos que ven la televisión a diario

El 90.48% de los niños aragoneses ven la televisión a diario.

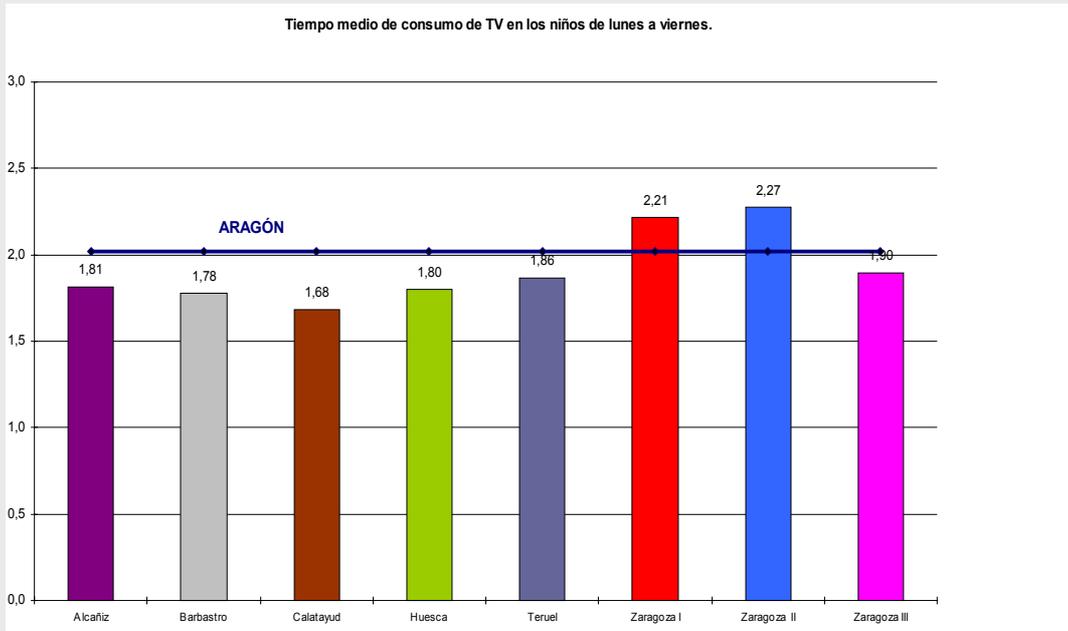


Las principales desviaciones se presentan en el sector sanitario de Teruel (82.71%) que tiene la frecuencia más baja, y el sector de Zaragoza III, que es el sector que presenta un mayor porcentaje de niños que ven la televisión a diario (95. 24%).

En cuanto al tiempo medio que ven los niños la televisión, varía dependiendo de si es entre semana o durante el fin de semana.

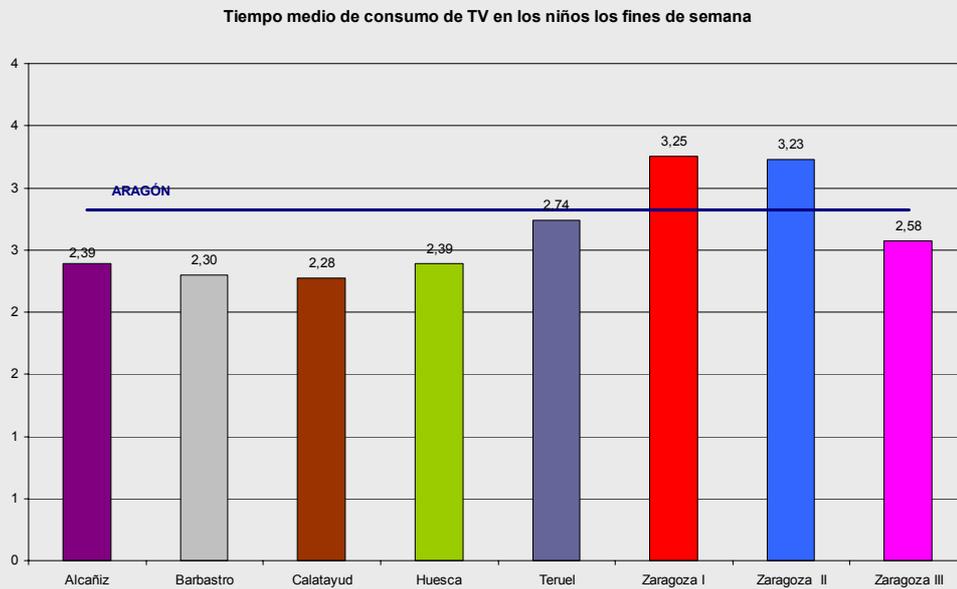
Entre semana, los niños aragoneses ven la televisión una media de 2.02 horas (desviación típica de 1.15 horas). Este tiempo oscila por sectores entre las 1.68 horas de Calatayud (desviación típica 0.57) y las 2.27 horas del sector de Zaragoza II (desviación típica de 1.44 horas).

Los fines de semana este tiempo asciende a las 2.82 horas (desviación típica de 1.57 horas).



Los niños del sector de Zaragoza I son los que más tiempo ven la televisión (3.25 horas, con desviación típica de 2.08), con un tiempo medio muy similar al de Zaragoza II (3.23 horas, desviación típica de 1.71 horas). El sector sanitario en el que menos tiempo ven los niños la televisión vuelve a ser el sector de Calatayud, con un tiempo de 2.28 horas (desviación típica de 1.07).

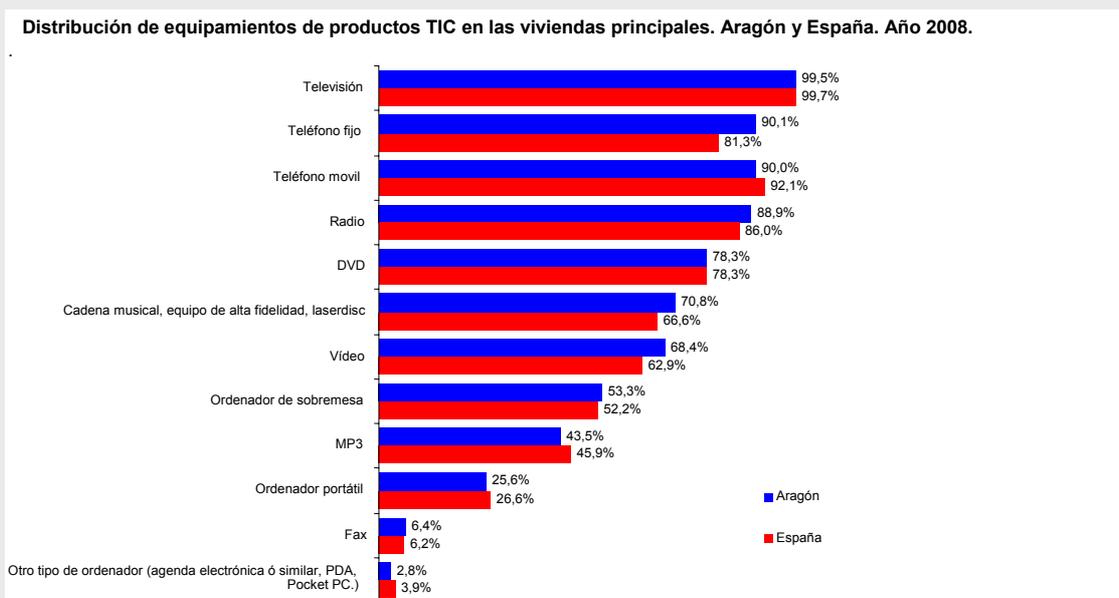
En **España**, el 47,5% de los niños ven 2 horas o más la televisión entre semana.



**1.3.5.2. Tecnologías de la información en la vivienda
Penetración de los principales productos de tecnologías de la información en las viviendas. Comparativas Aragón y España año 2008.**

Se consideran como tecnologías de la información (TIC) los ordenadores, la conexión a internet, banda ancha o ADSL, teléfono fijo y teléfono móvil.

La unidad de la encuesta fueron número de viviendas con al menos un miembro entre los 16 y los 74 años de edad.



(Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de la información y comunicación en los hogares (TIC-H) año 2008 IAE)

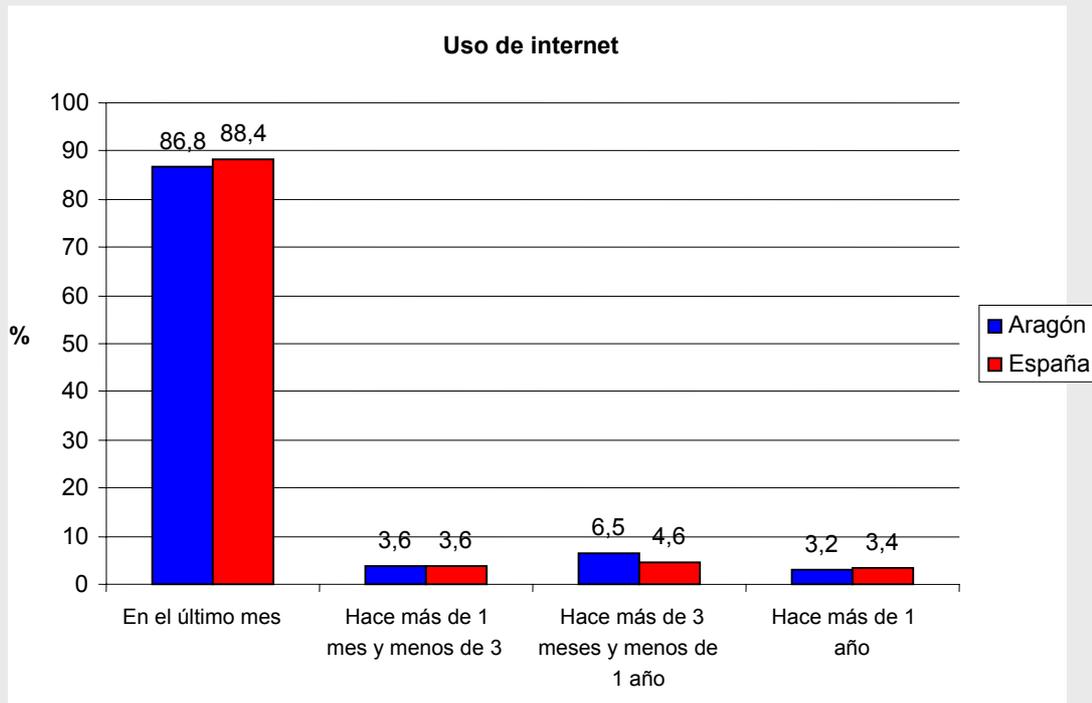
El 64.2% de las viviendas aragonesas tienen algún tipo de ordenador. Este porcentaje es muy similar al observado en el territorio nacional (63.6%). En cuanto al acceso a internet, el 51.7% de las viviendas aragonesas tienen acceso (51.0% en España). Existe conexión con Banda Ancha (ADSL, Red de Cable) en el 45.2% de las viviendas en Aragón, frente al 44.6% en España.

Aragón supera a España en la mayoría de TIC evaluadas, con las excepciones de la existencia de televisión (99.5% en Aragón frente al 99.7% de España) teléfono móvil (90% y 92.1%), existencia de MP3 (43.5% y 45.9%) y de otros tipos de ordenador (2.8% y 3.9%).

1.3.5.3. Uso de Internet según lugar, frecuencia, tipos de actividades realizadas

La unidad de la encuesta fueron número de viviendas con al menos un miembro entre los 16 y los 74 años de edad.

600.626 personas utilizaron Internet en Aragón durante el año 2008. De estas personas, el 86.8% lo habían utilizado durante el último mes.



Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de la información y comunicación en los hogares (TIC-H) año 2008 IAE.

Al seleccionar a aquellos individuos que han utilizado Internet en los últimos tres meses y preguntarles por el grado de reemplazamiento de la realización de actividades tradicionales para hacerlas por medio de Internet, se observa que en todas las actividades, con la única excepción de "oír la radio por el método tradicional por oírla a través de la web" el reemplazamiento a nivel de Aragón es superior al del resto de España.

La actividad que ha sufrido un mayor reemplazamiento ha sido la lectura de noticias impresas, periódicos y revistas, de modo que en Aragón el 49.2% de las personas que han utilizado Internet en los tres últimos meses han realizado esta actividad o bien a menudo o alguna vez. La siguiente actividad más frecuente es la compra de CDs por descarga de ficheros de música (42.3% de los usuarios lo hacen "mucho" o "alguna vez"), seguida del contacto on-line con los servicios públicos y las administraciones (42.4%).

	Aragón	España
Total de Personas que han utilizado Internet en los últimos 3 meses	542.777	19.572.899
Lectura de noticias impresas, periódicos, revistas por lectura de noticias on-line		
Mucho	13,8	13,5
Algunas veces	35,4	31,8
Nunca	50,8	54,7
Compra de CDs por descarga de ficheros de música		
Mucho	18,5	13,4
Algunas veces	23,8	23,6
Nunca	57,7	63,0
Compra o alquilar de DVDs por descarga de películas y videos		
Mucho	15,8	10,8
Algunas veces	19,5	19,6
Nunca	64,8	69,5
Oír la radio por el método tradicional por oírla a través de la web		
Mucho	6,7	6,2
Algunas veces	20,4	22,9
Nunca	72,9	70,9
Contactar personalmente con los servicios públicos y las administraciones por contactar on-line con ellos		
Mucho	12,0	9,3
Algunas veces	30,4	28,3
Nunca	57,6	62,4

1.3.5.4. Frecuencia de hábitos y prácticas culturales.

Los encuestados fueron personas de 15 años o más.

Las actividades culturales realizadas con más frecuencia en Aragón son escuchar música, ir al cine y la lectura de libros no relacionados con su profesión o estudios.

Hasta el 33.2% de los aragoneses refieren no visitar nunca o casi nunca exposiciones, porcentaje muy inferior al global de España (45.8%).

Respecto a la lectura de libros no relacionados con su profesión o estudios, más del 40% de los aragoneses refieren no haber leído un libro en el último año o no leer nunca o casi nunca. En España, este porcentaje asciende al 47,5%.

	Aragón	España
Escuchar música		
Todos los días	66,9	66,3
Al menos 1 vez a la semana	81,5	84,6
Al menos 1 vez al mes	84,2	86,9
Nunca o casi nunca	11,1	10,3
Asistencia al cine		
En los últimos 3 meses	31,7	38,8
Entre 3 meses y 1 año	16,6	13,3
Hace más de 1 año	26,8	23,2
Nunca o casi nunca	24,9	24,7
Visita a exposiciones		
En los últimos 3 meses	17,1	12,5
Entre 3 meses y 1 año	17,5	12,2
Hace más de 1 año	32,2	29,5
Nunca o casi nunca	33,2	45,8
Lectura de libros no relacionados con su profesión o estudios		
En el último mes	36,2	35,3
En los últimos 3 meses	8,3	7,5
En el último año	13,5	9,6
No han leído 1 libro en el último año	13,2	14
Nunca o casi nunca leen	28,7	33,5

IAE: Encuesta de hábitos y prácticas culturales 2006-2007.

En relación al porcentaje de personas que han asistido en el último año a actividades artísticas, la más popular tanto a nivel de Aragón como de España es la asistencia a ferias (48.9% y 47.8% respectivamente) seguido de la asistencia a espectáculos deportivos (33.4% y 28%). En tercer lugar se encuentra la asistencia a centros culturales (30.2% en Aragón y 22.9% en España).

	Aragón	España
Centro cultural	30,2	22,9
Conferencia o mesa redonda	21,8	13,8
Zoo o parque con animales	14,2	20,2
Jardín Botánico	17,6	13,8
Parque temático	16,4	17,7
Parque acuático	11,2	16,6
Parque de atracciones	24,1	19,4
Circo	8,8	10,6
Ferias	48,9	47,8
Espectáculos deportivos	33,4	28
Toros	13,6	9,8

1.3.5.5. Gasto en ocio, espectáculos y cultura.

Encuesta de presupuestos familiares IAE 2008.

En el año 2008 en Aragón, el gasto medio anual por persona para ocio, espectáculos y cultura fue de 830.27 € (en España el gasto fue de 812.90€).

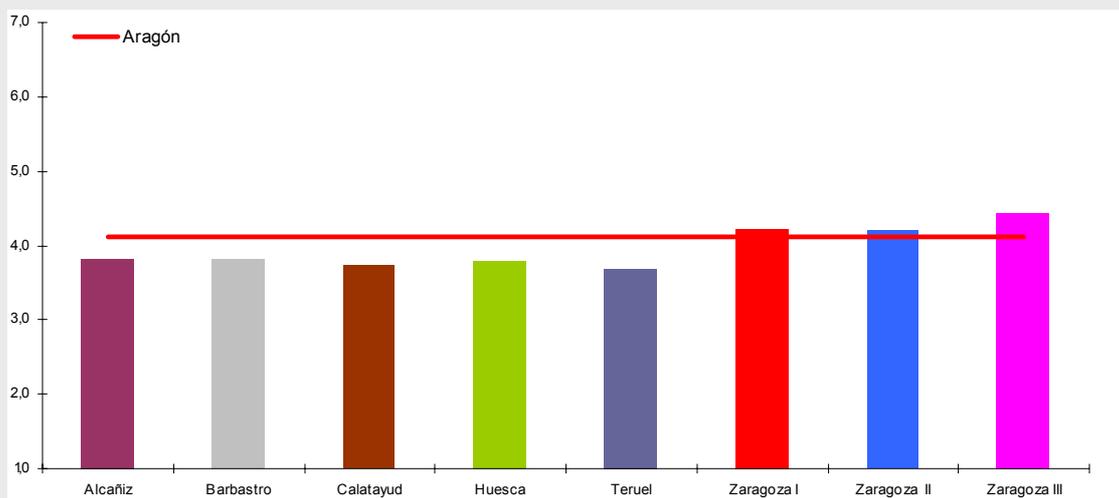
El mayor porcentaje de este gasto se destinó a vacaciones (24.64%), lo que supuso un 1.73% del total de gasto del presupuesto familiar anual.

El porcentaje destinado a **juegos de azar** fue del 10.18% (0.71% del presupuesto familiar anual).

1.3.6. SATISFACCIÓN Y STRESS LABORAL

1.3.5.1. Nivel medio de estrés laboral en la población adulta por sectores sanitarios.

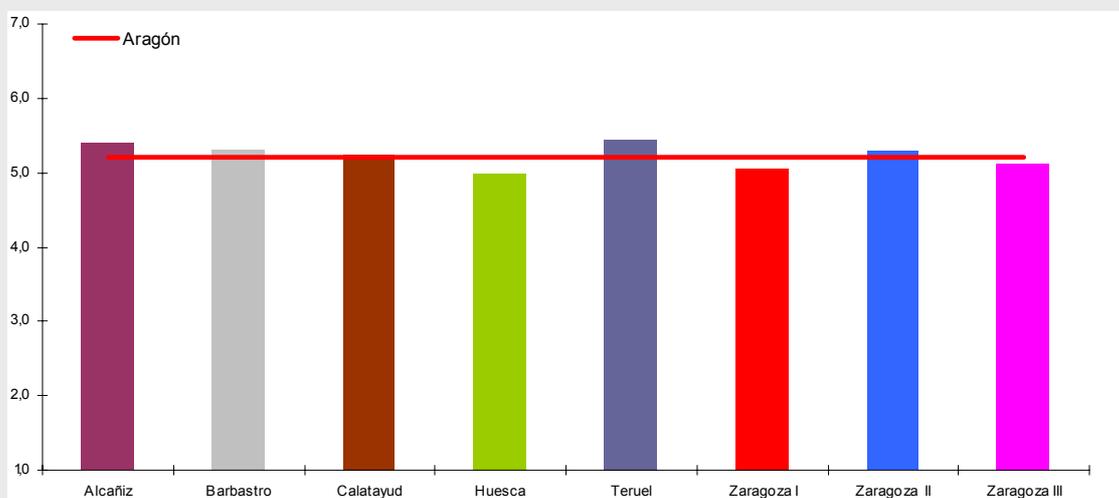
El nivel de estrés laboral se mide según una escala de 1 (nada estresante) a 7 (muy estresante). En Aragón se observa un nivel medio de stress laboral de 4,1, situándose por encima de este nivel los sectores más urbanos, de Zaragoza I, II, y III.



Fuente: Instituto Aragonés de Estadística (IAEST) según microdatos de la Encuesta Nacional de Salud 2006.

1.3.5.2. Satisfacción laboral en personas adultas por sectores sanitarios.

En la ENS 2006 se mide la satisfacción laboral en una escala de 1 (nada satisfactorio) a 7 (muy satisfactorio). La media de Aragón se sitúa en 5,2, siendo los sectores de Huesca, Zaragoza I y Zaragoza III los menos satisfechos.



Si se calcula la Razón Satisfacción/Estrés laboral por sector sanitario, se observa que es Teruel el que presenta la mayor relación entre ambos siendo Zaragoza I y III los que presentan una razón menor.

Tabla. Razón Satisfacción/Estrés Laboral por Sector Sanitario

	Alcañiz	Barbastro	Calatayud	Huesca	Teruel	Zaragoza I	Zaragoza II	Zaragoza III	Aragón
Razón Satisfacción/Estrés Laboral	1,4	1,4	1,4	1,3	1,5	1,2	1,3	1,2	1,3

1.3.7. HIGIENE DENTAL

1.3.6.1. Distribución de los adultos según frecuencia de cepillado dental

El 65% de los adultos aragoneses se cepillan los dientes dos o más veces al día. El 11,4% menos de una vez al día o nunca, siendo el valor más inferior en sector Alcañiz y el superior en Zaragoza II.

	Alcañiz	Barbastro	Calatayud	Huesca	Teruel	Zaragoza I	Zaragoza II	Zaragoza III	Total
Total	100,0								
Más de tres veces al día	3,1(*)	4,5	-	4,2	7,5	-	-	2,5	3,1
Tres veces al día	18,0	18,9	22,3	29,6	18,5	38,3	32,0	35,4	30,4
Dos veces al día	19,0	26,8	37,0	26,4	28,4	27,7	37,3	32,9	31,5
Una vez al día	30,4	31,1	19,9	25,8	27,9	21,0	22,8	17,4	22,9
Menos de una vez al día	20,4	11,8	15,7	9,2	11,5	10,3	3,7	9,4	9,0
Nunca	4,7	5,9	3,1(*)	3,8	2,1(*)	-	-	2,3	2,4
No consta	4,4	1,0	0,0	0,9	4,0	0,0	0,0	0,1	0,7

Nota: (*) el dato es poco representativo, el tamaño de la muestra es pequeño.

Nota: - el dato no es representativo porque está afectado de elevados errores de muestreo.

Fuente: Instituto Aragonés de Estadística (IAEST) según microdatos de la ENS 2006.

En **España**, el 64,6% de la población de 3 años y más, se cepillan los dientes 2 ó más veces al día.

1.3.6.2. Distribución de los niños según frecuencia de cepillado dental

El 62,7% de los niños aragoneses se cepillan los dientes dos o más veces al día. El 12,5% menos de una vez al día o nunca, siendo el valor más inferior en el sector de Barbastro y el superior Zaragoza III

	Sector sanitario								Total
	Alcañiz	Barbastro	Calatayud	Huesca	Teruel	Zaragoza I	Zaragoza II	Zaragoza III	
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Tres ó más veces al día	13,7	17,3	31,0	19,0	23,5	32,1	29,2	50,8	31,2
Dos veces al día	42,2	26,5	36,8	45,5	31,0	41,7	26,9	25,5	31,5
Una vez al día	23,2	37,0	16,4(*)	27,8	39,6	11,9	26,6	20,6	24,7
Ocasionalmente o nunca	20,9(*)	19,2	15,8(*)	-	-	14,3(*)	17,3(*)	3,1(*)	12,5

Nota: - el dato no es representativo porque está afectado de elevados errores de muestreo.

Nota: (*) el dato es poco representativo, el tamaño de la muestra es pequeño.

Fuente: Instituto Aragonés de Estadística (IAEST) según microdatos de la Encuesta Nacional de Salud 2006.

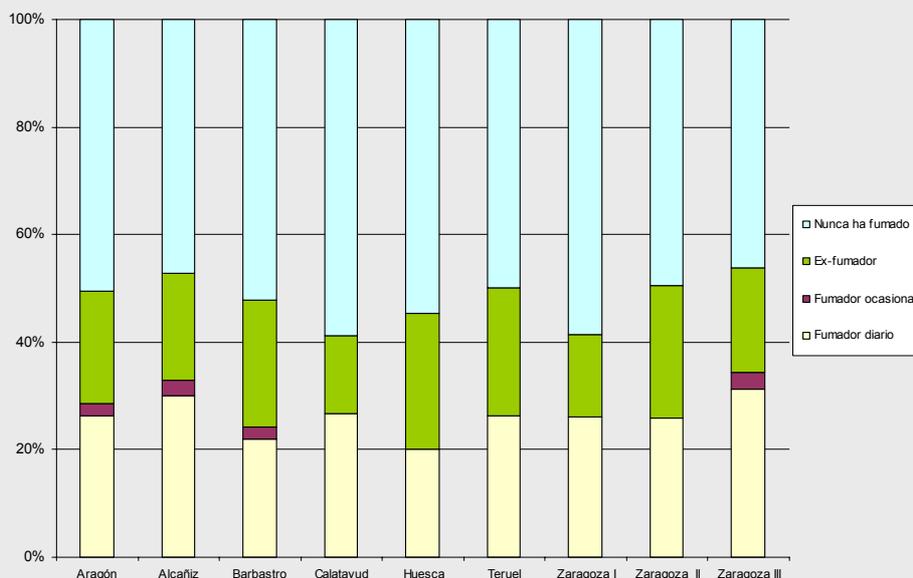
El 60,7% de los niños españoles de más de 3 años se cepilan los dientes dos o más veces al día.

1.3.8. TABACO

1.3.8.1. Distribución de adultos según consumo de tabaco por sector sanitario.

El 26,3% de la población aragonesa declara fumar a diario y el 2,2% fumador ocasional. El 50.5% no han fumado nunca y el 21% son ex fumadores.

Distribución de adultos según consumo de tabaco



Fte: ENS 2006

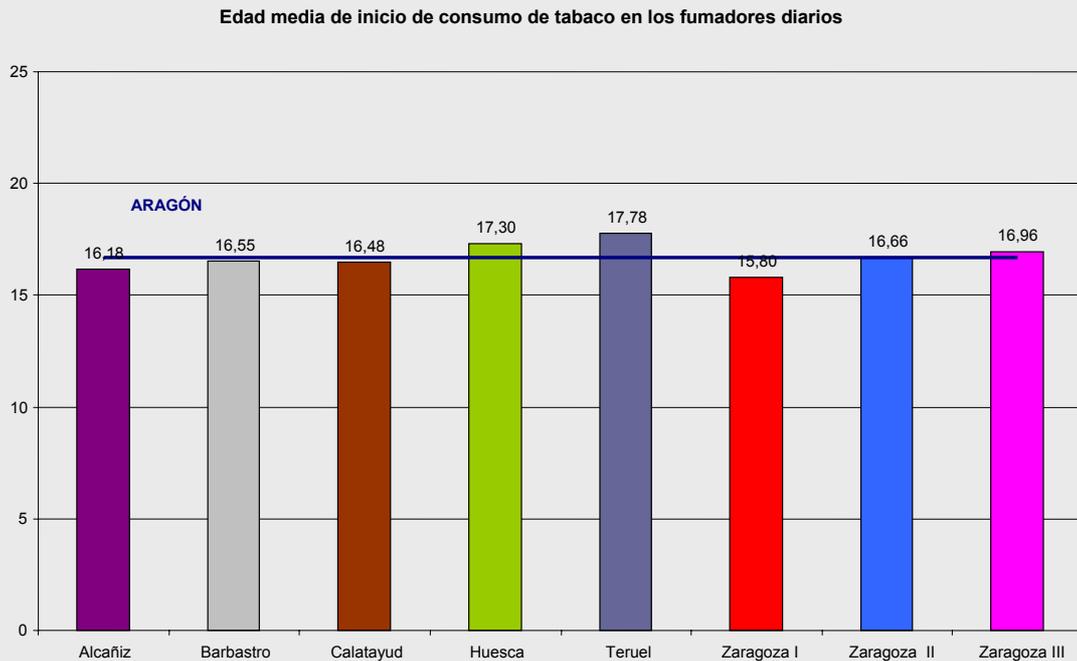
En la categoría de fumador ocasional los datos no fueron representativos más que para el total de Aragón y para el sector de Zaragoza III.

En España, el 26,4% declara fumar a diario.

El sector sanitario con una mayor frecuencia de fumadores es Zaragoza III (31,3%) seguido de Alcañiz (30,3%). El mayor porcentaje de ex fumadores se concentra en Huesca (25%). Hasta el 57.4% de los encuestados en el sector de Calatayud declaran no haber fumado nunca.

1.3.8.2. Edad media de inicio de consumo de tabaco en adultos en los fumadores diarios por sector sanitario

En Aragón, la edad media de inicio de consumo de tabaco en los fumadores habituales es de 16,67 años. Teruel es el sector sanitario donde comienzan a fumar más tarde (17,78 años), mientras que en Zaragoza I el inicio del consumo de tabaco se produce de media dos años antes (15,80 años).



En **España**, la edad media de inicio de consumo de tabaco es de 17,35 años.

1.3.8.3. Prevalencias del consumo de tabaco según sexo en población escolar en los últimos 30 días.

Según la Encuesta sobre drogas a la población escolar de Aragón, en el año 2008, el 40,9% de los escolares encuestados habían consumido tabaco en los últimos 30 días.

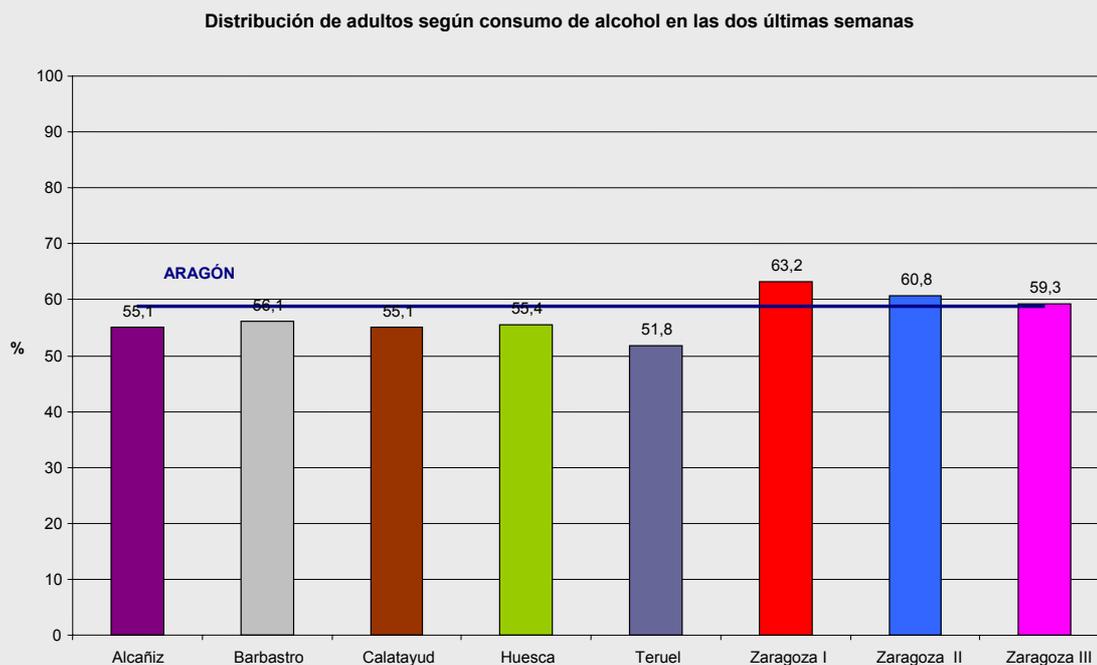
	ARAGON 2006			ARAGÓN 2008	TOTAL NACIONAL 2008
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL		
Tabaco	40,3	41,6	36,8	40,9	32,4

1.3.9. ALCOHOL

1.3.9.1. Consumo de alcohol en los últimos 15 días

Distribución de los adultos según consumo de alcohol en los últimos 15 días por sector /o distribución según frecuencia de consumos

El 58.8% de la población aragonesa ha consumido alcohol en las dos últimas semanas.



En España, el 55,5% ha consumido alcohol en las dos últimas semanas.

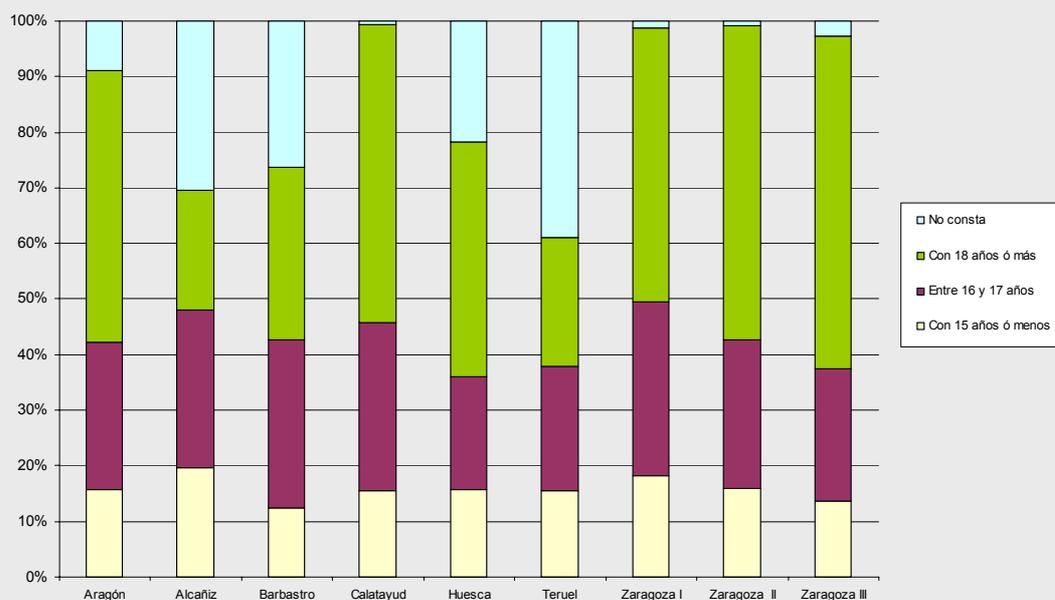
Por sectores, se observan diferencias notables de más de un 10% entre el sector de mayor frecuencia de consumo (Zaragoza I, con un 63.2%) y el sector con un consumo más bajo (Teruel, con un 51.8%).

1.3.9.2. Edad de comienzo de consumo de alcohol

Distribución de los adultos que han consumido alcohol alguna vez en la vida según la edad en que comenzaron a beber de forma regular y edad media de inicio de consumo

Más del 40% de los aragoneses iniciaron su consumo de alcohol a una edad igual o menor que los 17 años. La edad de inicio no consta en el 8.85% de los casos.

Distribución de adultos según la edad de inicio de consumo de alcohol



En **España**, la edad media de inicio de consumo fue de 18,92 años.

Alcañiz es el sector con una mayor proporción de individuos que comenzaron a consumir alcohol con 15 años o menos (19.62%) seguido de Zaragoza I (18.21%). Las mayores diferencias entre sectores se observan en el grupo que comenzó a beber con 18 años o más, de tal modo que en el sector de Zaragoza III este grupo incluye hasta el 59.73% de la población, mientras que el porcentaje desciende hasta un 23% en Teruel y un 21% en Alcañiz. No obstante, hay que interpretar estos datos con cautela, pues en estos dos sectores el porcentaje de individuos en los que no se recogió esta información asciende hasta el 30%.

Por tanto, **la edad media de inicio** de consumo de alcohol en las personas que han consumido alcohol alguna vez en la vida es de **18,54 años para el total de Aragón**. En sectores como Alcañiz esta edad baja hasta los 17,17 años, y en el sector de Zaragoza III asciende hasta los 19,15 años de edad. Sin embargo, existe una importante variabilidad intrasectores, ya que existen desviaciones en torno a los 5 años de edad.

1.3.9.3. Prevalencias del consumo de alcohol según sexo en los últimos 30 días.

Según la Encuesta sobre drogas a la población escolar de Aragón, el 70,2% de los escolares encuestados habían consumido alcohol en los últimos 30 días.

	ARAGON 2006			ARAGÓN 2008	TOTAL NACIONAL 2008
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL		
Alcohol	70,9	69,3	67,9	70,2	58,5

1.3.10. OTRAS DROGAS

1.3.10.1. Prevalencias del consumo de diferentes sustancias en los últimos 30 días.

Encuesta sobre drogas a la población escolar de Aragón del año 2008

	ARAGON 2006			ARAGÓN 2008	TOTAL NACIONAL 2008
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL		
Tranquilizantes sin receta	2,1	2,3	2,4	2,2	2,9
Cannabis	34,6	23,6	27,9	29,5	20,1
Cocaína (base o polvo)	7,8	3,6	4,5	4,2	2,0
Heroína	1,1	0,7	0,5	0,9	0,6
Speed y Anfetaminas	4,0	3,0	3,8	3,5	1,2
Éxtasis	2,9	1,6	2,0	2,3	1,1
Alucinógenos	3,7	1,6	1,6	2,7	1,2
Sustancias volátiles	1,4	0,5	1,2	1,0	0,9

Para el alcohol y todas las drogas ilegales, la proporción de consumidores es mayor en los chicos que en las chicas. Sin embargo, ellas consumen con mayor frecuencia tabaco y tranquilizantes, ya sea en general o sin receta médica.

1.3.10.2. Evolución del consumo con la edad

(comparativa 14, 16 y 18 años. Encuesta sobre drogas a la población escolar de Aragón del año 2008 (IAE))

El **alcohol** sigue siendo la sustancia más consumida entre los jóvenes de 14 a 18 años, un 84,8% declara haber consumido alcohol alguna vez en la vida, un 79,8% frente a un 81,2% obtenido en la encuesta nacional. Al analizar los datos en función de la edad se puede observar un incremento continuo pasando de un 73,9 a los 14 años hasta un 92,3 % a los 18 años (el valor máximo se observa a los 16 años sufriendo luego un ligero descenso).

		14 años	15 años	16 años	17 años	18 años	Total
Tabaco	Alguna vez	38,9	49,2	58	59,4	70,2	53,1
	12 m	34,5	43,8	51,8	54,2	65,6	47,8
	30 días	29,7	37,4	46,1	43,7	58,9	40,9
Alcohol	Alguna vez	73,9	79,3	91,9	91,4	92,3	84,8
	12 m	67,8	74,7	86,7	87,6	87,3	79,8
	30 días	57,3	63,4	75,9	79,2	82,8	70,2
Tranquilizantes sin receta	Alguna vez	6,2	7	8,1	8,8	9,9	7,8
	12 m	3,7	4,3	6	6,2	6,6	5,2
	30 días	1,4	2,2	2,4	2,6	2,2	2,2
Cannabis	Alguna vez	22,4	36,9	56,9	58,9	70	46
	12 m	22	33,2	51,8	52	54,7	40,9
	30 días	14,2	23,4	36,3	38,7	44,2	29,5
Cocaína (base o polvo)	Alguna vez	3,2	6,2	11,7	12,4	18,2	9,3
	12 m	2,3	4,8	7,6	10,3	11,1	6,7
	30 días	1,8	3	4,3	6,7	6,6	4,2
Heroína	Alguna vez	1,6	2,2	1,6	1	0	1,5
	12 m	1,4	1,6	1,4	0,7	0	1,1
	30 días	1,1	1,1	1,4	0,5	0	0,9
Speed o anfetaminas	Alguna vez	1,8	5,1	11,7	10,7	16,1	8,2
	12 m	1,4	3,8	8,4	10,7	11,6	6,5
	30 días	0,9	2,4	3,5	5,5	7,2	3,5
Alucinógenos	Alguna vez	2,3	4,6	7	9,1	13,3	6,5
	12 m	2,3	3,8	4,6	7,6	9,4	5
	30 días	1,4	2,7	2,2	3,6	4,4	2,7
Sustancias volátiles	Alguna vez	1,4	2,2	4,1	3,1	5,5	3
	12 m	1,1	1,6	1,9	1,7	2,2	1,7
	30 días	1,1	1,3	1,1	0,7	0	1
Éxtasis	Alguna vez	1,6	3,5	6,5	6,2	11,7	5,2
	12 m	1,1	2,7	3,8	4,8	7,7	3,5
	30 días	0,9	2,2	2,2	3,3	3,9	2,3

La segunda sustancia más extendida entre los jóvenes de 14 a 18 años es **el tabaco**, un 53,1% declara haber consumido alguna vez. Las prevalencias más recientes (últimos 12 meses y últimos 30 días) han aumentado ligeramente respecto a la campaña anterior, mientras que la prevalencia de consumo alguna vez ha disminuido., aunque sigue siendo superior a la media nacional. El número medio de cigarrillos que consumen al día, por término medio los jóvenes aragoneses, se ha mantenido en 6,1 cigarrillos, igual que la cifra obtenida en 2006.

Exceptuando el alcohol y el tabaco el **cannabis** sigue siendo la droga más extendida entre los estudiantes de 14 a 18 años, un 40,9% de ellos declararon haber consumido esta sustancia los 12 meses previos a la encuesta. Este porcentaje es superior al observado en el total nacional.

El sexo establece diferencias en el consumo. Para el alcohol y todas las drogas ilegales, la proporción de consumidores es mayor en los chicos que en las chicas. Sin embargo, ellas consumen con mayor frecuencia tabaco y tranquilizantes, ya sea en general o sin receta médica.

1.3.11. HÁBITOS SEXUALES

1.3.11.1. Distribución de personas de 18 a 49 años por sexo y CCAA que han tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida según edad de inicio de las relaciones.

Encuesta de salud y hábitos sexuales 2003 (INE)

El 94,05% de los españoles entre 18 y 49 años han tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida. Este porcentaje es de 94,64 en los hombres y 93,44 en las mujeres.

En Aragón este porcentaje es ligeramente inferior, de tal modo que **el 92,05% declararon haber tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida**. Al contrario que en España, este porcentaje fue ligeramente superior en las mujeres (92,73%) que en los hombres (91,4%).

En relación a la edad de inicio de las relaciones sexuales, la mayor frecuencia tanto para Aragón como para España fue para el grupo que inició las relaciones sexuales a partir de los 20 años (34,73% de la población aragonesa) seguido de aquellos que tuvieron su primera relación sexual a los 18-19 años (30,64%).

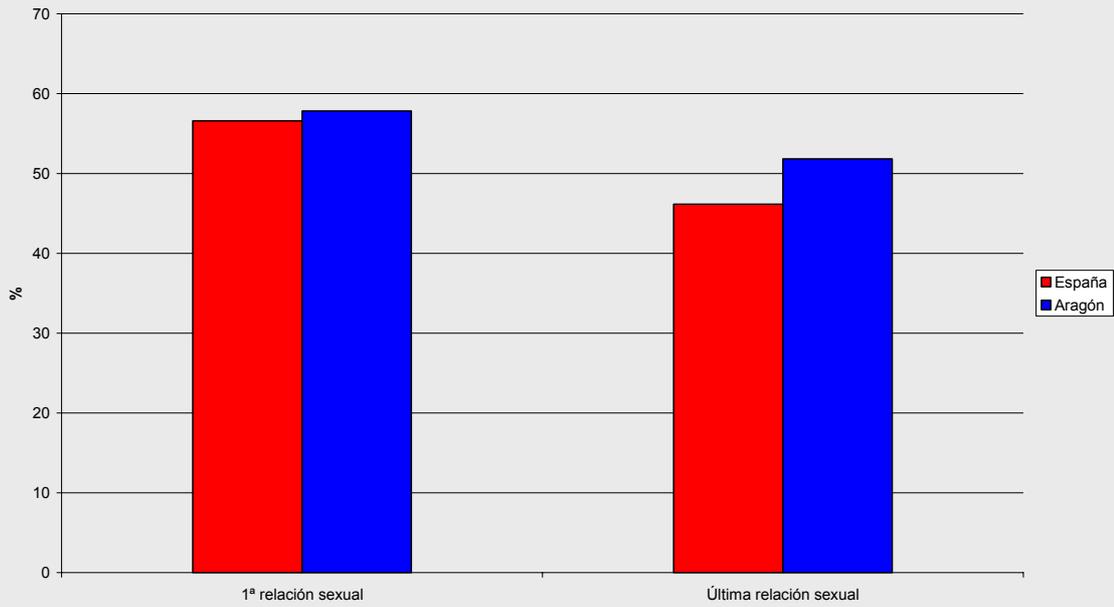
	<14	14-15	16-17	18-19	>=20 años
España	2,05	10,16	27,92	29,79	30,09
Aragón	2,04	7,47	25,12	30,64	34,73

En la Encuesta de Salud Sexual elaborada por el Ministerio de Sanidad y Política Social en el año 2009, cuyos datos no se han desagregado todavía por autonomías, se observa para el conjunto de España que la edad más frecuente para el inicio de las relaciones sexuales ha pasado a ser los 17-18 años para ambos sexos, seguido de los 15-16 en los hombres y los 21-25 en las mujeres.

1.3.11.2. Uso de preservativo

El 56,59% de la población española encuestada utilizó preservativo en su primera relación sexual. Este porcentaje fue ligeramente inferior al de la población aragonesa (57,83%).

Uso de preservativo en la primera y última relación sexual



Son más llamativas las diferencias en la utilización de preservativo en la última relación sexual. En este caso, un 46.15% de los españoles declararon haberlo utilizado, frente al 51.83% de la población aragonesa.

1.3.11.3. Número de parejas sexuales en la vida

El número de parejas sexuales tanto a nivel de Aragón como de España fue muy similar. En ambos la mayor frecuencia fue para aquellos que declararon haber tenido sólo una pareja (40.38% en Aragón y 39.81% en España) seguido de los que habían tenido 3-4 parejas (19.24% y 19.36% respectivamente). El 15.33% de los aragoneses declararon haber tenido 10 ó más parejas sexuales.

	1 pareja	2 parejas	3-4 parejas	5-9 parejas	>=10 parejas
España	39,81	15,87	19,36	12,04	12,93
Aragón	40,38	13,45	19,24	11,61	15,33

1.3.11.4. Uso de prostitución.

El 29,77% de los hombres aragoneses entre 18 y 49 años afirmaron haber hecho uso de la prostitución alguna vez en la vida. Este porcentaje descendía a 25,78% a nivel de España.

Al preguntar por el uso de prostitución en el último año, este porcentaje desciende en Aragón hasta el 9,21%, pero sigue siendo muy superior al porcentaje de España (5,82%).

En cuanto al uso de preservativo en la última relación con prostitución, el 89.76% de los aragoneses afirmaron haberlo utilizado, frente al 87,6% del total de España.

En la Encuesta de Salud Sexual elaborada por el Ministerio de Sanidad y Política Social en el año 2009, el 32% de los hombres admiten haber pagado al menos una vez por mantener relaciones sexuales, frente al 0,3% de las mujeres.

1.3.11.5. Píldora postcoital

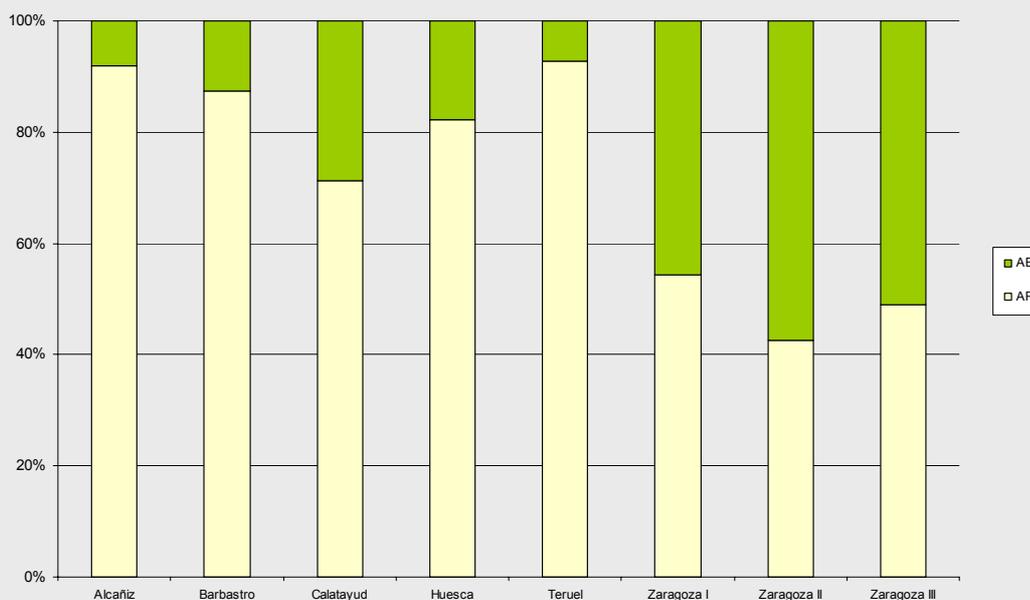
Nº tratamientos administrados en Aragón y por sectores en 2008

En el año 2008 se administraron en Aragón un total de 9535 píldoras postcoitales. De ellas, el 56.57% se administraron en Atención Primaria, el 38.4% en Atención Especializada y el 5% restante en otros ámbitos.

Por sectores, Zaragoza II fue el que más tratamientos administró (2773) seguido de Zaragoza III (2315). El menor número de píldoras postcoitales administradas fue en el sector de Calatayud (293).

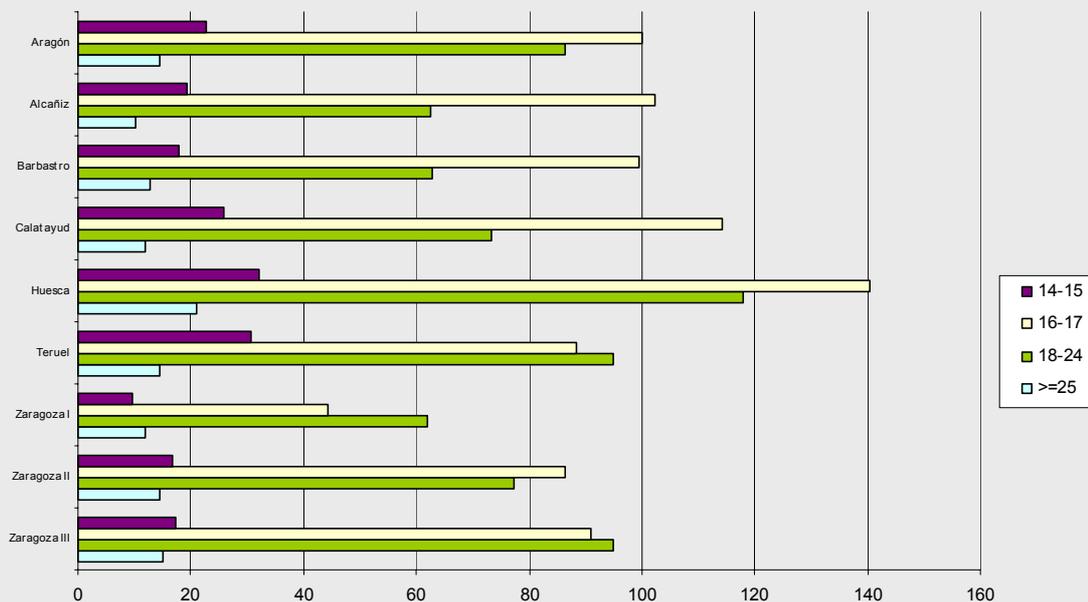
Existen diferencias marcadas por sectores en dependencia de que las píldoras postcoitales se administrasen desde Atención Primaria o Atención Especializada. Así, en los sectores de Alcañiz, Barbastro, Calatayud, Huesca y Teruel, el lugar mayoritario de administración fue Atención Primaria, mientras que en los sectores correspondientes a Zaragoza los porcentajes de administración son muy similares tanto para Atención Primaria como para Atención Especializada.

Administración de píldora postcoital por sectores según ámbito de administración (2008)



Número de tratamientos administrados en grupos de edad/población de ese grupo de edad *1000 por sector sanitario.

Tasas por 1000 habitantes de administración de píldora postcoital por grupos de edad



El grupo de 16-17 años de edad es el que tiene una mayor tasa de administración de píldora postcoital por 1000 habitantes (100.1) a nivel de Aragón, seguido del grupo de 18-24 (86.4).

Sólo en los sectores de Teruel, Zaragoza I y Zaragoza III la categoría de 18 a 24 años presenta unas tasas superiores al grupo de edad de 16 y 17.

Las diferencias entre sectores sanitarios son importantes. Así, el sector sanitario de Huesca es el que tiene una tasa más elevada para todos los grupos de edad, destacando las tasas de 16-17 años (140.5) y de 18-24 años (117.8).

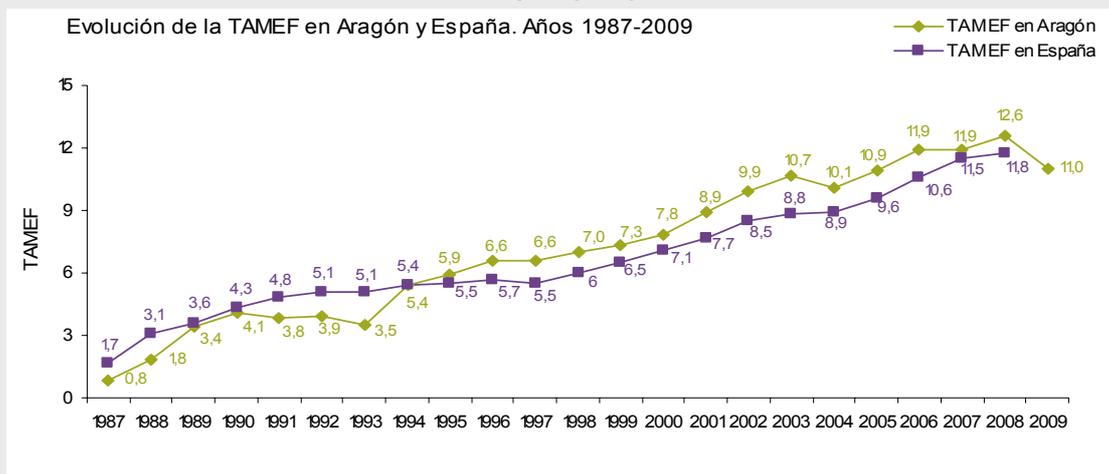
1.3.11.6. Interrupciones voluntarias del embarazo

En el año 2009 (datos provisionales), se ha producido un descenso en el número total de IVEs tanto en cifras absolutas, como en sus indicadores principales, produciéndose un cambio de tendencia que desde el inicio de la legalización de esta práctica había sido ascendente en todos sus valores.

El descenso en cifras absolutas del número de IVEs es de un 15% respecto al pasado año, siendo un total de **3.513 en 2009** frente a 4.134 en 2008.

La **tasa de abortividad en mujeres en edad fértil (TAMEF)⁷ residentes en Aragón** para el 2009, es de **11,0 IVEs por cada 1000 mujeres entre 15-44 años** (datos provisionales) se produce un punto de inflexión invirtiéndose la tendencia. La TAMEF en Aragón en 2008 fue de 12,6 y hay que retrotraerse al año 2005, TAMEF 10,9, para encontrar una cifra similar a la de 2009.

Gráfico. Evolución de la TAMEF en Aragón y España. Años 1987-2009

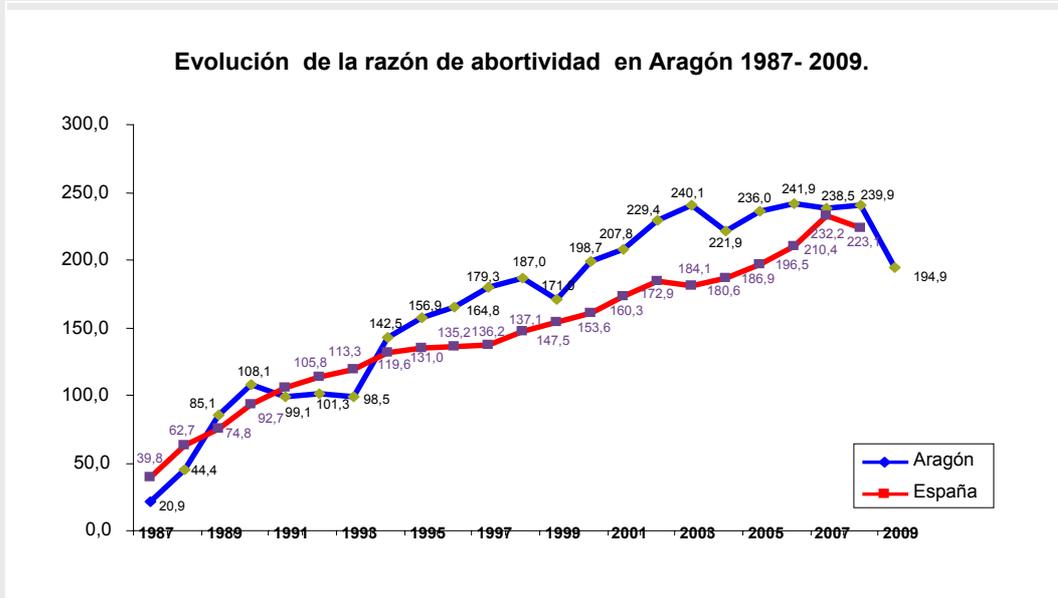


⁷ TAMEF 15-44: Tasa de abortividad en mujeres en edad fértil: número de IVE's por cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años.

La Razón de abortividad ⁸

En el año 2009 está razón ha sido 194,9 IVEs /1000 nacidos vivos (datos provisionales).

La evolución de este indicador en datos provisionales, también muestra un descenso en el año 2009.



⁸ Razón de abortividad: Número de abortos por 1.000 nacidos vivos.

**1.4. UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS
IR A INDICE**

1.4.1. ATENCIÓN SANITARIA

1.4.1.1. Frecuentación declarada general

1.4.1.1.1.1. Distribución de adultos según el tiempo que ha pasado desde la última consulta médica.

	Alcañiz	Barbastro	Calatayud	Huesca	Teruel	Zaragoza I	Zaragoza II	Zaragoza III	Aragón
Hace cuatro semanas o menos	34,9	43,0	36,2	45,1	43,2	36,6	39,2	34,2	38,4
Hace más de cuatro semanas y menos de un año	47,3	42,3	44,1	43,2	43,1	42,2	43,8	47,8	44,5
Hace un año o más	17,3	14,7	19,7	10,8	13,7	18,8	16,5	17,5	16,4
Nunca ha ido al médico	-	-	-	-	-	-	-	-	0,7

Nota: - el dato no es representativo porque está afectado de elevados errores de muestreo.

Fuente: Instituto Aragonés de Estadística (IAEST) según microdatos de la Encuesta Nacional de Salud 2006.

El 38,4% de la población adulta de Aragón, ha acudido a una consulta médica en las cuatro últimas semanas, siendo Huesca el sector que presenta un porcentaje mayor de población que ha sido vista en el último mes.

1.4.1.1.1.2. Distribución de niños según el tiempo que ha pasado desde la última consulta médica.

	Alcañiz	Barbastro	Calatayud	Huesca	Teruel	Zaragoza I	Zaragoza II	Zaragoza III	Aragón
Hace cuatro semanas o menos	27,3	39,3	30,2	34,1	35,6	35,3	24,7	41,0	33,2
Hace más de cuatro semanas y menos de un año	54,4	53,8	59,8	51,5	51,3	52,7	63,5	49,1	55,3
Hace un año o más	18,3	6,9(*)	-	10,8	13,1(*)	12,0(*)	11,7(*)	9,9	11,5
Nunca ha ido al médico	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Nota: - el dato no es representativo porque está afectado de elevados errores de muestreo.

Fuente: Instituto Aragonés de Estadística (IAEST) según microdatos de la Encuesta Nacional de Salud 2006.

El 33,2% de los niños han acudido a una consulta médica en las cuatro últimas semanas. Es Zaragoza III el que presenta un porcentaje más elevado de niños visitados en el último mes.

1.4.1.1.1.3. Distribución de adultos según el lugar de la última consulta médica.

	Alcañiz	Barbastro	Calatayud	Huesca	Teruel	Zaragoza I	Zaragoza II	Zaragoza III	T
--	---------	-----------	-----------	--------	--------	------------	-------------	--------------	---

Estado de Salud de Aragón. Octubre 2010

Centro de salud / consultorio	48,8	67,8	57,3	62,5	54,6	62,9	53,6	71,4	6
Consulta externa de un hospital	32,7	14,5	19,4	22,0	23,0	16,9	10,7	8,7	1
Otros	18,5	17,8	23,4	15,5	22,4	20,3	35,8	19,9	2

Nota: Se refiere a las cuatro semanas anteriores a la entrevista

Fuente: Instituto Aragonés de Estadística (IAEST) según microdatos de Encuesta Nacional de Salud 2006.

Del 38,4% de la población adulta de Aragón que ha sido vista por un médico, el 60,5% ha sido visto en un Centro de Salud.

1.4.1.2. Atención Primaria

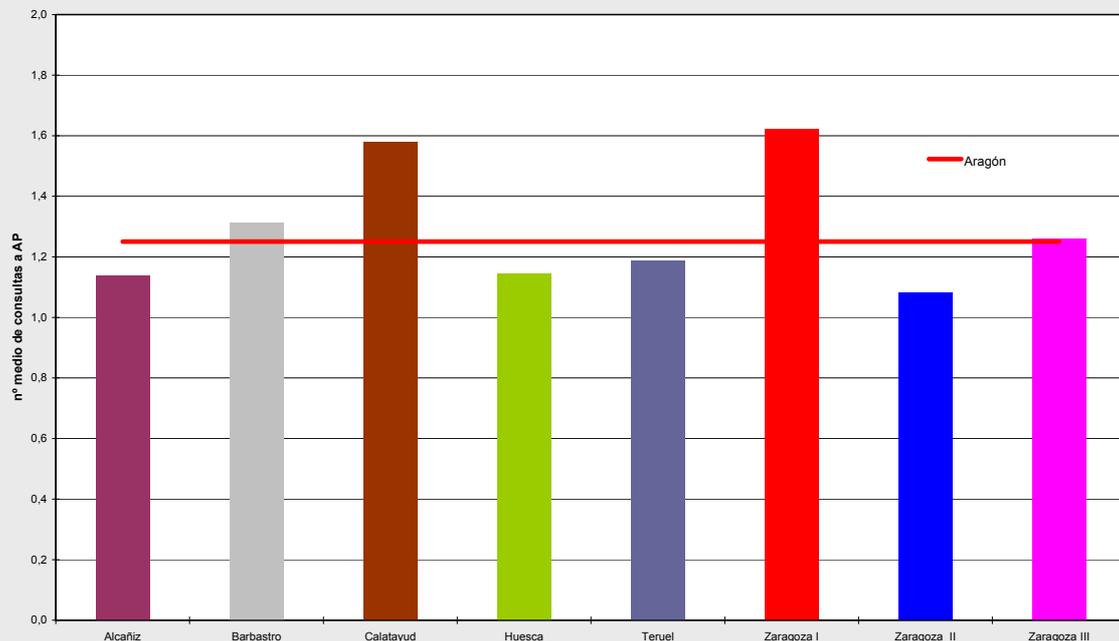
1.4.1.2.1. Frecuentación declarada AP

1.4.1.2.1.1. Número medio de consultas al médico de familia (en mayores de 16 años y que hayan consultado en las 4 semanas anteriores).

El número medio de consultas al médico de familia en las 4 últimas semanas es de 1,25 consultas.

En España el número medio de consultas es algo inferior, 1,14.

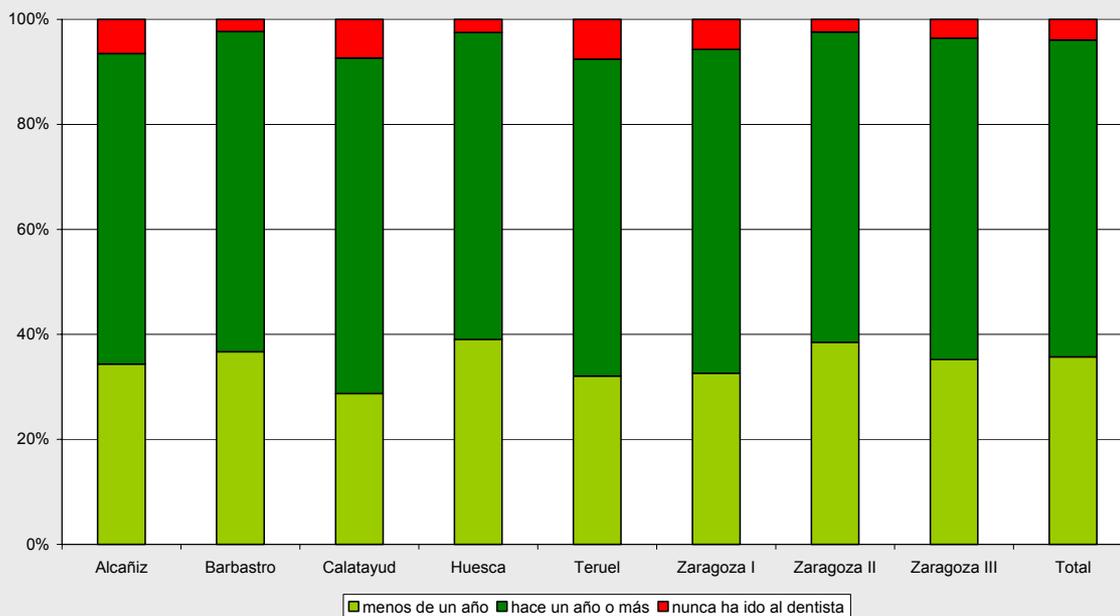
NUMERO MEDIO DE CONSULTAS A MEDICO AP EN LAS ULTIMAS 4 SEMANAS. ADULTOS



1.4.1.2.1.2. Distribución de adultos según el tiempo que ha pasado desde la última consulta al dentista.

El 3,9% de los adultos de Aragón, no han ido nunca al dentista, siendo este porcentaje en Teruel y Barbastro 7,6 y 7,4% respectivamente.

DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS SEGÚN EL TIEMPO QUE HA PASADO DESDE LA ÚLTIMA CONSULTA AL DENTISTA



La dependencia funcional del último dentista visitado fue en el 88,2% una consulta privada.

1.4.1.2.2. Frecuentación registrada

1.4.1.2.2.1.. Atención ordinaria

En atención primaria la mayoría de cuidados se prestan en las consultas de medicina de familia, pediatría y enfermería. En los centros de salud de la comunidad autónoma de Aragón se atienden anualmente unos siete millones de consultas de medicina de familia, cerca de cuatro millones de consultas de enfermería y alrededor de novecientos cincuenta mil consultas de pediatría. Esto supone una frecuentación por habitante de aproximadamente 6 visitas al año para la consulta de medicina de familia o de pediatría, y de unas tres visitas al año para la consulta de enfermería. La frecuentación es superior en el medio rural, alcanzando las 8 visitas al médico por habitante y año en sectores como Teruel.

Sin embargo, no todos los aragoneses contactan con su centro de salud, se estima que un 27% de la población adulta y un 4% de los niños con derecho a la asistencia en nuestra comunidad, no utilizaron los servicios médicos de su centro de salud en todo el año 2009.

Según los datos disponibles, procedentes del sistema de información de atención primaria del sistema nacional de salud, correspondientes al año 2008, la frecuentación a consultas de atención primaria en España es similar al valor medio de la comunidad autónoma (6,7 visitas de medicina de familia, 5,9 visitas de pediatría y 3,4 visitas de enfermería por habitante y año).

La modernización del sistema de información de atención primaria, con la implantación de la historia clínica electrónica en todo el territorio aragonés, así como en otros lugares de España, ha supuesto cambios en la manera de obtener los datos sobre la actividad que se realiza en las consultas de atención primaria. Las variaciones observadas en la frecuentación entre territorios o entre periodos de

tiempo pueden estar influidas por el proceso de cambio de los sistemas de información de atención primaria.

CONSULTAS DE MEDICINA DE FAMILIA DE ATENCIÓN PRIMARIA (2008 – 2009)

	CENTRO		DOMICILIO		TOTAL	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
ALCAÑIZ	375.594	341.501	18.345	16.829	393.939	358.330
BARBASTRO	587.132	572.504	27.343	25.979	614.475	598.483
CALATAYUD	395.689	342.779	11.862	8.870	407.551	351.649
HUESCA	539.611	518.214	20.920	17.258	560.531	535.472
TERUEL	571.683	590.504	26.984	24.292	598.667	614.796
ZARAGOZA I	875.478	806.067	24.133	17.478	899.611	823.545
ZARAGOZA II	1.797.670	1.774.923	53.662	47.868	1.851.332	1.822.791
ZARAGOZA III	1.652.497	1.655.539	42.492	44.937	1.694.989	1.700.476
ARAGÓN	6.795.354	6.602.031	225.741	203.511	7.021.095	6.805.542

Fuente: SIAP. Dirección General de Planificación y Aseguramiento

CONSULTAS DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA (2008 – 2009)

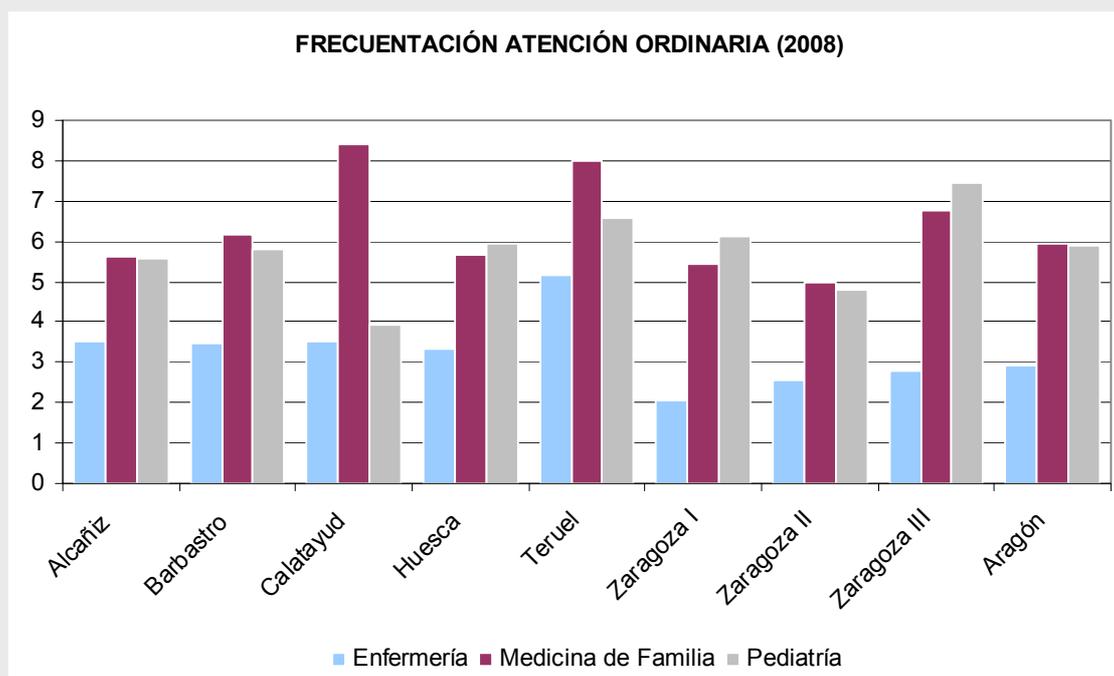
	CENTRO		DOMICILIO		TOTAL	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
ALCAÑIZ	38.891	46.086	3	41	38.894	46.127
BARBASTRO	69.188	77.957	9	31	69.197	77.988
CALATAYUD	18.172	18.358	13	14	18.185	18.372
HUESCA	71.751	77.336	7	23	71.758	77.359
TERUEL	48.898	47.094	43	62	48.941	47.156
ZARAGOZA I	187.738	190.178	289	287	188.027	190.465
ZARAGOZA II	232.828	234.985	577	491	233.405	235.476
ZARAGOZA III	266.544	274.492	361	514	266.904	275.007
ARAGÓN	934.010	966.486	1.302	1.463	935.311	967.950

Fuente: SIAP. Dirección General de Planificación y Aseguramiento

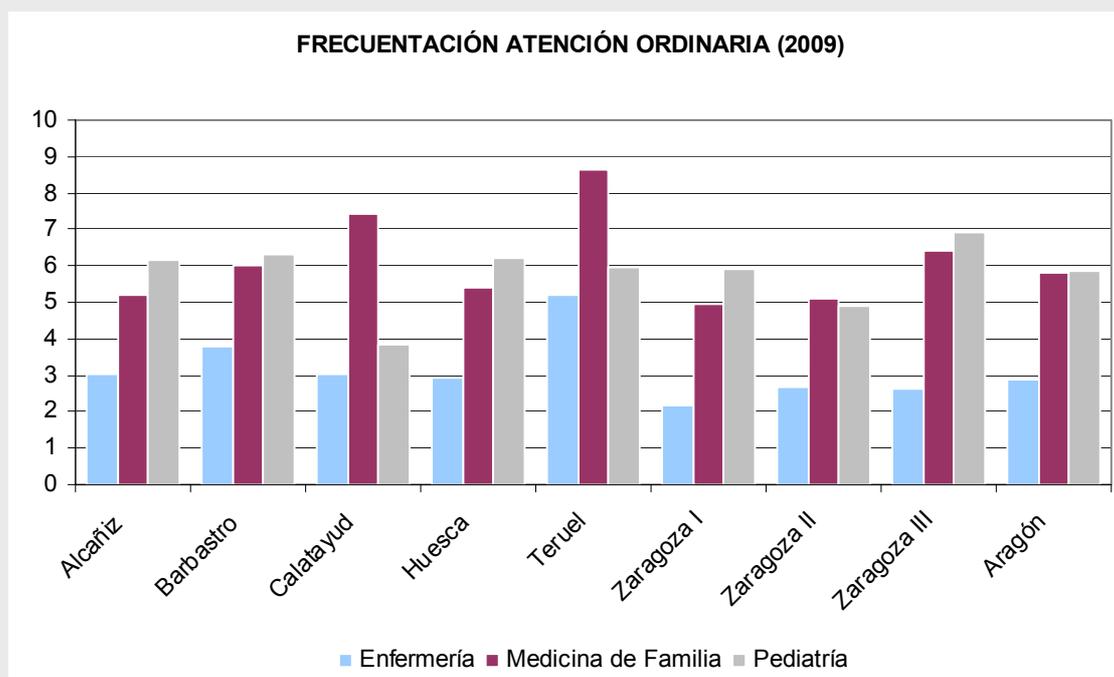
CONSULTAS DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA (2008 – 2009)

	CENTRO		DOMICILIO		TOTAL	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
ALCAÑIZ	230.038	198.916	41.310	34.427	271.348	233.343
BARBASTRO	340.378	375.878	43.806	45.914	384.184	421.792
CALATAYUD	166.119	141.330	20.061	16.617	186.180	157.947
HUESCA	327.745	295.205	42.306	29.723	370.051	324.928
TERUEL	363.202	359.755	60.821	54.245	424.023	414.000
ZARAGOZA I	363.032	399.355	35.574	33.870	398.606	433.225
ZARAGOZA II	987.947	1.003.665	92.226	90.167	1.080.173	1.093.832
ZARAGOZA III	693.959	724.760	110.676	78.287	804.635	803.047
ARAGÓN	3.472.420	3.498.864	446.780	383.250	3.919.200	3.882.114

Fuente: SIAP. Dirección General de Planificación y Aseguramiento



Fuente: SIAP. Dirección General de Planificación y Aseguramiento



Fuente: SIAP. Dirección General de Planificación y Aseguramiento

1.4.1.2.2.2. Urgencias AP

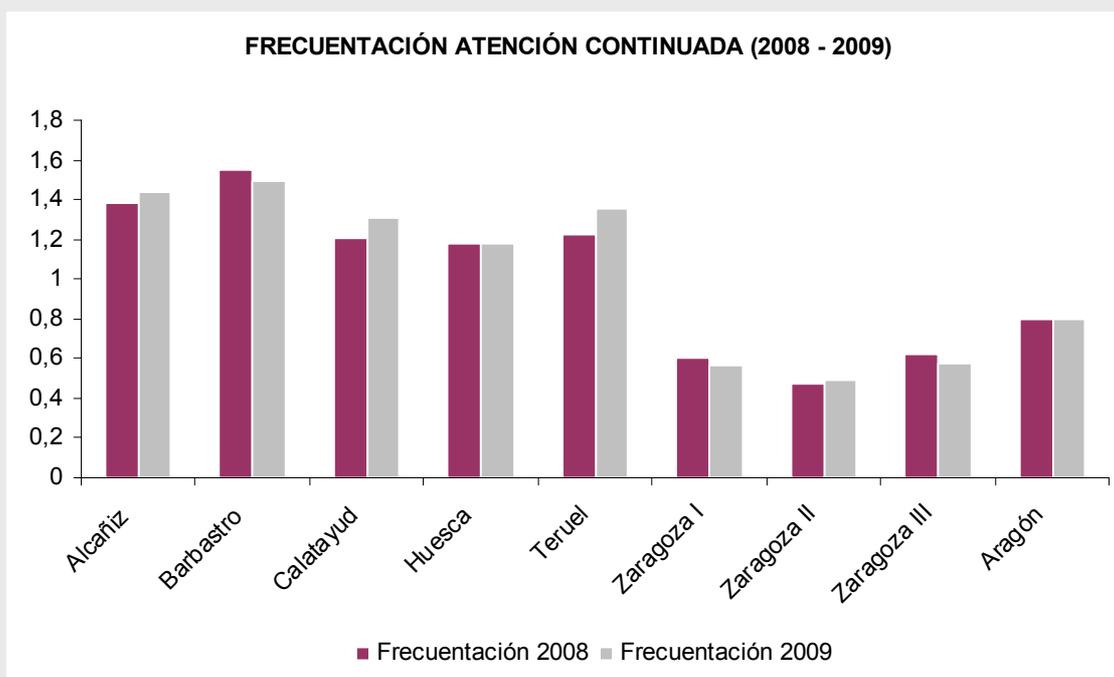
El número de visitas urgentes solicitadas a los profesionales de atención primaria en el periodo 2008 – 2009, ya sean atendidas en el centro de salud o en el domicilio del paciente, oscila entre un máximo de 1, 5 visitas por habitante y año y un mínimo de 0,47 visitas por habitante y año. Tal y como muestra el gráfico sobre frecuentación de atención continuada, la utilización de este servicio se produce sobre todo en zonas rurales, siendo menor en las zonas urbanas.

En España, en el año 2008, la frecuentación general a urgencias en atención primaria fue de 0,7 visitas por habitante y año.

ATENCIÓN URGENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA (2008 – 2009)

	CENTRO		DOMICILIO		TOTAL	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
ALCAÑIZ	93.906	97.917	12.651	12.692	106.557	110.609
BARBASTRO	157.486	156.724	14.725	10.530	172.211	167.254
CALATAYUD	55.228	59.136	8.935	9.145	64.163	68.281
HUESCA	119.591	123.540	11.352	8.377	130.943	131.917
TERUEL	88.985	95.226	11.763	12.256	100.748	107.482
ZARAGOZA I	112.280	109.894	5.573	2.797	117.853	112.691
ZARAGOZA II	185.090	187.429	14.532	12.454	199.622	199.883
ZARAGOZA III	164.246	166.084	12.939	8.652	177.185	174.736
ARAGÓN	976.812	995.950	92.470	76.903	1.069.282	1.072.853

Fuente: SIAP. Dirección General de Planificación y Aseguramiento



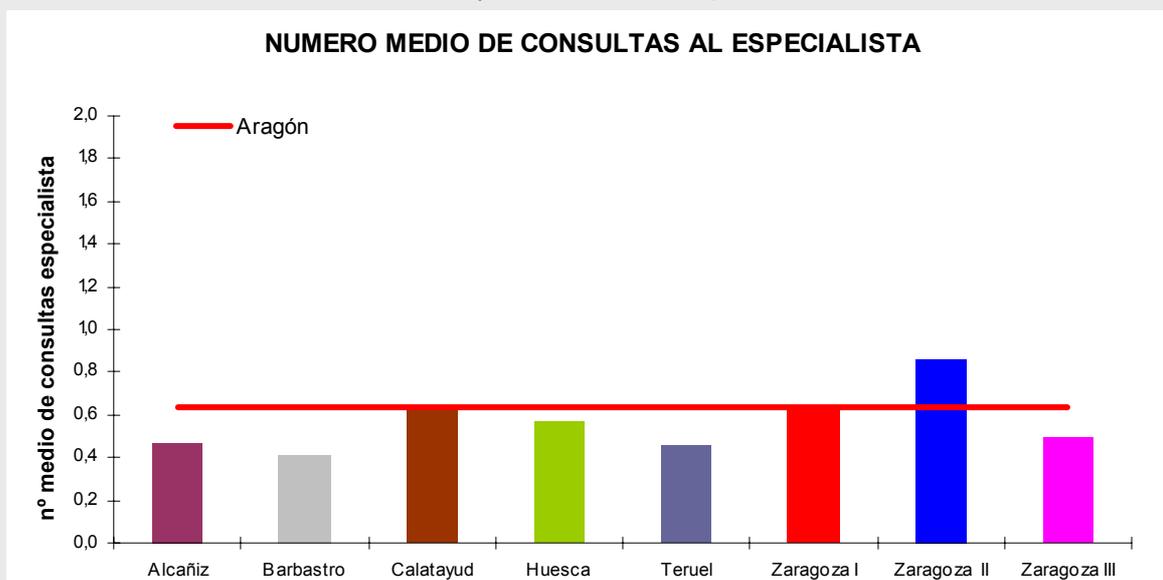
Fuente: SIAP. Dirección General de Planificación y Aseguramiento

1.4.1.3. Atención Especializada

1.4.1.3.1. Frecuentación declarada

1.4.1.3.1.1. Número medio de consultas al especialista (en mayores de 16 años y que hayan consultado en las 4 semanas anteriores). (ENS. 2006)

El número medio de consultas al especialista es de 0,63.



En España, el número medio es de 0,56.

1.4.1.3.1.2. Frecuentación registrada

Consultas realizadas por sector y por población asignada en 2008/9.

La atención especializada se lleva a cabo principalmente en el hospital, aunque también pueden desarrollarse cuidados especializados ambulatorios y extrahospitalarios (centros ambulatorios, hospitalización a domicilio, cirugía ambulatoria). El hospital se caracteriza por sus medios tecnológicos y su capacidad para atender procesos complejos. En el hospital se puede diferenciar y destacar el área de hospitalización, área ambulatoria, y servicios diagnósticos y de tratamiento.

Se estudia la actividad y frecuentación en los hospitales públicos con finalidad asistencial general y de media larga estancia localizados en cada sector sanitario respecto a la población de referencia.

En el área ambulatoria, analizamos las consultas externas por especialidades médicas, quirúrgicas, pediatría, obstetricia y total para cada sector sanitario y Sistema de Salud de Aragón.

En Sistema de Salud de Aragón en 2009 se han realizado 2.308.470 consultas externas, de éstas 33,33% son primeras consultas. La relación de consultas sucesivas y primeras es 2. Respecto al 2008 han aumentado las consultas externas primeras un 4,8 %, han disminuido las sucesivas por tanto ha mejorado la relación de consultas sucesivas/primeras.

CONSULTAS EXTERNAS DE ESPECIALIZADA 2009

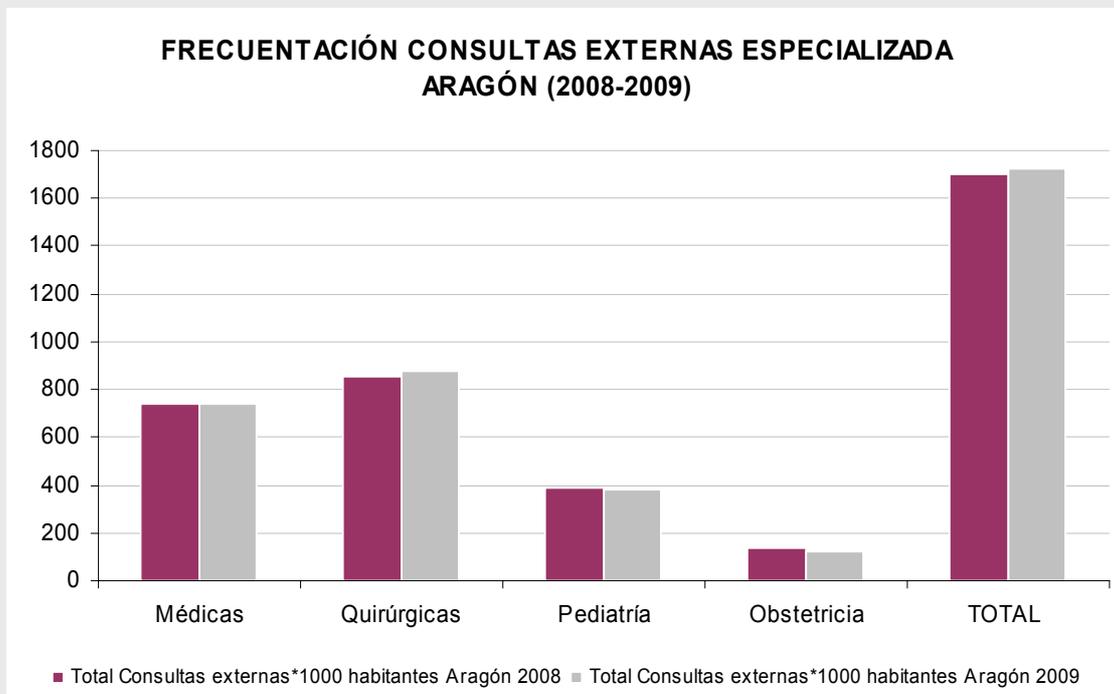
	Médicas		Quirúrgicas		Pediatría		Obstetricia		TOTAL	
	Primera	Totales	Primera	Totales	Primera	Totales	Primera	Totales	Primera	Totales
ALCAÑIZ	13.870	60.748	18.423	48.380	979	3.546	623	4.212	33.895	116.886
BARBASTRO	20.070	84.187	26.839	67.301	942	3.075	914	11.645	48.765	166.208
CALATAYUD	16.853	38.729	19.508	44.122	871	1.905	437	2.005	37.669	86.761
HUESCA	24.576	85.654	45.362	117.237	904	4.729	1.252	6.433	72.094	214.053
TERUEL	13.234	54.184	19.205	60.220	1.146	3.016	734	5.299	34.319	122.719
ZARAGOZA I	43.671	130.476	67.120	163.697	0	0	0	0	110.791	294.173
ZARAGOZA II	89.336	306.845	140.340	424.789	8.245	35.808	7.140	35.593	245.061	803.035
ZARAGOZA III	72.929	227.979	107.973	247.451	2.630	9.813	3.275	19.392	186.807	504.635
SISTEMA DE SALUD DE ARAGÓN	294.539	988.802	444.770	1.173.197	15.717	61.892	14.375	84.579	769.401	2.308.470

Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada –EHA-. Dirección General de Planificación y Aseguramiento

La frecuentación de consultas externas en 2009 ha sido de 1722,26 consultas por 1000 habitantes, mayor que en el 2008. La frecuentación de consultas por especialidades varía en los sectores: en médicas 658,08 consultas por 1000 habitantes en Zaragoza I a 792,08 en Alcañiz; en quirúrgicas desde 600,61 en Barbastro a 1049,18 en Huesca; en pediatría desde 248,30 en Barbastro a 745,53

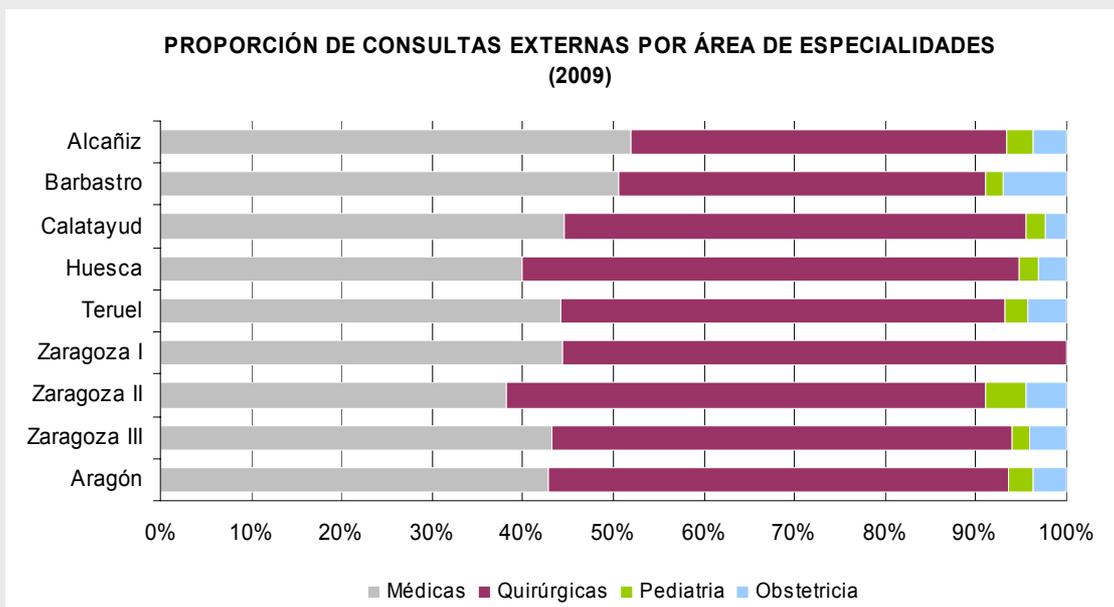
en Zaragoza II; obstetricia desde 77,59 Calatayud a 212,53 en Barbastro y en total desde 1483,28 Barbastro o 1483,71 Zaragoza I a 1980,72 en Zaragoza II. La frecuentación se ve influenciada por la diferente oferta de consultas de especialidades entre sectores, habiendo especialidades de referencia.

Las consultas externas de pediatría y de obstetricia por 1000 habitantes disminuyen en el 2009 respecto al 2008, las quirúrgicas aumentan 3% y las médicas se mantienen.



Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada –EHA-. Dirección General de Planificación y Aseguramiento

En todos los sectores se observa mayor proporción de consultas quirúrgicas tanto en 2009, excepto en Alcañiz y Barbastro que las consultas médicas son el mayor porcentaje sobre el total.



Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada –EHA-. Dirección General de Planificación y Aseguramiento

1.4.1.3.1.3. Hospitalización

1.4.1.3.1.3.1.. Hospitalización declarada

1.4.1.3.1.3.1.1. % Ingresados en los últimos 12 meses.

	Alcañiz	Barbastro	Calatayud	Huesca	Teruel	Zaragoza I	Zaragoza II	Zaragoza III	Total
Sí ha tenido ingresos hospitalarios	7,8	9,8	13,3	12,0	9,1	9,8	9,9	9,1	9,1

En España, el 10,16% de los adultos ha sido ingresado en el último año.

1.4.1.3.1.3.2.. Hospitalización registrada

1.4.1.3.1.3.2.1. Número de altas hospitalarias. Tasas totales por sector.

En 2009 se registran 131.2009 altas hospitalarias en el Sistema de Salud de Aragón.

La frecuentación hospitalaria en el 2008 ha sido de 97,77 altas por 1000 habitantes, en el 2009 ha sido de 97,88 altas por 1000 habitantes.

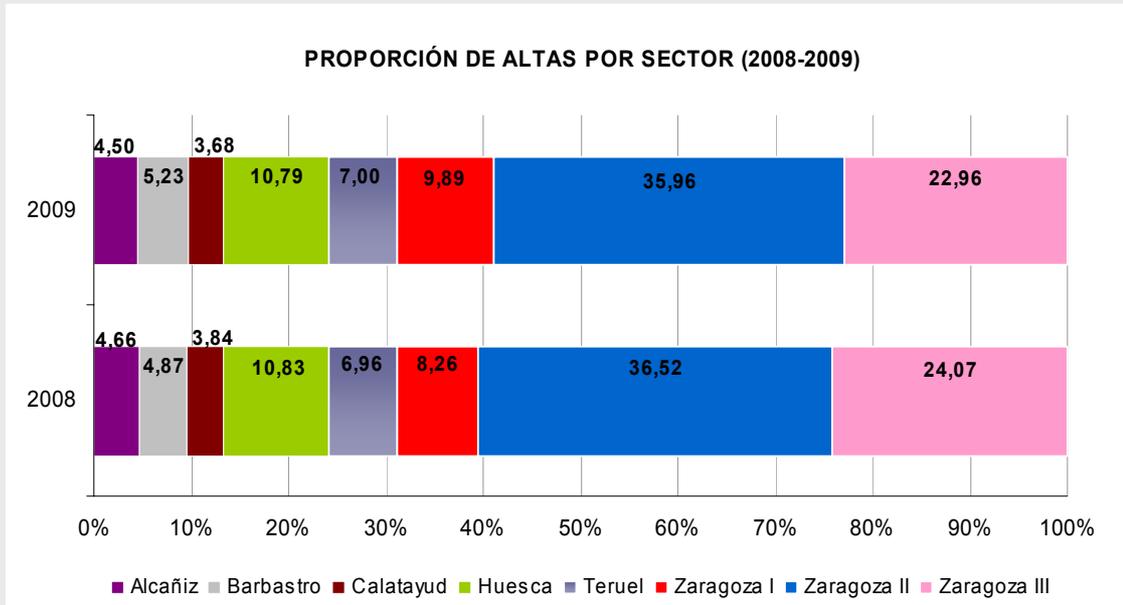
El total de altas registradas en el hospital durante el periodo de estudio por población asignada oscila desde 57,19 por 1000 habitantes en Barbastro en 2008 a 126,68 por 100 habitantes en Huesca en 2009.

ALTAS HOSPITALARIAS (2009)

	2009	
	altas	frecuentación
ALCAÑIZ	5.904	76,98
BARBASTRO	6.864	61,26
CALATAYUD	4.829	92,82
HUESCA	14.155	126,68
TERUEL	9.180	115,76
ZARAGOZA I	12.972	65,43
ZARAGOZA II	47.173	116,35
ZARAGOZA III	30.123	98,81
SISTEMA DE SALUD DE ARAGÓN	131.200	97,88

Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada –EHA-. Dirección General de Planificación y Aseguramiento

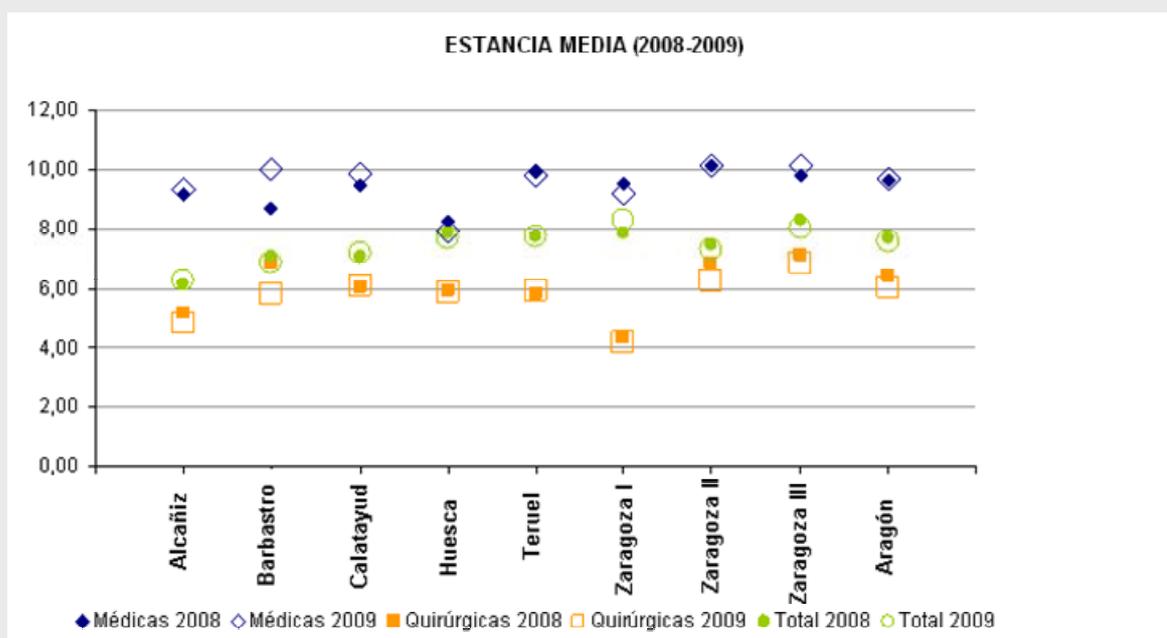
En 2009 del total de altas de Sistema de Salud de Aragón el mayor porcentaje son del sector de Zaragoza II. En 2009 respecto al 2008 se observa menos altas en sector Barbastro, Zaragoza I y aumento en Zaragoza II y Zaragoza III.



Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada –EHA-. Dirección General de Planificación y Aseguramiento

1.4.1.2.2.2. Estancia media por sector

En 2009 se registran 992.752 estancias hospitalarias. En 2008 la estancia media hospitalaria, promedio de días de estancia de cada paciente ingresado, fue de 7,66, en 2009 de 7,57.



Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada –EHA-. Dirección General de Planificación y Aseguramiento

En el análisis de la variación en la estancia media en distintas áreas de especialidades y entre sectores hay que considerar varios aspectos, principalmente la complejidad médica en los pacientes.

ESTANCIA MEDIA 2009

	Médicas	Quirúrgicas	UCI	Pediatría	Obstetricia	Geriatría	Total
ALCAÑIZ	9,35	4,79		2,59	2,73		6,22
BARBASTRO	10,03	5,81		2,67	2,84	69,21	6,87
CALATAYUD	9,85	6,11		2,82	3,11		7,18
HUESCA	7,92	5,86	5,17	2,19	3,24	24,26	7,70
TERUEL	9,77	5,94	5,17	2,82	3,12	18,79	7,77
ZARAGOZA I	9,16	4,16	6,26			17,39	8,30
ZARAGOZA II	10,12	6,25	7,37	3,54	3,34		7,31
ZARAGOZA III	10,13	6,85	5,61	5,33	3,03		8,01
SISTEMA DE SALUD DE ARAGÓN	9,70	6,00	6,42	3,38	3,18	20,47	7,57

Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada –EHA-. Dirección General de Planificación y Aseguramiento

1.4.1.2.2.2.3. Índice Ocupación por sector

En 2008 en Aragón, el índice de ocupación, proporción de camas funcionantes ocupadas es de 81,6 % y en 2009 es de 80,9 %. Las variaciones producidas en 2009 son de 76,16 % de camas ocupadas en Teruel a 84,88 % en Zaragoza III.

ÍNDICE OCUPACIÓN (2008-2009)

	2008	2009
ALCAÑIZ	84,59	84,19
BARBASTRO	77,46	77,23
CALATAYUD	81,39	77,53
HUESCA	83,41	81,79
TERUEL	75,73	76,16
ZARAGOZA I	79,87	81,77
ZARAGOZA II	81,43	79,40
ZARAGOZA III	84,00	84,88
SISTEMA DE SALUD DE ARAGON	81,65	80,93

Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada –EHA-. Dirección General de Planificación y Aseguramiento

1.4.1.2.2.2.4. Actividad asistencial en área quirúrgica, obstétrica y técnicas diagnósticas.

En los hospitales se han atendido en el año 2009, 10.422 partos de los que 1.981 han sido por cesárea, un 19,01%; en el 2008 fueron el 19,5 %. El porcentaje de cesáreas por sector varía de 25,66% a 15,33%.

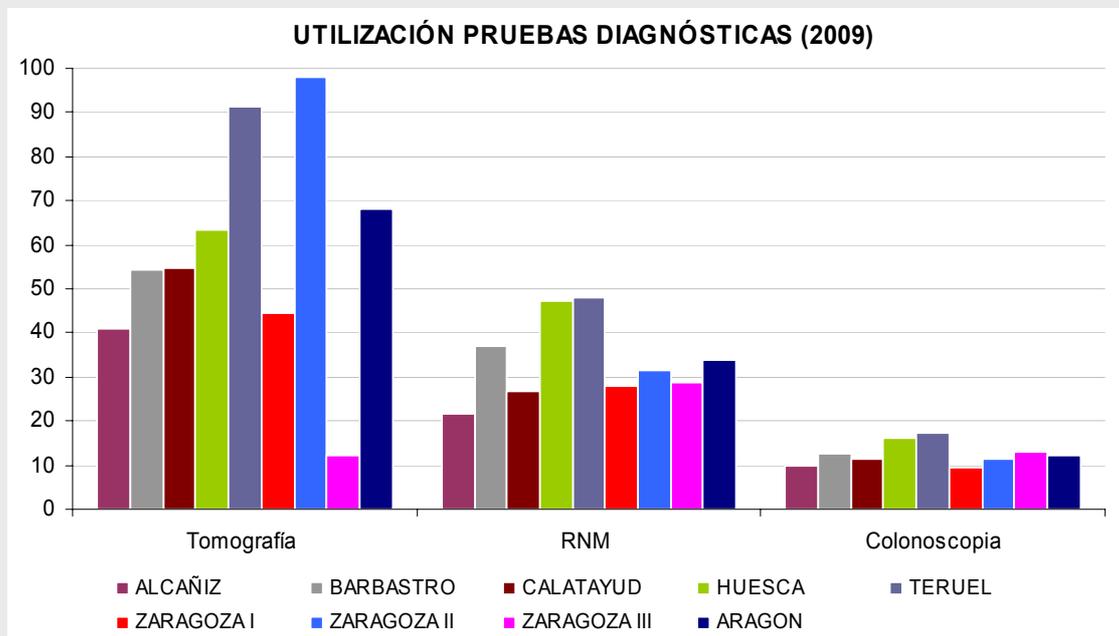
En los hospitales se han realizado en el año 2009, 88.039 intervenciones quirúrgicas de las cuales 31.003 se realizan con cirugía ambulatoria. En el 2009 el 35,22 % de las intervenciones quirúrgicas han sido ambulatorias, en el 2008 el 32,89 %. El porcentaje de intervenciones ambulatorias por sector varía de 26,15% a 64,21%. Porcentaje que no considera la complejidad del paciente quirúrgico y la oferta de cirugía hospitalaria y ambulatoria.

En los hospitales la utilización de las pruebas diagnósticas es diferente y en aumento. En 2009 la tasa de utilización (pruebas realizadas por cada 1000 pacientes) para TAC varía de 12,19 a 98,19 tomografías realizadas, para RNM varía de 21,80 a 47,84 resonancias realizadas, para colonoscopia varía de 9,39 a 17,23 colonoscopias realizadas. Variaciones de utilización que expresa la diferente oferta de tecnología y complejidad y patología de los pacientes atendidos en los sectores.

ACTIVIDAD EN ÁREA QUIRÚRGICA, OBSTÉTRICA Y TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS (2009)

	CESAREAS Porcentaje	INTERVENCION ES AMBULATORIA S Porcentaje	RADIODIAGNÓSTICO Y OTRAS PRUEBAS Tasa de Utilización/100 h		
			Tomografía a computeri zada	RNM	Colonosco pia
ALCAÑIZ	15,33	42,78	41,05	21,80	9,95
BARBASTRO	21,07	52,83	54,52	37,17	12,54
CALATAYUD	23,56	64,21	54,74	26,76	11,28
HUESCA	24,57	43,33	63,29	47,14	16,19
TERUEL	25,66	28,75	91,32	47,84	17,23
ZARAGOZA I		57,36	44,41	27,99	9,39
ZARAGOZA II	15,78	26,15	98,19	31,45	11,40
ZARAGOZA III	20,41	33,75	12,19	28,86	13,15
SISTEMA DE SALUD DE ARAGÓN	19,01	37,99	68,17	34,02	12,25

Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada –EHA-. Dirección General de Planificación y Aseguramiento



1.4.1.2.3. Urgencias hospitalarias

1.4.1.2.3.1. Urgencias declaradas

1.4.1.2.3.1.1. Distribución de los aragoneses según uso de servicios de urgencias en los últimos 12 meses.

El 25,4% de los adultos utilizaron el servicio de urgencias en los últimos 12 meses. Huesca presenta un porcentaje algo mayor, pero todos los sectores tienen un dato de utilización similar.

El 34,5% de los niños utilizaron el servicio de urgencias en los últimos 12 meses, siendo este porcentaje mayor en Barbastro y en Zaragoza I.

UTILIZARON EL SERV. DE URGENCIAS	Alcañiz	Barbastro	Calatayud	Huesca	Teruel	Zaragoza I	Zaragoza II	Zaragoza III	Total
ADULTOS	24,2	23,5	24,6	29,1	23,3	24,5	26,1	25,1	25,4
NIÑOS	31,4	50,2	29,0	34,5	38,1	49,3	24,8	32,4	34,5

En España, el 29,5% de los adultos y el 41,4% de los niños han utilizado el servicio de urgencias.

1.4.1.2.3.2. Urgencias registradas

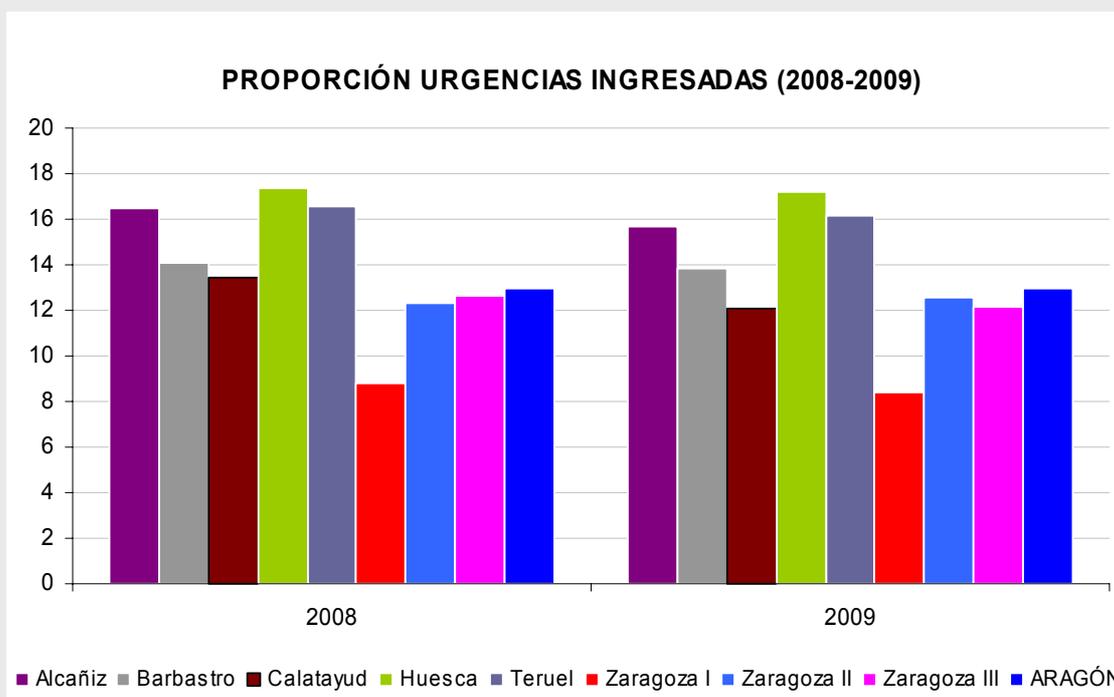
En urgencias hospitalarias se han atendido en el 2009, 566.330 urgencias. La frecuentación ha sido mayor en el 2009 que en el 2008, en todos los sectores excepto en Zaragoza II.

URGENCIAS ATENDIDAS (2008-2009)

	2008		2009	
	Urgencias	frecuentación	urgencias	frecuentación
ALCAÑIZ	21.196	274,58	21.891	285,43
BARBASTRO	31.976	287,59	32.111	286,57
CALATAYUD	25.851	487,01	26.430	508,02
HUESCA	48.041	432,41	48.445	433,54
TERUEL	30.703	373,25	31.220	393,68
ZARAGOZA I	67.591	345,45	75.687	381,74
ZARAGOZA II	212.751	526,59	201.110	496,05
ZARAGOZA III	126.989	420,47	129.406	424,48
SISTEMA DE SALUD DE ARAGON	565.098	422,81	566.300	422,50

Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada –EHA-. Dirección General de Planificación y Aseguramiento

La proporción de urgencias atendidas en las que se produce ingreso en el hospital por sectores en el año 2009 es menor respecto al año 2008 en todos los sectores excepto en Zaragoza II que aumenta ligeramente.



Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada –EHA-. Dirección General de Planificación y Aseguramiento

1.4.1.3. 061

1.4.1.3.1. Frecuentación registrada

1.4.1.3.1.1 Nº de llamadas

El 061 ARAGÓN cuenta con un centro coordinador de Urgencias, que gestiona la demanda de atención sanitaria urgente recibida a través de los teléfonos 061 y 112. Durante el año 2009, se recibieron un total de 345.784 llamadas. Desde el año 2000 ha ido aumentando el número de llamadas, hasta el año 2007 que se registró el mayor número de llamadas (352479). Cabe destacar que en el año 2008 hubo 344697 llamadas, algo inferior a las llamadas del 2007 y 2009, a pesar de coincidir con la celebración de la Expo Intenacional 2008.

1.4.1.3.1.2. Actividad por tipo de ambulancia (total y mensual)

Para la prestación del servicio de asistencia y transporte sanitario de urgencia y emergencia el 061 ARAGÓN cuenta con: Unidades Móviles de Emergencia (UMEs), Unidades Móviles de vigilancia Intensiva (UVIs), Ambulancias de Soporte Vital Básico (SVB), y ambulancias convencionales (AMB convencionales), además coordina con el 112 los traslados sanitarios en helicóptero y con la Guardia Civil la medicalización de los helicópteros de la unidad de rescate de montaña.

Actividad por tipo de ambulancia	Actividad anual	Media mensual
UMEs	11880	990
UVIs	9369	781
SVB	26371	2198
AMB convencionales	33671	2806
Helicoptero	680	57

1.4.1.3.1.3. Tratamientos de fibrinólisis

En el mes de Abril del año 2003 el 061 Aragón puso en marcha el Programa de Fibrinólisis Extrahospitalaria en las Unidades Medicalizadas de Emergencias para el tratamiento de pacientes con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio (IAM) que cumplieran los criterios de inclusión. El desarrollo de este programa ha permitido acortar el retraso en el inicio del tratamiento trombolítico, aumentando su eficacia al realizarse dentro de las dos primeras horas de evolución del infarto. Durante este año 2009 se han realizado un total de 94 tratamientos fibrinolíticos, un 8% más que en el año 2008.

1.4.1.4. Atención a pacientes crónicos y dependientes

1.4.1.4.1. Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria

Las personas en situación de dependencia con patologías crónicas a menudo necesitan atención en su domicilio que es prestada por los profesionales de enfermería y medicina de los equipos de atención primaria, solos o en colaboración con los equipos de soporte de atención domiciliaria (ESAD).

En Aragón hay un ESAD en cada sector sanitario, aunque los ESAD correspondientes a los sectores de Zaragoza I, Calatayud, Alcañiz y Barbastro están conveniados.

Los cuidados que prestan son de carácter paliativo o de mantenimiento para pacientes con alto nivel de dependencia para las actividades de la vida diaria.

En el año 2009 se han atendido 1.641 pacientes en estos dispositivos, con un total de 6.921 visitas domiciliarias.

PACIENTES ATENDIDOS EN ESAD 2009

	Pacientes	Visitas
ALCAÑIZ	92	262
BARBASTRO	212	656
CALATAYUD	118	439
HUESCA	155	736
TERUEL	121	1.250
ZARAGOZA I	155	697
ZARAGOZA II	398	1.482
ZARAGOZA III	394	1.398
ARAGÓN	1.641	6.921

Fuente: Sistema de Información de ESAD-. Dirección General de Planificación y Aseguramiento

1.4.1.4.1.FRECIENTACION HOSPITALES CRONICOS

Los hospitales de convalecencia de Aragón produjeron 4140 altas en 2009. Esto supone un 10% de incremento global en el número de altas respecto al año anterior. (Fuente: Sistema de información HCO).

A lo largo del año se produjo el cambio del hospital San Jorge al hospital Nuestra Señora de Gracia, con disminución de su actividad. En el año 2009, también, el centro sociosanitario de Fraga dejó de funcionar para pasar a integrarse en el Centro Sanitario de Alta Resolución Bajo Cinca, perteneciente al Consorcio Aragonés de Alta Resolución.

INDICADORES HOSPITALES DE CONVALECENCIA 2009

	Altas	E. Media
H SAGRADO CORAZON HUESCA	913	25.1
H SAN JOSE TERUEL	585	19.6
H NUESTRA SEÑORA DE GRACIA ZARAGOZA	1.149	14.3
H SAN JUAN DE DIOS ZARAGOZA	1.493	37
TOTAL	4.140	25.6

1.4.1.5. Salud Mental

1.4.1.5.1. Centros de Rehabilitación

En el año 2009 se revisaron en la Comisión para Ingresos y Seguimiento de Pacientes en Centros Sanitarios de Rehabilitación de Salud Mental y Comunidades Terapéuticas de Deshabitación, regulada por Orden de 27 de junio de 2008, 543 solicitudes de ingreso.

Revisiones 2009	543
Hospital	107
Centro de Día	227
Miniresidencias	6
Pisos	23
Unidades de inserción laboral y desarrollo ocupacional	39
Unidades de acompañamiento	66
Comunidades terapéuticas de deshabitación	62

En el año 2009 549 pacientes distintos fueron atendidos en los Centros de Rehabilitación psicosocial con internamiento, de los que 92 fueron nuevos casos.

En el mismo periodo 542 pacientes fueron atendidos en centros de Día.

1.4.1.6. ACCESIBILIDAD DEL CIUDADANO

DEMORA EN LA ATENCIÓN

A finales de 2009 la demora media para intervención quirúrgica en Aragón era de 79 días.

DIAS DE DEMORA PARA INTERVENCION QUIRURGICA (a 31/12/2009)

ESPECIALIDAD	DIAS DE DEMORA
CIRUGIA GENERAL	87
GINECOLOGIA	57
OFTALMOLOGIA	72
ORL	76
TRAUMATOLOGIA	81
UROLOGIA	63
TOTAL	79

Para Consultas Externas de Atención especializada, la demora media era de 51 días

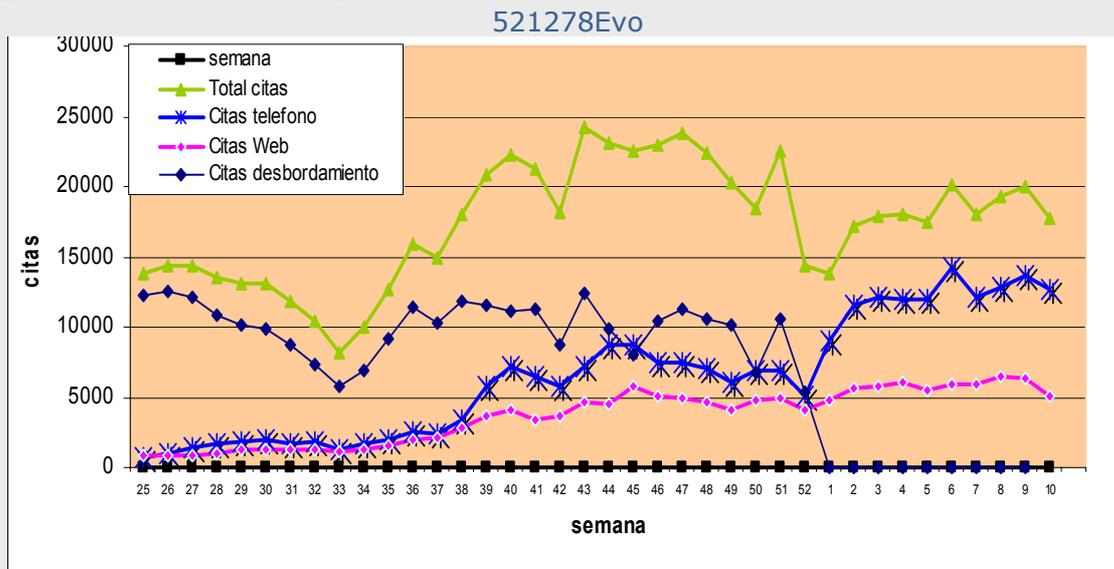
DIAS DE DEMORA PARA CONSULTA EXTERNA (A 31/12/2009)

ESPECIALIDAD	Días de demora
CARDIOLOGÍA	48,6
DERMATOLOGÍA	64,4
DIGESTIVO	63,8
ENDOCRINOLOGÍA	53,0
NEUMOLOGÍA	26,8
NEUROLOGÍA	52,2
CIRUGIA. GENERAL.	21,4
UROLOGÍA	33,6
TRAUMATOLOGÍA	96,7
OTORRINOLARINGOLOGÍA	24,2
OFTALMOLOGÍA	59,4
GINECOLOGÍA	54,7
TOTAL	51,3

SALUD INFORMA

Desde el inicio del servicio Salud informa ha concertado más de 500.000 citas de las cuales, más del 30 % de las mismas se han realizado a través de Internet. En enero de 2010, las citas acordadas suponen globalmente el 12.1 % del total de los huecos de demanda de A.P. La duración media de llamadas ha sido de 50 segundos.

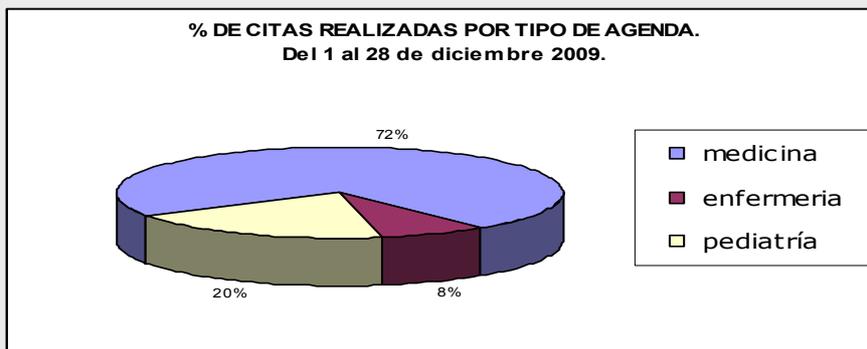
Evolución citas de Salud Informa



Las citas por desbordamiento descienden en la semana 1 ya que se decide eliminarlo.

Citas por tipo de profesional:

El 72,4 % de las citas acordadas corresponden a medicina, el 19,8 % a pediatría y el 7.8 % a enfermería.



Visitas al portal Salud Informa

Desde su apertura en Mayo ha recibido más de un millón de visitas, con una media de 13.000/semana.

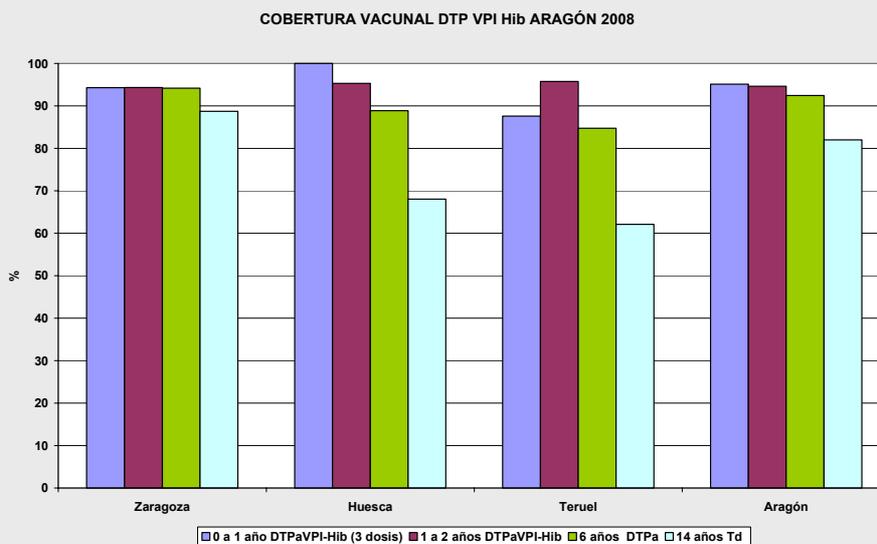
La página más visitada es la de cita previa seguida de las listas de espera y el localizador de centros sanitarios por calles.

1.4.2. PRÁCTICAS PREVENTIVAS

1.4.2.1. Coberturas vacunales 2008

1.4.2.1.1. DTP, VPI, Hib

En Aragón, la cobertura vacunal hasta los 6 años de DTP, VPI y Hib se sitúa por encima del 90%. La cobertura de la dosis administrada a los 14 años de Td es del 82% en Aragón y por debajo del 90% en las tres provincias. Las diferencias por provincias se observan en el gráfico siguiente.

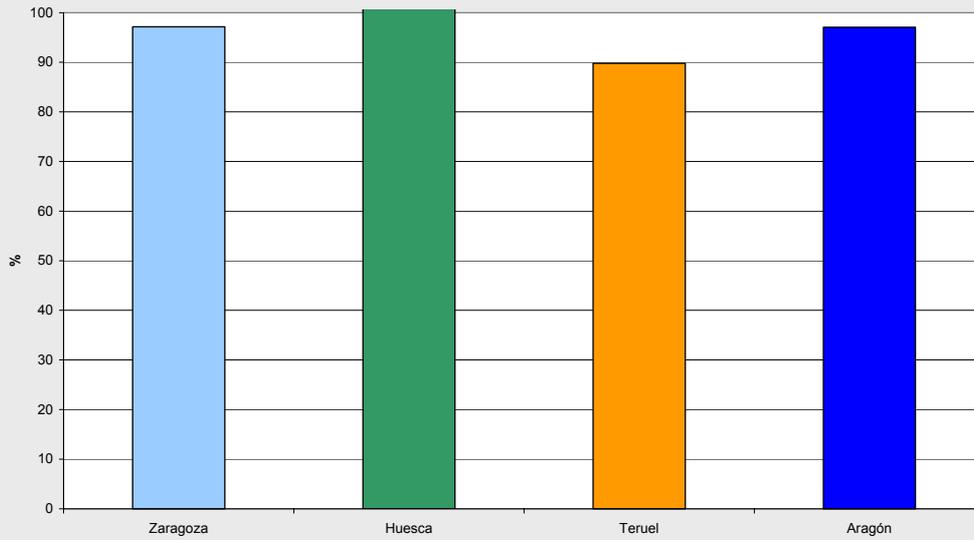


Teruel es la provincia que presenta menores coberturas en general para todas las dosis.

1.4.2.1.2. HEPATITIS B

La cobertura en Aragón de Hepatitis B con 3 dosis es del 97%. Teruel presenta una cobertura para las 3 dosis del 90%.

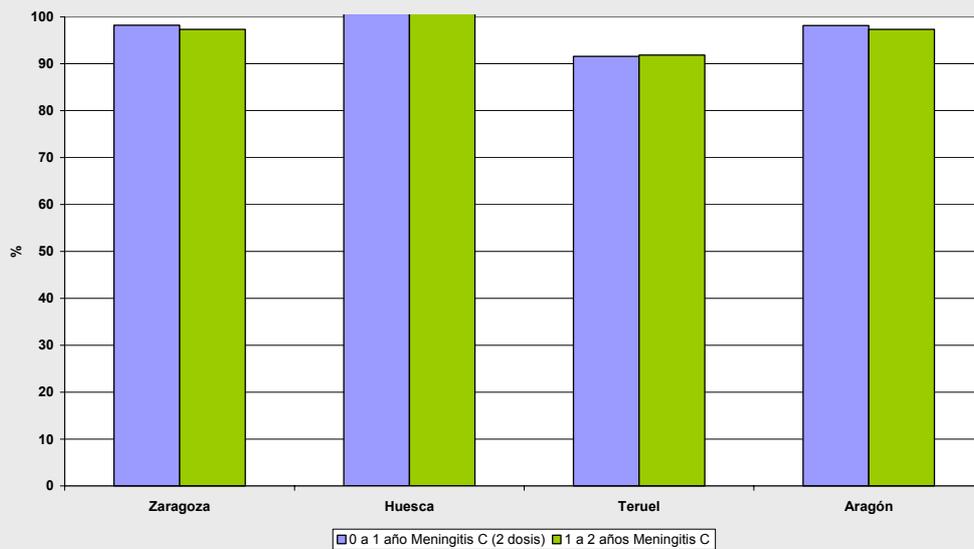
COBERTURA HEPATITIS B (3 DOSIS) ARAGÓN 2008



1.4.2.1.3. MENINGITIS C

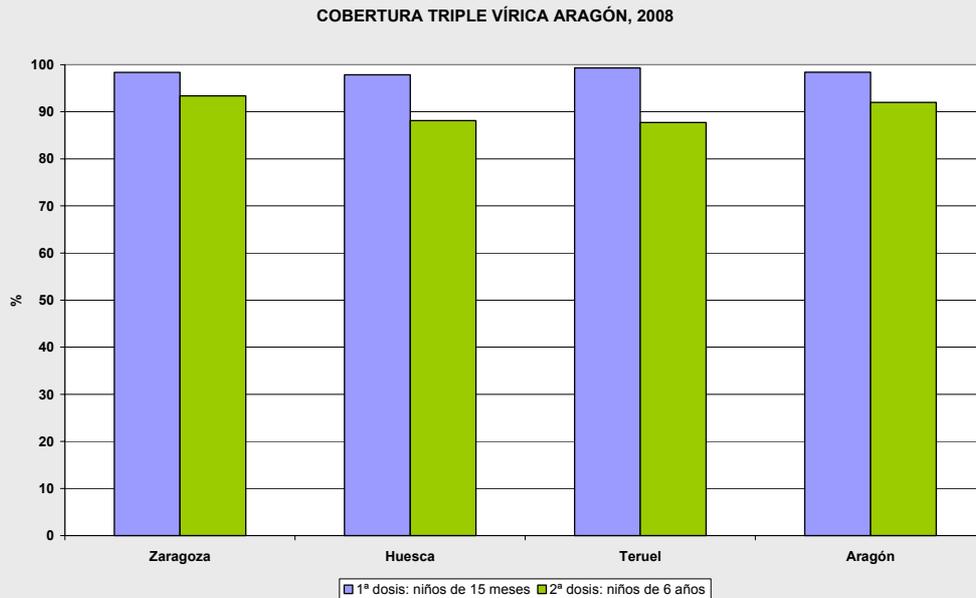
La cobertura en Aragón para las 3 dosis de Meningitis C es superior al 97%. Teruel presenta unas coberturas del 91% para las 3 dosis.

COBERTURAS MENINGITIS C, ARAGÓN 2008



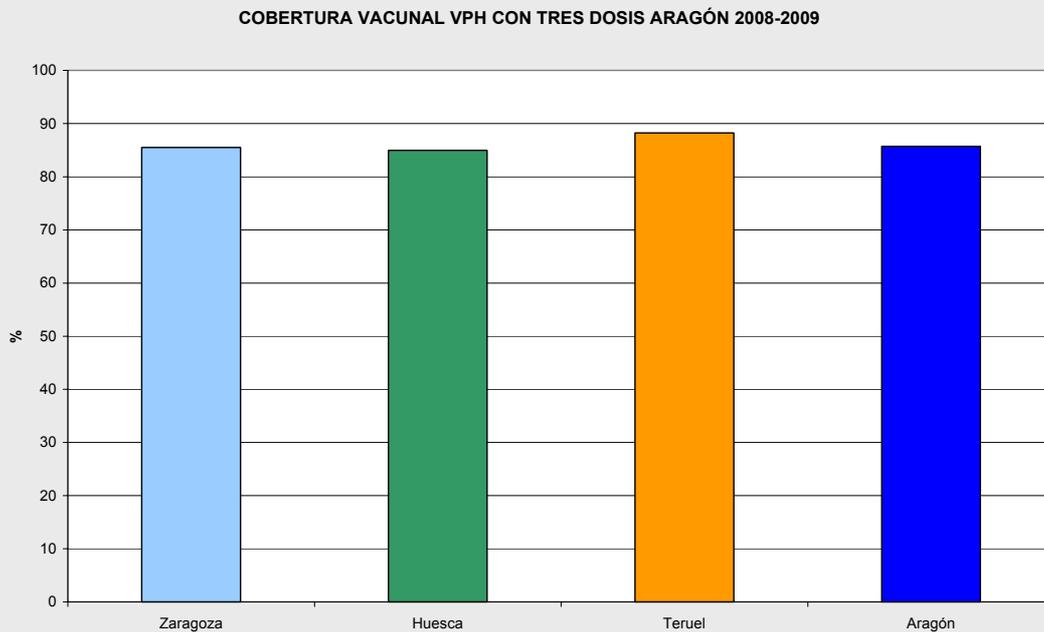
1.4.2.1.4. TRIPLE VÍRICA

La cobertura de la Triple Vírica en Aragón en el 2008 en la segunda dosis disminuye al 92%. Teruel presenta la cobertura menor en la segunda dosis, con un 87%.



1.4.2.1.5. PAPILOMA VIRUS

La cobertura para VPH con tres dosis es del 85,7% en Aragón.



1.4.2.1.6. GRIPE

La cobertura vacunal en los adultos de 65 años y mayores en Aragón en la temporada 2008-2009 fue de 63%.

1.4.2.2. Cribado Cáncer mama.

Los dos indicadores que se utilizan para la evaluación del programa de detección precoz del Cáncer de Mama en Aragón son los siguientes:

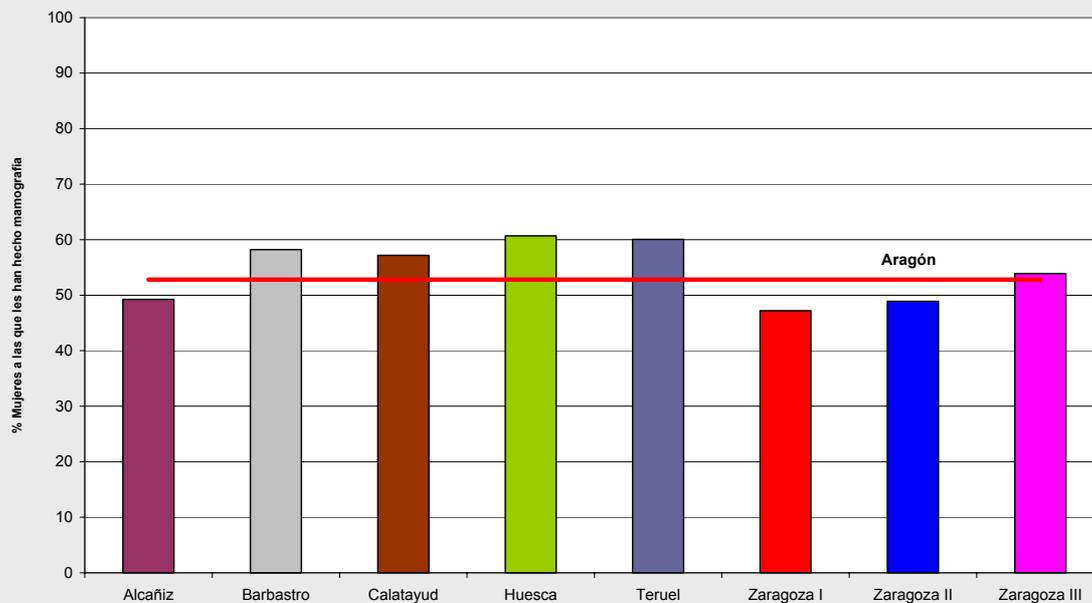
- Cobertura del screening⁹.
- Tasa de participación¹⁰.

Tabla. TASA DE COBERTURA Y PARTICIPACION (%)

La tasa global de participación a nivel nacional, en el 2007 fue de 76%.

Año	Tasa de cobertura	Tasa de participación
2004	69,4	68,1
2005	67,1	65,9
2006	70,1	69,4
2007	68,1	67,6
2008	71,5	71,2
2009	71,7	71,4

DISTRIBUCIÓN DE MUJERES SEGÚN LA REALIZACIÓN DE ALGUNA MAMOGRAFÍA



Fuente: Instituto Aragonés de Estadística (IAEST) según microdatos de la Encuesta Nacional de Salud 2006.

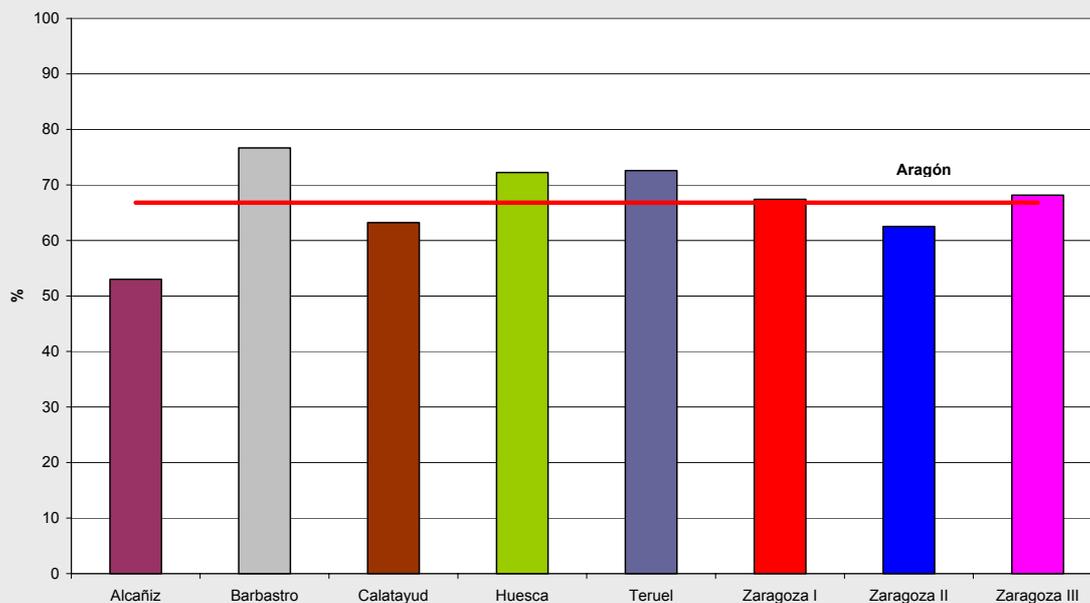
1.4.2.3. Distribución de mujeres a partir de los 16 años según la realización de citologías vaginales.

⁹ mujeres a las que se les hace una mamografía por la unidad de mama+mujeres citadas q se han hecho una mamografía en los últimos 6 meses de forma privada/ mujeres citadas en ese periodo (población elegible: 50-66 a. con criterios de exclusión: defunciones, tumores, dirección incorrecta, traslado residencia a otra ccaa)

¹⁰ mujeres a las que se les hace una mamografía por la unidad de mama / mujeres citadas en ese periodo (población elegible: 50-66 a. con crit de exclusión: defunciones, tumores, dirección incorrecta, traslado residencia a otra ccaa)

El denominador se obtiene de cruzar padrón y TIS.

DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES SEGÚN SE HAYAN REALIZADO CITOLOGÍA VAGINAL



Como se observa en el gráfico, el sector de Alcañiz presenta las cifras más bajas de realización de citología vaginal.

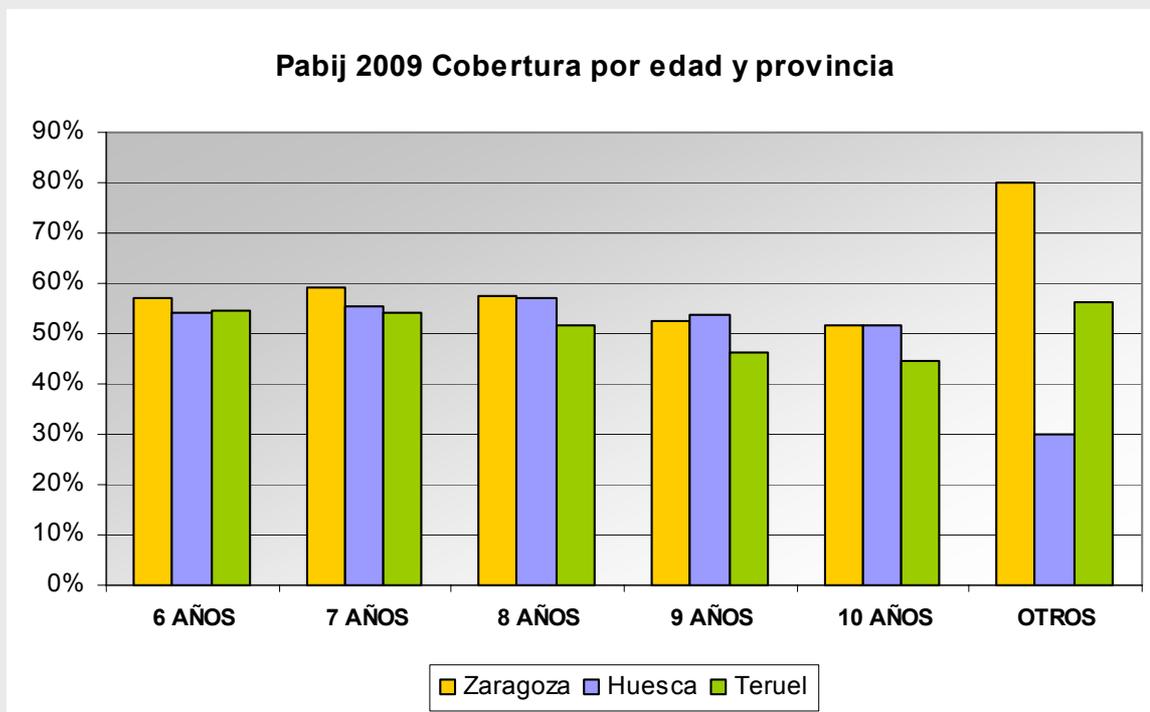
1.4.2.4. Atención sanitaria bucodental

La Orden de 28 de marzo de 2005, del Departamento de Salud y Consumo reguló la prestación de la atención sanitaria bucodental de la población infantil y juvenil de la Comunidad Autónoma de Aragón.

La prestación de asistencia bucodental se inició en el año 2005 con los niños que cumplían seis años. En cada nuevo ejercicio se incorporan las sucesivas cohortes que cumplen 6 años en el mismo. El programa, PABIJ*¹¹, estaba implantado en 2009 en los niños nacidos en los años 1999, 2000, 2001, 2002 y 2003 y 2004 que continuarán manteniendo la garantía de la asistencia bucodental hasta alcanzar la edad de 17 años.

En el año 2009, la cobertura global fue del 55,03 %. Por provincias, la cobertura fue mayor en Zaragoza y Huesca. Por cohortes de edad, se aprecia un aumento de la cobertura en las edades más tempranas con incorporación más reciente al programa (niños de 7 años).

Edad	Zaragoza			Huesca			Teruel			Aragón		
	Atend.	Usuarios	%	Atend.	Usuarios	%	Atend.	Usuarios	%	Atend.	Usuarios	%
6 AÑOS	5.141	8.991	57,18%	1.030	1.903	54,13%	637	1.166	54,63%	6.808	12060	56,45%
7 AÑOS	5.086	8.595	59,17%	1.047	1.886	55,51%	595	1.096	54,29%	6.728	11577	58,12%
8 AÑOS	4.956	8.605	57,59%	1.118	1.959	57,07%	613	1.188	51,60%	6.687	11752	56,90%
9 AÑOS	4.379	8.326	52,59%	1.006	1.869	53,83%	582	1.256	46,34%	5.967	11451	52,11%
10 AÑOS	4.233	8.199	51,63%	991	1.925	51,48%	491	1.098	44,72%	5.715	11222	50,93%
OTROS	158	198	79,80%	3	10	30,00%	23	41	56,10%	184	249	73,90%
TOTAL	23.953	42.914	55,82%	5.195	9.552	54,39%	2.941	5.845	50,32%	32.089	58311	55,03%



¹¹ PABIJ: Plan de Atención Bucodental Infantil y Juvenil

1.4.3. CONSUMO DE FÁRMACOS

1.4.3.1. Consumo de fármacos declarado

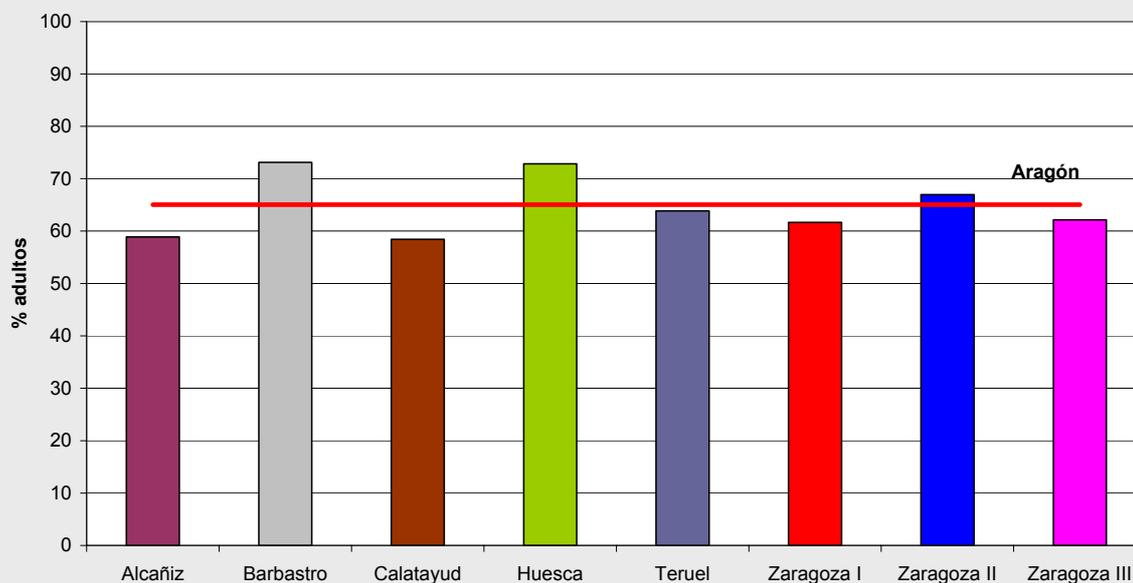
1.4.3.1.1. Distribución de adultos según el consumo de medicamentos (no naturistas) en las 2 semanas anteriores por Sector Sanitario.

El 65,1% de los adultos >16 años tomaron algún tipo de medicamentos en las 2 semanas anteriores a la realización de la entrevista. Calatayud es el sector con menor consumo de medicamentos.

Barbastro es el sector donde más porcentaje de la población ha consumido medicamentos en dicho periodo.

En España, el 69,8% de los mayores de 16 años tomaron algún tipo de medicamento en las 2 semanas previas.

DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS SEGÚN EL CONSUMO DE MEDICAMENTOS (NO NATURISTAS) EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS



1.4.3.1.2. Distribución de adultos según la automedicación por Sector Sanitario en las 2 semanas anteriores. (ENS 2006. IAE).

El 11,7% de los adultos aragoneses se han automedicado en las últimas 2 semanas. Los sectores con más automedicación son Huesca, 16,9% y Barbastro, 16,7%.

En España, el 14,6% de los adultos se han automedicado en las últimas 2 semanas.

1.4.3.2. Consumo de fármacos registrado por grupo terapéutico. 2009

En el año 2009, los fármacos que más gasto generaron en Aragón (excluido el gasto hospitalario) fueron los dirigidos a problemas del sistema cardiovascular y sistema nervioso. En 2009, el 38.7% de la población tomó algún medicamento para problemas cardiovasculares y uno de cada 5 tomó fármacos para problemas del sistema nervioso o del tracto alimentario y metabolismo.

PRINCIPALES GRUPOS TERAPEUTICOS (2009)

DESCRIPCIÓN	GASTO	DHD*¹²
SISTEMA CARDIOVASCULAR	88.837.313	387,76
SISTEMA NERVIOSO	84.544.764	198,69
TRACTO ALIMENTARIO Y METABOLISMO	48.353.667	214,46
SISTEMA RESPIRATORIO	29.396.449	86,38
AGENTES ANTINEOPLASICOS E INMUNOMODULADORES	28.142.389	9,62
SISTEMA MUCSCULOESQUELETICO	24.050.567	95,65
VARIOS	18.384.269	4,77
SANGRE Y ORGANOS HEMATOPOYETICOS	15.631.322	77,57
SISTEMA GENITOURINARIO Y H. SEXUALES	15.438.203	39,82
ORGANOS DE LOS SENTIDOS	9.923.763	36,73
PREPARADOS HORMONALES SISTÉMICOS EXCLUYENDO H. SEXUALES E INSULINAS	9.728.567	29,24
ANTIINFECCIOSOS PARA USO SISTEMICO	9.317.277	21,85
DERMATOLOGICOS	4.763.630	0,55
PRODUCTOS ANTIPARASITARIOS, INSECTICIDAS Y REPELENTES	398.435	0,34

Los subgrupos terapéuticos de mayor consumo fueron los inhibidores de la bomba de protones (como el omeprazol), los fármacos modificadores de los lípidos (como las estatinas), los ansiolíticos (benzodiazepinas) y analgésicos y antiinflamatorios. También destacan los fármacos antihipertensivos (como los antagonistas de la angiotensina).

¹² DHD:dosis por habitante y día anuales /Dosis Diaria Definida / número de habitantes

PRINCIPALES SUBGRUPOS TERAPEUTICOS (2009)

DESCRIPCIÓN	GASTO	ENVASES	DHDs
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (ANTIULCERA PEPTICA)	19.267.708	1.753.034	97,88
INHIBIDORES DE LA HMG-CoA REDUCTASA (MODIFICADORES LIPIDOS)	21.217.732	1.071.968	56,11
BENZODIAZEPINAS (ANSIOLITICOS)	2.193.194	994.582	35,88
ANILINAS (ANALGESICOS)	2.384.372	936.787	15,86
DERIVADOS DEL ACIDO PROPIONICO (AINES)	3.501.126	868.115	30,66
INHIBIDORES DE LA AGREGACION PLAQUETARIA	9.998.567	775.398	45,44
ANTAGONISTAS ANGIOTENSINA II SOLOS	15.977.652	579.266	57,80
MUCOLITICOS	1.540.486	516.729	17,68
INHIBIDORES ENZIMA CONVERTASA ANGIOTENSINA SOLOS	2.972.742	508.820	51,59
SULFONAMIDAS SOLAS (DIURETICOS ALTO TECHO)	1.912.659	456.481	19,85
INHIB. SELECTIVOS RECAPTACION SEROTONINA (ANTIDEPRESIVOS)	8.848.421	441.455	35,16
ANTAGONISTAS ANGIOTENSINA II ASOCIADOS A DIURETICOS	12.122.864	439.610	24,10
DERIVADOS DE DIHIDROPIRIDINA (BLOQUEANTES CALCIO EFECT.VASC)	5.817.209	404.183	30,79
BIGUANIDAS (ANTIDIABETICOS ORALES)	920.344	371.669	12,60
BIOFLAVONOIDES (VASOPROTECTORES)	3.272.873	325.844	18,38

Fuente: Sistema de Información de la Prestación Farmacéutica

Los principios activos más consumidos son del tipo de antiúlceras gástricas (Omeprazol), analgésicos y antiinflamatorios (Acido acetilsalicílico, ibuprofeno,...), antihipertensivos (Enalapril,...), modificadores de lípidos (estatinas) y ansiolíticos (lorazepam,...).

PRINCIPIOS ACTIVOS MÁS CONSUMIDOS (2009)

DESCRIPCIÓN	GASTO	ENVASES	DHDs
OMEPRAZOL	4.180.096,52 €	1.231.302,00	73,07
ACETILSALICILICO ACIDO	1.382.868,47 €	582.805,00	34,94
ENALAPRIL	849.600,06 €	272.523,00	28,67
ATORVASTATINA	15.248.709,73 €	425.705,00	27,58
IBUPROFENO	2.085.208,18 €	645.582,00	22,64
SIMVASTATINA	1.734.889,76 €	429.767,00	17,13
LORAZEPAM	824.989,91 €	412.873,00	16,96
CANDESARTAN	3.265.967,68 €	120.114,00	16,54
LORPETAZEPAM	574.567,22 €	221.427,00	16,43
LACTULOSA	609.091,14 €	107.808,00	15,85
PARACETAMOL	2.243.421,70 €	880.502,00	15,73

Fuente: Sistema de Información de la Prestación Farmacéutica

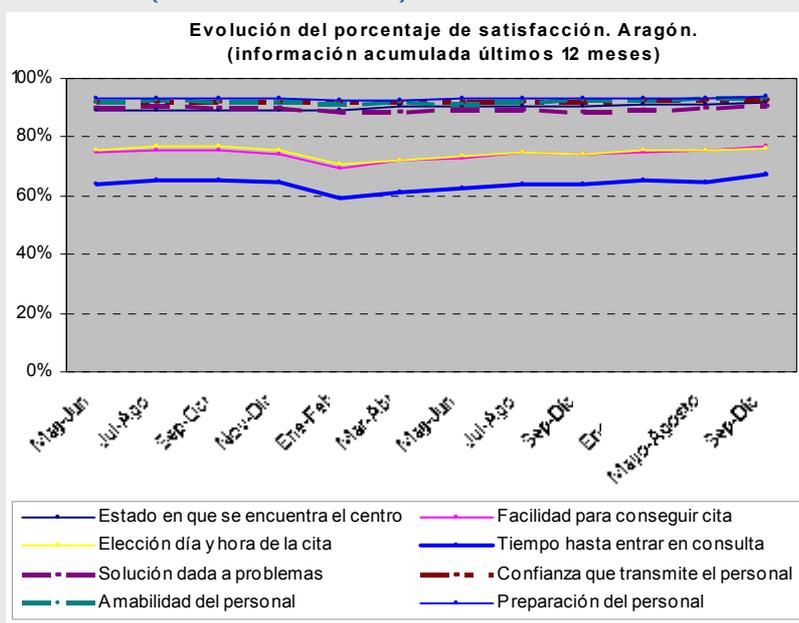
1.4.4. PERCEPCIÓN DEL USUARIO

1.4.4.1. ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN

Las encuestas de satisfacción realizadas por el SALUD, recogen la percepción de los usuarios de la atención sanitaria en los diferentes ámbitos: atención primaria, hospitalización, servicios de urgencias, atención sociosanitaria, urgencias 061, centros de especialidades y unidades de salud mental.

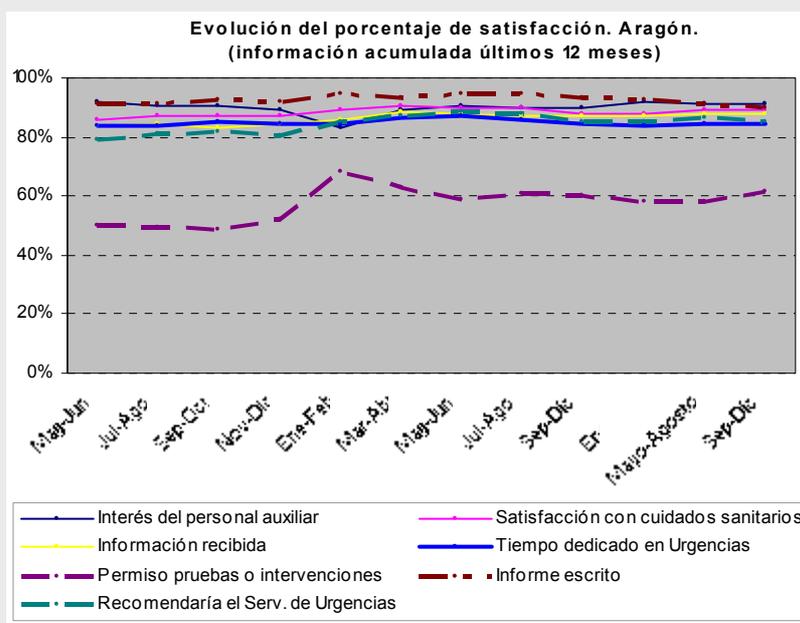
ATENCIÓN PRIMARIA

Los ciudadanos tienen gran confianza en el personal, su preparación y amabilidad tanto médico como de enfermería. Así mismo, se siente satisfecho con los cuidados sanitarios en el 92-93 % de los casos. Por el contrario, valoran peor el tiempo hasta entrar en la consulta y la facilidad para conseguir cita y elección del día de la consulta (inferior a un 80%)



AREA HOSPITALIZACIÓN

La percepción que los ciudadanos tienen del interés, la preparación, la amabilidad y la confianza que transmite el personal es muy alta, superior al 95 %. Lo peor valorado es la solicitud del permiso para realizar pruebas o intervenciones, en un 60%.



SERVICIOS DE URGENCIAS

Los ciudadanos tienen una valoración alta del interés, la preparación y la amabilidad del personal, siempre en torno al 90 %. La percepción que los ciudadanos tienen del estado de las instalaciones y el tiempo de espera para ser atendido está en torno al 80 % y 70 %, respectivamente

ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

La valoración que hacen los usuarios de la atención sociosanitaria es muy positiva en todos los aspectos analizados, situándose en todo momento por encima del 90 %.

ATENCIÓN DESDE EL 061

Los ciudadanos están muy satisfechos con la atención del servicio 061 y tienen una excelente opinión de la preparación del personal, del trato y del tiempo que transcurre hasta la llegada. En todos los casos recomendarían el servicio.

CONSULTAS DE ESPECIALIDADES

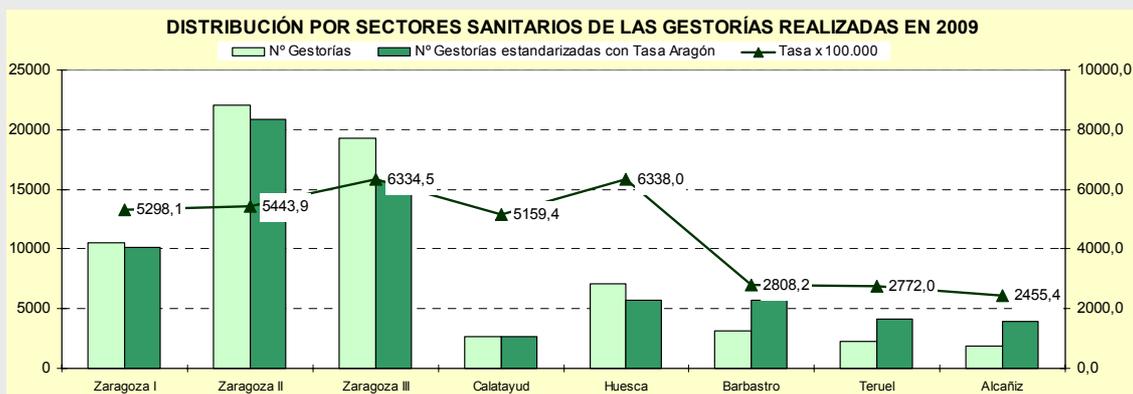
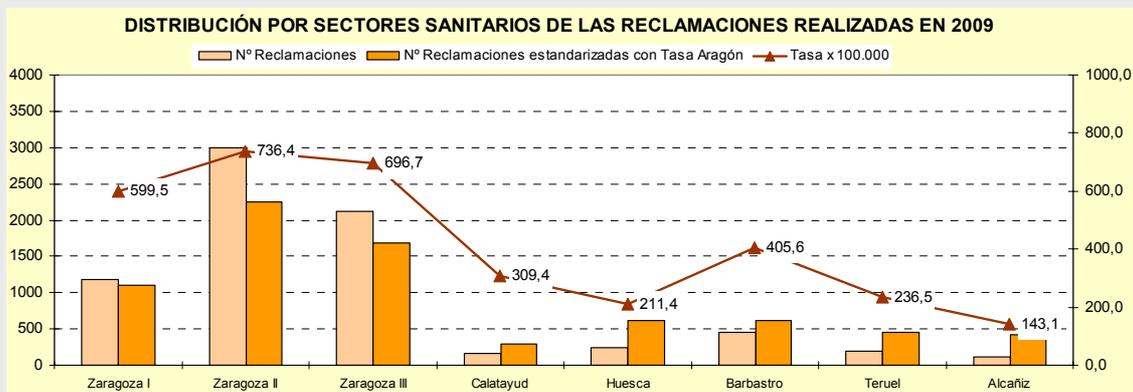
En relación con las consultas de especialidades, los ciudadanos valoran muy positivamente la preparación, amabilidad, interés y confianza del personal así como la solución dada a sus problemas y la satisfacción con los cuidados sanitarios. Perciben posibilidades de mejora cuando se les pregunta por la demora para la cita, y por el tiempo hasta entrar en la consulta.

UNIDADES DE SALUD MENTAL

Los usuarios de las unidades de salud mental recomendarían el centro en el 90 % de los casos. Tienen una elevada confianza en el personal y elevada satisfacción con los cuidados sanitarios recibidos por el interés que manifiestan los profesionales y su preparación. La demora en la obtención de cita y el tiempo hasta entrar en la consulta son los ítems con peores valoración, pero en todo caso son superiores al 75 %.

1.4.4.2. RECLAMACIONES Y GESTORÍAS

Los motivos más frecuentes de reclamaciones corresponden a listas de espera, demoras asistenciales o relacionadas con el proceso y el comp. Profesional. El análisis de las gestorías desvela que son las gestiones de documentación, las de demoras y las de apoyo a usuarios las que más se realizan.



Fuente: Dirección General de Atención al Usuario

2. ESTADO DE SALUD

IR A INDICE

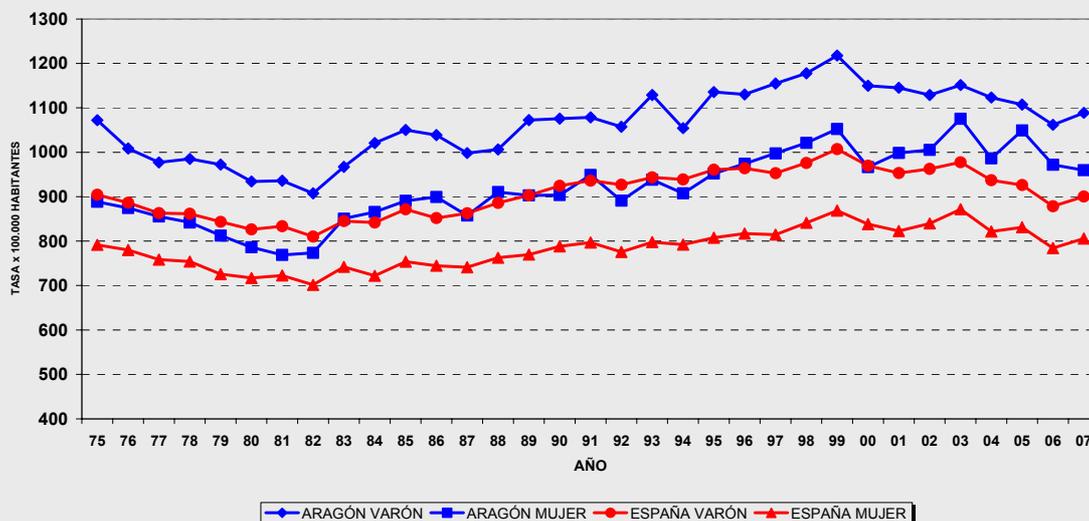
- 2. 1. MORTALIDAD
- 2.2. MORBILIDAD PERCIBIDA
- 2.3. MORBILIDAD DIAGNOSTICADA
- 2.4. DEPENDENCIA Y DISCAPACIDAD
- 2.5. SALUD LABORAL

2.1. MORTALIDAD

2.1.1. MORTALIDAD GENERAL. EVOLUCIÓN.

En los últimos 33 años, el número de defunciones en Aragón presenta un valor mínimo en torno a 10.000 muertes en el año 1982 y un máximo en el año 1999 de 13.500. Desde esa fecha se ha mantenido con irregularidades en el entorno de las 13.000 defunciones, lo que unido a un aumento de la población para esos años da como resultado unas tasas brutas en ligero descenso. La evolución ha sido muy similar a la de España, pero siendo las tasas brutas siempre superiores a la media nacional, dato directamente relacionado con el mayor envejecimiento de la población en Aragón (población mayor de 64 años en 2007: España 17%, Aragón 20%).

TASAS BRUTAS DE MORTALIDAD - ARAGÓN Y ESPAÑA 1975-2007



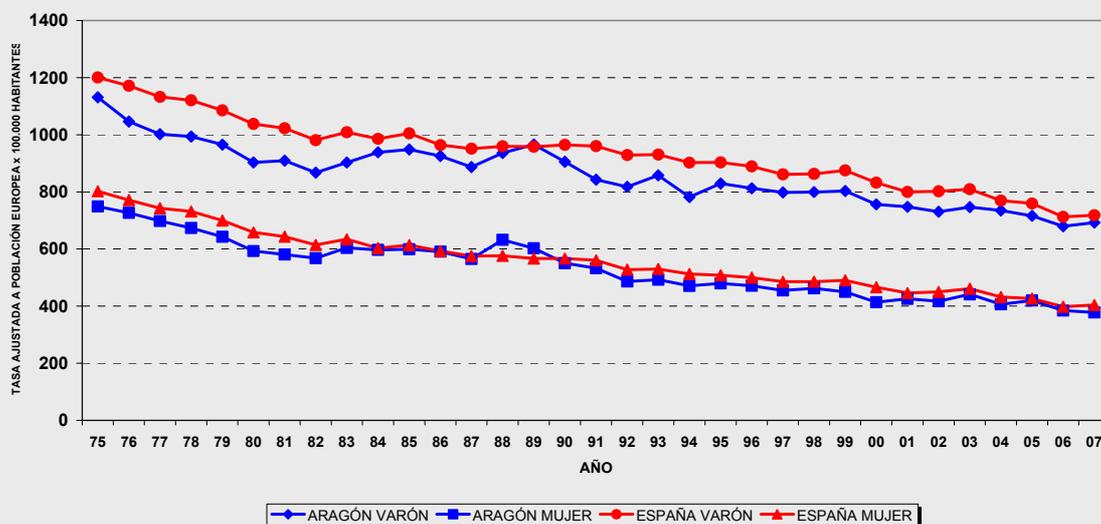
Fuente: INE-IAEst

Las tasas ajustadas a la población europea nos permiten realizar adecuadamente comparaciones entre diversos territorios, como España y Aragón, eliminando en parte el efecto de la diferente estructura de la pirámide de población sobre la mortalidad bruta.

Con los datos reflejados en la gráfica xx podemos observar que las tasas ajustadas de mortalidad han mantenido una tendencia descendente en todo el periodo mostrado (desde 1975), la misma tendencia que mantienen los datos nacionales,

pero al contrario que en las tasas brutas los valores de Aragón se han mantenido por debajo de la media nacional en todo el periodo.

TASAS AJUSTADAS DE MORTALIDAD - ARAGÓN Y ESPAÑA 1975-2007



Fuente: Dirección General de Salud Pública. Departamento de Salud Y Consumo.

2.1.2. MORTALIDAD GENERAL Y POR CAUSAS. ARAGÓN 2007.

En el año 2007 se produjeron 13.280 defunciones de residentes en Aragón (7.045 varones y 6.235 mujeres). Respecto a 2006 ha supuesto un aumento del 0,7 % en el número de muertes. Del total de defunciones, 476 se produjeron fuera de la Comunidad Autónoma (3,6%)

La tasa bruta de mortalidad ha sido de 10,2 por 1.000 habitantes (10,9 en varones y 9,6 en mujeres).

La tasa ajustada por edad a la población europea es de 5,2 por 1.000 habitantes (6,9 en varones y 3,8 en mujeres). La razón varón/mujer de tasas ajustadas es de 1,8.

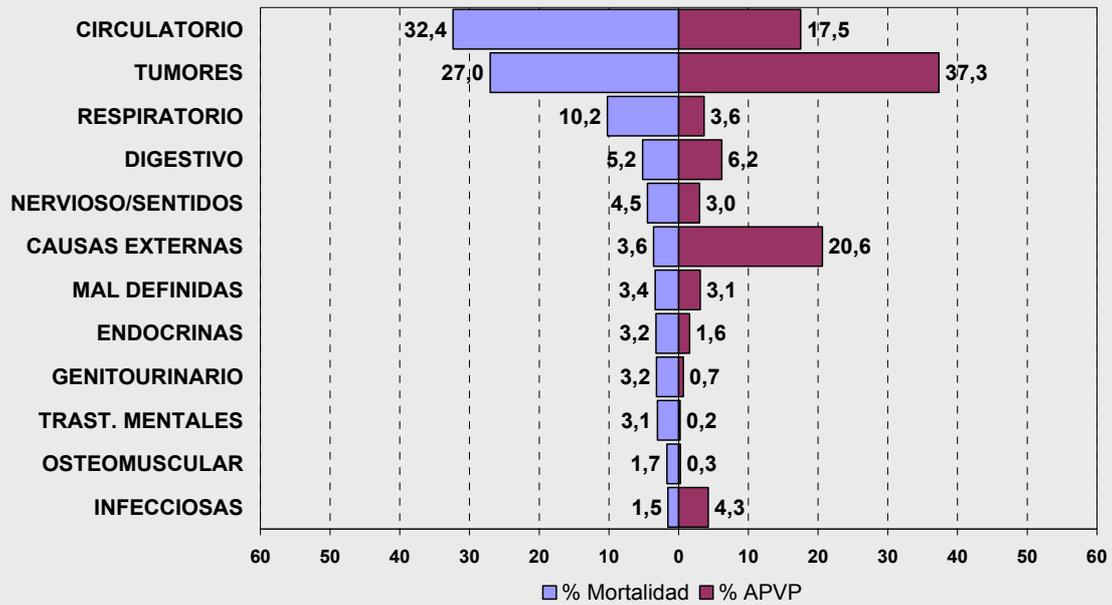
En los gráficos se representa la mortalidad proporcional por grandes grupos de causas, para el global de Aragón y por sexos y el porcentaje de Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) que supone cada causa sobre el total de APVP, como un buen indicador de mortalidad prematura que se comentará mas adelante.

Del total de las muertes, en ambos sexos y en mujeres son las **enfermedades del sistema circulatorio** la causa más frecuente. Desde el año 2000 en los varones, son los **tumores** la primera causa de muerte.

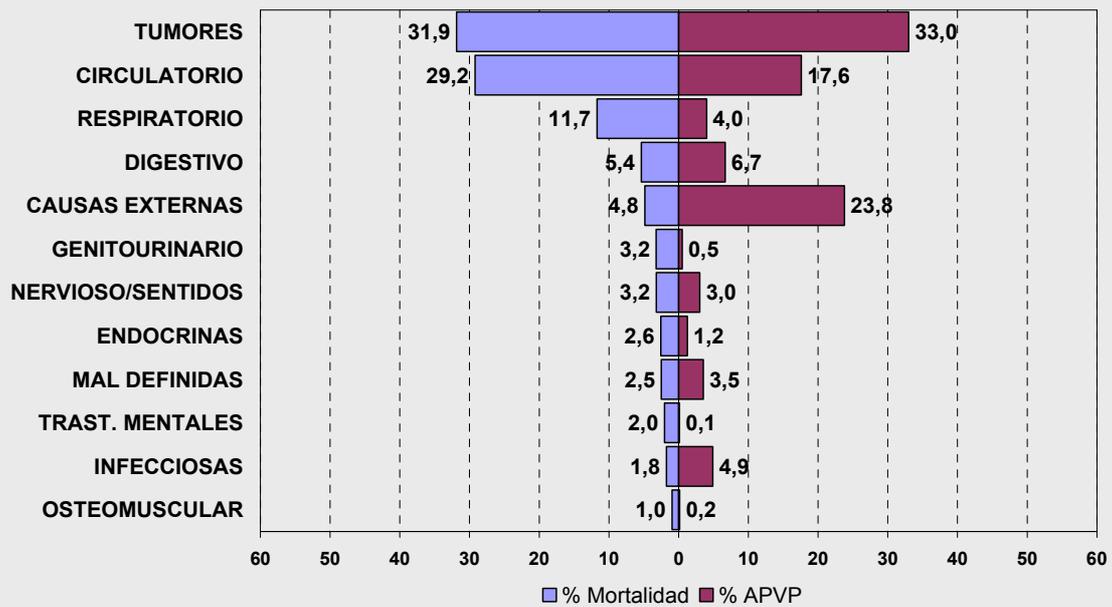
Globalmente, la suma de las tres primeras causas (circulatorio, tumores y respiratorio) suponen el 70% del total, con una importancia destacada sobre el resto.

Hay que resaltar cómo las causas externas, con un importante peso interno de los accidentes de tráfico, van descendiendo en su importancia relativa, ocupando el quinto puesto en los varones y el onceavo en las mujeres.

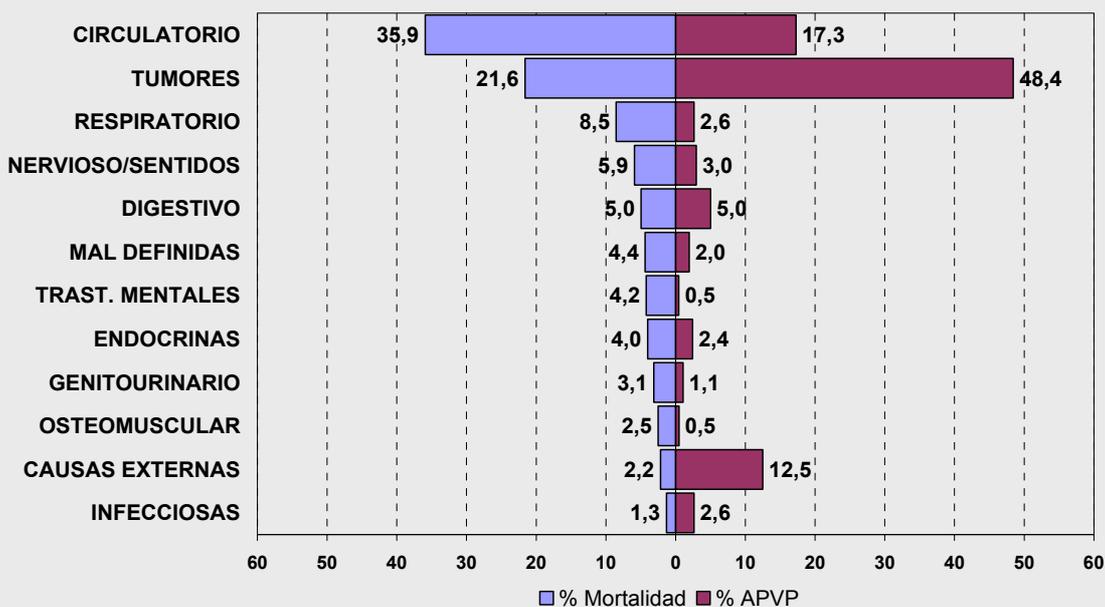
MORTALIDAD PROPORCIONAL Y % DE APVP. ARAGÓN 2007. AMBOS SEXOS



MORTALIDAD PROPORCIONAL Y % DE APVP. ARAGÓN 2007 HOMBRES



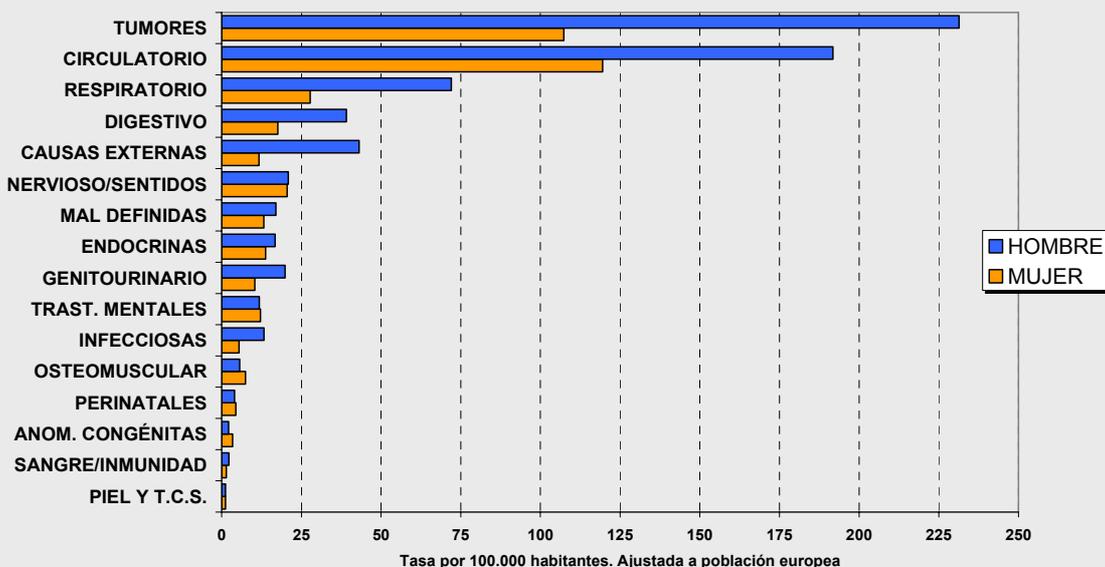
MORTALIDAD PROPORCIONAL Y % DE APVP. ARAGÓN 2007 MUJERES



Fuente: Dirección General de Salud Pública. Departamento de Salud Y Consumo.

En las tablas siguientes se presentan los grandes grupos de causas de muerte, ordenados de mayor a menor por sus tasas ajustadas a la población europea en lugar de por frecuencias absolutas. La primera causa para el total en esta ordenación son también los tumores como sucedía en el año 2006. El gráfico siguiente resalta la gran diferencia de tasas entre varones y mujeres para los principales grupos de causas.

TASAS AJUSTADAS DE MORTALIDAD. GRANDES GRUPOS DE CAUSAS ARAGÓN 2007. COMPARACIÓN ENTRE SEXOS



Fuente: Dirección General de Salud Pública. Departamento de Salud Y Consumo.

Tabla

MORTALIDAD POR GRANDES GRUPOS DE CAUSAS. ARAGÓN 2007. TOTALES

GRUPO CAUSA CIE-10	NÚMERO MUERTES	MORTALIDAD PROPORCIONAL %	TASA BRUTA*	TASA AJUSTADA**
TUMORES	3 591	27,0	276,9	163,0
CIRCULATORIO	4 297	32,4	331,4	152,7
RESPIRATORIO	1 357	10,2	104,7	46,2
DIGESTIVO	686	5,2	52,9	27,8
CAUSAS EXTERNAS	477	3,6	36,8	27,3
NERVIOSO/SENTIDOS	593	4,5	45,7	21,2
MAL DEFINIDAS	448	3,4	34,6	15,4
ENDOCRINAS	431	3,2	33,2	15,3
GENITOURINARIO	422	3,2	32,5	13,9
TRAST. MENTALES	406	3,1	31,3	12,2
INFECCIOSAS	205	1,5	15,8	9,2
OSTEOMUSCULAR	224	1,7	17,3	6,8
PERINATALES	30	0,2	2,3	4,2
ANOM. CONGÉNITAS	25	0,2	1,9	2,7
SANGRE/INMUNIDAD	52	0,4	4,0	1,8
PIEL Y T.C.S.	35	0,3	2,7	1,2
EMBARAZO/PARTO	1	0,0	0,1	0,1
TODAS LAS CAUSAS	13 280	100,0	1 024,2	520,9

Tabla ordenada por columna **Tasa ajustada**.

*Tasas por 100.000 habitantes.

**Tasa ajustada a Población estándar europea.

Tabla

MORTALIDAD POR GRANDES GRUPOS DE CAUSAS. ARAGÓN 2007. VARONES

GRUPO CAUSA CIE-10	NÚMERO MUERTES	MORTALIDAD PROPORCIONAL %	TASA BRUTA*	TASA AJUSTADA**
TUMORES	2 244	31,9	346,8	231,4
CIRCULATORIO	2 057	29,2	317,9	191,8
RESPIRATORIO	824	11,7	127,4	72,0
CAUSAS EXTERNAS	341	4,8	52,7	43,1
DIGESTIVO	377	5,4	58,3	39,1
NERVIOSO/SENTIDOS	225	3,2	34,8	20,9
GENITOURINARIO	227	3,2	35,1	19,9
MAL DEFINIDAS	175	2,5	27,0	17,0
ENDOCRINAS	181	2,6	28,0	16,7
INFECCIOSAS	124	1,8	19,2	13,3
TRAST. MENTALES	143	2,0	22,1	11,8
OSTEOMUSCULAR	67	1,0	10,4	5,7
PERINATALES	15	0,2	2,3	4,0
SANGRE/INMUNIDAD	22	0,3	3,4	2,2
ANOM. CONGÉNITAS	10	0,1	1,5	2,1
PIEL Y T.C.S.	13	0,2	2,0	1,2
EMBARAZO/PARTO	0	0,0	0,0	0,0
TODAS LAS CAUSAS	7 045	100,0	1 088,9	692,2

Tabla ordenada por columna **Tasa ajustada**.

*Tasas por 100.000 habitantes.

**Tasa ajustada a Población estándar europea.

Tabla

MORTALIDAD POR GRANDES GRUPOS DE CAUSAS. ARAGÓN 2007. MUJERES

GRUPO CAUSA CIE-10	NÚMERO MUERTES	MORTALIDAD PROPORCIONAL %	TASA BRUTA*	TASA AJUSTADA**
CIRCULATORIO	2 240	35,9	344,8	119,5
TUMORES	1 347	21,6	207,3	107,3
RESPIRATORIO	533	8,5	82,0	27,8
NERVIOSO/SENTIDOS	368	5,9	56,6	20,5
DIGESTIVO	309	5,0	47,6	17,6
ENDOCRINAS	250	4,0	38,5	13,7
MAL DEFINIDAS	273	4,4	42,0	13,2
TRAST. MENTALES	263	4,2	40,5	12,2
CAUSAS EXTERNAS	136	2,2	20,9	11,7
GENITOURINARIO	195	3,1	30,0	10,4
OSTEOMUSCULAR	157	2,5	24,2	7,5
INFECCIOSAS	81	1,3	12,5	5,5
PERINATALES	15	0,2	2,3	4,4
ANOM. CONGÉNITAS	15	0,2	2,3	3,4
SANGRE/INMUNIDAD	30	0,5	4,6	1,5
PIEL Y T.C.S.	22	0,4	3,4	1,2
EMBARAZO/PARTO	1	0,0	0,2	0,1
TODAS LAS CAUSAS	6 235	100,0	959,7	377,6

Tabla ordenada por columna **Tasa ajustada**.

*Tasas por 100.000 habitantes.

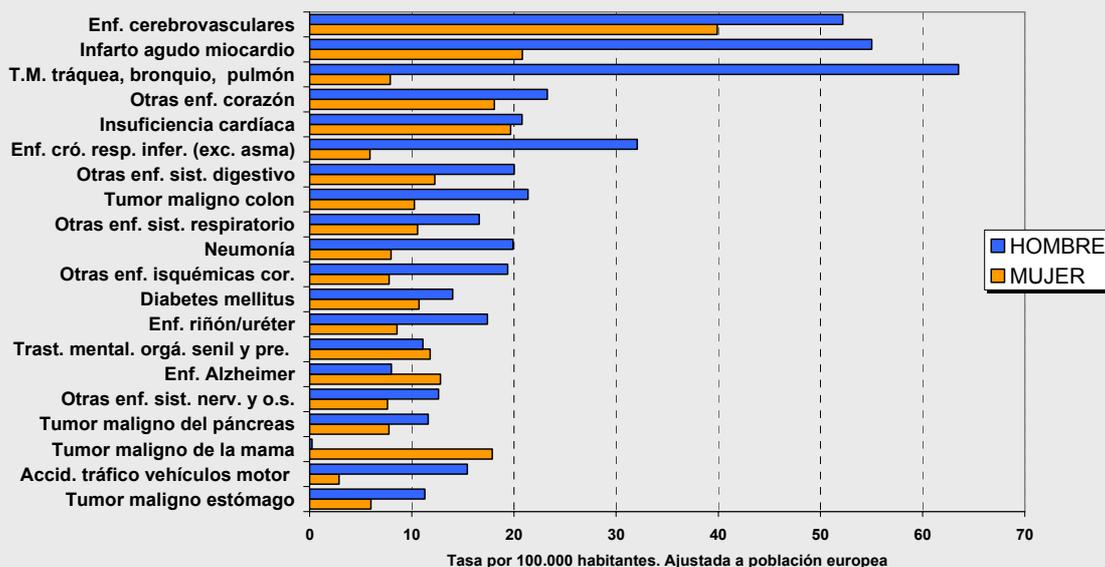
**Tasa ajustada a Población estándar europea.

Fuente: Dirección General de Salud Pública. Departamento de Salud Y Consumo.

Para conocer las causas específicas de muerte con una mayor desagregación que la aportada por los grandes grupos de causas, se utiliza la *lista reducida de causas* propuesta por el INE

Ordenados por tasas ajustadas y para el conjunto de los sexos, las enfermedades cerebrovasculares aparecen como primera causa de muerte específica, siguiéndole el infarto agudo de miocardio, el tumor maligno bronco pulmonar (con una razón de tasas varón/mujer de 8), y la insuficiencia cardiaca, siendo una situación muy similar a la de los últimos años.

TASAS AJUSTADAS DE MORTALIDAD. LISTA REDUCIDA DE CAUSAS ARAGÓN 2007. COMPARACIÓN ENTRE SEXOS



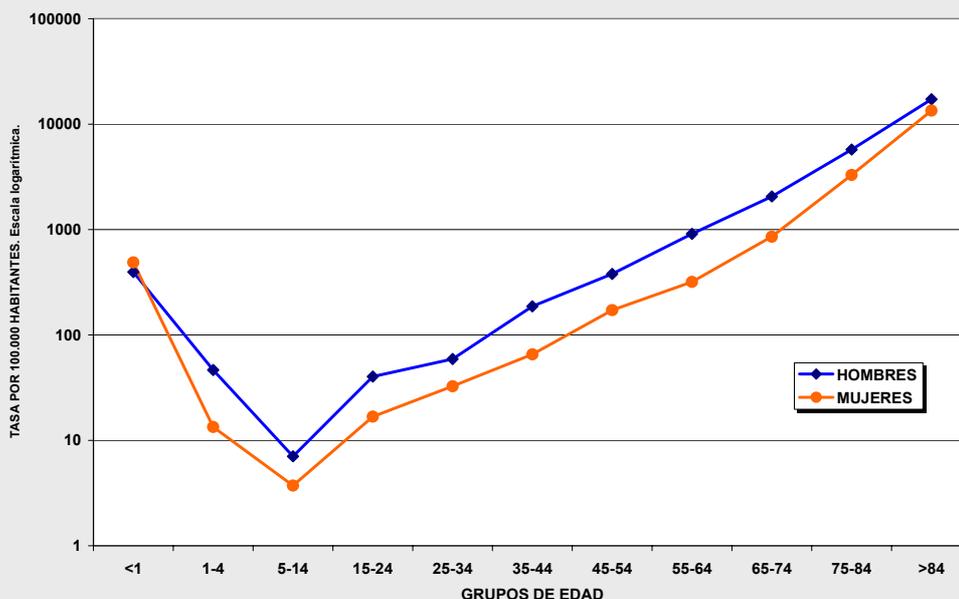
Fuente: Dirección General de Salud Pública. Departamento de Salud Y Consumo.

Si realizamos el análisis separado para cada sexo, resalta el tumor maligno broncopulmonar como primera causa de muerte en los varones (8,2% de las defunciones) y las enfermedades cerebrovasculares en las mujeres (12%), situación similar a la de años anteriores.

2.1.3. MORTALIDAD POR GRUPOS DE EDAD.

En el año 2007 las tasas más bajas se producen en el grupo de edad de 5-14 años y a partir de aquí éstas van aumentando exponencialmente conforme aumenta la edad. En el gráfico xx queda reflejada la relación directa edad-mortalidad.

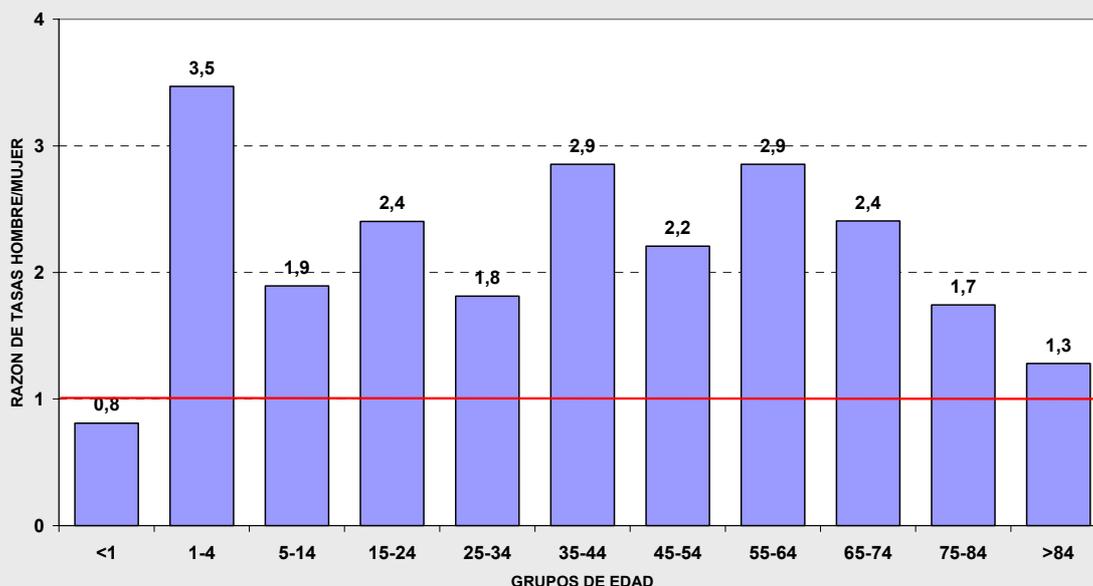
TASAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDAD POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO. ARAGÓN 2007



Fuente: Dirección General de Salud Pública. Departamento de Salud Y Consumo.

En la gráfica xx se puede apreciar con mayor claridad la gran diferencia de tasas entre varones y mujeres que se produce prácticamente en todos los grupos de edad. La razón de tasas varón/mujer más alta se da en el grupo de 1-4 años, con un valor de 3,5. Esta sobremortalidad tiene su reflejo también en el indicador final de esperanza de vida al nacer, con unos valores claramente inferiores en los varones.

SOBREMORTALIDAD MASCULINA. ARAGÓN 2007



Fuente: Dirección General de Salud Pública. Departamento de Salud Y Consumo.

2.1.4. MORTALIDAD POR GRUPOS DE EDAD Y CAUSAS

Las causas de muerte predominantes varían en función de la edad (tabla x):

En los menores de un año, el 53% de las muertes se deben a **enfermedades originadas en el periodo perinatal** y el 29% por **anomalías congénitas**.

En grupo de **1-4** años destacan las **causas externas** con el 29 % de las muertes.

El grupo de **5-14** años ha destacado con un 67 % de muertes por **tumores**, aunque presenta las tasas de muerte por todas las causas más baja de todas las edades.

En las edades de **15 a 34** años son las **causas externas** las más frecuentes, con distinto peso según el grupo de edad: 64% en el de 15-24 años (aproximadamente el 60% de ellos por **accidentes de tráfico**) y 44% en 25-34, con un porcentaje similar por accidentes de tráfico. Dentro de las causas externas el **suicidio** presenta su mayor importancia relativa en el grupo de edad de 15 a 24 años, con el 10% de las muertes, aunque las tasa más altas se van a producir en el grupo de 35 a 44 años (tablas XX).

Tabla

NÚMERO DE DEFUNCIONES, TASA ESPECÍFICA POR 100.000 HABITANTES Y MORTALIDAD PROPORCIONAL POR GRUPOS DE EDAD Y CAUSAS MÁS FRECUENTES. ARAGÓN 2007. TOTAL

EDA	GRAN GRUPO CAUSAS	NU	TASA	%	EDA	GRAN GRUPO CAUSAS	NU	TAS	%
<1	XVI. PERINATALES	26	233.2	53.1	45-	II. TUMORES	213	120.	43.4
	XVII. A. CONGÉNITAS	14	125.5	28.6		IX. CIRCULATORIO	109	61.7	22.2
	XX. CAUSAS	3	26.9	6.1		XX. CAUSAS	59	33.4	12.0
	III.	2	17.9	4.1		XI. DIGESTIVO	40	22.6	8.1
	I. INFECCIOSAS	1	9.0	2.0		I. INFECCIOSAS	15	8.5	3.1
1-4	XX. CAUSAS	4	8.7	28.6	55-	II. TUMORES	461	322.	52.7
	II. TUMORES	2	4.3	14.3		IX. CIRCULATORIO	187	130.	21.4
	XVI. PERINATALES	2	4.3	14.3		XI. DIGESTIVO	61	42.6	7.0
	I. INFECCIOSAS	1	2.2	7.1		X. RESPIRATORIO	49	34.3	5.6
	IV. ENDOCRINAS	1	2.2	7.1		XX. CAUSAS	39	27.3	4.5
5-	II. TUMORES	4	3.6	66.7	65-	II. TUMORES	786	646.	45.4
	IV. ENDOCRINAS	1	0.9	16.7		IX. CIRCULATORIO	454	373.	26.2
	XX. CAUSAS	1	0.9	16.7		X. RESPIRATORIO	134	110.	7.7
					XI. DIGESTIVO	79	64.9	4.6	
					VI-VIII.SIS.	61	50.1	3.5	
15-	XX. CAUSAS	25	18.5	64.1	75-	IX. CIRCULATORIO	150	1437	33.2
	IX. CIRCULATORIO	5	3.7	12.8		II. TUMORES	129	1241	28.7
	II. TUMORES	2	1.5	5.1		X. RESPIRATORIO	505	483.	11.2
	XVI. PERINATALES	2	1.5	5.1		VI-VIII.SIS.	259	248.	5.7
	IV. ENDOCRINAS	1	0.7	2.6		XI. DIGESTIVO	235	225.	5.2
25-	XX. CAUSAS	43	20.7	44.3	>84	IX. CIRCULATORIO	199	5628	38.3
	II. TUMORES	21	10.1	21.6		II. TUMORES	731	2067	14.1
	XVIII. MAL DEFINIDAS	8	3.9	8.2		X. RESPIRATORIO	641	1813	12.3
	IX. CIRCULATORIO	6	2.9	6.2		XVIII. MAL DEFINIDAS	311	879.	6.0
	XI. DIGESTIVO	6	2.9	6.2		V. TRASTORNOS	274	775.	5.3
35-	II. TUMORES	75	36.5	28.3	TOTA	IX. CIRCULATORIO	429	331.	32.4
	XX. CAUSAS	72	35.1	27.2		II. TUMORES	359	276.	27.0
	IX. CIRCULATORIO	43	20.9	16.2		X. RESPIRATORIO	135	104.	10.2
	I. INFECCIOSAS	29	14.1	10.9		XI. DIGESTIVO	686	52.9	5.2
	XI. DIGESTIVO	13	6.3	4.9		VI-VIII.SIS.	593	45.7	4.5

Fuente: Dirección General de Salud Pública. Departamento de Salud Y Consumo.

Desde **35 a 74** años y siguiendo los patrones de años anteriores, los **tumores** ocupan el primer lugar como causa de muerte, con el mayor peso porcentual en el grupo de 55-64 años (53%). Globalmente y en varones es el **tumor maligno broncopulmonar** la causa más frecuente entre los tumores. En las mujeres es el **tumor maligno de mama** el más frecuente en estas edades, aunque este año hay que resaltar el **tumor maligno broncopulmonar** en segundo lugar en el grupo de 45 a 54 años.

A partir de los **75** años las **enfermedades del sistema circulatorio** suponen la primera causa de muerte, destacando entre ellas como causas específicas las enfermedades **cerebrovasculares**, el **infarto agudo de miocardio** y la **insuficiencia cardiaca**.

Tabla
NÚMERO DE DEFUNCIONES, TASA ESPECÍFICA POR 100.000 HABITANTES Y MORTALIDAD PROPORCIONAL POR GRUPOS DE EDAD Y CAUSAS MÁS FRECUENTES. ARAGÓN 2007. VARONES

EDA	GRAN GRUPO CAUSAS	NU	TASA	%	EDA	GRAN GRUPO CAUSAS	NUM	TAS	%
<1	XVI. PERINATALES	12	206.1	52.2	45-	II. TUMORES	134	148.	39.2
	XVII. A. CONGÉNITAS	5	85.9	21.7		IX. CIRCULATORIO	83	92.2	24.3
	XX. CAUSAS	3	51.5	13.0		XX. CAUSAS	46	51.1	13.5
	III.	2	34.4	8.7		XI. DIGESTIVO	32	35.6	9.4
1-4	IV. ENDOCRINAS	1	17.2	4.3	I. INFECCIOSAS	11	12.2	3.2	
	XX. CAUSAS	3	12.7	27.3	55-	II. TUMORES	323	455.	50.1
	II. TUMORES	2	8.5	18.2	IX. CIRCULATORIO	147	207.	22.8	
	XVI. PERINATALES	2	8.5	18.2	XI. DIGESTIVO	54	76.2	8.4	
5-	I. INFECCIOSAS	1	4.2	9.1	X. RESPIRATORIO	38	53.6	5.9	
	IX. CIRCULATORIO	1	4.2	9.1	XX. CAUSAS	31	43.7	4.8	
	II. TUMORES	2	3.5	50.0	65-	II. TUMORES	522	914.	44.4
	IV. ENDOCRINAS	1	1.8	25.0	IX. CIRCULATORIO	311	544.	26.4	
15-	XX. CAUSAS	1	1.8	25.0	X. RESPIRATORIO	99	173.	8.4	
	XX. CAUSAS	21	30.3	75.0	XI. DIGESTIVO	62	108.	5.3	
	IX. CIRCULATORIO	3	4.3	10.7	XX. CAUSAS	44	77.1	3.7	
	II. TUMORES	1	1.4	3.6	75-	II. TUMORES	843	1897	33.1
25-	VI-VIII.SIS.	1	1.4	3.6	IX. CIRCULATORIO	780	1756	30.6	
	X. RESPIRATORIO	1	1.4	3.6	X. RESPIRATORIO	350	788.	13.7	
	XX. CAUSAS	37	33.7	56.9	XI. DIGESTIVO	119	267.	4.7	
	II. TUMORES	7	6.4	10.8	VI-VIII.SIS.	100	225.	3.9	
35-	XVIII. MAL DEFINIDAS	7	6.4	10.8	>84	IX. CIRCULATORIO	701	6032	35.1
	VI-VIII.SIS.	4	3.6	6.2	II. TUMORES	363	3123	18.2	
	XI. DIGESTIVO	4	3.6	6.2	X. RESPIRATORIO	314	2702	15.7	
	XX. CAUSAS	60	55.8	29.9	XIV. GENITOURINARIO	125	1075	6.3	
TOT	II. TUMORES	47	43.7	23.4	XI. DIGESTIVO	95	817.	4.8	
	IX. CIRCULATORIO	28	26.0	13.9	II. TUMORES	2244	346.	31.9	
	I. INFECCIOSAS	25	23.2	12.4	IX. CIRCULATORIO	2057	317.	29.2	
	XI. DIGESTIVO	11	10.2	5.5	X. RESPIRATORIO	824	127.	11.7	
					XI. DIGESTIVO	377	58.3	5.4	
					XX. CAUSAS	341	52.7	4.8	

Fuente: Dirección General de Salud Pública. Departamento de Salud Y Consumo.

Las tablas con los principales valores por grupos de edad y causas específicas de la lista reducida del INE están disponibles en la publicación "Mortalidad en Aragón 2007" en la página web de Salud Pública.

Tabla

NÚMERO DE DEFUNCIONES, TASA ESPECÍFICA POR 100.000 HABITANTES Y MORTALIDAD PROPORCIONAL POR GRUPOS DE EDAD Y CAUSAS MÁS FRECUENTES. ARAGÓN 2007. MUJERES

EDA	GRAN GRUPO CAUSAS	NU	TASA	%	EDA	GRAN GRUPO CAUSAS	NUM	TAS	%
<1	XVI. PERINATALES	14	262.7	53.8	45-	II. TUMORES	79	91.2	53.0
	XVII. A. CONGÉNITAS	9	168.9	34.6		IX. CIRCULATORIO	26	30.0	17.4
	I. INFECCIOSAS	1	18.8	3.8		XX. CAUSAS	13	15.0	8.7
	IX. CIRCULATORIO	1	18.8	3.8		XI. DIGESTIVO	8	9.2	5.4
	XVIII. MAL DEFINIDAS	1	18.8	3.8		VI-VIII.SIS.	5	5.8	3.4
1-4	IV. ENDOCRINAS	1	4.5	33.3	55-	II. TUMORES	138	191.	60.0
	XI. DIGESTIVO	1	4.5	33.3	IX. CIRCULATORIO	40	55.4	17.4	
	XX. CAUSAS	1	4.5	33.3	VI-VIII.SIS.	11	15.2	4.8	
5-					X. RESPIRATORIO	11	15.2	4.8	
	II. TUMORES	2	3.7	100.	XX. CAUSAS	8	11.1	3.5	
					65-	II. TUMORES	264	408.	47.7
					IX. CIRCULATORIO	143	221.	25.9	
					X. RESPIRATORIO	35	54.2	6.3	
15-					VI-VIII.SIS.	28	43.4	5.1	
	XX. CAUSAS	4	6.1	36.4	IV. ENDOCRINAS	19	29.4	3.4	
	IX. CIRCULATORIO	2	3.1	18.2	75-	IX. CIRCULATORIO	721	1202	36.5
	II. TUMORES	1	1.5	9.1	II. TUMORES	453	755.	22.9	
	IV. ENDOCRINAS	1	1.5	9.1	VI-VIII.SIS.	159	265.	8.1	
25-	XI. DIGESTIVO	1	1.5	9.1	X. RESPIRATORIO	155	258.	7.9	
	II. TUMORES	14	14.3	43.8	XI. DIGESTIVO	116	193.	5.9	
	XX. CAUSAS	6	6.1	18.8	>84	IX. CIRCULATORIO	1289	5431	40.4
	IX. CIRCULATORIO	3	3.1	9.4	II. TUMORES	368	1550	11.5	
	XI. DIGESTIVO	2	2.0	6.3	X. RESPIRATORIO	327	1377	10.2	
35-	I. INFECCIOSAS	1	1.0	3.1	XVIII. MAL DEFINIDAS	220	926.	6.9	
	II. TUMORES	28	28.6	43.8	V. TRASTORNOS	196	825.	6.1	
	IX. CIRCULATORIO	15	15.3	23.4	TOT	IX. CIRCULATORIO	2240	344.	35.9
	XX. CAUSAS	12	12.3	18.8	II. TUMORES	1347	207.	21.6	
	I. INFECCIOSAS	4	4.1	6.3	X. RESPIRATORIO	533	82.0	8.5	
					VI-VIII.SIS.	368	56.6	5.9	
					XI. DIGESTIVO	309	47.6	5.0	

Fuente: Dirección General de Salud Pública. Departamento de Salud Y Consumo.

2.1.5. AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS (APVP).

Los APVP son un indicador adecuado para valorar la mortalidad prematura. Se han elaborado los APVP de 1 a 69 años, como intervalo de edad frecuentemente utilizado en países desarrollados.

En el año 2007 se han perdido 33.999 años potenciales de vida entre 1-69 años (24.450 en varones y 9.550 en mujeres).

En los gráficos xx-xx presentados en el apartado de mortalidad proporcional, se puede apreciar la diferencia entre los porcentajes sobre el número total de defunciones de las causas más frecuentes y los porcentajes sobre el número total de APVP que suponen esas causas. En los varones, los tumores (33 %) y las causas externas (24 %) son los responsables de la mayoría de APVP (57 %). En las mujeres la diferencia es mucho más marcada, los tumores suponen casi la mitad de toda la mortalidad prematura con el 48% de APVP y en segundo lugar las causas externas suponen el 13%. Considerando a los varones y mujeres globalmente, los tumores suponen la primera causa de APVP con el 37% de los mismos (tablas XX-XX). El porcentaje de APVP por causas externas ha disminuido en relación al año anterior.

Tabla

APVP POR GRANDES GRUPOS DE CAUSAS. ARAGÓN 2007. TOTALES

	NÚMERO	NÚMERO	%	TASA BRUT	TASA AJUS
GRUPO CAUSA CIE-10	1-69 AÑOS	APVP	APVP	APVP	APVP
TUMORES	1 095	12 697	37,3	1 176,8	1 075,9
CAUSAS EXTERNAS	255	7 008	20,6	649,5	614,4
CIRCULATORIO	490	5 954	17,5	551,8	501,4
DIGESTIVO	154	2 109	6,2	195,5	180,8
INFECCIOSAS	67	1 451	4,3	134,4	118,2
RESPIRATORIO	125	1 237	3,6	114,6	104,1
MAL DEFINIDAS	48	1 052	3,1	97,5	89,1
NERVIOSO/SENTIDOS	72	1 025	3,0	95,0	83,4
ENDOCRINAS	34	535	1,6	49,6	55,0
PERINATALES	4	243	0,7	22,5	34,4
ANOM. CONGÉNITAS	8	236	0,7	21,9	22,9
GENITOURINARIO	25	228	0,7	21,1	18,5
OSTEOMUSCULAR	7	86	0,3	7,9	7,3
TRAST. MENTALES	5	75	0,2	6,9	6,8
EMBARAZO/PARTO	1	39	0,1	3,6	2,7
PIEL Y T.C.S.	1	23	0,1	2,1	1,8
SANGRE/INMUNIDAD	1	6	0,0	0,5	0,4
TODAS LAS CAUSAS	2 392	33 999	100,0	3 151,1	2 917,2

Tasas por 100.000 habitantes (de 1 a 69 años). Población estándar europea. Ordenadas por tasa ajustada.

Fuente: Dirección General de Salud Pública. Departamento de Salud Y Consumo.

Tabla

APVP POR GRANDES GRUPOS DE CAUSAS. ARAGÓN 2007. VARONES

	NÚMERO	NÚMERO	%	TASA BRUT	TASA AJUS
GRUPO CAUSA CIE-10	1-69 AÑOS	APVP	APVP	APVP	APVP
TUMORES	739	8 072	33,0	1 456,0	1 369,3
CAUSAS EXTERNAS	208	5 813	23,8	1 048,6	983,1
CIRCULATORIO	366	4 304	17,6	776,4	723,1
DIGESTIVO	127	1 631	6,7	294,1	263,7

Estado de Salud de Aragón. Octubre 2010

	NÚMERO	NÚMERO	%	TASA BRUT	TASA AJUS
INFECCIOSAS	53	1 200	4,9	216,4	190,4
RESPIRATORIO	94	984	4,0	177,5	164,5
MAL DEFINIDAS	39	866	3,5	156,1	142,1
NERVIOSO/SENTIDOS	44	743	3,0	134,0	116,3
ENDOCRINAS	22	303	1,2	54,7	57,1
PERINATALES	3	190	0,8	34,2	53,7
ANOM. CONGÉNITAS	4	144	0,6	26,0	31,0
GENITOURINARIO	16	127	0,5	22,9	20,3
OSTEOMUSCULAR	3	39	0,2	6,9	6,5
TRAST. MENTALES	2	31	0,1	5,6	5,6
SANGRE/INMUNIDAD	1	6	0,0	1,0	0,9
TODAS LAS CAUSAS	1 721	24 450	100,0	4 410,2	4 127,6

Tasas por 100.000 habitantes (de 1 a 69 años). Población estándar europea. Ordenadas por tasa ajustada

Fuente: Dirección General de Salud Pública. Departamento de Salud Y Consumo.

Tabla

APVP POR GRANDES GRUPOS DE CAUSAS. ARAGÓN 2007. MUJERES

	NÚMERO	NÚMERO	%	TASA BRUTA	TASA AJUST
GRUPO CAUSA CIE-10	1-69 AÑOS	APVP	APVP	APVP	APVP
TUMORES	356	4 625	48,4	881,7	783,6
CIRCULATORIO	124	1 650	17,3	314,5	276,2
CAUSAS EXTERNAS	47	1 195	12,5	227,7	218,2
DIGESTIVO	27	479	5,0	91,2	96,0
ENDOCRINAS	12	232	2,4	44,2	53,1
NERVIOSO/SENTIDOS	28	282	3,0	53,8	47,8
RESPIRATORIO	31	253	2,6	48,1	41,9
INFECCIOSAS	14	251	2,6	47,8	40,8
MAL DEFINIDAS	9	187	2,0	35,6	32,6
GENITOURINARIO	9	101	1,1	19,2	16,7
ANOM. CONGÉNITAS	4	92	1,0	17,5	14,4
PERINATALES	1	54	0,6	10,2	14,0
OSTEOMUSCULAR	4	47	0,5	9,0	8,1
TRAST. MENTALES	3	44	0,5	8,3	8,1
EMBARAZO/PARTO	1	39	0,4	7,3	5,8
PIEL Y T.C.S.	1	23	0,2	4,3	3,7
TODAS LAS CAUSAS	671	9 550	100,0	1 820,5	1 661,1

Tasas por 100.000 habitantes (de 1 a 69 años). Población estándar europea

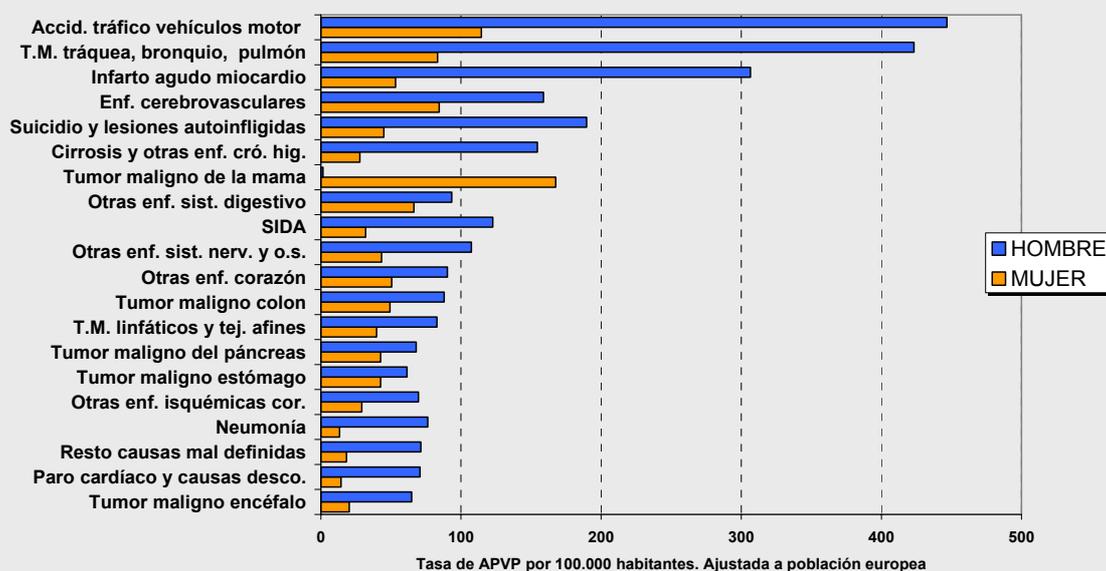
Fuente: Dirección General de Salud Pública. Departamento de Salud Y Consumo.

La sobremortalidad prematura masculina se aprecia con claridad al utilizar las tasas de APVP ajustadas a la población europea. Por ejemplo hay una razón de tasas ajustadas de APVP varón/mujer de 1,7 para los tumores y de 4,5 para las causas externas

Si descendemos a las causas más específicas de la lista reducida, se sitúan los accidentes de tráfico de vehículos a motor como la primera causa de APVP para el conjunto de los sexos y varones, seguido del tumor maligno broncopulmonar, infarto agudo de miocardio y enfermedad cerebrovascular, situación muy similar a la del año anterior.

En la mujer el tumor maligno de mama es la causa más importante de APVP. Habría que resaltar la posición ascendente del tumor maligno broncopulmonar en los últimos años, que ocupa el cuarto lugar entre las causas específicas de APVP.

**TASAS AJUSTADAS DE APVP. LISTA REDUCIDA DE CAUSAS
ARAGÓN 2007. COMPARACIÓN ENTRE SEXOS**



Fuente: Dirección General de Salud Pública. Departamento de Salud Y Consumo.

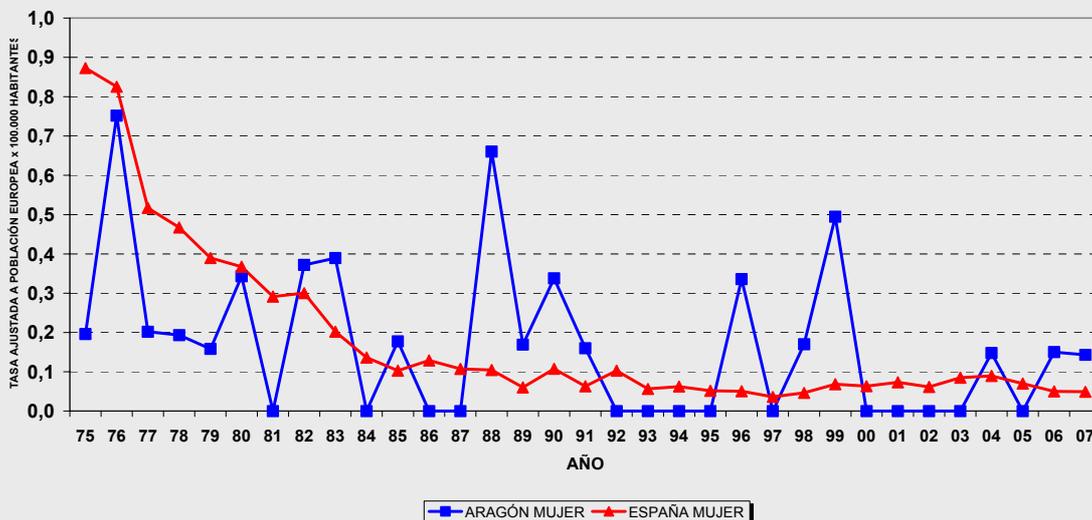
2.1.6. MORTALIDAD MATERNO INFANTIL.

La mortalidad en la mujer debida a las complicaciones en el Embarazo, parto y puerperio se engloban en el gran grupo XV de causas (CIE 10).

Los avances en la atención obstétrica, educación sanitaria y en el nivel socioeconómico de la población, hacen que al contrario que en los países subdesarrollados, las muertes por esta causa sean consideradas excepcionales, tanto en Aragón como en España.

En los últimos 33 años se han producido 32 muertes por esta causa, distribuidas de una manera irregular en Aragón, en las que un solo caso produce tasas superiores a la media nacional. Un máximo con 4 muertes se produjo en 1976 y en el 42% de los años no se ha producido ningún caso. La tendencia se visualiza con más facilidad en España, descendente desde el principio del periodo pero con una cierta estabilización desde los años 90 en cifras por debajo del 0,1 por 100.000 mujeres (tasa ajustada a la población europea).

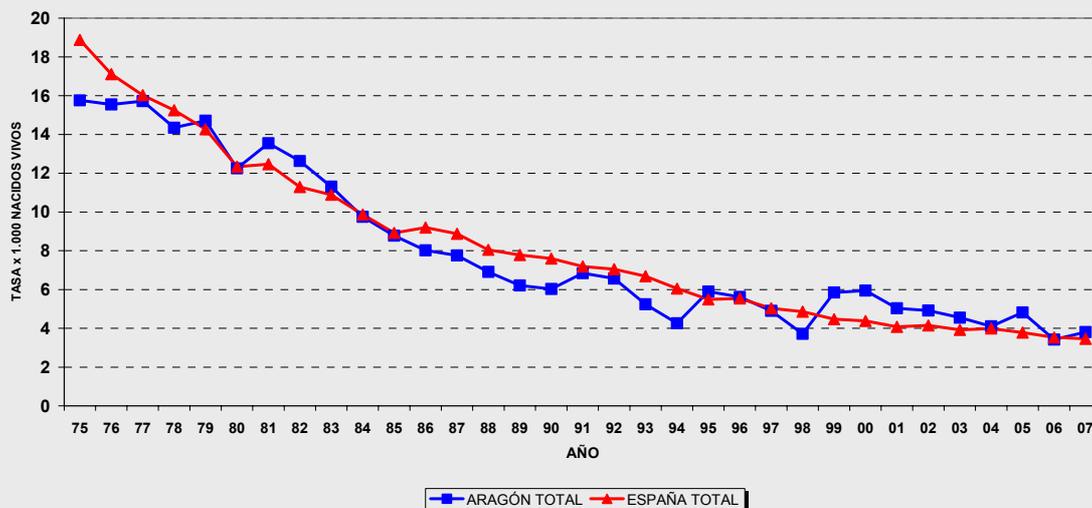
MORTALIDAD POR EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO



Elaboración: Dirección General de Salud Pública. Gobierno de Aragón

La mortalidad infantil ha presentado un fuerte descenso en los últimos años tanto en Aragón como en España. En el año 2007 han fallecido 49 niños menores de un año en Aragón, que representa una tasa de mortalidad infantil de 3,8 por 1000 nacidos vivos.

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL - ARAGÓN Y ESPAÑA 1975-2007



Fuente: Dirección General de Salud Pública. Departamento de Salud Y Consumo.

MORTALIDAD INFANTIL. ARAGÓN 2007
NÚMERO DE DEFUNCIONES Y TASA POR MIL NACIDOS VIVOS.

	NIÑOS		NIÑAS		TOTAL	
	NUM	TASA	NUM	TASA	NUM	TASA
INFANTIL	23	3,5	26	4,2	49	3,8
NEONATAL	11	1,7	21	3,4	32	2,5
- NEONATAL PRECOZ	6	0,9	10	1,6	16	1,2
- NEONATAL TARDIA	5	0,8	11	1,8	16	1,2
POSTNEONATAL	12	1,8	5	0,8	17	1,3
PERINATAL *	36	5,4	30	4,8	66	5,1

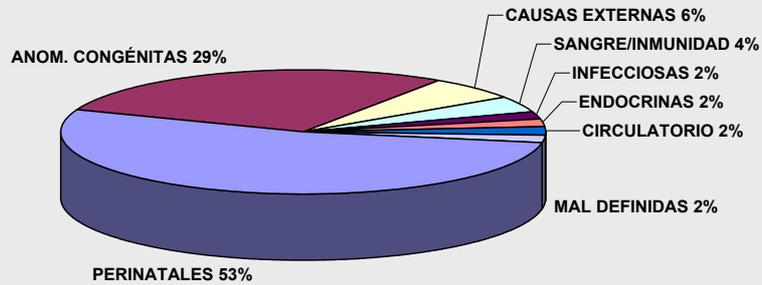
* Por mil nacidos, vivos o muertos.

Fuente: Dirección General de Salud Pública. Departamento de Salud Y Consumo.

Aproximadamente 1/3 de las muertes se producen en la primera semana de vida, otro tercio entre 7 y 28 días de vida y el resto entre 1 y 11 meses de vida.

Las principales causas de mortalidad infantil son la Originadas en el periodo perinatal (53%) y las anomalías congénitas (29%).

MORTALIDAD INFANTIL. ARAGÓN 2007

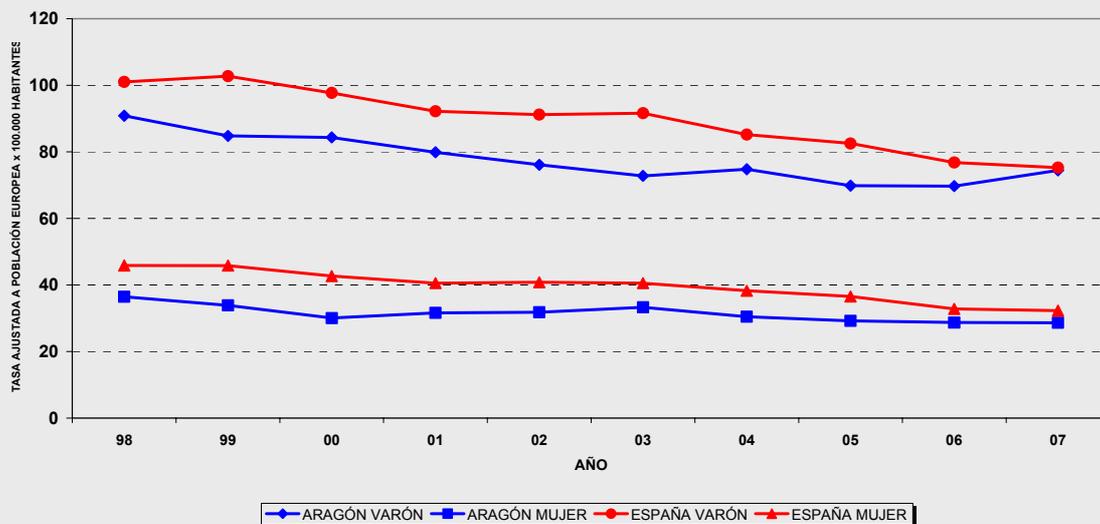


Fuente: Dirección General de Salud Pública. Departamento de Salud Y Consumo.

2.1.7. EVOLUCIÓN DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE.

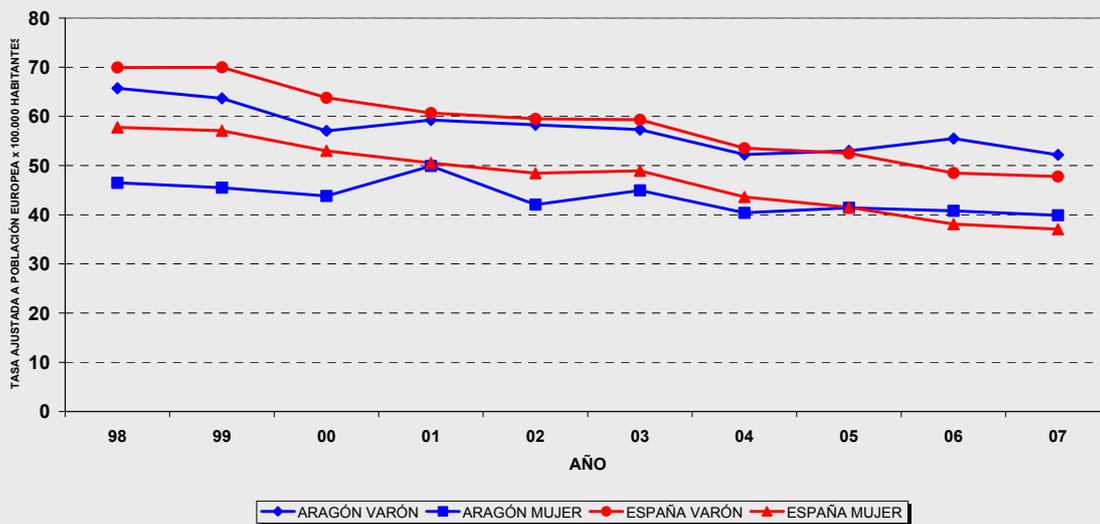
Tanto la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares como por enfermedad isquémica del corazón presentan una tendencia decreciente de las tasas ajustadas de mortalidad en los últimos 10 años, lo que ha propiciado que los tumores en los hombres pasen a ocupar la primera causa de muerte desde el año 2.000.

MORTALIDAD POR ENFERMEDAD ISQUÉMICA DEL CORAZÓN
ARAGÓN Y ESPAÑA 1998-2007



Fuente: Dirección General de Salud Pública. Departamento de Salud Y Consumo.

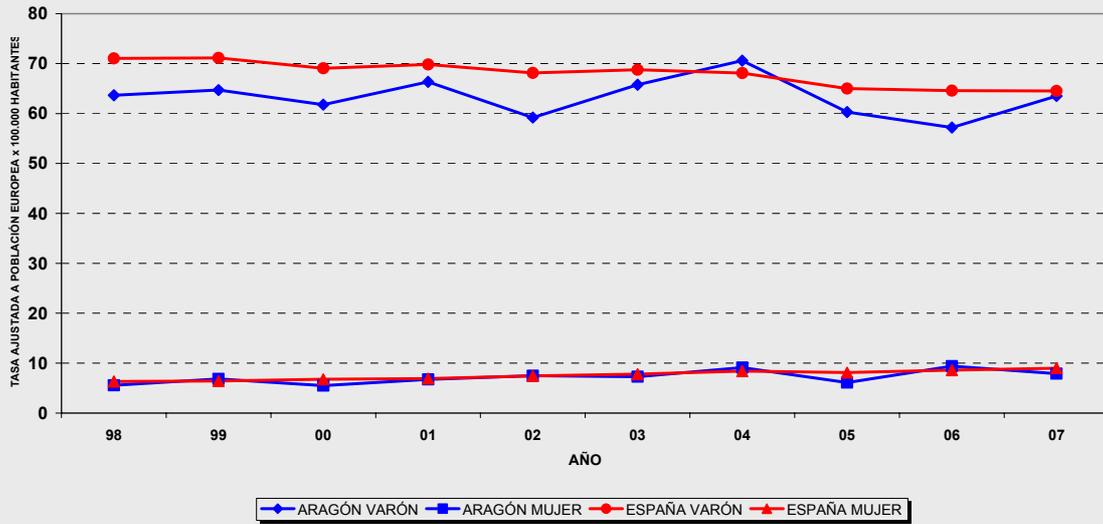
MORTALIDAD POR ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR
ARAGÓN Y ESPAÑA 1998-2007



Fuente: Dirección General de Salud Pública. Departamento de Salud Y Consumo.

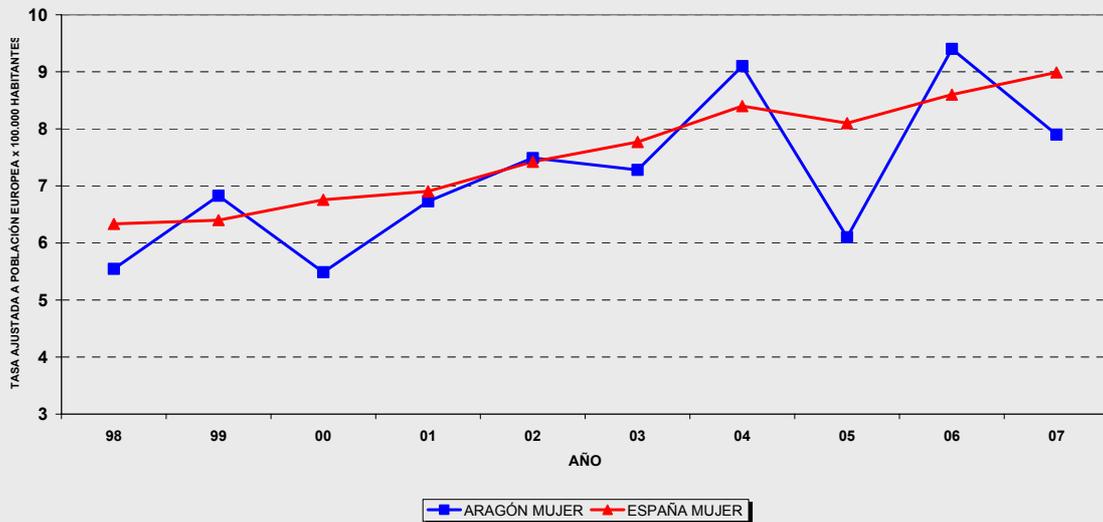
Entre los tumores destacarían el broncopulmonar, como primera causa de muerte en los hombres. En ellos presenta una tendencia neutra en los últimos años, pero en las mujeres, a pesar de la gran diferencia de tasas con los hombres, presenta una clara tendencia ascendente del 43% en los últimos 10 años.

MORTALIDAD POR TUMOR MALIGNO BRONCOPULMONAR
ARAGÓN Y ESPAÑA 1998-2007



Fuente: Dirección General de Salud Pública. Departamento de Salud Y Consumo.

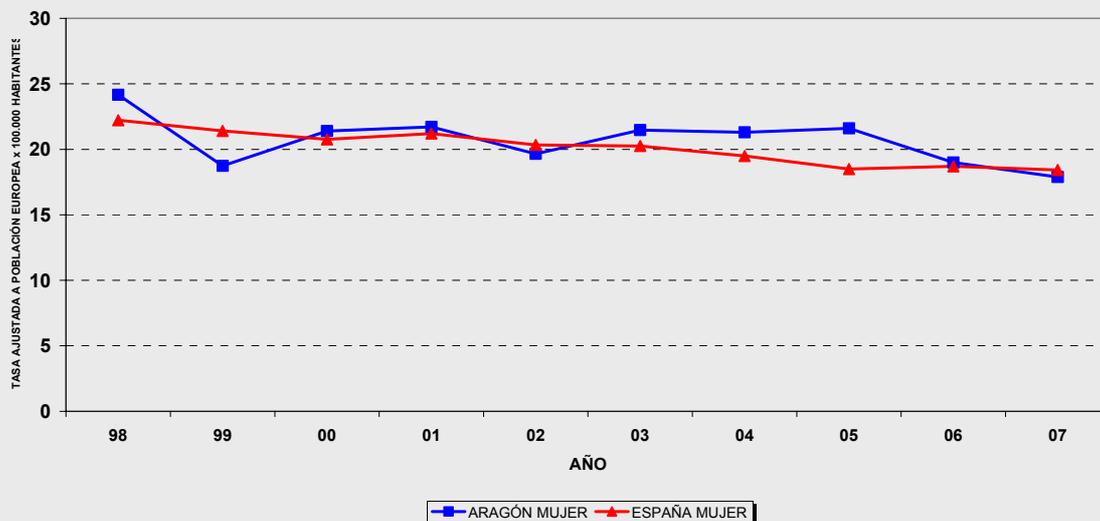
MORTALIDAD POR TUMOR MALIGNO BRONCOPULMONAR EN LA MUJER
ARAGÓN Y ESPAÑA 1998-2007



Fuente: Dirección General de Salud Pública. Departamento de Salud Y Consumo.

En la mujer el tumor maligno de mama, que aunque no es la primera causa en ella si supone el mayor número de Años Potenciales de Vida perdidos, presenta una ligera tendencia descendente y ha estado por encima de la media nacional en los últimos años.

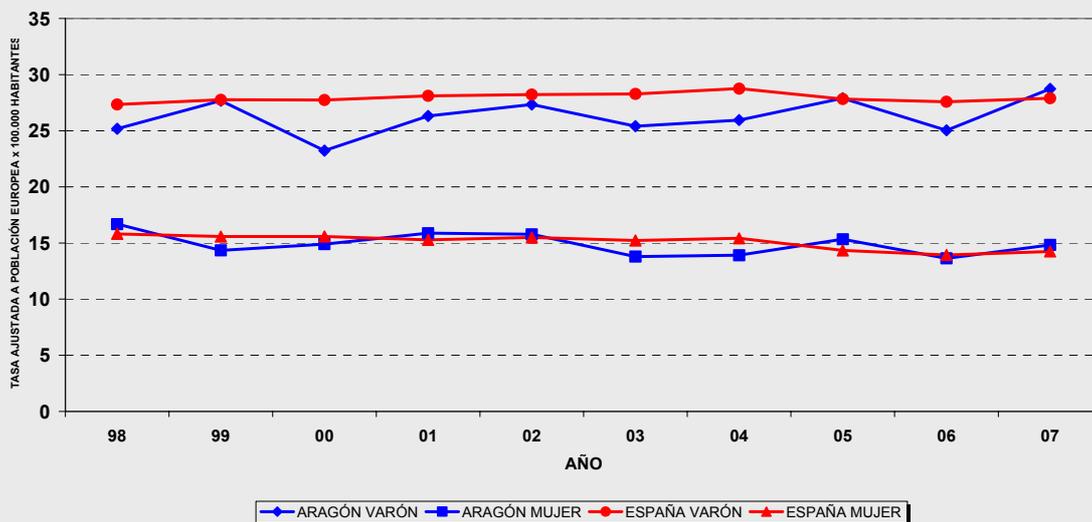
MORTALIDAD POR TUMOR MALIGNO DE MAMA EN LA MUJER
ARAGÓN Y ESPAÑA 1998-2007



Fuente: Dirección General de Salud Pública. Departamento de Salud Y Consumo.

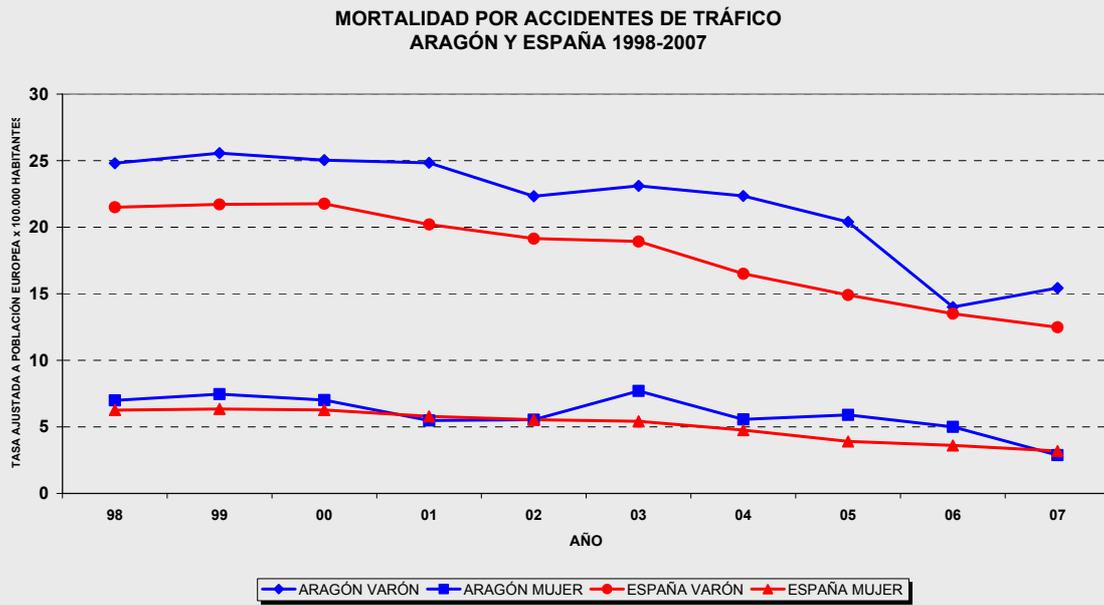
El tumor maligno colorectal se encuentra entre las principales causas de muerte en los dos sexos, siendo el segundo tumor más frecuente tanto en hombres como en mujeres. Presenta una tendencia estable, con ligero aumento en hombres y disminución en mujeres.

MORTALIDAD POR TUMOR MALIGNO COLORECTAL
ARAGÓN Y ESPAÑA 1998-2007



Fuente: Dirección General de Salud Pública. Departamento de Salud Y Consumo.

Los accidentes de tráfico de vehículos a motor presentan una tendencia descendente, pero en los últimos años las tasas ajustadas han sido superiores a las nacionales.



Fuente: Dirección General de Salud Pública. Departamento de Salud Y Consumo.

2.1.8. MORTALIDAD 2007. DATOS PROVINCIALES.

Las mayores tasas brutas de mortalidad se producen en Teruel y Huesca (mayor envejecimiento de la población) pero una vez realizado el ajuste de tasas a la población europea, es Zaragoza la provincia que presenta las mayores tasas tanto en varones como en mujeres, siendo la diferencia significativa en los varones de Zaragoza respecto de Huesca y Teruel.

MORTALIDAD POR TODAS LAS CAUSAS. ARAGÓN Y PROVINCIAS 2007

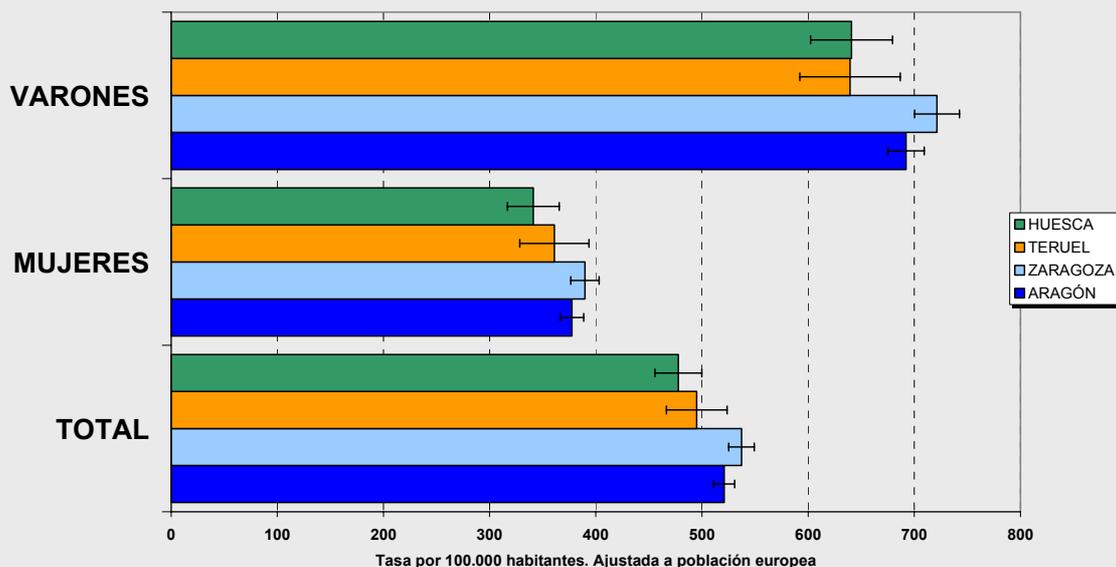
	NÚMERO DEFUNCIONES	TASA BRUTA *	TASA AJUSTA DA**
VARONES			
HUESCA	1 288	1 150,2	640,8
TERUEL	919	1 237,5	639,5
ZARAGOZA	4 838	1 050,0	721,4
ARAGÓN	7 045	1 088,9	692,2
MUJERES			
HUESCA	1 102	1 019,2	341,2
TERUEL	771	1 104,8	361,0
ZARAGOZA	4 362	924,7	389,8
ARAGÓN	6 235	959,7	377,6
TOTAL			
HUESCA	2 390	1 085,8	477,8
TERUEL	1 690	1 173,2	495,1
ZARAGOZA	9 200	986,6	537,3
ARAGÓN	13 280	1 024,2	520,9

*Tasas por 100.000 habitantes.

**Tasa ajustada a Población estándar europea.

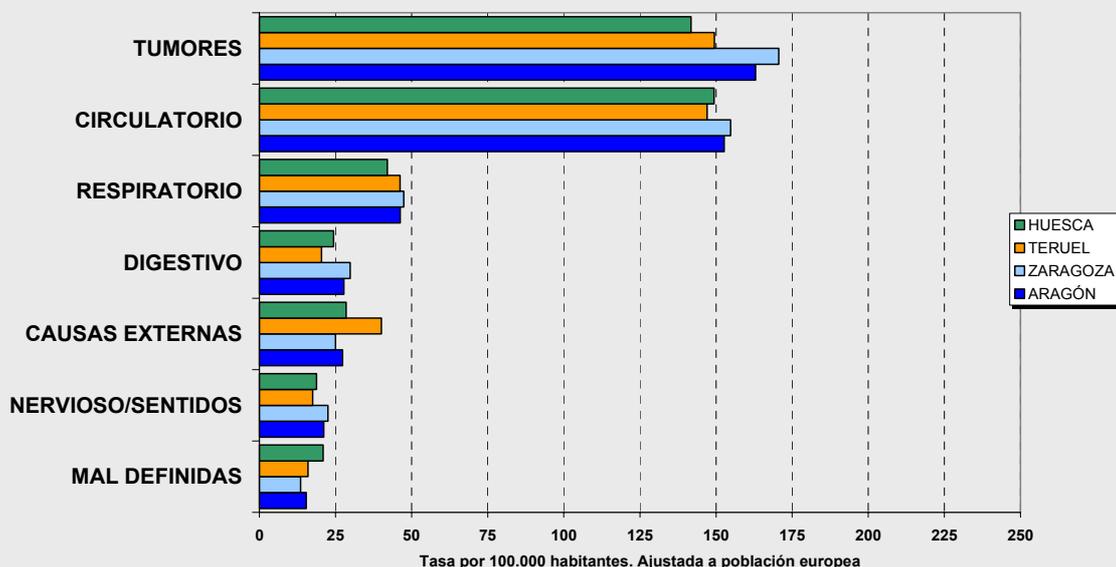
Fuente: Dirección General de Salud Pública. Departamento de Salud Y Consumo.

TASAS AJUSTADAS DE MORTALIDAD. TODAS LAS CAUSAS
ARAGÓN Y PROVINCIAS 2007.



Fuente: Dirección General de Salud Pública. Departamento de Salud Y Consumo.

TASAS AJUSTADAS DE MORTALIDAD. GRANDES GRUPOS DE CAUSAS
ARAGÓN Y PROVINCIAS 2007. AMBOS SEXOS



En el año 2007, las tasas ajustadas a la población europea no presentan diferencias significativas en los grupos de causas más frecuentes en las mujeres.

En los hombres habría que destacar una tasa ajustada significativamente elevada en los tumores en la provincia de Zaragoza respecto de Huesca y Teruel.

Para el conjunto de los sexos destacaría una mayor tasa para causas externas en Teruel respecto a Zaragoza.

Entre las causas específicas de muerte de la lista reducida para el conjunto de los sexos, en general las tasas ajustadas suelen ser superiores en la provincia de Zaragoza, con algunas excepciones como el infarto agudo de miocardio y el tumor maligno de colon, con tasas superiores en Teruel, aunque con diferencias no significativas.

En los hombres destacaría unas tasas ajustadas significativamente superiores para el tumor maligno broncopulmonar en Zaragoza frente a las otras dos provincias y para los accidentes de tráfico en Teruel, significativamente superiores frente a Zaragoza.

En mujeres destaca una tasa superior para el tumor maligno de mama y para el infarto agudo de miocardio en la provincia de Teruel, aunque con diferencias no significativas.

2.2. MORBILIDAD PERCIBIDA IR A INDICE

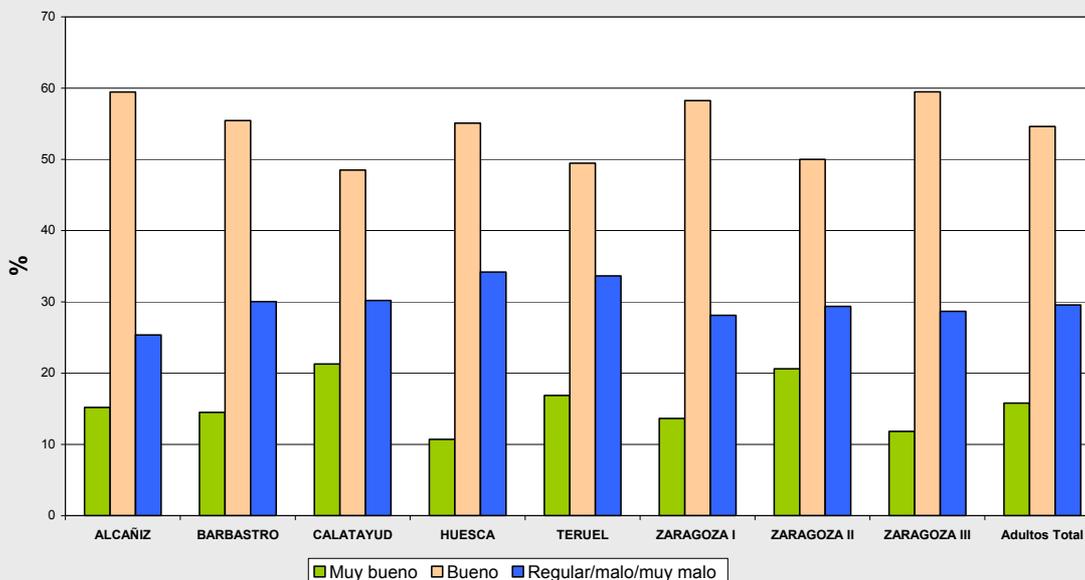
2.2.1. Estado de salud percibido de la población Distribución de la población según el estado de salud en los últimos 12m por sector sanitario

En la ENS se pregunta por el estado de salud percibida en los últimos 12 meses tanto en niños como en adultos, estableciendo las categorías de Muy bueno, bueno, regular, malo y muy malo.

En Aragón, para el total de la población, 18,5% refirió un estado muy bueno y el 54,5% bueno (73%). En **España**, el 21,4% refirió un estado de salud *muy bueno* y el 48,6% bueno (69%).

La distribución por sector en los adultos es la siguiente:

**DISTRIBUCIÓN ESTADO DE SALUD DE ADULTOS POR SECTORES.
ENS 2006**



Fuente: Instituto Aragonés de Estadística (IAEST) según microdatos de la Encuesta Nacional de Salud 2006.

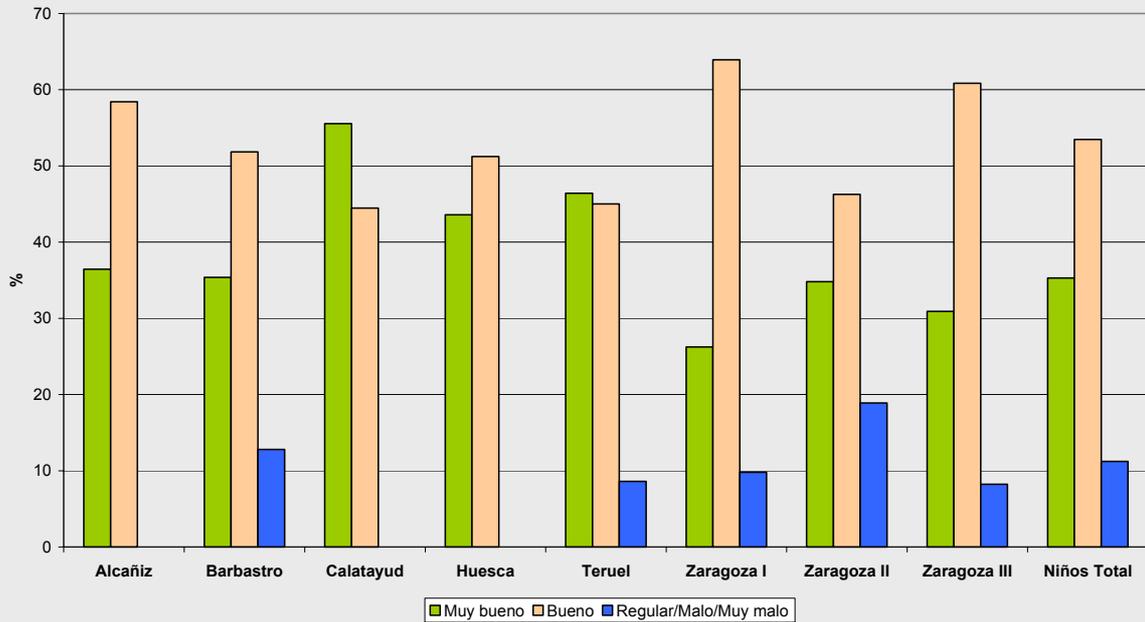
En el total de Aragón, el 15,8% de la población adulta y el 35,3% de la población infantil, refirió tener un estado de salud *muy bueno*.

En el año 2003 el 76,2% del total de la población contestó que tenía un estado de salud bueno o muy bueno.

En los sectores de Calatayud y Zaragoza II, hay un mayor porcentaje de adultos que han contestado que tienen un estado de salud Muy bueno. Huesca y Teruel son los sectores con un estado de salud Regular, Malo o Muy malo mayor, por encima del 30%.

La distribución en los niños por sector es la siguiente:

**DISTRIBUCIÓN ESTADO DE SALUD DE NIÑOS POR SECTORES.
ENS 2006**



Nota: Los datos sin valores no son representativos porque están afectados de elevados errores de muestreo.

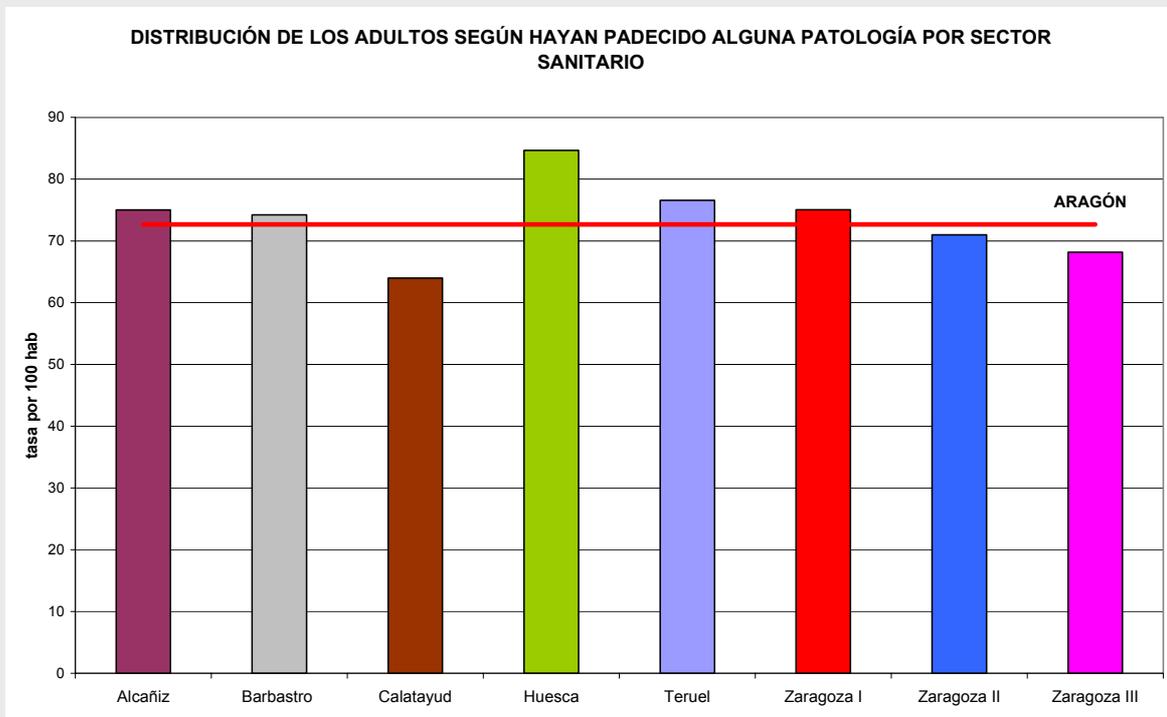
Fuente: Instituto Aragonés de Estadística (IAEST) según microdatos de la Encuesta Nacional de Salud 2006.

En todos los sectores, excepto en Zaragoza I, más del 30% de los niños presentan un estado de salud Muy bueno. Casi el 20% de los niños de Zaragoza II, han contestado que tienen un estado de salud Regular, Malo o Muy malo.

2.2.2. Problemas de salud percibidos
Distribución de algún problema de salud según lo haya padecido en los últimos 12 meses por sector sanitario

En la ENS 2006 se pregunta a los adultos si en los últimos 12 meses han padecido alguna de las enfermedades listadas. En este apartado no se pregunta si han sido diagnosticadas por un médico por lo que se considera como Morbilidad Percibida.

La distribución de la carga de enfermedad por todas las causas por sectores es la que aparece en el gráfico siguiente. Se puede observar que sectores como Huesca, Teruel, Alcañiz, Zaragoza I y Barbastro están por encima del valor global de Aragón. Calatayud, Zaragoza II y Zaragoza III tienen una menor percepción de los problemas de salud.



Se pregunta por 20 patologías diferentes y un epígrafe de Otras. Se puede observar que la patología percibida más prevalente, superior al 20% de la población es Artrosis, y ocurre en todos los sectores sanitarios excepto en Huesca que la patología Cervical la supera y en Calatayud, la Tensión Alta.

Estado de Salud de Aragón. Octubre 2010

	Alcañiz	Barbastro	Calatayud	Huesca	Teruel	Zaragoza I	Zaragoza II	Zaragoza III
Artrosis	23,6	29,0	22,2	26,3	24,5	22,7	22,8	21,9
Tensión alta	21,1	21,1	23,3	22,9	23,0	16,9	23,4	18,0
Lumbar	19,7	22,1	15,9	29,5	25,2	19,8	20,0	15,2
Cervical	19,0	25,6	10,5	31,0	21,4	17,6	19,5	15,1
Varices	12,4	20,0	11,8	27,8	16,5	19,3	13,9	15,9
Colesterol alto	15,0	17,8	11,6	18,6	22,3	14,7	16,5	13,4
Migraña	15,4	11,5	9,6	15,0	13,3	13,2	12,1	9,7
Depresión	12,3	14,4	10,1	17,3	9,1	10,7	12,2	10,9
Alergia crónica	8,2	11,5	8,9	10,9	6,2	11,8	12,4	12,6
Otras	10,1	11,3	11,1	12,1	13,1	7,1	11,7	7,6
Cataratas	9,0	9,6	5,1	9,8	8,6	9,2	8,4	5,8
Hemorroides	8,6	10,1	5,5	10,4	9,3	11,1	5,7	5,8
Estreñimiento	6,6	8,5	3,1	7,9	8,0	5,5	7,5	5,2
Corazón	5,6	8,4	7,0	8,9	5,1	6,4	5,6	6,1
Osteoporosis	2,6(*)	4,2	7,2	5,8	5,9	7,6	8,1	4,5
Menopausia	5,8	11,0	2,9(*)	14,3	7,2	7,4	2,9	5,0
Úlcera	4,2	6,1	4,2	5,8	7,5	7,0	7,6	3,4
Diabetes	4,2	7,5	7,8	8,4	6,5	6,4	4,0	4,8
Piel	5,1	6,0	3,0(*)	6,9	7,2	7,0	4,3	4,3
Anemia	5,4	4,9	2,0(*)	7,6	5,2	5,9	5,9	3,6
Incontinencia urinaria	4,8	9,2	4,9	5,6	4,5	5,2	5,0	3,7
Próstata	3,5	6,0	5,3	3,2	6,5	6,0	6,2	2,7
Tiroides	-	6,8	5,5	7,5	6,3	3,5	4,6	4,0
Asma	8,0	3,9	4,0	6,0	6,0	3,3	4,2(*)	4,0
Bronquitis crónica	2,4(*)	5,3	2,3(*)	3,2	3,9	2,7(*)	4,2	3,2
Tumores malignos	3,7(*)	4,2	4,7	4,1	3,7	-	3,7	2,2
Total	75,0	74,2	64,0	84,7	76,6	75,1	71,0	68,2

Tasa por 100 habitantes = $\frac{\text{N}^\circ \text{ de adultos que padecen la enfermedad } z \text{ en los últimos 12 meses}}{\text{Total Población de 16 y más años}} * 100$

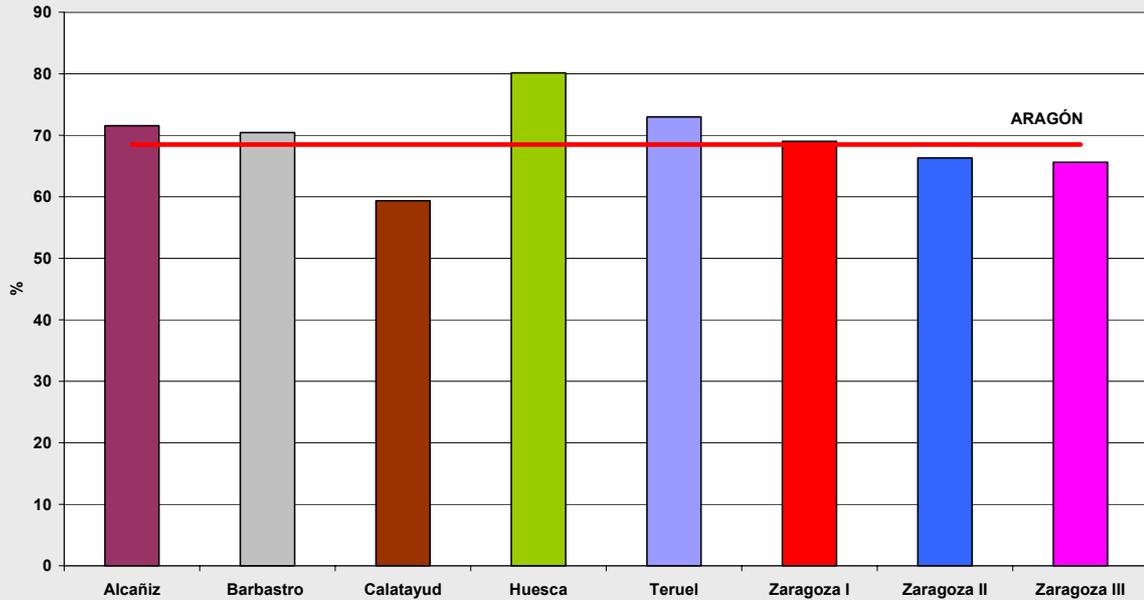
Total Población de 16 y más años

Fuente: Instituto Aragonés de Estadística (IAEST) según microdatos de la Encuesta Nacional de Salud 2006.

2.3.1.2. Distribución de adultos con problemas de salud percibidos que hayan sido diagnosticados por un médico.

En la ENS 2006 se pregunta a la población si le ha sido diagnosticado por un médico alguna de las patologías que se citan en la encuesta. El 68,5% de la población adulta de Aragón dice tener alguna de esas patologías diagnosticadas por un médico.

DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS SEGÚN TENGAN PATOLOGÍA DIAGNOSTICADA POR UN MÉDICO POR SECTOR SANITARIO



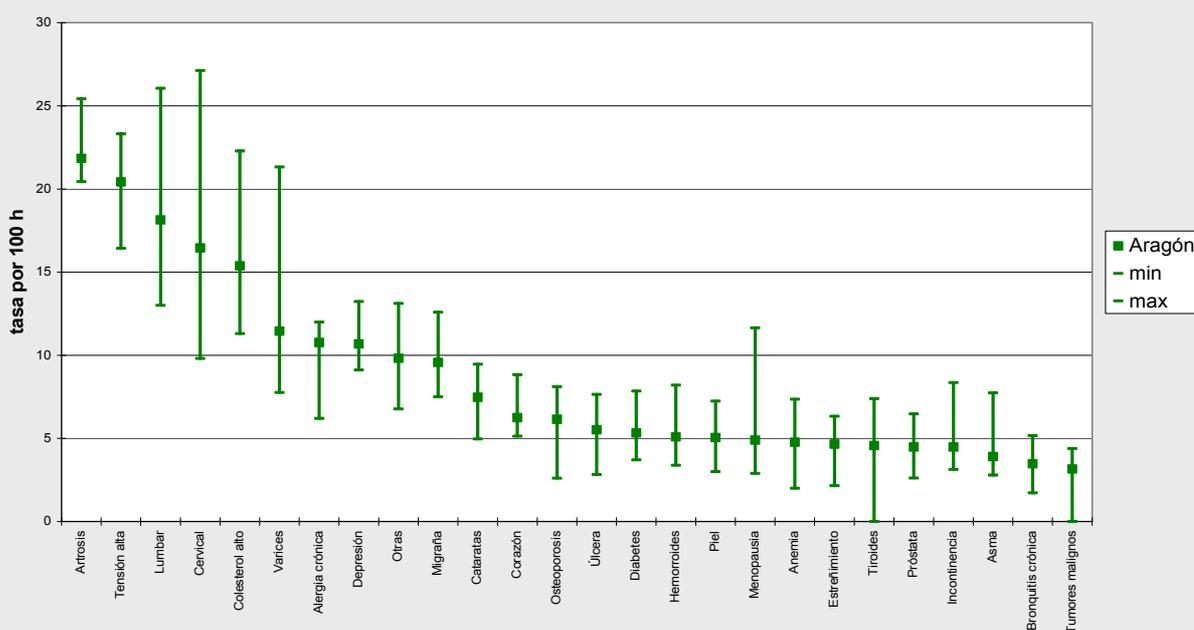
Las patologías más prevalentes (>10% de la población) según la ENS 2006 en la población adulta de Aragón, son Artrosis, Hipertensión Arterial, Dolor crónico lumbar y cervical, Hipercolesterolemia, Varices, Alergia Crónica y Depresión y patología mental.

Distribución por patologías en adultos diagnosticadas por médico por sector sanitario

	Alcañiz	Barbastro	Calatayud	Huesca	Teruel	Zaragoza I	Zaragoza II	Zaragoza III	Aragón	España
Artrosis	20,6	25,4	20,6	24,9	21,2	22,6	21,2	20,4	21,8	20,6
Tensión alta	20,2	21,1	23,3	22,2	23,0	16,4	22,6	17,9	20,4	20,7
Lumbar	16,2	19,5	13,0	26,1	21,3	17,2	19,4	14,2	18,1	21,0
Cervical	15,3	20,7	9,8	27,1	18,6	13,1	16,9	13,5	16,5	20,2
Colesterol alto	14,7	17,5	11,3	18,4	22,3	12,8	16,1	13,3	15,4	15,9
Varices	9,2	13,8	8,4	21,3	11,2	13,2	7,8	12,0	11,5	12,5
Alergia crónica	7,7	10,6	8,6	9,9	6,2	11,1	11,8	12,0	10,8	12,2
Depresión	11,5	11,6	9,7	13,2	9,1	9,9	10,9	10,1	10,7	13,8
Otras	10,1	10,6	11,1	11,3	13,1	6,8	11,4	7,6	9,8	-
Migraña	11,0	8,9	8,2	12,6	11,0	9,9	9,8	7,5	9,6	12,0
Cataratas	9,0	9,2	5,1	9,5	8,6	8,5	7,6	5,0	7,5	7,1
Corazón	5,6	8,4	6,8	8,8	5,1	6,2	5,6	5,8	6,2	7,8
Osteoporosis	2,6	3,7	7,2	5,8	5,9	7,6	8,1	4,3	6,2	4,9
Úlcera	3,9	5,8	3,9	5,8	7,5	5,2	7,6	2,8	5,5	5,6
Diabetes	4,2	7,5	7,8	7,9	6,5	6,1	3,7	4,8	5,3	6,2
Hemorroides	5,5	7,4	3,4	8,2	6,7	5,7	4,3	3,5	5,1	7,6
Piel	5,1	5,6	3,0	6,9	7,2	6,9	4,0	4,1	5,1	6,1
Menopausia	4,6	7,9	2,9	11,7	5,2	5,6	2,9	3,8	4,9	3,5
Anemia	4,8	4,4	2,0	7,4	4,7	5,7	5,2	3,3	4,8	6,8
Estreñimiento	3,1	5,1	2,2	5,7	5,5	4,3	6,3	2,7	4,7	5,7
Tiroides	0,0	6,8	5,5	7,4	6,3	3,5	4,4	3,9	4,6	4,0
Próstata	3,5	5,8	5,3	3,2	6,5	4,6	5,5	2,6	4,5	3,5
Incontinencia	4,0	8,4	3,9	4,3	4,2	4,7	4,7	3,1	4,5	3,9
Asma	7,7	3,4	4,0	5,3	5,5	2,8	3,2	3,8	3,9	5,5
Bronquitis crónica	2,4	5,2	1,7	3,1	3,6	2,7	4,2	3,2	3,5	4,8
Tumores malignos	3,7	4,2	4,4	4,1	3,7	0,0	3,5	2,0	3,2	2,5
Total	71,6	70,4	59,4	80,1	73,0	69,0	66,3	65,6	68,5	-

Fuente: Instituto Aragonés de Estadística (IAEST) según microdatos de la Encuesta Nacional de Salud 2006.

TASA POR PATOLOGÍA DIAGNOSTICADA EN ADULTOS



En el gráfico anterior se ha representado el valor medio para Aragón por patología, el valor mínimo presentado por un sector y el valor máximo que presenta otro sector. (ver gráfico y tabla). Así por ejemplo, existe una variabilidad en patología cervical entre 27,1/100h en Huesca y 9,8/100h en Calatayud.

2.2.3. Organos de los sentidos

Distribución de los adultos según el estado de salud de sus Órganos de los sentidos

Entre la población adulta de Aragón, el 11,1% dicen tener dificultad para oír, (en **España** el 11,3%) y el 4,1% para ver (en **España** el 5,1%). Por sectores sanitarios, Alcañiz y Teruel son los que presentan un mayor porcentaje de personas con dificultades para ver y Huesca y Barbastro son los sectores que presentan mayor porcentaje de personas con problemas para oír.

Distribución de los adultos según el estado de salud de sus órganos de los sentidos por Sector sanitario

% población adulta	Alcañiz	Barbastro	Calatayud	Huesca	Teruel	Zaragoza I	Zaragoza II	Zaragoza III	Total
No tiene dificultad para ver	92,0	97,0	96,2	97,8	92,7	95,2	96,0	97,1	95,9
No tiene dificultad para oír	86,0	84,1	91,3	85,2	87,6	87,5	90,5	91,3	88,9

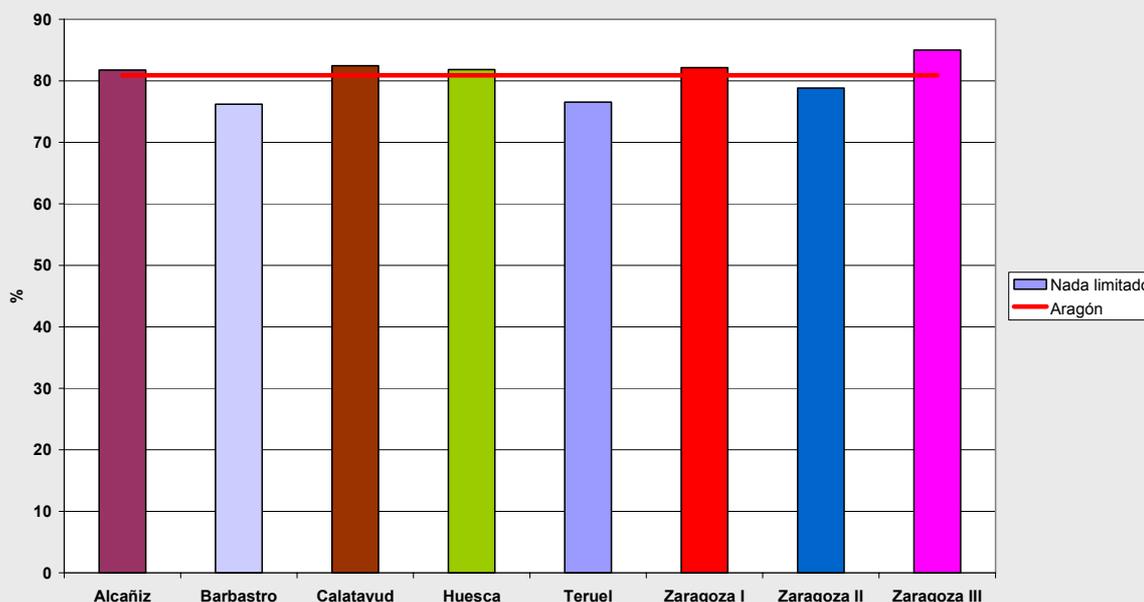
Fuente: Instituto Aragonés de Estadística (IAEST) según microdatos de la Encuesta Nacional de Salud 2006.

2.2.4. Limitación de la actividad por enfermedad
Distribución de los adultos por sectores sanitarios según limitación de su actividad habitual durante al menos los últimos 6 meses a causa de alguna enfermedad.

Según la ENS 2006, el 80,9% de la población adulta de Aragón, declara no haber tenido ninguna limitación de su actividad habitual durante al menos los últimos 6 meses a causa de alguna enfermedad. El 15,1% se encuentra limitado pero no gravemente y el 3,9% limitado gravemente.

Por sectores estos porcentajes también se distribuyen de forma desigual. Así Barbastro, Teruel y Zaragoza I, declaran tener más población con limitación de las actividades de la vida diaria.

DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS SEGÚN LIMITACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA POR SECTOR



Nota: Se refiere al menos a los seis meses anteriores a la entrevista.

Fuente: Instituto Aragonés de Estadística (IAEST) según microdatos de la Encuesta Nacional de Salud 2006.

En **España**, el 79,07% de la población adulta declara no haber tenido ninguna limitación de su actividad habitual en los últimos 6 meses.

2.2.5. Dificultad para las actividades habituales
Distribución de los problemas que producen dificultad para realizar las actividades que la gente habitualmente hace.

El 19% de los Aragoneses declararon en el 2006 haber tenido algún problema en los 6 meses previos a la encuesta, que limitó la realización de las actividades que la gente habitualmente hace.

El 80,7% de las personas que declararon haber tenido alguna dificultad para realizar las actividades, las categorizaron como limitación física. El 19,3%, limitación mental o física y mental.

Por sectores se observan diferencias en la distribución de tipo de limitación, no sólo en la cantidad, como se ha visto en el apartado anterior. Así, del total de pacientes

Estado de Salud de Aragón. Octubre 2010

con alguna limitación, el porcentaje de personas adultas con limitación física varía desde 72,7% en sector Teruel hasta 89,2% en Zaragoza I.

	Alcañiz	Barbastro	Calatayud	Huesca	Teruel	Zaragoza I	Zaragoza II	Zaragoza III	Total
Físico	75,0	87,0	83,0	84,5	72,7	89,2	77,8	79,2	80,7
Mental o Ambos	25,0	13,0	17,0(*)	15,5	27,3	10,8(*)	22,2	20,8	19,3
Total	100,0								

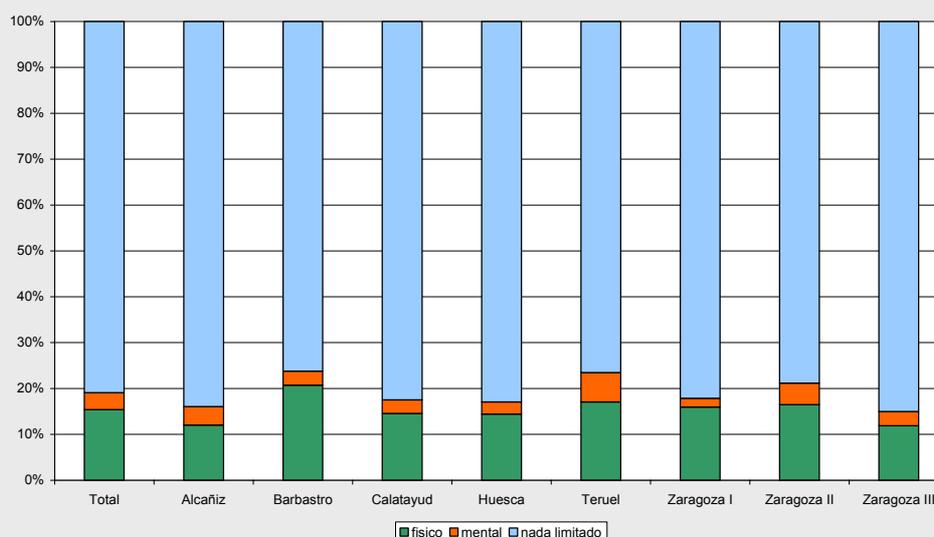
Nota: Se refiere al menos a los seis meses anteriores a la entrevista.

Nota: (*) el dato es poco representativo, el tamaño de la muestra es pequeño.

Fuente: Instituto Aragonés de Estadística (IAEST) según microdatos de la Encuesta Nacional de Salud 2006.

En **España**, limitación física en un 80,4% y mental y física, 12,8%.

DISTRIBUCIÓN LIMITACIÓN POR SECTORES



2.2.6. Accidentabilidad declarada

ADULTOS

En la ENS 2006, se pregunta acerca de la accidentabilidad en los últimos 12 meses y dentro de los accidentes se contabilizan: caídas a desnivel (escalera, silla...), caída a nivel de suelo, quemaduras, golpes, intoxicaciones (excluidas las alimentarias, accidentes de tráfico etc.).

La distribución por sectores es la que aparece en la tabla siguiente:

	Alcañiz	Barbastro	Calatayud	Huesca	Teruel	Zaragoza I	Zaragoza II	Zaragoza III	Aragón
Han sufrido algún accidente	8,2	11,2	7,7	12,4	9,3	10,3	8,1	9,6	9,5
No han sufrido accidente	91,8	88,8	92,3	87,6	90,7	89,7	91,9	90,4	90,5
Total de personas	100,0								

Fuente: Instituto Aragonés de Estadística (IAEST) según microdatos de la Encuesta Nacional de Salud 2006.

El 9,5% de la población adulta de Aragón sufrió un accidente en los últimos 12 meses siendo Calatayud el sector con menos accidentes, 7,7% y Huesca el sector con más accidentes.

NIÑOS

Según la ENS 2006, el 11,5% de los menores de 16 años sufrieron un accidente en los últimos 12 meses en Aragón. Por sexo, el 14,6% de los niños sufrieron algún accidente de cualquier tipo. En las niñas, el 8,3%.

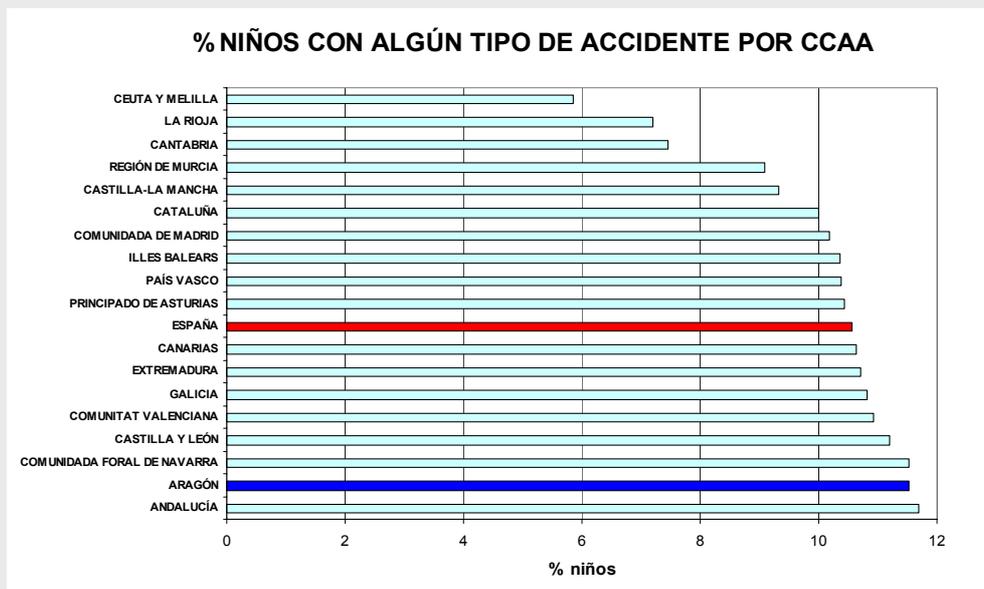


Tabla. Distribución de los accidentes en menores por sector sanitario

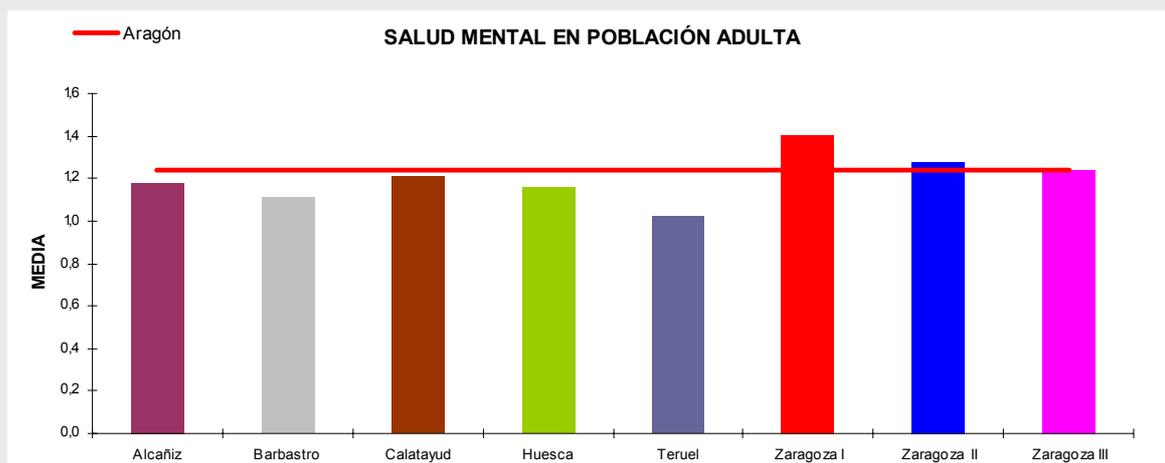
	Alcañiz (*)	Barbastro	Calatayud(*)	Huesca	Teruel	Zaragoza I(*)	Zaragoza II(*)	Zaragoza III	Aragón
Han sufrido algún accidente	11,5	19,1	13,7	17,7	20,1	11,2	4,7	12,1	11,5
No han sufrido accidente	88,5	80,9	86,3	82,3	79,9	88,8	95,3	87,9	88,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Nota: (*) el dato es poco representativo, el tamaño de la muestra es pequeño.
Fuente: Instituto Aragonés de Estadística (IAEST) según microdatos de la Encuesta Nacional de Salud 2006.

En la distribución por edad de todos los accidentes referidos, el 40% se producen en niños de 10 a 15 años.

Distribución de la Salud mental en la población adulta por sectores sanitarios, (ENS.2006).

Los sectores de Zaragoza I, II y III presentan una peor salud mental que el resto de sectores, estando Zaragoza I y II por encima de la media de Aragón.



Nota (*): se considera Población de 16 y más años.

Nota: La variable " **Salud Mental en la Población Adulta** " puede tomar valores entre 0 y 12 puntos, donde 0 es la mejor salud mental a 12 peor salud mental

Fuente: Instituto Aragonés de Estadística (IAEST) según microdatos de la Encuesta Nacional de Salud 2006.

2.3. MORBILIDAD ATENDIDA
IR A INDICE

2.3.1. MORBILIDAD SEGÚN AMBITO DE ATENCIÓN

Se estima que durante el año 2008 el 76,7% de la población aragonesa consultó por un problema de salud, al menos en una ocasión, a un profesional de medicina de familia o de enfermería de atención primaria.

Cada paciente visitado en ese año tuvo un promedio de 5 problemas o enfermedades. En la siguiente tabla pueden verse los problemas de salud atendidos más frecuentes:

2.3.2.1. EN ATENCIÓN PRIMARIA

PROBLEMAS DE SALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA (2008).

AGRUPACIONES DIAGNÓSTICAS	Edad media	Tasa*1000 pacientes Hombres	Tasa*1000 pacientes Mujeres	Tasa*1000 pacientes Total
Infección tracto respiratorio superior	35	312,73	345,44	330,05
Lumbalgia	52	172,44	207,32	190,90
Artropatía	49	145,28	170,05	158,38
Hipertensión sin complicaciones graves	69	143,71	168,71	156,93
Cuestiones administrativas y anormalidades de laboratorio no especificadas	39	125,34	147,21	136,94
Signos y síntomas músculo esqueléticos	54	112,22	150,16	132,32
Trastornos metabolismo de los lípidos	62	128,61	120,16	124,09
Signos y síntomas no específicos	48	97,08	125,13	111,95
Trastornos dentales	43	106,67	106,57	106,60
Ansiedad, neurosis	49	67,17	132,34	101,73
Diarrea	32	105,50	95,38	100,12
Signos y síntomas oftalmológicos	49	79,39	109,47	95,33
Dolor abdominal	40	79,72	101,76	91,41
Tos	32	83,98	83,63	83,78
Otros trastornos de la piel	46	72,27	85,51	79,27
Otitis media	30	64,84	71,68	68,46
Dolor de cabeza, cefalea	43	47,91	81,21	65,57
Venas varicosas de extremidades inferiores	61	23,87	100,54	64,54
Obesidad	55	49,29	73,09	61,89
Depresión	58	33,03	87,17	61,74
Cervicalgia	47	45,42	73,90	60,51
Enfermedad ulcerosa péptica	52	52,46	64,05	58,60
Problemas de comportamiento	53	44,73	67,93	57,02
Síndromes vertiginosos	56	40,12	68,21	55,01
Infección tracto respiratorio bajo	39	55,22	53,37	54,22
Diabetes tipo 2 sin complicación	67	56,55	50,57	53,37
Dermatitis y eczema	36	48,17	55,14	51,86
Condiciones anorectales	52	48,94	50,63	49,83
Síntomas urinarios	49	47,45	47,59	47,52
Conjuntivitis, queratitis	38	44,72	47,96	46,44
Neoplasia benigna de la piel y tejido subcutáneo	43	42,13	47,78	45,12
Tabaquismo	46	54,74	34,99	44,25
Problemas familiares y sociales	59	32,38	53,61	43,64
Signos y síntomas gastrointestinales	45	38,47	45,00	41,93
Abrasiones y contusiones	38	41,31	42,30	41,83
Asma sin estatus asmático	37	38,42	44,52	41,64
Deficiencia de hierro, otras anemias por carencia	52	19,66	61,05	41,62
Osteoporosis	69	5,95	70,99	40,45

Fuente: SIAP. ACGs-EDCs. Dirección General de Planificación y Aseguramiento

Información procedente de historia clínica electrónica (82% de la población).

2.3.2.2. EN ATENCIÓN HOSPITALARIA

En el año 2008 en Aragón fueron registradas 165.451 altas hospitalarias, un 48% en varones y un 52% correspondían a mujeres. Enfermedades del sistema circulatorio (11,84%), aparato digestivo (11,54%), motivadas por embarazo-parto- puerperio (10,66%) y neoplasias (9,05%) fueron las mas prevalentes.

En el caso de los varones se mantiene esta ordenación, salvo el capítulo de embarazo-parto que es sustituido por enfermedades del aparato respiratorio. La causa de alta más frecuente en mujeres son procesos en relación con embarazo-parto-puerperio (20,47%), seguido de lejos por enfermedades del sistema circulatorio (9,80%), digestivo (9,16%) y neoplasias (8,12%).

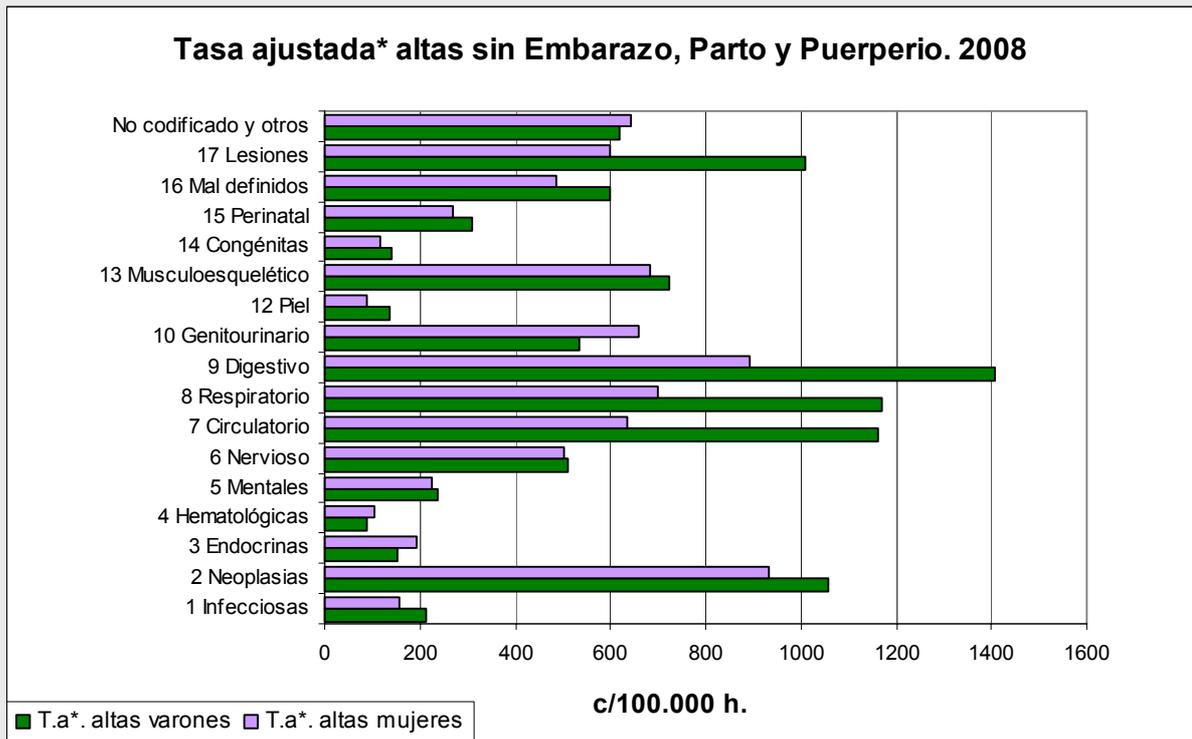
La tabla siguiente muestra las tasas por sexo y capítulo de la CIE. Las mayores tasas se registran en embarazo-parto-puerperio(mujeres)¹³ y enfermedades del aparato circulatorio y digestivo.

¹³ Uno de los capítulos CIE es Embarazo, parto y puerperio, en el que se clasifican algunas patologías correspondientes a este periodo. La mayor parte de estos diagnósticos corresponden a embarazo y parto normal, que no es propiamente dicho una patología.

Estado de Salud de Aragón. Octubre 2010

	Capitulo CIE. Morbilidad. Aragón 2008	Varones Tasa *100.000 hab	Mujeres Tasa *100.000 hab	Total Tasa *100.000 hab
1	ENF. INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	201,88	151,14	176,28
2	NEOPLASIAS	1.205,52	1.035,26	1.119,93
3	ENF ENDOCRINAS-NUTRICION-METABOLICAS-INMUNIDAD	174,24	246,06	210,62
4	ENF SANGRE-ORG HEMATOPOYETICOS	112,04	144,61	128,47
5	TRASTORNOS MENTALES	271,48	265,19	268,31
6	ENF SIST NERVIOSO Y ORG SENTIDOS	619,37	666,69	643,54
7	ENF SIST CIRCULATORIO	1.684,47	1.249,87	1.465,38
8	ENF AP RESPIRATORIO	1.428,54	908,74	1.166,32
9	ENF AP DIGESTIVO	1.670,58	1.168,30	1.417,87
10	ENF AP GENITOURINARIO	658,78	769,92	715,07
11	EMBARAZO-PARTO-PUERPERIO	0,00	2.610,98	2.615,14
12	ENF PIEL Y TEJ SUBCUTANEO	150,09	115,54	132,81
13	ENF SIST OSTEO-MIOARTICULAR Y TEJIDO CONECTIVO	830,91	829,54	830,67
14	ANOMALIAS CONGENITAS	109,02	100,56	104,90
15	ENF CON ORIGEN PERIODO PERINATAL	186,93	154,40	170,52
16	SINTOMAS-SIGNOS Y ESTADOS MAL DEFINIDOS	650,78	531,42	590,79
17	LESIONES Y ENVENENAMIENTOS	1.187,25	906,67	1.046,38
18	CODIGOS E	0,00	0,30	0,15
19	CODIGO V	498,27	494,64	496,52
NC	En blanco	343,51	406,98	375,53
Total	general	11.984,10	12.756,79	12.379,28

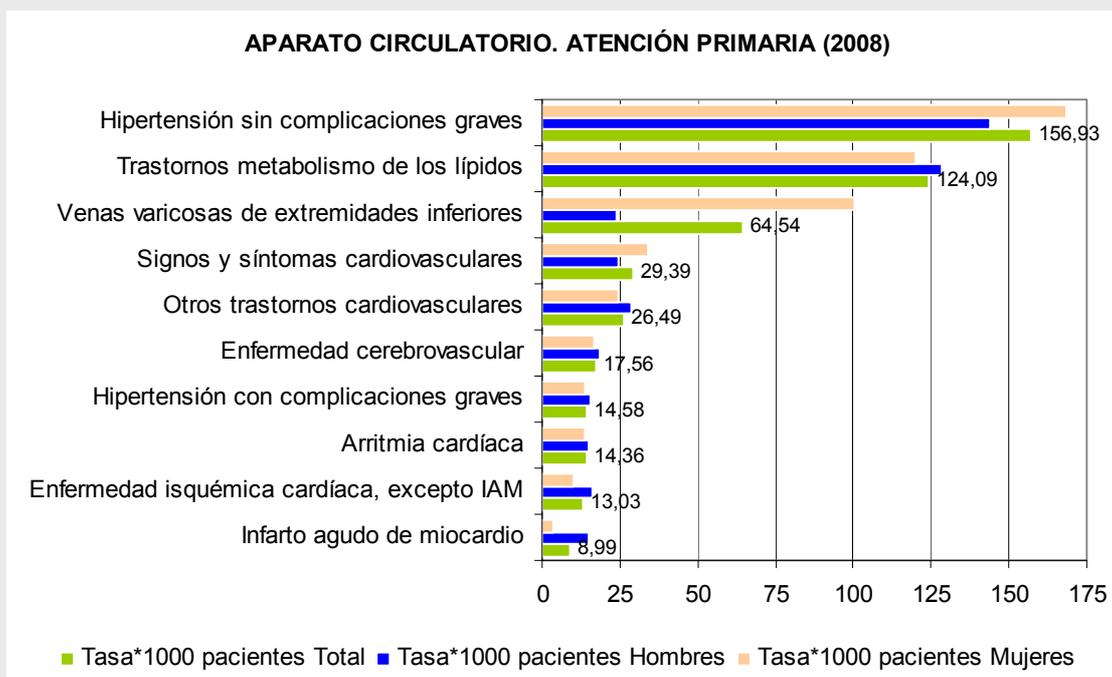
La distribución de las tasas ajustadas de altas sin Embarazo, Parto y Puerperio, en cada uno de los capítulos de la CIE se muestra en la figura siguiente:



2.3.3. PROBLEMAS DE SALUD SEGÚN CAUSAS ESPECÍFICAS

2.3.3.1. ENF. AP. CIRCULATORIO

En la siguiente tabla se muestran los problemas del aparato circulatorio que afectan a un mayor número de personas atendidas en centros de salud de Aragón en el año 2008. Destaca la hipertensión arterial no complicada, más frecuente en las mujeres, y los trastornos del metabolismo de los lípidos, más frecuentes en los hombres.



Fuente: SIAP. ACGs - EDCs. Dirección General de Planificación y Aseguramiento
 Información procedente de historia clínica electrónica (82% de la población)

Enfermedades del Aparato Circulatorio. ATENCIÓN HOSPITALARIA

En 2008 se han registrado 19.585 altas, de las cuales un 57 % eran en varones y un 43% en mujeres. El diagnóstico mas prevalente en este apartado a nivel global y por sexo fue la insuficiencia cardiaca (17.16% del total de altas, 14.71% de las altas en varones y 20.41% de las altas en mujeres). El infarto de miocardio porcentualmente tiene mas presencia en varones que en mujeres, al contrario se registra en la oclusión de arterias cerebrales.

La tabla siguiente da un mayor detalle de los diagnósticos principales registrados en este capítulo. Las altas mostradas representan el 88,39% de las altas producidas en este apartado.

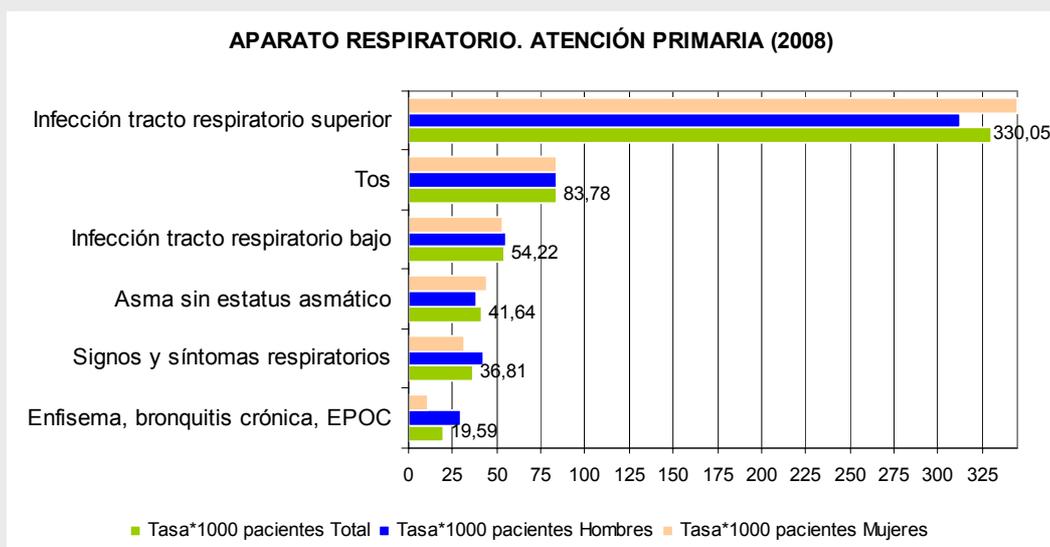
ENFERMEDADES APARATO CIRCULATORIO-DIAGNOSTICO PRINCIPAL	Altas	%Total	%Varones	%Mujeres	Estancia media	Edad Media
INSUFICIENCIA CARDIACA	3.361	17,16	14,71	20,41	10,78	78,83
OCLUSION DE ARTERIAS CEREBRALES	2.018	10,30	9,59	11,25	13,72	76,84
DISRRITMIAS CARDIACAS	1.858	9,49	9,09	10,02	6,84	71,55
INFARTO AGUDO MIOCARDIO	1.791	9,14	11,02	6,66	10,37	70,36
OTRAS FORMAS DE ENFERM. CARDIACAS ISQUEMICAS CRONICAS	1.123	5,73	7,81	2,99	6,40	67,12
VENAS VARICOSAS DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES	989	5,05	3,04	7,70	1,76	63,77
Total parcial	17.311	88,39				

N= 19.585 (V-11156. M-8427)

2.3.3.2. ENF. AP. RESPIRATORIO

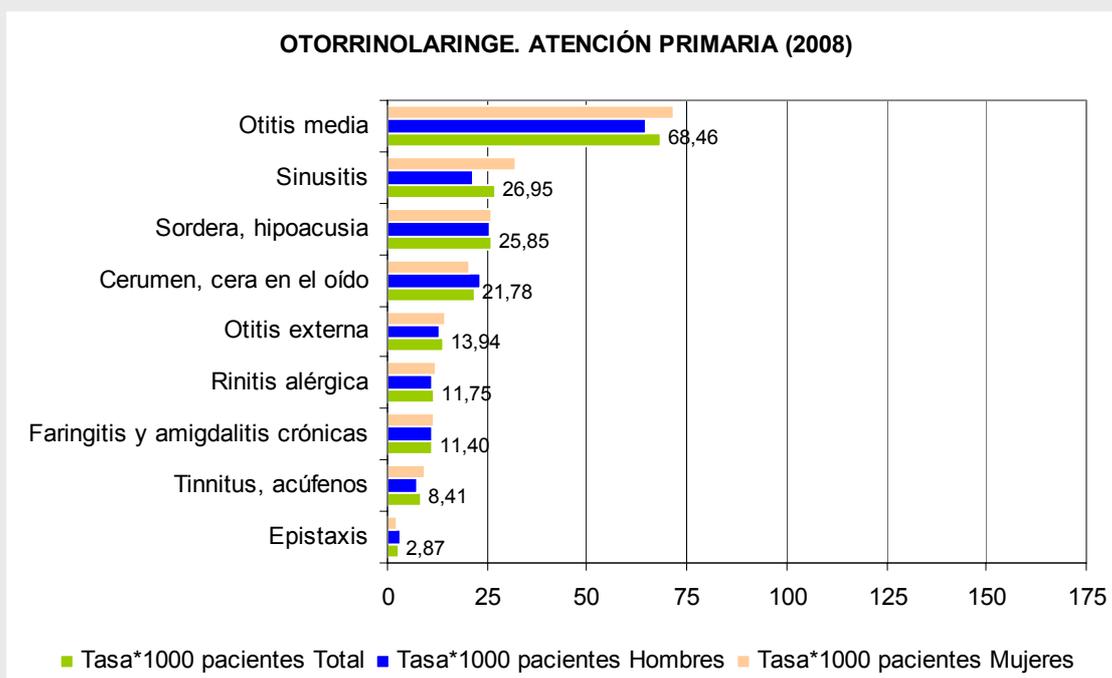
Alrededor de un 40% de los aragoneses que acudieron al centro de salud en 2008 presentaron una infección del tracto respiratorio superior y/o un episodio de tos sin otros hallazgos patológicos. La otitis media, la sinusitis y el asma se diagnostican más en mujeres. Otros problemas como la neumonía, el enfisema, la bronquitis crónica o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, predominan en los hombres.

PROBLEMAS DEL APARATO RESPIRATORIO Y ORL EN ATENCIÓN PRIMARIA (2008)



Fuente: SIAP. ACGs-EDCs. Dirección General de Planificación y Aseguramiento

Información procedente de historia clínica electrónica (82% de la población)



Fuente: SIAP. ACGs-EDCs. Dirección General de Planificación y Aseguramiento
 Información procedente de historia clínica electrónica (82% de la población)

Enfermedades del aparato respiratorio. ATENCIÓN HOSPITALARIA

En 2008 se registraron 15.588 altas por diagnósticos del aparato respiratorio, siendo un 60,7% en varones y 39,3% en mujeres. Globalmente la neumonía y la bronquitis crónicas fueron los procesos mas frecuentes. Por sexos se detectan diferencias, en el sentido de que en varones es primero la bronquitis crónica y luego las neumonías y en mujeres el epígrafe "Otras enfermedades del aparato respiratorio" (CIE 519), seguido de bronquitis y bronquiolitis aguda.

La tabla siguiente da un mayor detalle de este apartado. Las altas incluidas en la tabla representan el 93.3% de este apartado.

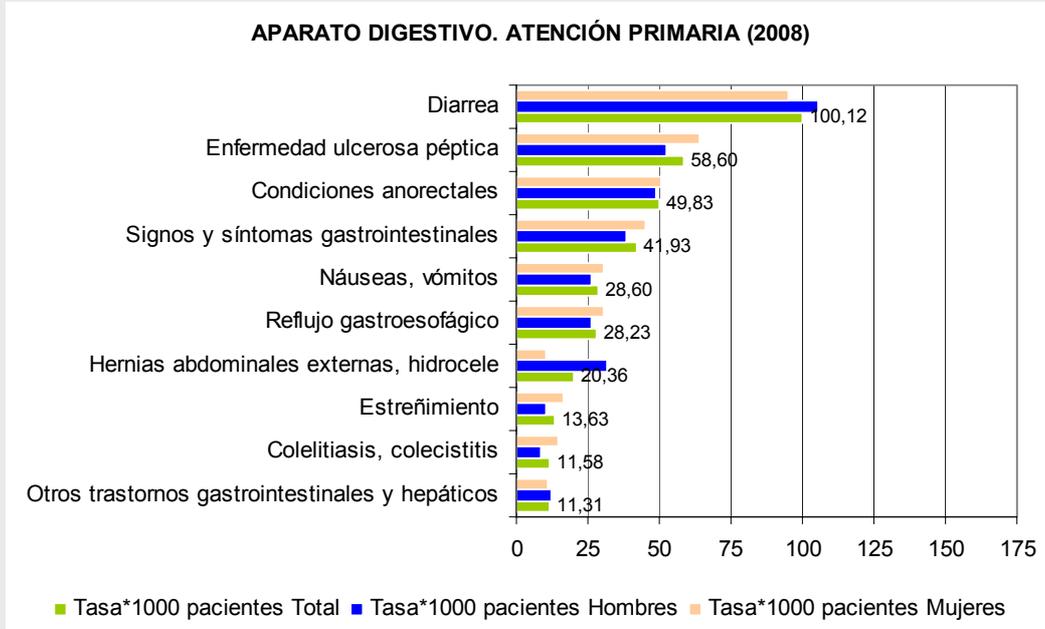
ENFERMEDADES APARATO RESPIRATORIO-DIAGNOSTICO PRINCIPAL	Altas	%Total	%Varones	%Mujeres	Estancia a media	Edad media
NEUMONIA ORGANISMO SIN ESPECIFICAR	1.801	11,55	11,93	10,97	9,77	64,22
BRONQUITIS CRONICA	1.735	11,13	15,45	4,46	9,95	75,18
OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO	1.734	11,12	9,35	13,86	9,86	72,18
OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES	1.490	9,56	8,90	10,58	11,08	73,26
BRONQUITIS Y BRONQUIOLITIS AGUDAS	1.472	9,44	7,69	12,14	6,21	34,84
NEUMONIA NEUMOCOCICA (NEUM. POR STREPTOCOCO NEUMONIAE)	1.193	7,65	7,76	7,49	11,00	70,33

N=15588 (V-9461,M-6127)

2.3.3.3.. ENF. AP. DIGESTIVO

Los problemas más frecuentes del aparato digestivo en 2008 fueron las diarreas y la enfermedad ulcerosa péptica. Esta última enfermedad se diagnostica en un 64,05 por 1000 usuarias y en un 52,46 por 1000 usuarios de servicios de atención primaria.

PROBLEMAS DEL APARATO DIGESTIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA (2008)



Fuente: SIAP. ACGs-EDCs. Dirección General de Planificación y Aseguramiento
 Información procedente de historia clínica electrónica (82% de la población)

Enfermedades del Aparato Digestivo. ATENCIÓN HOSPITALARIA

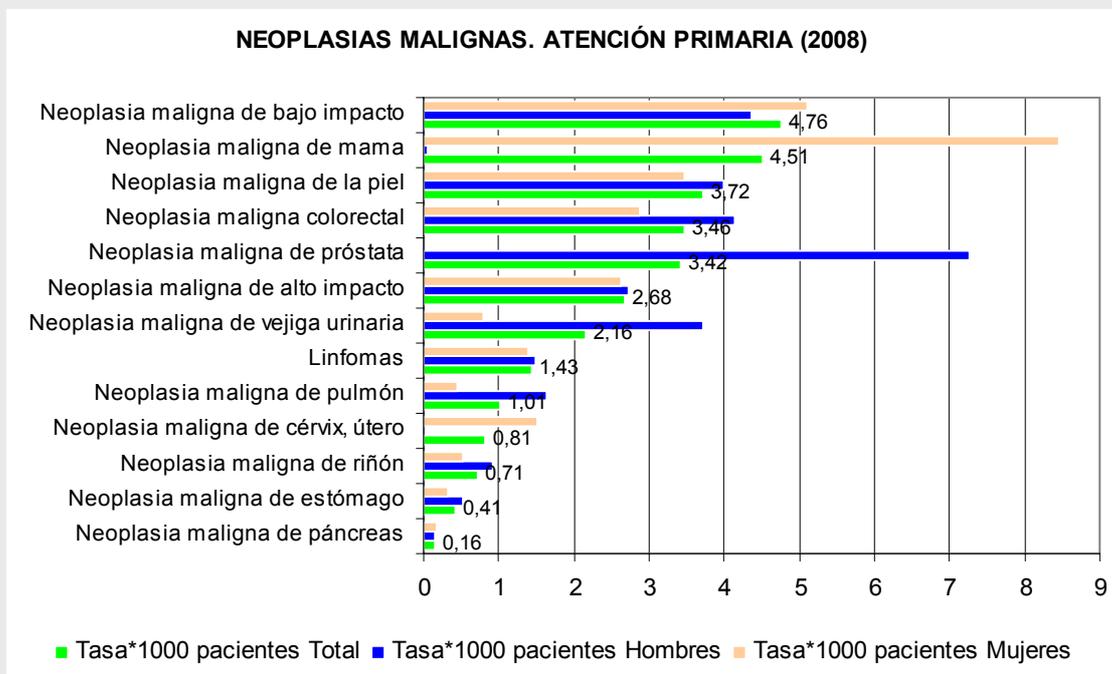
En 2008 se han registrado 18.950 altas con diagnóstico principal de afectación digestiva. De ellas un 58,4% se registraron en varones y un 41,6% en mujeres. La tabla siguiente muestra los diagnósticos más frecuentes globalmente y por sexo. La hernia inguinal en varones y la colelitiasis en mujeres son los procesos más frecuentes hospitalizados en este capítulo. Las altas incluidas en la tabla representan el 91,86% de este apartado.

ENFERMEDADES APARATO DIGESTIVO- DIAGNOSTICO PRINCIPAL	Altas	% Total	% Varones	% Mujeres	Estancia media	Edad media
COLELITIASIS	3.119	16,46	12,42	22,12	6,19	64,70
HERNIA INGUINAL	2.972	15,68	23,73	4,38	2,07	59,30
OTRA HERNIA ABDOMINAL SIN MENCION DE OBSTR. NI GANGRENA	1.207	6,37	5,50	7,58	3,94	56,10
APENDICITIS AGUDA	1.196	6,31	6,49	6,07	4,29	31,69
OTRAS GASTROENTERITIS Y COLITIS NO INFECCIOSAS Y LAS NO ESPECIFICADAS	1.174	6,20	5,23	7,55	4,69	44,35
OBSTRUCCION INTESTINAL SIN HERNIA	8.44	4,45	3,62	5,64	9,64	69,90
ENFERMEDADES PANCREATICAS	727	3,84	4,03	3,57	10,89	62,13

N=18950 (V-11064, M-7877)

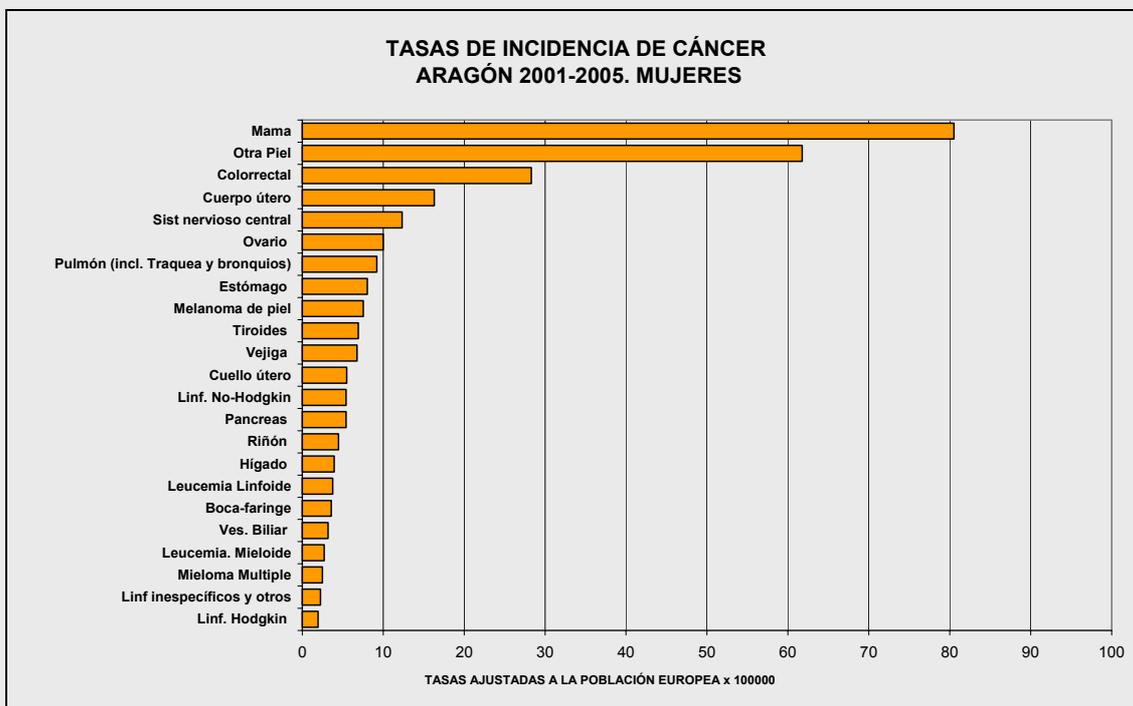
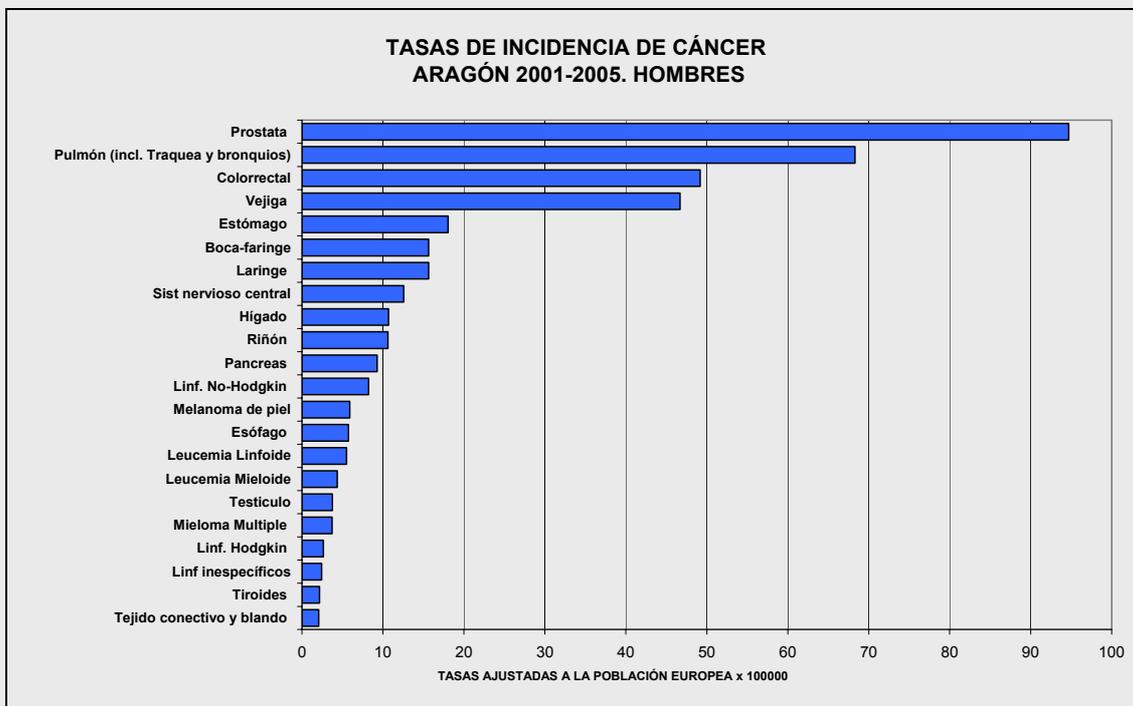
2.3.3.4. CANCER

Las neoplasias malignas más frecuentes activas (incidentes y prevalentes) registradas en la historia clínica electrónica de atención primaria, en el año 2008, corresponden al cáncer de mama, en mujeres, con una edad media de los casos de 63 años, y al cáncer de próstata, en los hombres, con una edad media de los casos en torno a los 74 años.

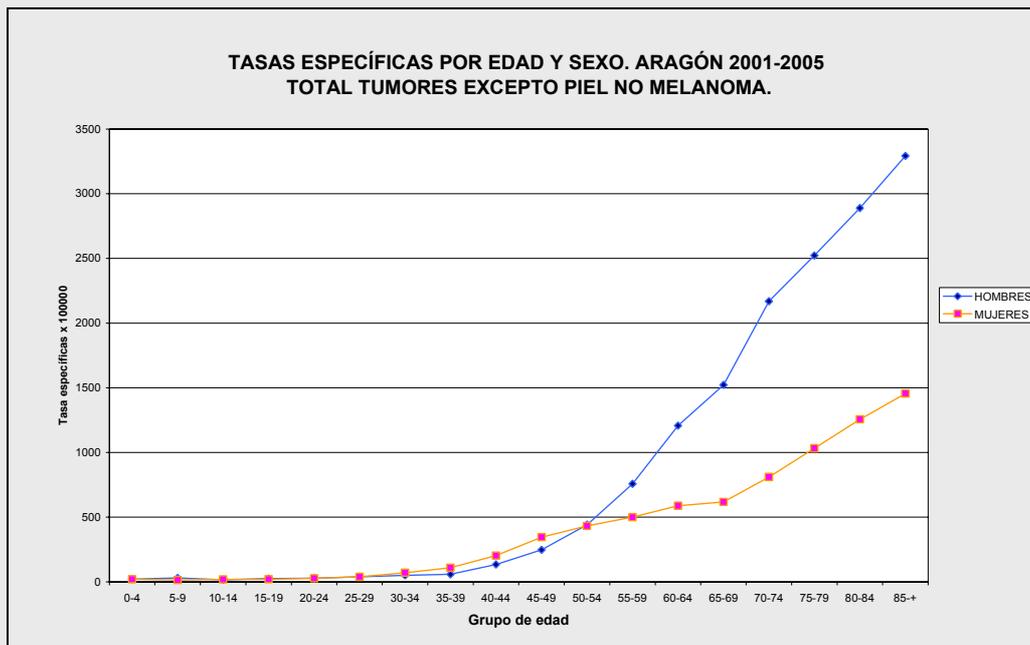


Fuente: SIAP. ACGs-EDCs. Dirección General de Planificación y Aseguramiento
 Información procedente de historia clínica electrónica (82% de la población)

En el periodo 2001-2005, las tasas de incidencia ajustadas a población europea de cáncer en hombres y mujeres de las principales localizaciones se presentan en los gráficos siguientes. En hombres son Próstata, Pulmón y Colorrectal las tres primeras localizaciones y en mujeres Mama, Piel y Colorrectal.



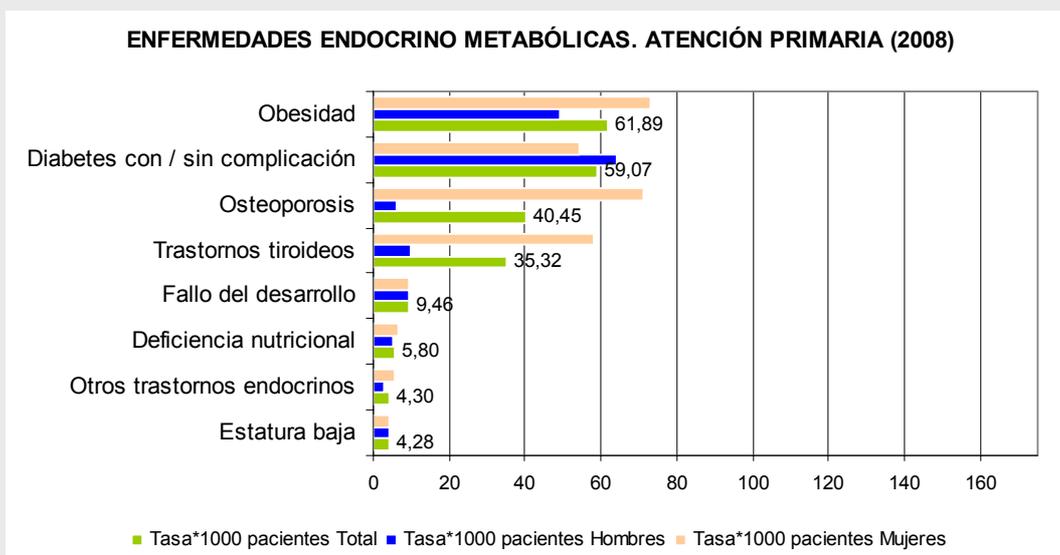
En las tasas específicas por edad del mismo periodo, se puede observar la diferente distribución por sexo, teniendo los hombres un tendencia claramente ascendente a partir de los 50-54 años.



2.3.3.5. ENF. ENDOCRINAS

Los problemas endocrino - metabólicos más frecuentemente registrados en atención primaria son la diabetes y la obesidad. Tanto la obesidad como la osteoporosis o los trastornos tiroideos se diagnostican más en mujeres. La diabetes es más frecuente en hombres.

ENFERMEDADES ENDOCRINO METABÓLICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA (2008)



Fuente: SIAP. ACGs-EDCs. Dirección General de Planificación y Aseguramiento
 Información procedente de historia clínica electrónica (82% de la población).

Enfermedades endocrinas. ATENCIÓN HOSPITALARIA

En 2008 fueron registradas en Aragón 2815 altas, de las cuales 41% eran varones y 59% mujeres. El diagnóstico principal más frecuente fue la diabetes mellitas (global y por sexos). La tabla siguiente muestra los diagnósticos con mayor presencia. Las altas incluidas en la tabla representan el 94.46% de este apartado.

ENF. ENDOCRINAS- NUTRICION-METABOLICAS- INMUNIDAD. DIAGNOSTICO PRINCIPAL	Altas	% Total	%Varo nes	%Muje res	Estanci a media	Edad Media
DIABETES MELLITUS	1.015	36,06	44,80	29,96	12,53	60,03
TRASTORNO EQUIL .OSMOT. /ELECTROLIT/ACIDO-BASICO	370	13,14	12,74	13,44	9,92	74,51
BOCIO NODULAR NO TOXICO	348	12,36	6,24	16,64	3,66	54,13
OBESIDAD Y OTROS TIPOS DE HIPERALIMENTACION	225	7,99	4,42	10,49	6,53	44,83
TIROTOXICOSIS CON O SIN BOCIO	112	3,98	2,25	5,18	6,18	51,69
TRASTORNOS METABOLISMO DE LIPIDOS	95	3,37	1,99	4,28	1,62	27,87

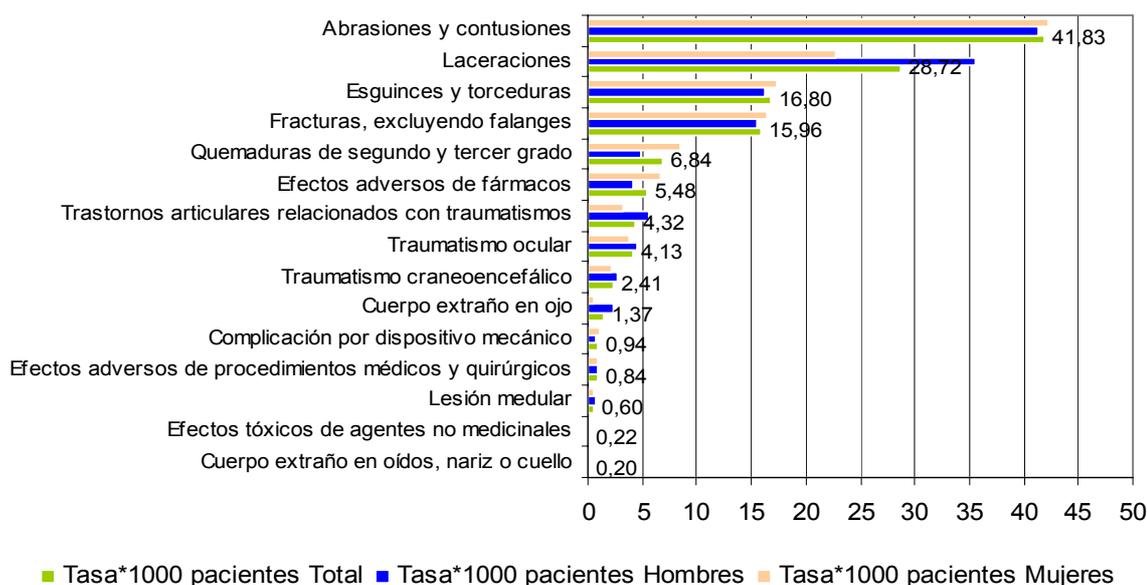
N=2815 (V-1154, M-1659)

2.3.3.8. CAUSAS EXTERNAS

De las personas que visitaron un centro de salud aragonés en 2008 aproximadamente un 13% tienen un diagnóstico relacionado con lesiones, traumatismos, accidentes y otras causas externas.

LESIONES, TRAUMATISMOS Y OTRAS CAUSAS EXTERNAS EN ATENCIÓN PRIMARIA (2008)

CAUSAS EXTERNAS. ATENCIÓN PRIMARIA (2008)



Fuente: SIAP. ACGs-EDCs. Dirección General de Planificación y Aseguramiento Información procedente de historia clínica electrónica (82% de la población)

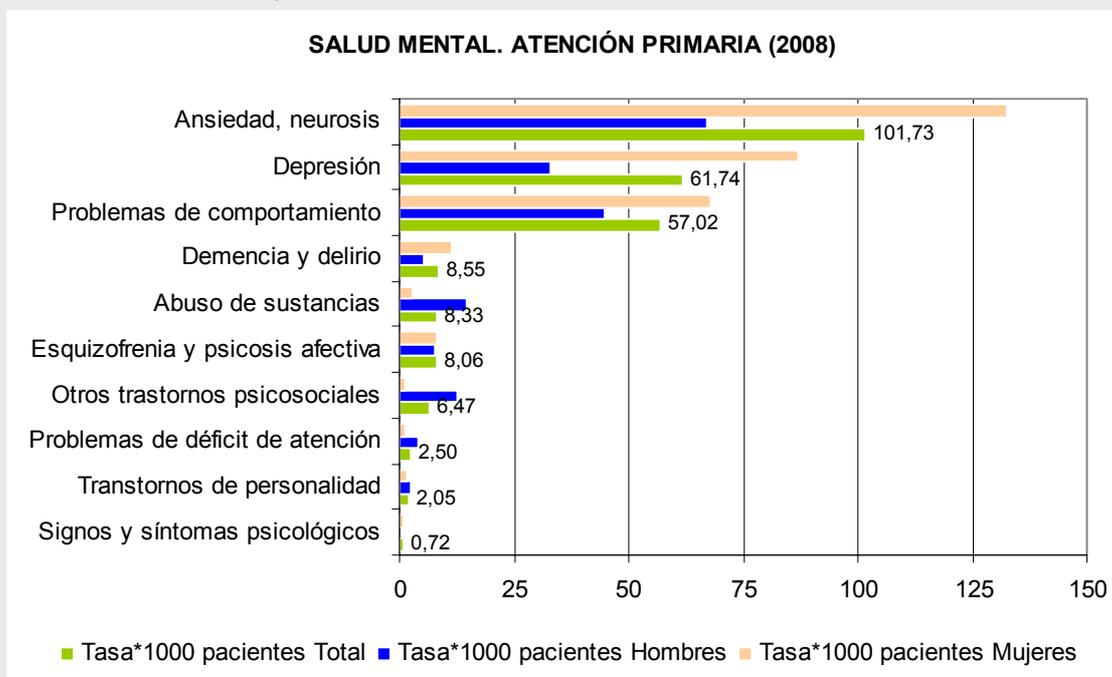
Causas Externas . ATENCIÓN HOSPITALARIA

Hemos registrado en 2008 en Aragón 13.981 altas, 56,2% en varones y 43,7% en mujeres. La fractura del cuello de fémur es el diagnóstico principal más frecuente en este apartado. La tabla siguiente muestra el resto de diagnósticos frecuentes registrados. La tabla muestra el 78,10 % de las altas contabilizadas en este apartado.

DIAGNOSTICO PRINCIPAL-LESIONES Y ENVENAMIENTOS	Altas	%	%Total	% Varones	% Mujeres	Estancia media	Edad media
FRACTURA DEL CUELLO DE FEMUR	2.016	14,42	14,42	6,27	24,90	15,99	82,26
COMPLICACIONES PROPIAS DE CIERTOS PROCEDIMIENTOS ESPECIFICAD	1.435	10,26	10,26	9,31	11,49	11,43	62,57
FRACTURA DE RADIO Y CUBITO	768	5,49	5,49	5,18	5,87	3,95	45,17
OTRAS COMPLICACIONES DE PROCEDIMIENTOS, NCOC	767	5,49	5,49	5,28	5,76	10,42	57,63
LUXACION DE RODILLA	731	5,23	5,23	6,91	3,08	1,59	47,10
FRACTURA DE HUMERO	586	4,19	4,19	2,82	5,96	6,56	56,92
N=13981 (V-7860, M-6112)							

2.3.3.6 SALUD MENTAL

Alrededor de un 25 % de los pacientes que recibieron asistencia primaria en el año 2008 tenían problemas de salud mental. La enfermedad mental predomina en mujeres excepto en el abuso de sustancias, los trastornos psicosociales y en el déficit de atención, que son más frecuentes en hombres.



Fuente: SIAP. ACGs-EDCs. Dirección General de Planificación y Aseguramiento

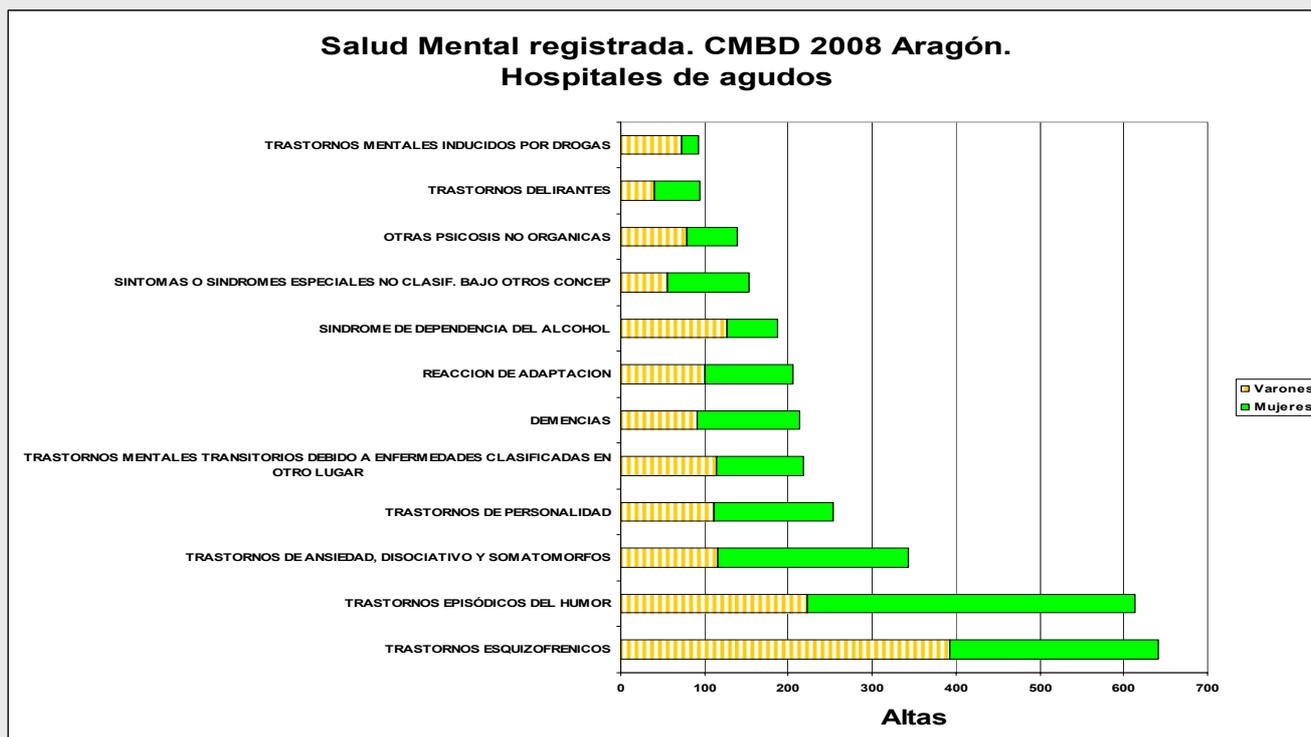
Información procedente de historia clínica electrónica (82% de la población)

Salud Mental registrada. ATENCIÓN HOSPITALARIA

La distribución de altas en hospitales generales de pacientes agudos durante 2008 se muestra en la siguiente tabla. Se reseñan los diagnósticos más frecuentes, destacando los trastornos esquizofrénicos, trastornos episódicos del humor y de personalidad. La distribución por sexo varía según diagnóstico.

SALUD MENTAL-DIAGNOSTICO PRINCIPAL	Altas	%	%Varones	%Mujeres	Estancia media	Edad media
TRASTORNOS ESQUIZOFRENICOS	641	20,3	61,2	38,8	17,57	40,32
TRASTORNOS EPISÓDICOS DEL HUMOR	614	19,5	36,2	63,8	14,43	51,52
TRASTORNOS DE ANSIEDAD, DISOCIATIVO Y SOMATOMORFOS	343	10,9	33,8	66,2	10,26	54,52
TRASTORNOS DE PERSONALIDAD	254	8,1	44,1	55,9	15,19	35,95
TRASTORNOS MENTALES TRANSITORIOS DEBIDO A ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRO LUGAR	218	6,9	52,8	47,2	12,61	75,89
DEMENCIAS	213	6,8	42,7	57,3	18,54	81,65

N=3586 altas



Por grandes capítulos dentro del área de salud mental destacan **los trastornos neuróticos y las Otras psicosis**.

Distribución de pacientes atendidos en Centros de Rehabilitación Psicosocial por diagnóstico. Aragón 2009

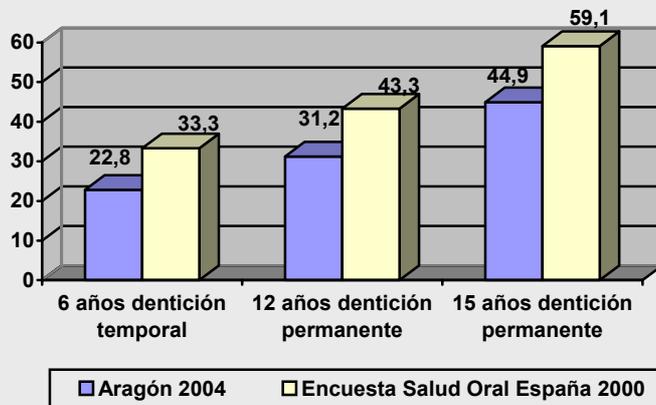
DIAGNOSTICOS	CASOS	%
Esquizofrenia paranoide	140	25,13%
Esquizofrenia residual	80	14,36%
Esquizofrenia hebefrénica	49	8,80%
Esquizofrenia catatónica	33	5,92%
Esquizofrenia indiferenciada	31	5,57%
Esquizofrenia.	26	4,67%
Retraso mental moderado.	19	3,41%
Trastornos esquizoafectivos.	18	3,23%
Esquizofrenia simple	15	2,69%
Retraso mental leve.	13	2,33%
Trastorno bipolar.	10	1,80%

Distribución de pacientes atendidos en Centros de Día de Salud Mental por diagnóstico. Aragón 2009

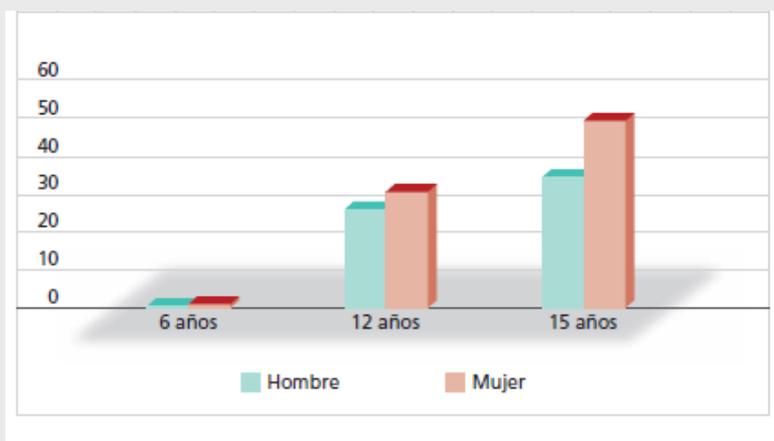
DIAGNOSTICOS	CASOS	%
Esquizofrenia paranoide	130	24,39%
Esquizofrenia residual	50	9,38%
Esquizofrenia.	38	7,13%
Esquizofrenia indiferenciada	28	5,25%
Trastorno bipolar.	18	3,38%
Trastornos esquizoafectivos.	16	3,00%
Esquizofrenia hebefrénica	14	2,63%
Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable	13	2,44%
Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad	10	1,88%
Esquizofrenia simple	10	1,88%

2.3.3.7.SALUD BUCODENTAL

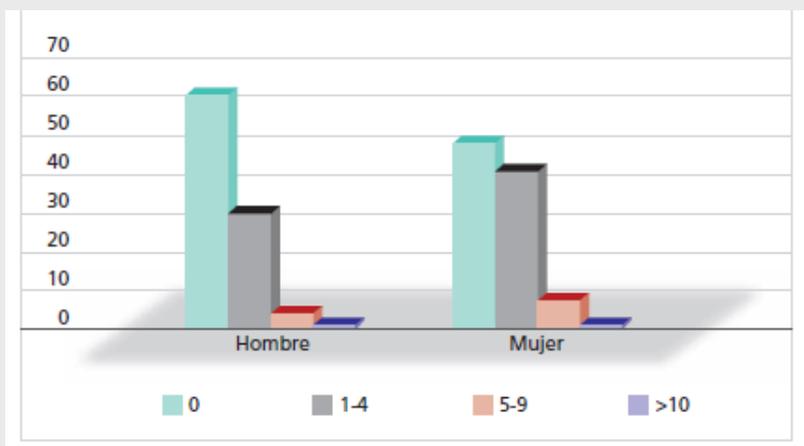
Los resultados de la Encuesta de Salud Bucodental del año 2004 mostraron que Aragón tenía una menor prevalencia de caries que la encontrada en otras Encuestas de Salud bucodental en escolares.



Prevalencia de caries en dentición permanente. Distribución por sexo.



Índice CAOD¹⁴ en 15 años. Distribución por intervalos de afectación y sexo.



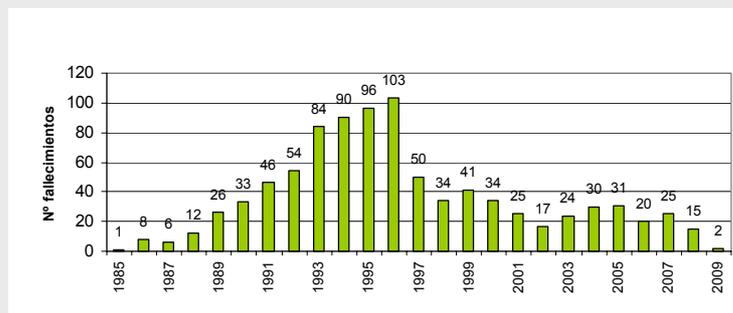
¹⁴ **CAOD:** Tiene en cuenta sólo dientes permanentes. Se determina sumando los dientes cariados (C), ausentes (A) por caries y obturados (O) y dividiendo por el número de individuos estudiados
 CAOD = Cariados + Ausentes + Obturados/núm. individuos estudiados

2.3.3.9. ENFERMEDADES TRASMISIBLES

2.3.3.9.1. SIDA

Provincia	Casos			Defunciones			Prevalencia		
	Nº	porcentaje	tasa x100000	Nº	T de letalidad x 100	T de mortalidad x100000	Nº	porcentaje	tasa x100000
Huesca	221	14,4%	98,10	116	52,5%	51,49	105	17,0%	46,61
Teruel	101	6,6%	69,02	67	66,3%	45,79	34	5,5%	23,24
Zaragoza	1212	79,0%	126,87	734	60,6%	76,83	478	77,5%	50,04
Aragón	1534	100%	115,61	917	59,80%	69,11	617	100%	46,50

Número de fallecimientos por año de defunción desde 1985



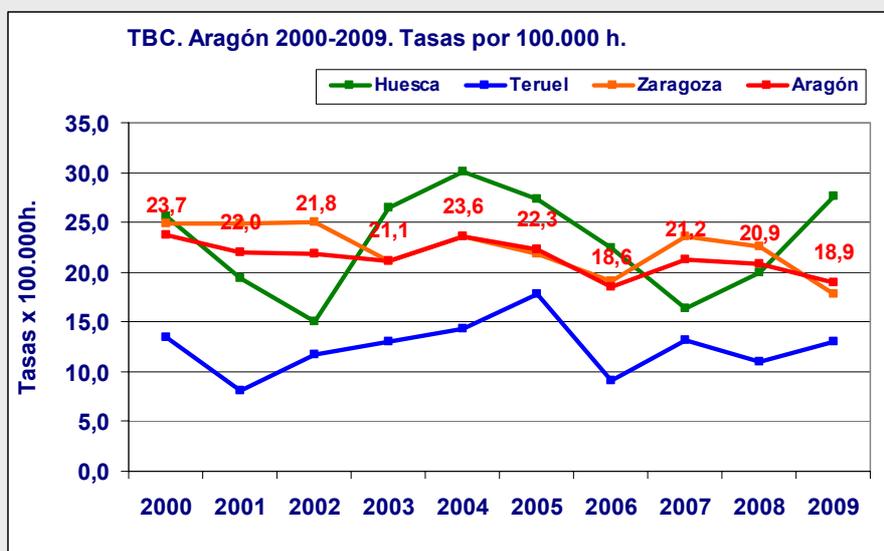
Año	Huesca		Teruel		Zaragoza		Aragón	
	Nº	tasa x100000	Nº	tasa x100000	Nº	tasa x100000	Nº	tasa x100000
85-94	94		50		476		620	
1995	21	9,32	11	7,52	97	10,15	129	9,72
1996	16	7,10	10	6,83	101	10,57	127	9,57
1997	9	4,00	7	4,78	86	9,00	102	7,69
1998	6	2,66	3	2,05	55	5,76	64	4,82
1999	7	3,11	4	2,73	55	5,76	66	4,97
2000	13	5,77	3	2,05	52	5,44	68	5,12
2001	10	4,44	3	2,05	29	3,04	42	3,17
2002	7	3,11	3	2,05	41	4,29	51	3,84
2003	5	2,22	2	1,37	32	3,35	39	2,94
2004	11	4,88	1	0,68	32	3,35	44	3,32
2005	5	2,22	1	0,68	28	2,93	34	2,56
2006	4	1,78	1	0,68	31	3,24	36	2,71
2007	4	1,78	0	0,00	37	3,87	41	3,09
2008	6	2,66	1	0,68	37	3,87	44	3,32
2009	3	2,05	1	0,10	23	1,73	27	2,03
Total	221	98,10	101	69,02	1212	126,87	1534	115,61
%	14,40%		6,60%		79%		100%	

2.3.3.9.2. TUBERCULOSIS

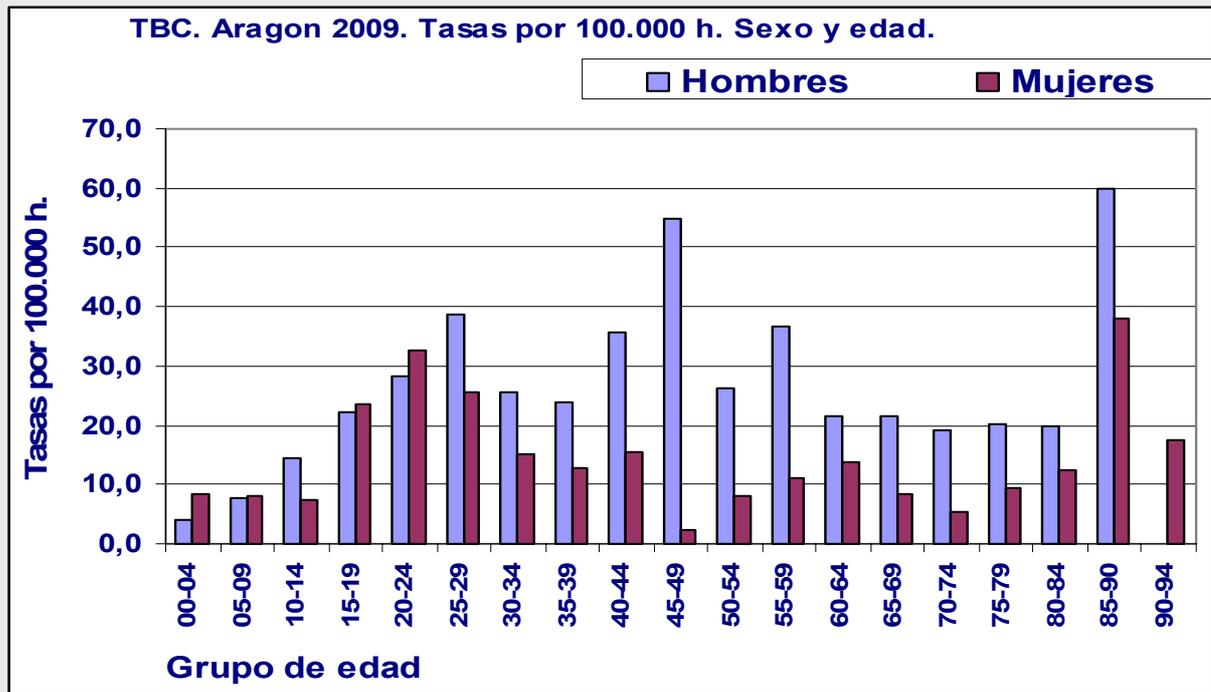
Casos Aragón 2009	Tasas Aragón 2009	Casos Huesca 2009	Tasas Huesca 2009	Casos Teruel 2009	Tasas Teruel 2009	Casos Zaragoza 2009	Tasas Zaragoza 2009
245	19.18	46	21.08	18	12.51	181	19.77

Los datos de declaración individualizada en Aragón indican un menor número de notificaciones en 2009 (254) que en los dos años precedentes, a lo que contribuye de forma evidente la provincia de Zaragoza, mientras que en Huesca aumentó sustancialmente y en Teruel se observa una tendencia estable con mantenimiento de las menores tasas de Aragón en toda la década

La tasa por 100.000 habitantes de 18,9 es la menor de la década, junto con la de 2006. Se observa en Huesca el mencionado ascenso, algo más ligero en Teruel, y entre las valoraciones a tener en cuenta, además del posible aumento en el número de casos, cabe la mejor notificación o búsqueda de casos.

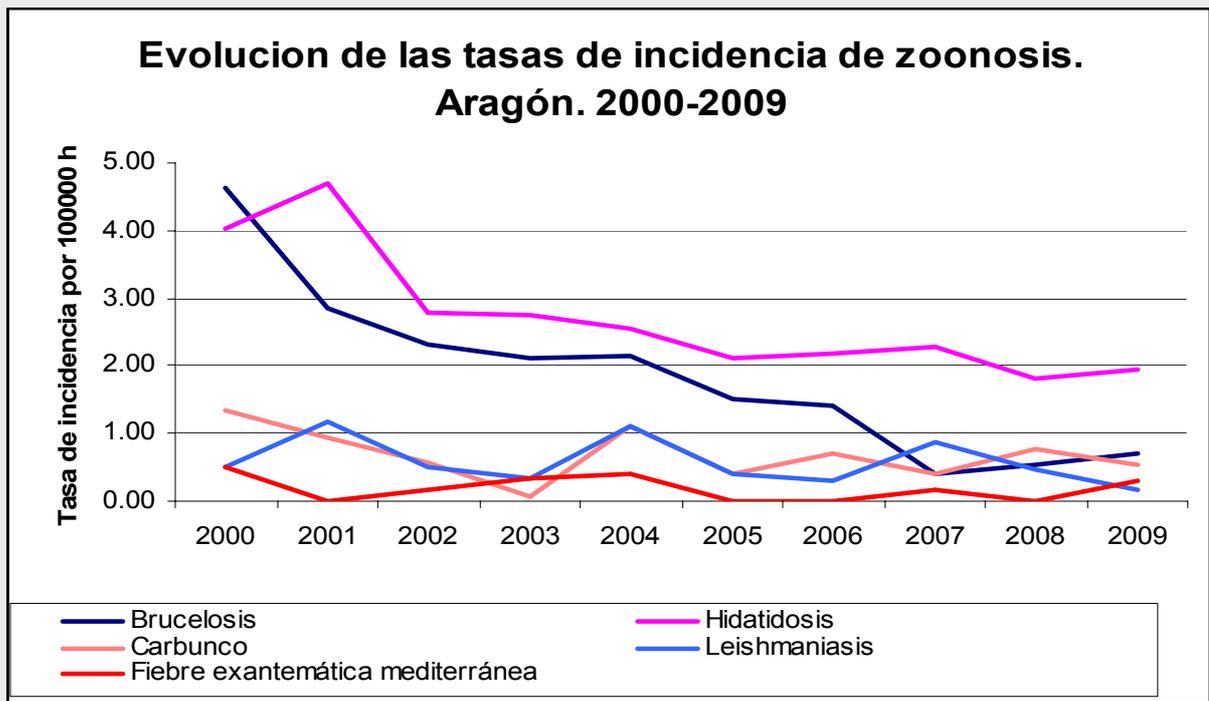


La incidencia por país de origen en los cinco últimos años refleja la disminución en 2009 respecto al periodo anterior, tanto en población española (tasa 13,1 en 2009) como en la de otro origen (tasa 58,1 en 2009).



2.3.3.9.3. ZONOSIS PROPIAS

ZONOSIS	Casos Aragón 2009	Tasas Aragón 2009	Casos Huesca 2009	Tasas Huesca 2009	Casos Teruel 2009	Tasas Teruel 2009	Casos Zaragoza 2009	Tasas Zaragoza 2009
Brucelosis	9	0.70	2	0.92	3	2.09	4	0.44
Carbunco	7	0.55	1	0.46	6	4.17	0	0.00
Fiebre Exantemática Mediterránea	4	0.31	1	0.46	0	0.00	3	0.33
Fiebre Recurrente Garrapatas	1	0.08	1	0.46	0	0.00	0	0.00
Fiebre Recurrente Piojos	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Hidatidosis	23	1.80	0	0.00	3	2.09	20	2.18
Leishmaniasis	2	0.16	1	0.46	1	0.70	0	0.00
Rabia	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Tifus Epidémico Por Piojos	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Triquinosis	2	0.16	2	0.92	0	0.00	0	0.00

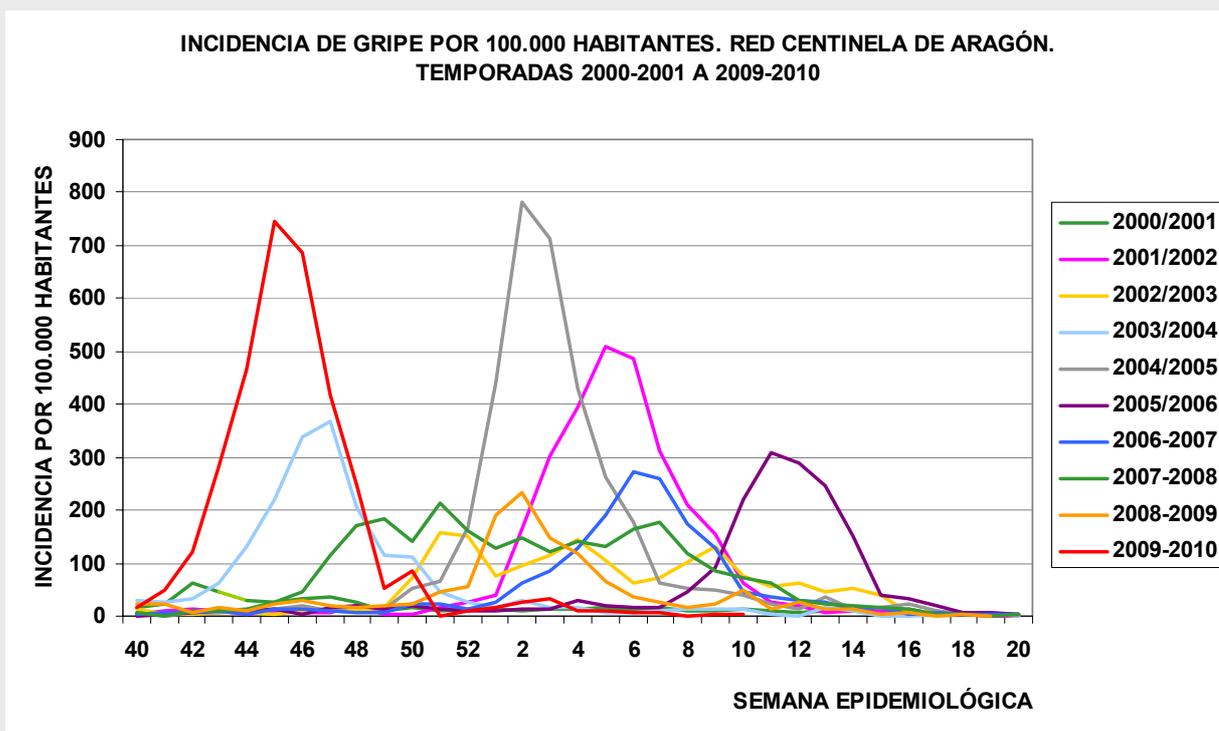


2.3.3.9.4. Gripe

TABLA-RESUMEN TEMPORADAS GRIPALES. RED CENTINELA DE ARAGÓN.

Temporada	Semana superación del umbral	Nº de semanas por encima del umbral hasta alcanzar pico	Semana del pico epidémico	Incidencia del pico epidémico	Duración del período epidémico	Virus predominante	Incidencia Acumulada
2001-2002	02	4	05	510,2	9	AH3N2	2.244,7
2002-2003	50	2	51	156,2	13	B y AH1N1	1.740,8
2003-2004	43	5	47	366,8	8	AH3N2	1.914,1
2004-2005	51	4	02	783,2	9	AH3N2	3.641,0
2005-2006	09	3	11	308,8	6	AH3N2	1.916,4
2006-2007	03	4	06	272,9	7	AH3N2	1.871,8
2007-2008	47	5	51	214,7	16	AH1N1 y B	2.654,7
2008-2009	53	3	02	246,6	6	AH3N2	1.409,9
2009-2010	42	4	45	744,2	7	AnH1N1	3.526,0

GRÁFICO. INCIDENCIA DE GRIPE POR 100.000 HABITANTES. RED CENTINELA DE ARAGÓN. TEMPORADAS 2000-2001 A 2009-2010.

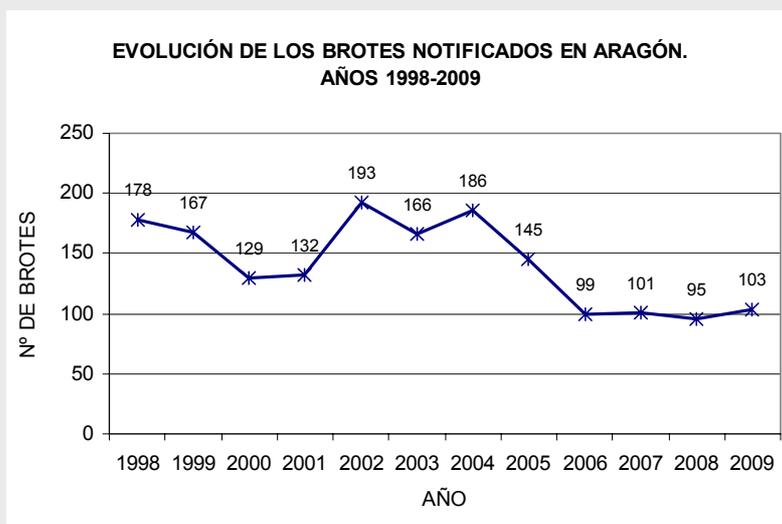


2.3.3.9.5 BROTOS – Nº, TIPO PRINCIPAL

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE LOS BROTOS NOTIFICADOS EN ARAGÓN EN EL AÑO 2009.

	Nº de brotes	Nº de casos	Incidencia Aumulada por 10 ⁵ habitantes	Rango de casos (mínimo-máximo)	Nº de casos hospitalizados
HUESCA	24	249	117,8	2 – 69	11
TERUEL	22	192	138,4	2 – 48	10
ZARAGOZA	57	443	50,3	2 – 82	53
ARAGÓN	103	884	71,9	2 – 82	74

GRÁFICO. EVOLUCIÓN DE LOS BROTOS NOTIFICADOS EN ARAGÓN. AÑOS 1998-2009.



2.3.3.9.6. ALERTAS SP- Nº, TIPO PRINCIPAL

MOTIVO	Nº	%
No Gripe	82	29,2
Gripe	199	70,8
Total	281	100

Alertas NO GRIPE

Tipo Alerta	%Huesca	%Teruel	%Zaragoza	%Aragon
11 Situacion riesgo por alimentos	60,0	0,0	39,6	40,2
30 Enf transmision respiratoria (meningitis)	10,0	55,6	18,9	20,7
99 Otro	10,0	11,1	9,4	9,8
22 Legionelosis	0,0	11,1	7,5	6,1
31 Agresion por animales (rabia y otros)	5,0	0,0	5,7	4,9
91 Temperaturas extremas	0,0	0,0	7,5	4,9
10 Brotes de Enf. Transm. Alimentos	5,0	11,1	1,9	3,7
20 Abastecimientos agua	0,0	0,0	3,8	2,4
21 Contaminantes Fisico Quimicos	0,0	11,1	1,9	2,4
90 Enf vigilancia internacional	0,0	0,0	3,8	2,4
92 Encefalopatias Espongiformes	10,0	0,0	0,0	2,4
TOTALES	100,0 (20)	100,0 (9)	100,0 (53)	100,0(82)

Alertas Gripe

Durante 2009 se declaró Fase 6 de pandemia, lo que motivo que un gran número de las actuaciones del SAA-SP fuesen relacionadas con gripe. De las 281 alertas registradas en 2009, 199 fueron relacionadas con gripe.

El **tipo de demanda** de atención más frecuente durante la pandemia gripal, especialmente al inicio de la misma, fue la de notificación de casos (50,3% de las alertas), seguidas de consultas de información sobre la gripe (33,2%), que se realizaron tanto por profesionales sanitarios como por personas no pertenecientes al ámbito sanitario. Con menor frecuencia se dieron la solicitud de tratamiento antiviral (9,5%), custodiado al inicio de la pandemia por las autoridades sanitarias, asuntos relacionados con pruebas de laboratorio (6%) y otras situaciones diversas en escaso porcentaje.

Tipo de demanda	Huesca	Teruel	Zaragoza	Aragon
1. Notificacion casos	21	15	64	100
2. Consulta Informacion	9	6	51	66
3. Solicitud tratamiento	6	3	10	19
4. Notificaciones laboratorio	4	1	7	12
5. Otros	1	1	0	2
TOTALES	41	26	132	199

2.3.3.9.7. MORBILIDAD INFANTIL POR ENFERMEDADES VACUNABLES

2.3.3.9.7.1. MORBILIDAD INFANTIL EN ENF. TRANSMISIBLES RELACIONADAS CON PATOLOGÍAS EVITABLES CON VACUNACIÓN.

Durante el año 2009 se notificó un caso de sarampión que posteriormente fue descartado, 35 casos de parotiditis (de los cuales, 16 eran menores de 14 años: 2 casos de siete años, 1 caso de ocho años, 1 caso de nueve años, 2 casos de 10 años 2 casos de 11 años y 1 caso de 14 años) y nueve casos de tos ferina (todos menores de 14 años: 6 casos de un mes, 1 caso de tres meses, 1 caso de nueve años y 1 caso de 12 años).

TABLA. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES RELACIONADAS CON PATOLOGÍAS EVITABLES CON VACUNACIÓN. EDO INDIVIDUALIZADA. Año 2009.

Enfermedades transmisibles relacionadas con patologías evitables con vacunación	Nº casos Todas las edades	Incidencia por 100.000 habitantes todas las edades	Nº casos en el grupo de edad de cero a 14 años	Incidencia por 100.000 habitantes en el grupo de edad de cero a 14 años
Sarampión	0	0	0	0
Rubéola	0	0	0	0
Parotiditis	35	2,64	16	9,22
Tos ferina	9	0,68	9	5,18

GRÁFICO. SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y PAROTIDITIS. CASOS SOSPECHOSOS NOTIFICADOS. EDO NUMÉRICA. INCIDENCIA POR 100.000 HABITANTES (TODOS LOS GRUPOS DE EDAD).

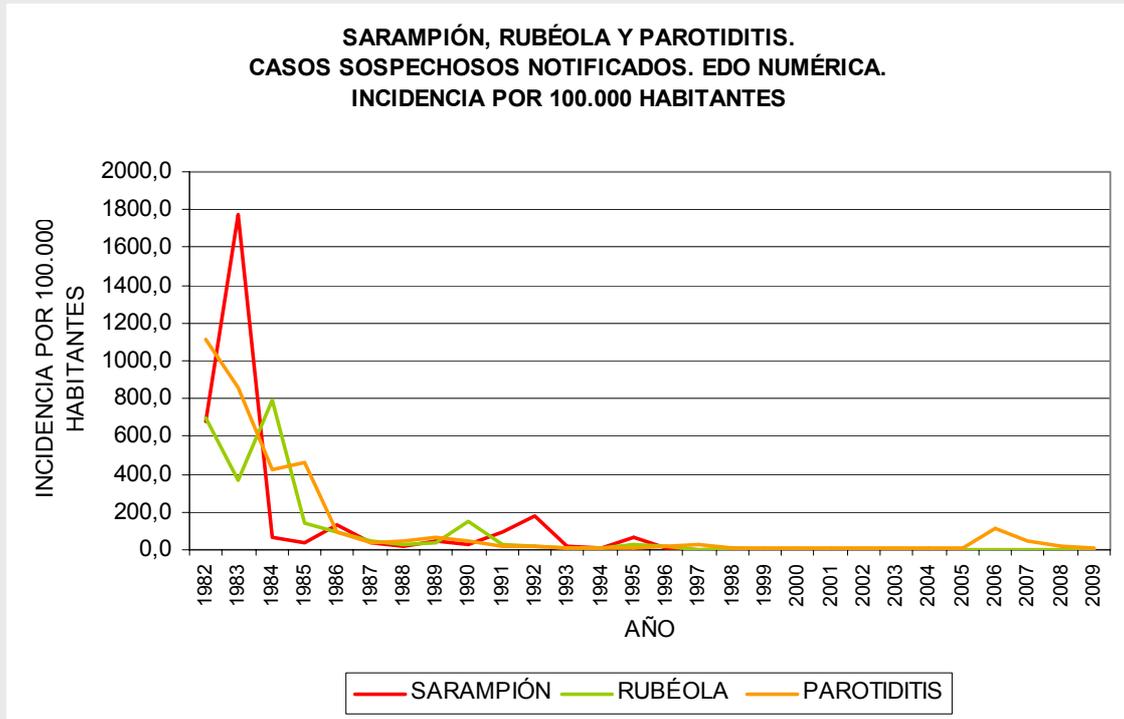
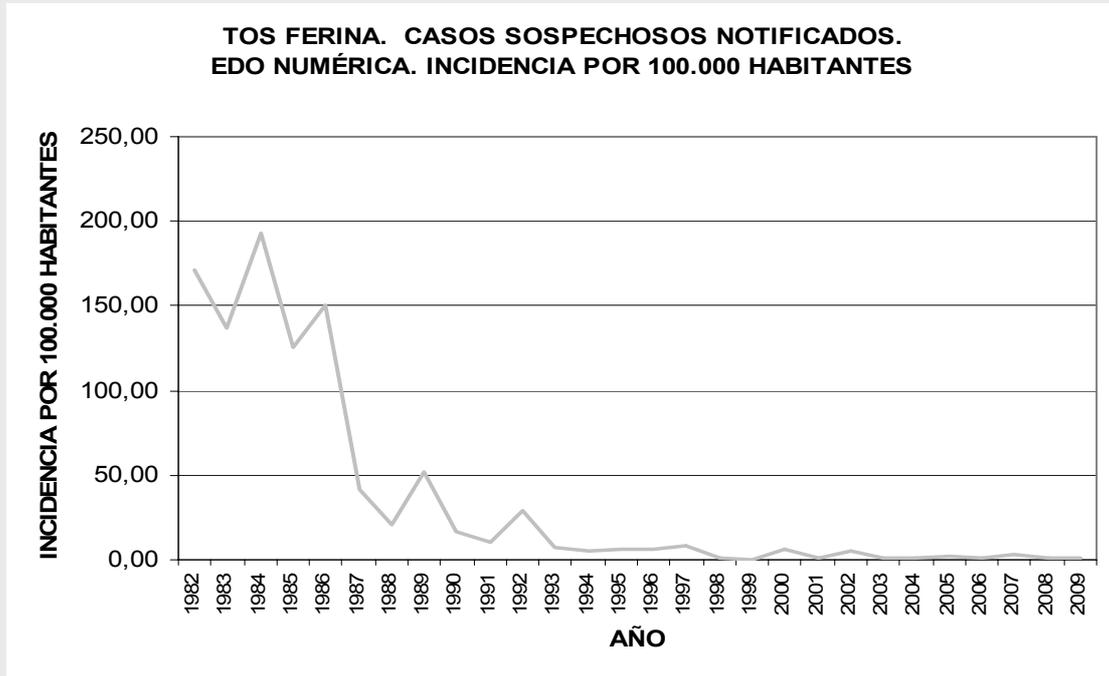


GRÁFICO. TOS FERINA. CASOS SOSPECHOSOS NOTIFICADOS. EDO NUMÉRICA. INCIDENCIA POR 100.000 HABITANTES (TODOS LOS GRUPOS DE EDAD).



2.4. DEPENDENCIA Y DISCAPACIDAD

IR A INDICE

2.4.1. Hogares con personas no capaces de su autocuidado

Distribución de los hogares según vivan personas que no sean capaces de cuidarse por si mismas como menores de 15 años, personas mayores de 74 años o bien personas con alguna discapacidad o limitación

El 4,6% de hogares de Aragón tiene alguna persona con discapacidad o limitación que requiere cuidados. El sector con el % mayor es Zaragoza I con 7% y el menor Zaragoza III con 2,3%.

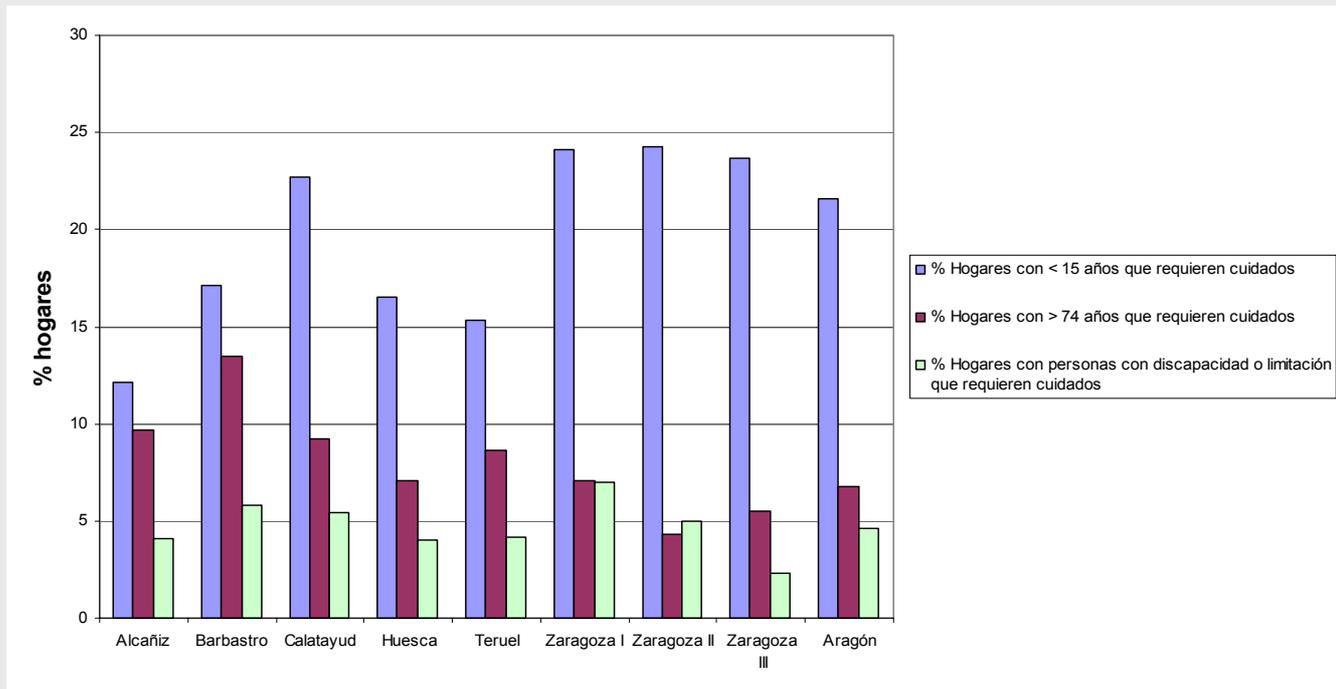
	Alcañiz	Barbastro	Calatayud	Huesca	Teruel	Zaragoza I	Zaragoza II	Zaragoza III	Aragón
% Hogares con < 15 años que requieren cuidados	12,1	17,1	22,7	16,5	15,3	24,1	24,3	23,7	21,6
% Hogares con > 74 años que requieren cuidados	9,7	13,5	9,2	7,1	8,6	7,1	4,3	5,5	6,8
% Hogares con personas con discapacidad o limitación que requieren cuidados	4,1	5,8	5,4	4,0	4,2	7,0	5,0	2,3	4,6

Fuente: Instituto Aragonés de Estadística (IAEST) según microdatos de la Encuesta Nacional de Salud 2006.

Tasa por 100 habitantes = $\frac{\text{Nº de adultos que viven en hogares con personas que necesitan cuidados}}{\text{Total personas de 16 y más años}} * 100$.

más años

Total personas de 16 y

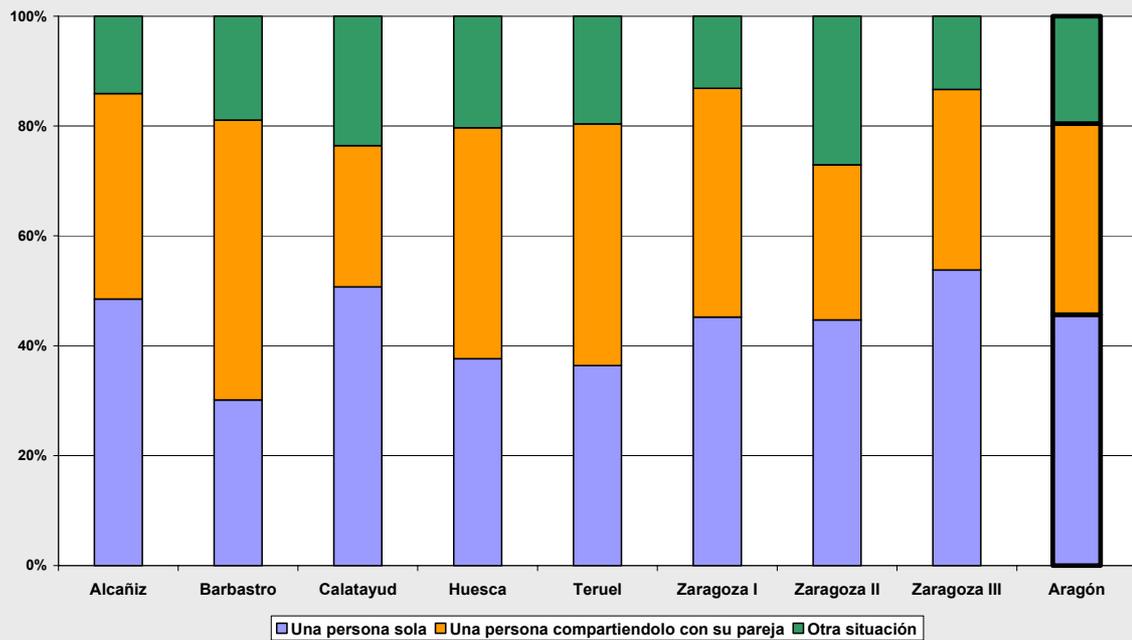


2.4.2. Distribución de los adultos que se ocupan del cuidado de menores de 15 años

Del total de hogares con niños menores de 15 años a su cargo, en la ENS 2006 se valora si están al cuidado de un adulto solo, de un adulto junto con su pareja u otra situación.

El 45,7% de los hogares de Aragón con menores de 15 años son responsabilidad de un adulto solo. Se destaca el rango de resultados por sector, así en Zaragoza II, sólo el 28,3% de los hogares con menores son responsabilidad de un adulto y su pareja y en el otro extremo, Barbastro con el 50,9%.

DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS QUE SE OCUPAN DEL CUIDADO DE MENORES DE 15 AÑOS



Fuente: Instituto Aragonés de Estadística (IAEST) según microdatos de la Encuesta Nacional de Salud 2006.

2.4.3. Perfil de la persona solicitante de valoración de dependencia en Aragón

En el año 2008, 28.721 personas solicitaron valoración de dependencia que supone un 2,2% de la población de Aragón.

Los instrumentos de valoración establecidos, según grupo de edad, son:

- Escala de Valoración Específica (EVE) -de 0 a 3 años- y
- Baremo de Valoración de Dependencia (BVD) -a partir de 3 años de edad.

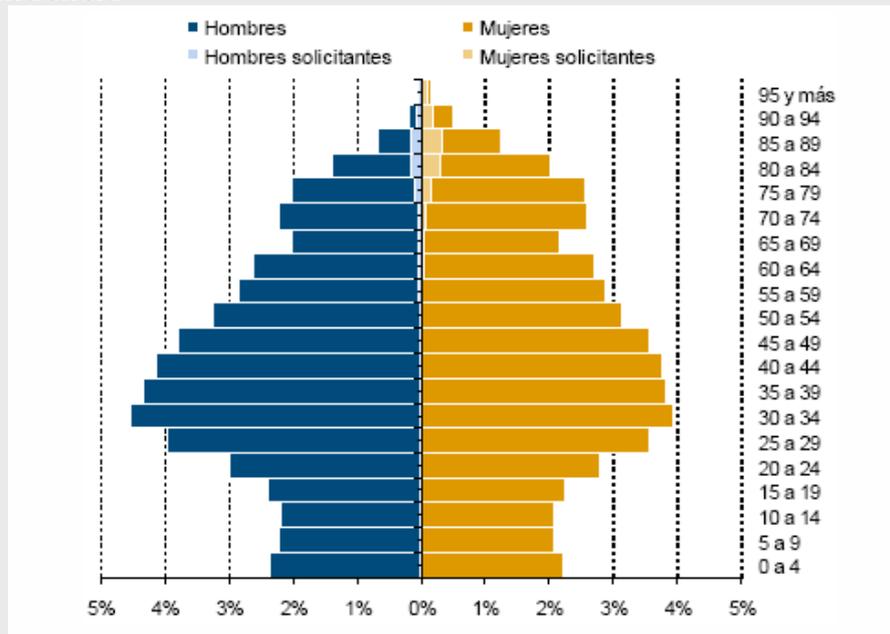
2.4.3.1. Solicitantes de valoración de dependencia por grupos de edad y sexo

	nº solicitudes	% solicitudes de valoración por grupo de edad		
		total	hombres	mujeres
0 a 2	60	0,2	0,3	0,2
3 a 6	151	0,5	0,9	0,3
7 a 10	139	0,5	0,8	0,3
11 a 17	238	0,8	1,3	0,5
18 a 49	2131	7,4	11,3	5,1
50 a 64	1714	6	8,6	4,4
65 a 80	7702	26,8	29,4	25,3
81 y +	16586	57,7	47,4	63,8
total	28721	100	100	100

Fuente: Instituto Aragonés de Servicios Sociales

En el año 2008, el 57,7% de todas las solicitudes son de personas de 81 años y mayores. El 63% son mujeres.

Población residente y población que ha presentado solicitud de valoración de dependencia



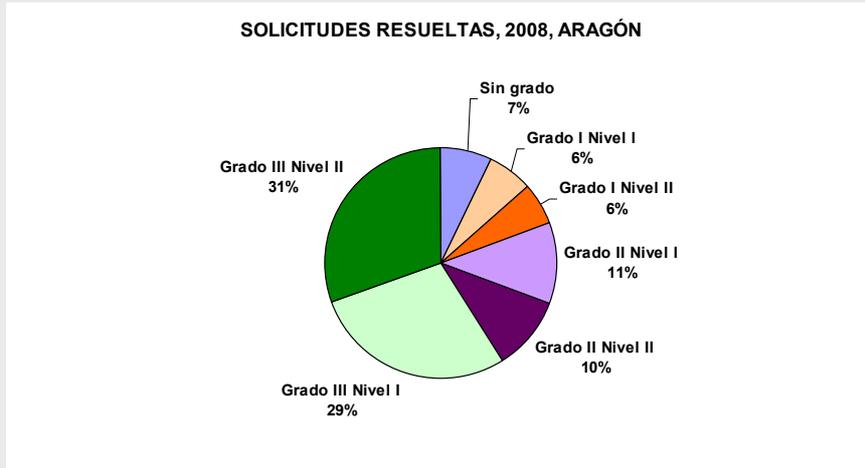
Fuente: Instituto Aragonés de Servicios Sociales

2.4.3.2. Clasificación de las solicitudes resueltas por grado de dependencia.

A 31 de diciembre de 2008, se han resuelto el 88,7% de todas las solicitudes. De ellas el 60% se han clasificado como Grado III (Nivel I y II).¹⁵

¹⁵ La Ley clasifica la de dependencia en tres grados cada uno de ellos con dos niveles. Son los siguientes:

- Grado I. moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.
- Grado II. severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.
- Grado III. Gran : cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.



2.4.3.3. Solicitantes de valoración de dependencia por comarcas

Atendiendo a la distribución por comarcas son La Ribagorza (4,0%), Campo de Belchite (3,6%), Ribera Alta del Ebro y Somontano de Barbastro (3,4%) las que ocupan los primeros lugares, debido entre otros factores al sobre-envejecimiento de la población, localización en las mismas de centros de día, residencias, etc.

% Solicitudes de Valoración de Dependencia sobre la población total de la comarca.



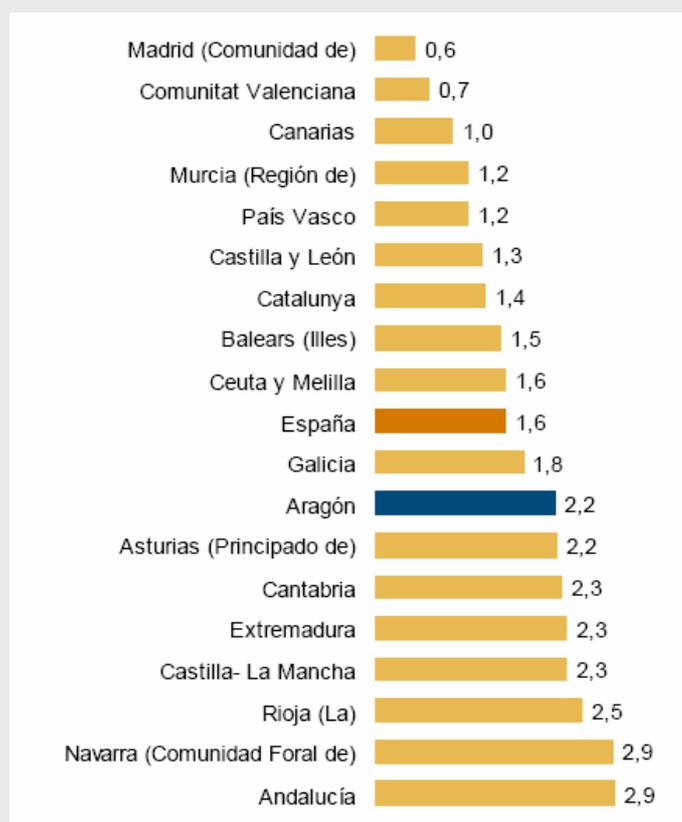
Fuente: Instituto Aragonés de Servicios Sociales

2.4.3.4. Solicitantes de valoración de dependencia Aragón y España.

El porcentaje de solicitudes de valoración de dependencia sobre el total de la población varía de una comunidad autónoma a otra. Así en España es el 1,6% de la población y Aragón se sitúa por encima con un 2,2%.

De los dictámenes realizados, en España el 62% y en Aragón 60,4% fueron Grado III.

Distribución de las solicitudes sobre la población por lugar de residencia.



Fuente: Instituto Aragonés de Servicios Sociales

2.5. SALUD LABORAL
IR A INDICE

2.5.1. Enfermedades profesionales

2.5.1.1. Tasa de enfermedades profesionales por cada 1000 trabajadores. Distribución por provincias, año 2009.

En el año 2009 se notificaron en Aragón 1334 enfermedades profesionales, 360 menos que en el año 2008. El 60,9% cursaron con Baja Laboral.

	CON BAJA	%	SIN BAJA	%	TOTAL	%	TASA/1000 TRABAJADORES 2009	TASA/1000 TRABAJADORES 2008
ZARAGOZA	614	75,5	342	65,5	956	71,7	1,7	2,4
HUESCA	92	11,3	94	18,0	186	13,9	1,2	1,4
TERUEL	107	13,2	85	16,3	192	14,4	2,3	1,6
ARAGÓN	813	100	521	100	1334	100	1,7	2,2

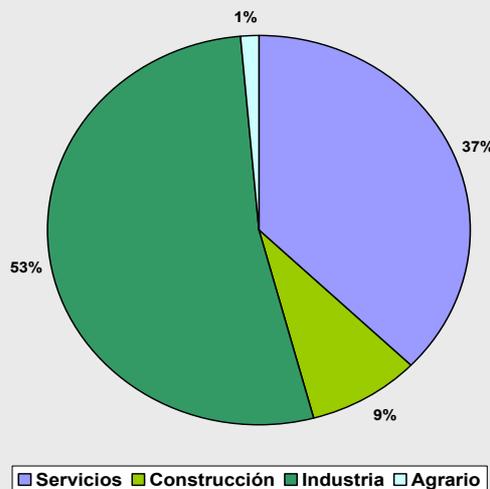
Fuente: Instituto Aragonés de Seguridad y Salud laboral

La tasa de enfermedades profesionales en Aragón ha disminuído en el último año, aunque llama la atención el aumento de la misma en la provincia de Teruel.

2.5.1.2. Distribución de enfermedades profesionales por sector económico. 2009, Aragón.

De todas las enfermedades profesionales notificadas a Aragón en el 2009, el 53% corresponden al Sector Industria, y el 37% al Sector Servicios.

DISTRIBUCIÓN DE ENF. PROFESIONALES POR SECTORES ECONÓMICOS. AÑO 2009



Fuente: Instituto Aragonés de Seguridad y Salud laboral

2.5.1.3. Distribución de enfermedades profesionales por grupo de enfermedad profesional. 2009, Aragón.

El 86,1% de las enfermedades profesionales están causadas por **agentes físicos**. De ellos, el más frecuente es *Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo: enfermedades por fatiga e inflamación de las vainas tendinosas, de tejidos peritendinosos e inserciones musculares y tendinosas*

Grupo de enfermedad profesional	N	%
E. Profesionales causadas por agentes químicos	17	1,3
E. Profesionales causadas por agentes físicos	1149	86,1
E. Profesionales causadas por agentes biológicos	19	1,4
E. Profesionales causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidas en otros grupos	38	2,8
E. Profesionales de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en otros grupos	110	8,2
E. Profesionales causadas por agentes carcinogénicos	1	0,1
Total	1334	100

Fuente: Instituto Aragonés de Seguridad y Salud laboral

2.5.2. Accidentes laborales

2.5.2.1. Índices de incidencia del total de accidentes de trabajo con baja en jornada de trabajo en Aragón y España

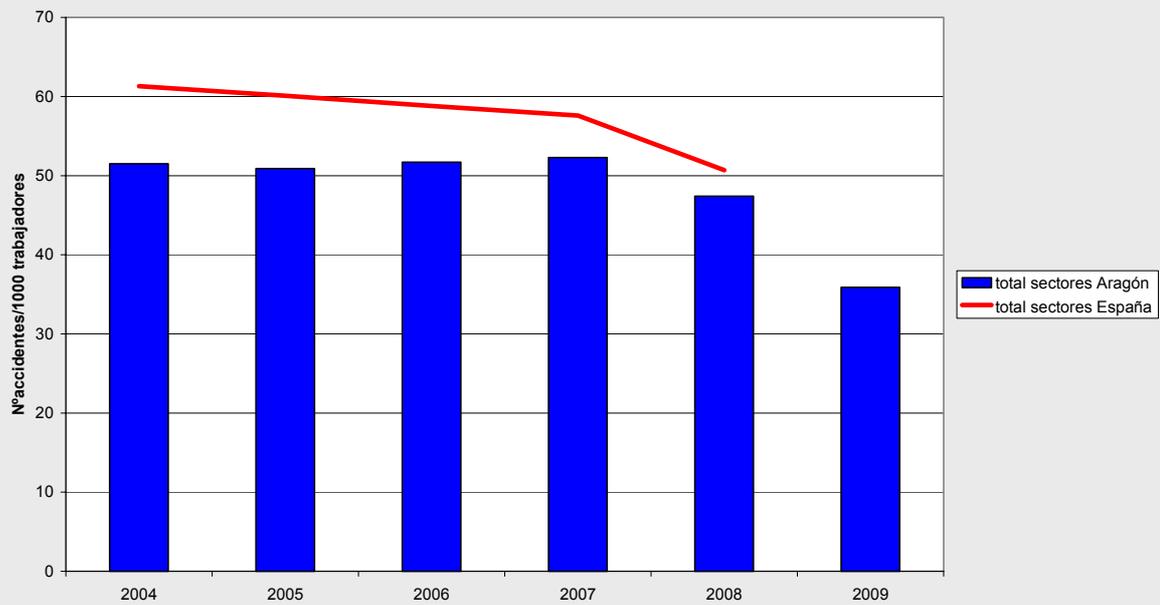
En el año 2009, el número de accidentes de trabajo con baja laboral fue de 11.669 en Zaragoza, 2707 en Huesca y 1642 en Teruel.

En los últimos dos años, el índice de incidencia del total de accidentes en jornada de trabajo ha presentado una tendencia descendente, situándose en el 2009 en 35,9 accidentes/1000 trabajadores¹⁶.

En todos los años, el índice de incidencia de Aragón permanece por debajo del índice nacional.

¹⁶ Trabajador: afiliado a la Seguridad Social con la contingencia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales cubierta.

INDICES DE INCIDENCIA DEL TOTAL DE ACCIDENTES DE TRABAJO CON BAJA EN JORNADA DE TRABAJO

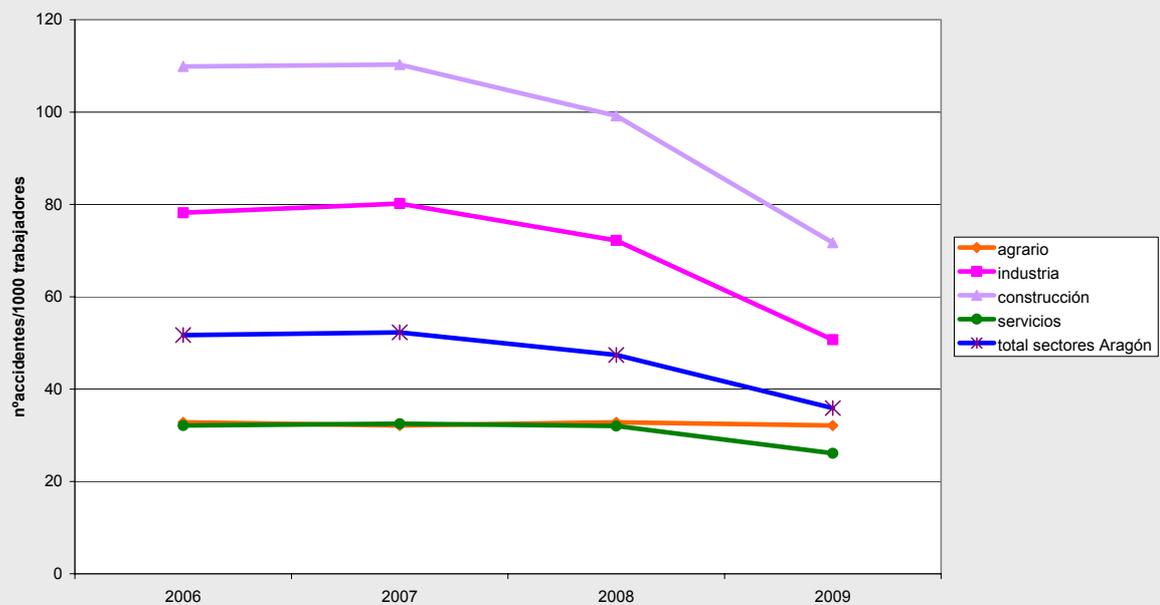


Fuente: Instituto Aragonés de Seguridad y Salud Laboral

2.5.2.2. Índices de incidencia del total de accidentes de trabajo con baja en jornada de trabajo por sectores económicos, Aragón, 2006-2009

Excepto en el sector Agrario, que el índice de incidencia permanece estable, 32,1 accidente/1000 trabajadores, el resto de los sectores han presentado un descenso en la accidentabilidad, siendo más acusado en Construcción y en Industria.

INDICES DE INCIDENCIA DE ACCIDENTES DE TRABAJO CON BAJA EN JORNADA LABORAL POR SECTORES ECONÓMICOS .ARAGÓN

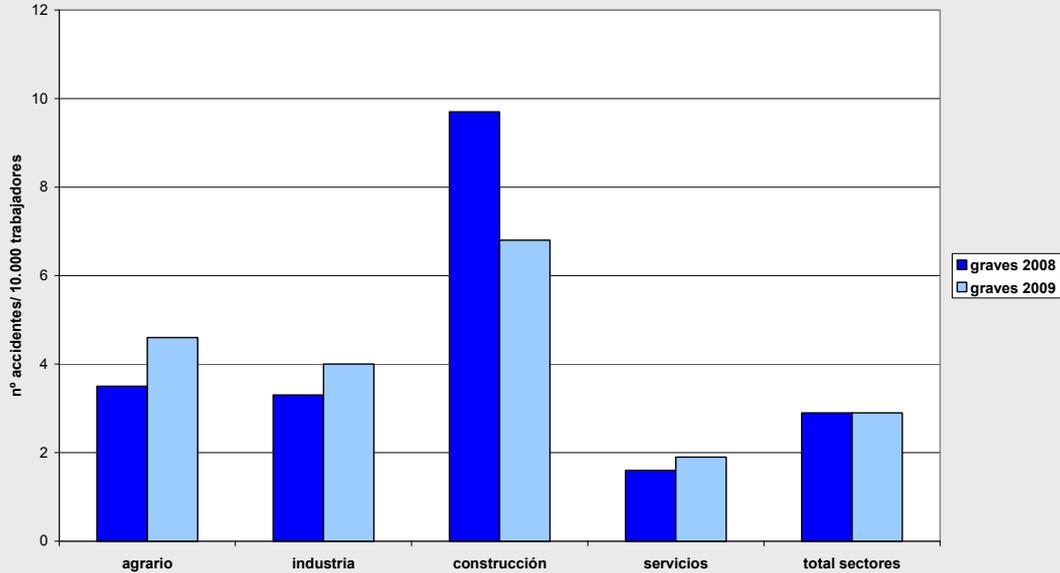


Fuente: Instituto Aragonés de Seguridad y Salud Laboral

2.5.2.3. Accidentes graves

El índice de incidencia de accidentes graves se mantiene estable en los últimos años, 2,9 accidentes/10.000 trabajadores. En la distribución por sectores, se observa un aumento en el sector Agrario, Industria y Servicios.

INDICES DE INCIDENCIA DE ACCIDENTES GRAVES EN JORNADA DE TRABAJO CON BAJA

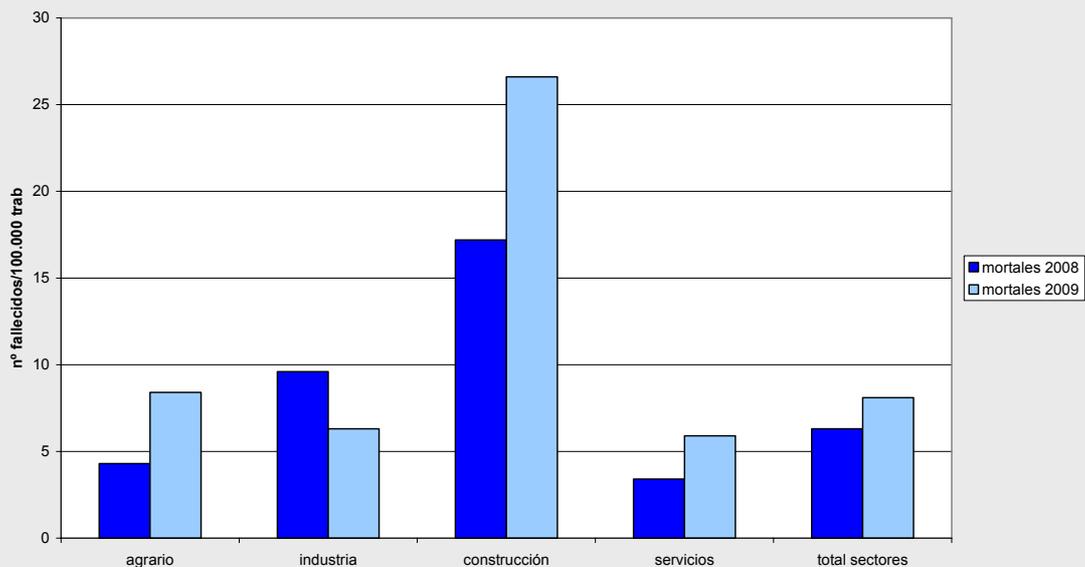


Fuente: Instituto Aragonés de Seguridad y Salud Laboral

2.5.2.4. Accidentes mortales

El índice de incidencia de los accidentes mortales en Aragón ha presentado en el último año un discreto ascenso, siendo en el 2009, 8,1 fallecidos/100.000 hab. El sector Industria es el único que ha presentado un descenso en el valor.

INDICE DE INCIDENCIA SOBRE ACCIDENTES MORTALES POR SECTORES ECONÓMICOS, ARAGÓN



Fuente: Instituto Aragonés de Seguridad y Salud Laboral

3. INTERVENCIONES DEL DEPARTAMENTO DE SALUD Y CONSUMO

IR A INDICE

3.1. COMPROMISOS, ESTRATEGIAS Y VALORES

3.1.1. COMPROMISOS

INFORMACIÓN Y RESPETO POR LA AUTONOMÍA DE DECISIÓN

1. Garantizar el ejercicio del derecho a la expresión de las voluntades anticipadas, a la libre elección de profesional sanitario y a la segunda opinión médica, de acuerdo con su regulación normativa.
2. Respetar la dignidad, la intimidad y los valores éticos y culturales de cada persona, garantizando la confidencialidad de los datos clínicos.
3. Informar de los derechos que tienen los ciudadanos como usuarios del Sistema de Salud y del funcionamiento de los servicios sanitarios, utilizando las nuevas tecnologías de la información y la comunicación.
4. Proporcionar información y atención personalizada a los ciudadanos, potenciando la utilización de los Servicios de Información y Atención al Usuario.
5. Facilitar información clínica comprensible y suficiente que permita al paciente tomar decisiones sobre su salud y sobre las alternativas asistenciales y de tratamiento. Esta información se proporcionará en espacios que aporten las debidas garantías de privacidad y trato personalizado.
6. Informar a los pacientes y familiares de los riesgos que pueden conllevar algunas intervenciones quirúrgicas y pruebas diagnósticas para las que es necesario su consentimiento informado y por escrito.
7. Informar sobre los posibles riesgos individuales y ambientales para la salud e impulsar iniciativas que promuevan estilos de vida saludable y programas de educación para la salud.

ACCESIBILIDAD AL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

8. Aproximar la atención especializada a las comarcas de Aragón, mediante una red de centros sanitarios de alta resolución y de programas móviles de diagnóstico.
9. Facilitar la obtención de cita con los profesionales de Atención Primaria, a través de un sistema centralizado de citación e información telefónica y por Internet que garantice la plena accesibilidad horaria y territorial.
10. Implantación progresiva de la telemedicina como procedimiento útil para mejorar la oferta de consultas y pruebas diagnósticas.
11. Implantación del visado electrónico de recetas y extensión de la receta electrónica a toda la Comunidad Autónoma para evitar desplazamientos a los usuarios.
12. Detección precoz en el recién nacido de enfermedades asociadas a factores genéticos o hereditarios.
13. Detección precoz del cáncer de mama en todas las mujeres de edades comprendidas entre los 50 y los 69 años.
14. Detección precoz del cáncer colorrectal en la población mayor de 50 años.
15. Desarrollo progresivo del programa gratuito de Salud Bucodental Infantojuvenil para la población con edades comprendidas entre los 6 y 17 años.

CALIDAD EN LA ATENCIÓN

16. Garantizar la disponibilidad de cita en el mismo día para las consultas urgentes de Atención Primaria y en un plazo no superior a tres días para las consultas no urgentes.
17. Garantizar la consulta de Atención Especializada en un plazo máximo de 60 días. Para la realización de pruebas de radiología, mamografías, TAC y resonancia magnética, el plazo máximo será de 30 días. Asimismo se garantizan los plazos legalmente establecidos para la atención quirúrgica.
18. Garantizar la atención a los procesos oncológicos, en un plazo de 15 días para el diagnóstico desde la sospecha de cáncer y de 30 días para el inicio del tratamiento.
19. Oferta de atención psicológica a todos los pacientes oncológicos y la posibilidad de reconstrucción mamaria cuando esté clínicamente indicada.
20. Desarrollo progresivo de las consultas de acto único, para los procesos que se determinen, permitiendo el diagnóstico y tratamiento en el mismo día.
21. Implantación progresiva de las consultas monográficas en las que intervienen varias especialidades.
22. Desarrollo del Plan de Atención Integral a la Salud de la Mujer, orientado a promover la salud sexual y reproductiva, la lactancia materna y la posibilidad de optar a un parto más natural.
23. Colaborar en la prevención y detección precoz de la violencia de género.
24. Ofertar y financiar, de acuerdo con los protocolos establecidos, las intervenciones quirúrgicas de reorientación de sexo.
25. Facilitar la disponibilidad de camas articuladas y grúas para la atención en domicilio de pacientes crónicos.
26. Garantizar las condiciones que permitan una muerte digna del paciente y el apoyo en el proceso del duelo a sus familiares.
27. Elaborar un Plan de Confort para los usuarios de los centros del Sistema público de salud.
28. Implantación de dietas hospitalarias adaptadas a las necesidades, la cultura y los valores éticos de los pacientes.

PARTICIPACIÓN DE LOS USUARIOS

29. Elaboración periódica de una encuesta de satisfacción para el conjunto del Sistema público de salud de Aragón.
30. Información al usuario del resultado de las gestiones realizadas en relación con las quejas y reclamaciones, en un plazo de tiempo no superior a los 30 días.
31. Facilitar a las asociaciones de pacientes y entidades una mejor difusión de sus actividades y su participación en proyectos de salud.
32. Definir el marco normativo que regule la labor del voluntariado de las entidades, asociaciones de pacientes y familiares en los centros sanitarios.
33. Establecer un sistema de recogida de las sugerencias formuladas por los usuarios para mejorar el funcionamiento y resultados del Sistema público de salud.
34. Adecuar y dinamizar los órganos de participación existentes y definir un modelo de participación en salud para la Comunidad Autónoma de Aragón.

3.1.2. ESTRATEGIAS

ESTRATEGIA PRIMERA

Mejorar la salud de los ciudadanos de Aragón

ESTRATEGIA SEGUNDA

Aumentar la autonomía y responsabilidad de los ciudadanos respecto a su SALUD

ESTRATEGIA TERCERA

Garantizar los derechos de los usuarios y la "carta de compromisos"

ESTRATEGIA CUARTA

Suficiencia, calidad y equidad de la oferta de servicios.

Se trata de hacer más y mejor lo que mayoritariamente se hace (consultas, ingresos, intervenciones quirúrgicas, urgencias,...), con la máxima "seguridad del paciente" ("fiabilidad", decisiones compartidas) y "sostenibilidad" ("salud económica y financiera" futura del sistema), a la vez que se progresa en incorporar nuevas tecnologías, nuevas formas de organización y gestión y se garantiza la accesibilidad de los usuarios.

ESTRATEGIA QUINTA

Una oferta específica para los pacientes con enfermedades crónicas y dependientes

ESTRATEGIA SEXTA

Capacitación y Suficiencia de los profesionales sanitarios.

Estableciéndose un compromiso con la formación y la investigación que permita disponer de los profesionales más capacitados y con acceso las más modernas tecnologías. Y asegurando que los hospitales, centros de atención primaria y otros servicios están trabajando, orientados y dedicando recursos a investigar en nuevas líneas que aportarán en el futuro soluciones y mejoras para la salud (células madre, oncología, ensayos clínicos,...

ESTRATEGIA SEPTIMA

Autonomía y Corresponsabilidad por parte de los Profesionales (Desarrollo de la Gestión Clínica

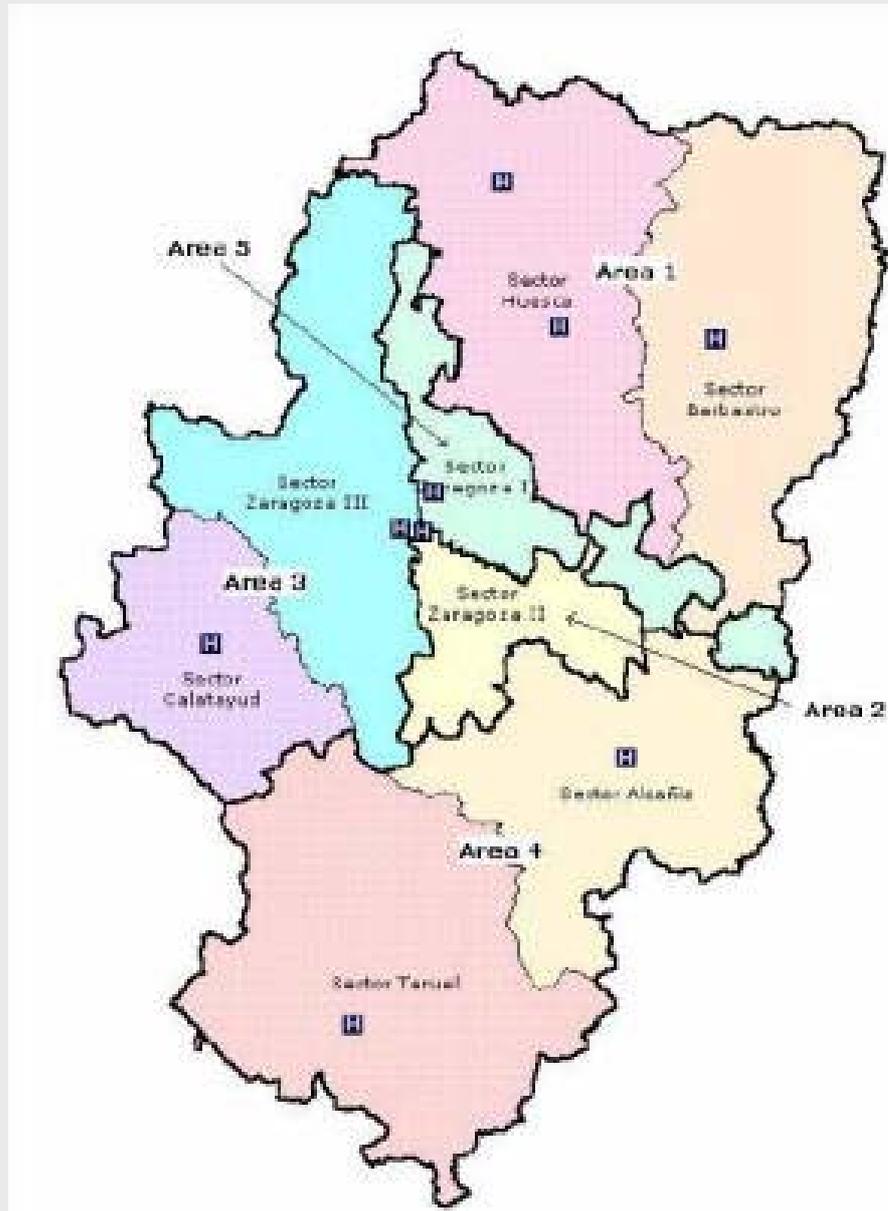
3.1.3. VALORES

1. Priorizando la **autonomía** de las unidades clínicas, centros y sectores y evitando estructuras intermedias.
2. De **apoyo a profesionales y usuarios**: Plana (no jerarquizada) y cualificada, basada en la suficiencia de la oferta, la eficiencia de la gestión y la garantía para los pacientes
3. Con **transparencia y coherencia** entre objetivos, métodos y resultados
4. **Eficiente**, asegurando los objetivos dentro de un marco de sostenibilidad

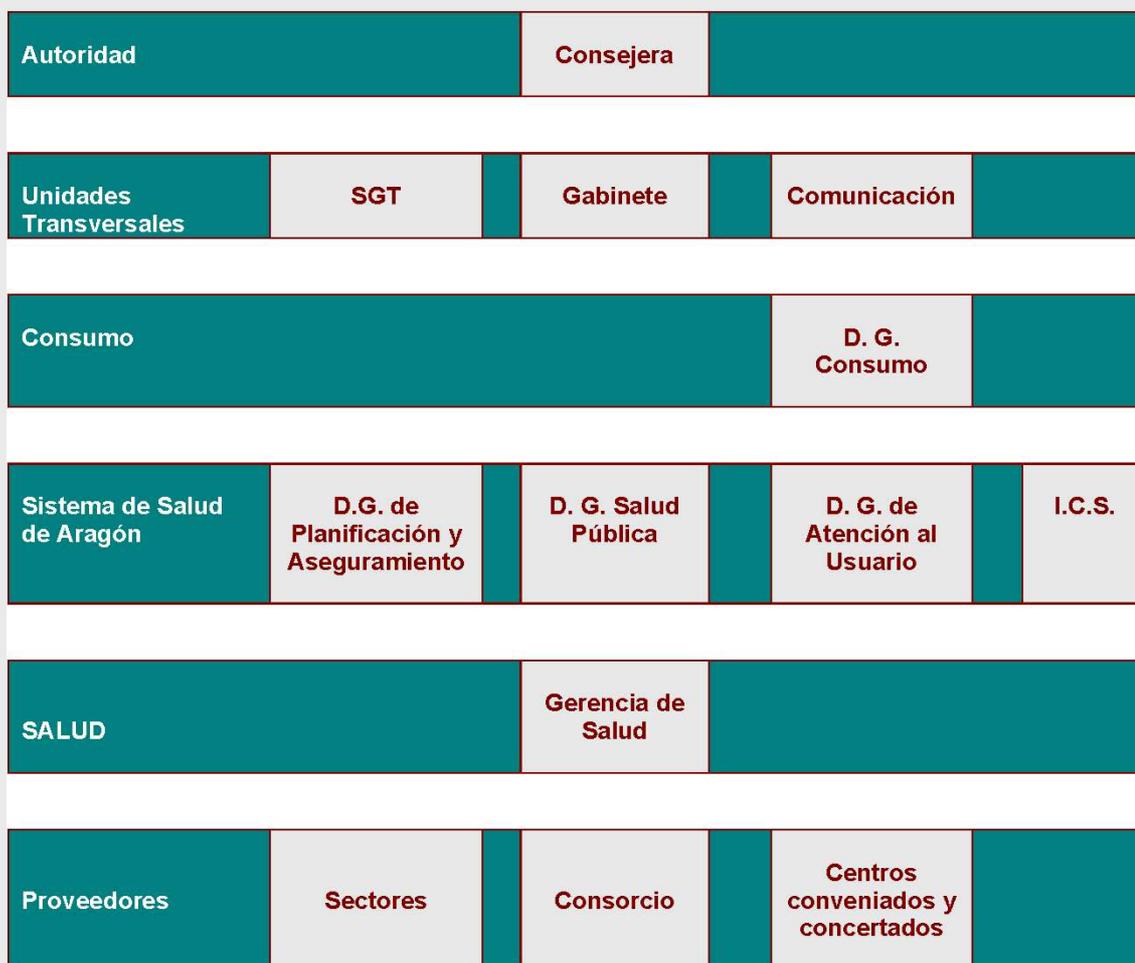
3.2. ORGANIZACIÓN Y RECURSOS
3.2.1. ORGANIZACIÓN

3.2.1.1. MAPA SANITARIO

DECRETO 130/1986, de 19 de diciembre, de la Diputación General de Aragón, por el que se aprueba el Mapa Sanitario de la Comunidad Autónoma de Aragón (publicado en el Boletín Oficial de Aragón nº 133 de 31 de diciembre de 1986).



3.2.1.2. ORGANIGRAMA



3.2.2 RECURSOS

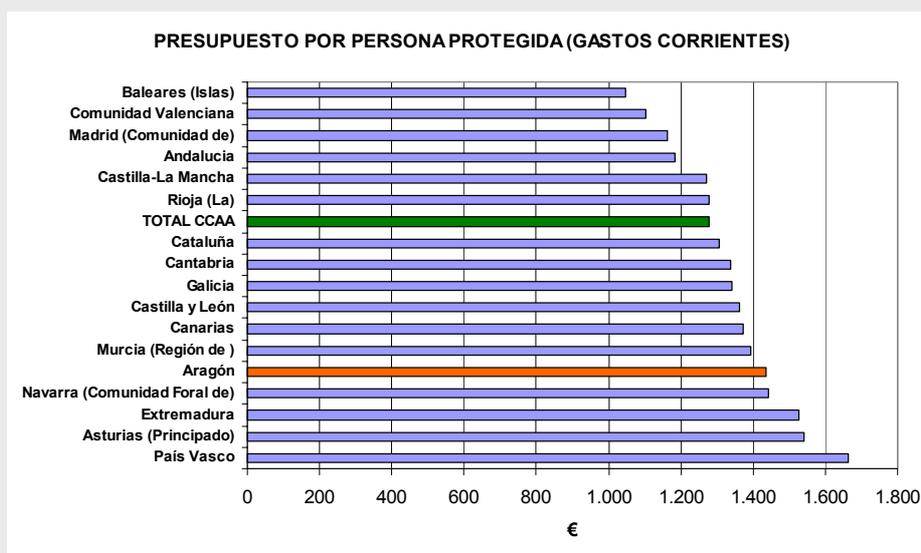
3.2.2.1. PRESUPUESTO

El presupuesto sanitario por persona protegida en Aragón se encuentra por encima de la media nacional (1.436 € en 2010, frente a la media de 1.279 €).

PRESUPUESTO POR PERSONA PROTEGIDA (GASTOS CORRIENTES)

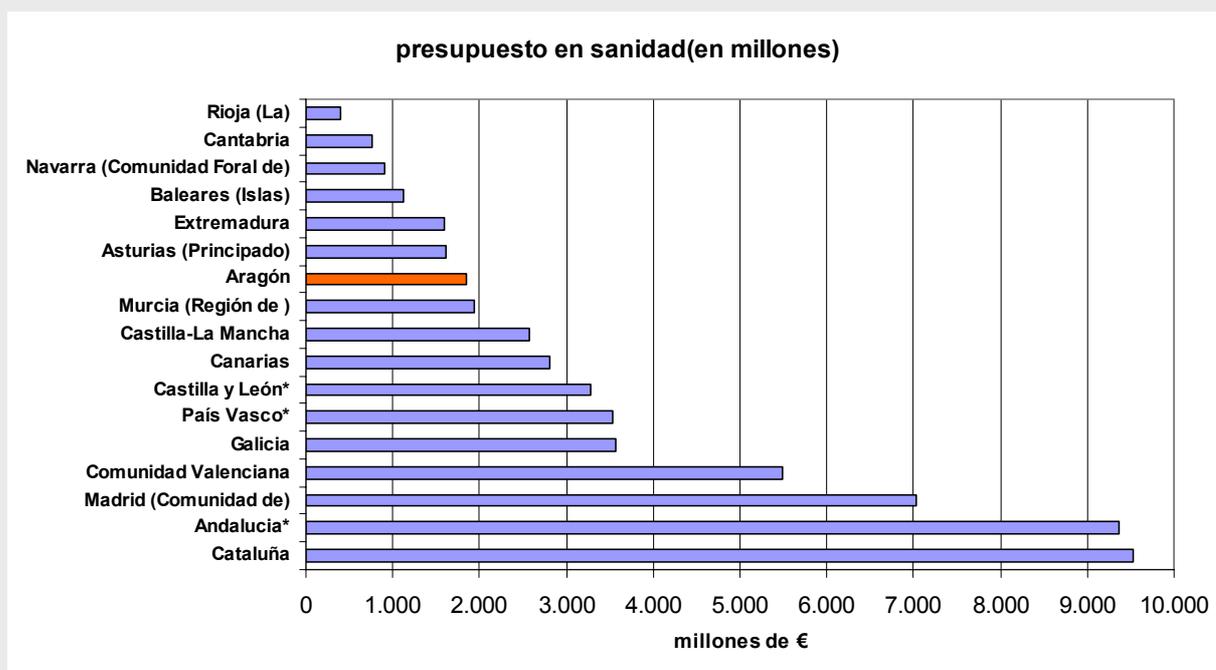
GASTOS CORRIENTES	2007	2008	2009	2010*
Andalucía	1.096,82	1.171,11	1.189,68	1.182,65
Aragón	1.252,41	1.324,19	1.418,70	1.436,54
Asturias (Principado)	1.236,27	1.268,77	1.453,28	1.540,10
Baleares (Islas)	1.040,93	1.096,12	1.129,14	1.045,56
Canarias	1.203,05	1.334,84	1.402,23	1.371,91
Cantabria	1.215,25	1.254,63	1.311,01	1.337,73
Castilla y León	1.197,97	1.279,00	1.316,61	1.361,86
Castilla-La Mancha	1.105,75	1.177,64	1.255,31	1.271,70
Cataluña	1.196,73	1.240,42	1.249,92	1.306,89
Comunidad Valenciana	1.032,99	1.076,68	1.104,47	1.103,12
Extremadura	1.326,28	1.443,95	1.558,18	1.528,46
Galicia	1.216,28	1.299,60	1.342,22	1.339,95
Madrid (Comunidad de)	1.084,18	1.134,55	1.145,63	1.164,28
Murcia (Región de)	1.125,53	1.243,66	1.288,47	1.393,77
Navarra (Comunidad Foral de)	1.287,73	1.360,67	1.393,27	1.443,71
País Vasco	1.338,39	1.479,88	1.604,68	1.662,19
Rioja (La)	1.219,07	1.372,76	1.433,48	1.278,15
TOTAL CCAA	1.152,15	1.221,86	1.261,48	1.279,14

Fuente: Recursos económicos del Sistema nacional de Salud



PRESUPUESTO EN SANIDAD (millones de euros)

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	2007	2008	2009	2010
Andalucía*	8.358,92	9.097,56	9.357,91	9.368,98
Aragón	1.534,89	1.663,25	1.808,59	1.846,74
Asturias (Principado)	1.288,78	1.329,51	1.530,49	1.616,31
Baleares (Islas)	1.037,13	1.138,62	1.198,59	1.120,14
Canarias	2.336,42	2.660,41	2.835,11	2.802,37
Cantabria	670,20	703,95	745,15	763,80
Castilla y León*	2.841,69	3.072,66	3.171,93	3.282,87
Castilla-La Mancha	2.090,43	2.304,73	2.504,14	2.581,35
Cataluña	8.434,95	8.933,25	9.137,17	9.535,67
Comunidad Valenciana	4.865,16	5.229,08	5.433,21	5.486,97
Extremadura	1.357,82	1.491,58	1.616,97	1.588,77
Galicia	3.207,85	3.445,67	3.574,83	3.565,36
Madrid (Comunidad de)	6.206,41	6.719,93	6.922,30	7.035,09
Murcia (Región de)	1.490,02	1.681,62	1.771,42	1.940,69
Navarra (Comunidad Foral de)	762,89	826,08	860,28	897,77
País Vasco*	2.811,07	3.133,12	3.423,52	3.539,60
Rioja (La)	361,40	418,79	443,20	396,65
Total	49.656,02	53.849,82	56.334,80	57.369,11



3.2.2.2. PERSONAL

3.2.2.2.1. ASISTENCIAL

3.2.2.2.1.1. ATENCIÓN PRIMARIA

En el año 2009 se produce un incremento de profesionales de atención primaria en Aragón en prácticamente todas las categorías profesionales.

Hay un médico de familia por cada 1.187 habitantes. La mayoría de los médicos en Aragón, el 55%, tienen una asignación de población igual o inferior a los 1500 habitantes. En los sectores más urbanos también se observa un incremento de los cupos de medicina con menor número de habitantes. En los sectores más despoblados el porcentaje de médicos de familia con menos de 500 tarjetas sigue siendo importante.

El promedio de niños por pediatra en Aragón es de 988. El 37% de los pediatras de Aragón tienen cupos entre 751 y 1.000 y el 38% entre 1001 y 1250 habitantes.

En Aragón, en el año 2009, la razón de habitantes por enfermera se encuentra entre los 1.002 y los 1.719 habitantes, dependiendo de los sectores sanitarios. Globalmente la comunidad tiene un profesional de enfermería por cada 1.437 habitantes.

En cuanto al personal administrativo, el número de habitantes asignados por profesional está entre los 2.469 y los 3.993, siendo la cifra global para todo el territorio aragonés de 3.230 habitantes por profesional de unidades administrativas.

La dotación de recursos humanos que trabajan en centros de salud, medida a través de la relación entre población asignada y recursos humanos existentes, es superior en Aragón que en el conjunto de España en todas las categorías profesionales excepto en administración, según la información que ofrece el sistema de información de atención primaria del sistema nacional de salud.

Así, en el año 2008 hay en España un médico de familia por cada 1.410 habitantes, un pediatra por cada 1.029 habitantes, un profesional de enfermería por cada 1.663 habitantes y un auxiliar administrativo por cada 2.982 habitantes.

En cuanto a la proporción de médicos de familia que tienen asignadas más de 2000 tarjetas es mayor en España (2,3% en 2008) que en Aragón (1,8% en 2008 y 0,7% en 2009). Lo mismo sucede en pediatría con los cupos de más de 1500 tarjetas, los cuales son también superiores en el país (2,6% en España en 2008 frente a 1,3% y 1,2% en Aragón en 2008 y 2009, respectivamente).

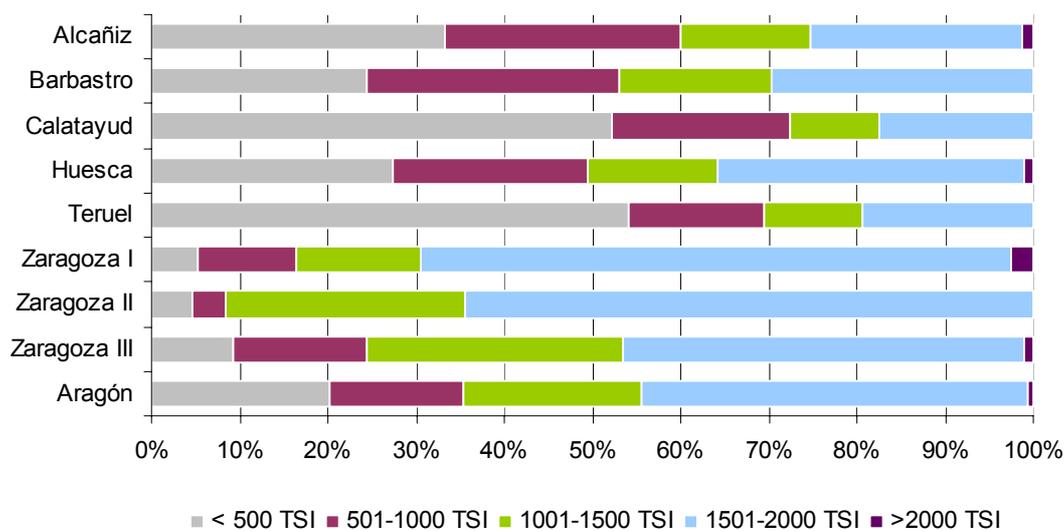
PROFESIONALES DE MEDICINA DE ATENCIÓN PRIMARIA (2008 - 2009)

	MEDICINA DE FAMILIA		PEDIATRÍA	
	2008	2009	2008	2009
ALCAÑIZ	75	75	9	9
BARBASTRO	98	98	14	14
CALATAYUD	69	69	5	5
HUESCA	94	95	12	12
TERUEL	97	98	10	10
ZARAGOZA I	107	115	29	31
ZARAGOZA II	224	236	46	47
ZARAGOZA III	195	204	38	39
ARAGÓN	959	990	163	167

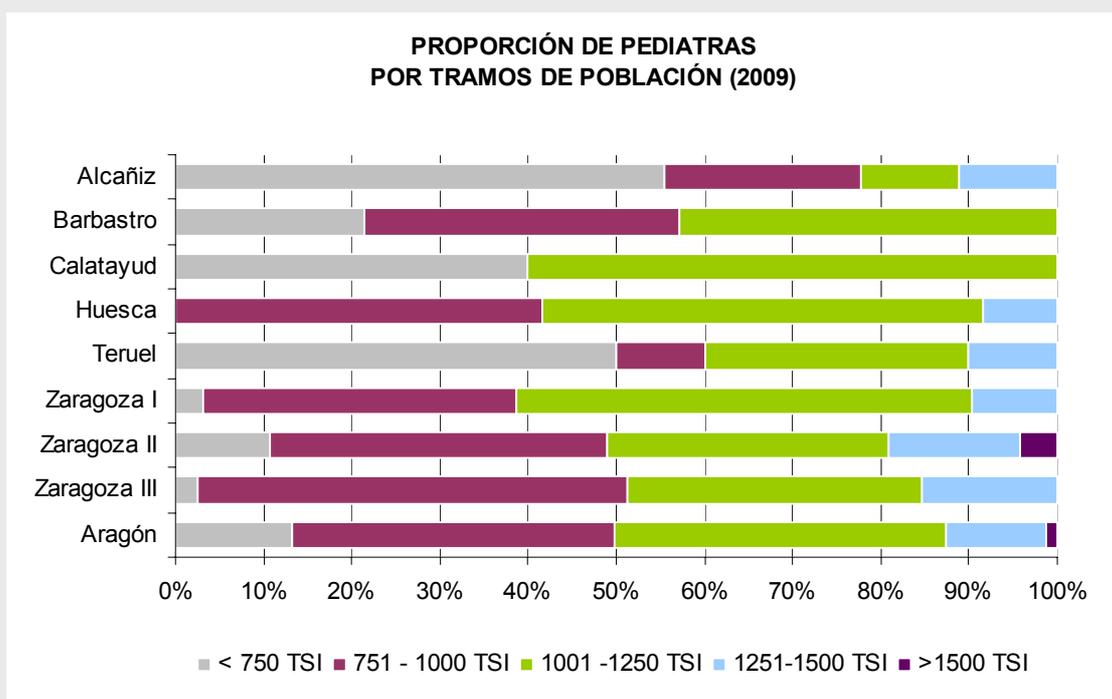
Profesionales con población asignada

Fuente: SIAP. BDU. Dirección General de Planificación y Aseguramiento

PROPORCIÓN DE MÉDICOS DE FAMILIA POR TRAMOS DE POBLACIÓN (2009)



Fuente: SIAP. BDU. Dirección General de Planificación y Aseguramiento



Fuente: SIAP. BDU. Dirección General de Planificación y Aseguramiento

PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA (2008 – 2009)

	2008	2009
ALCAÑIZ	63	64
BARBASTRO	93	95
CALATAYUD	53	53
HUESCA	89	89
TERUEL	74	78
ZARAGOZA I	115	116
ZARAGOZA II	244	244
ZARAGOZA III	189	194
ARAGÓN	920	933

Fuente: SIAP. Dirección General de Planificación y Aseguramiento

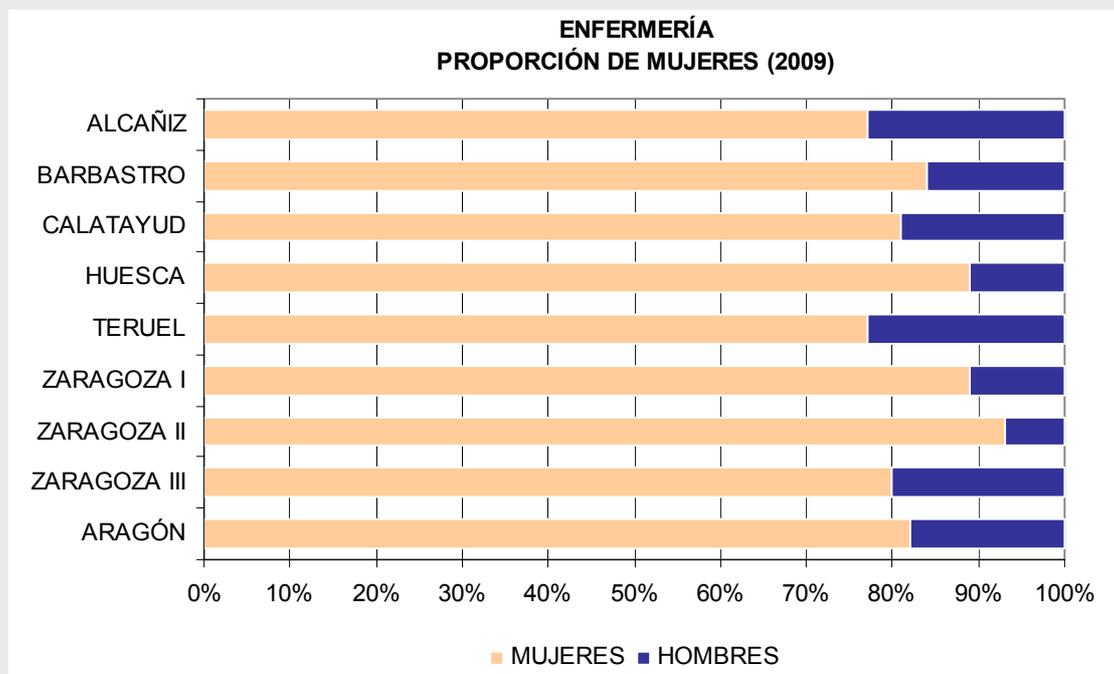
OTROS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA (2008 – 2009)

	PERSONAL ADMVO (*)		MATRONA		FISIOTERAPEUTA		T. SOCIAL	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
ALCAÑIZ	22	22	3	5	1	1	2	2
BARBASTRO	43	43	7	7	4	4	2	2
CALATAYUD	14	14	3	3	0	0	1	1
HUESCA	43	45	4	6	2	2	4	4
TERUEL	31	41	5	5	2	4	3	3
ZARAGOZA I	49	49	9	9	5	5	5	5
ZARAGOZA II	121	118	15	15	12	12	10	10
ZARAGOZA III	78	83	14	14	8	8	8	8
ARAGÓN	401	415	60	64	34	36	35	35

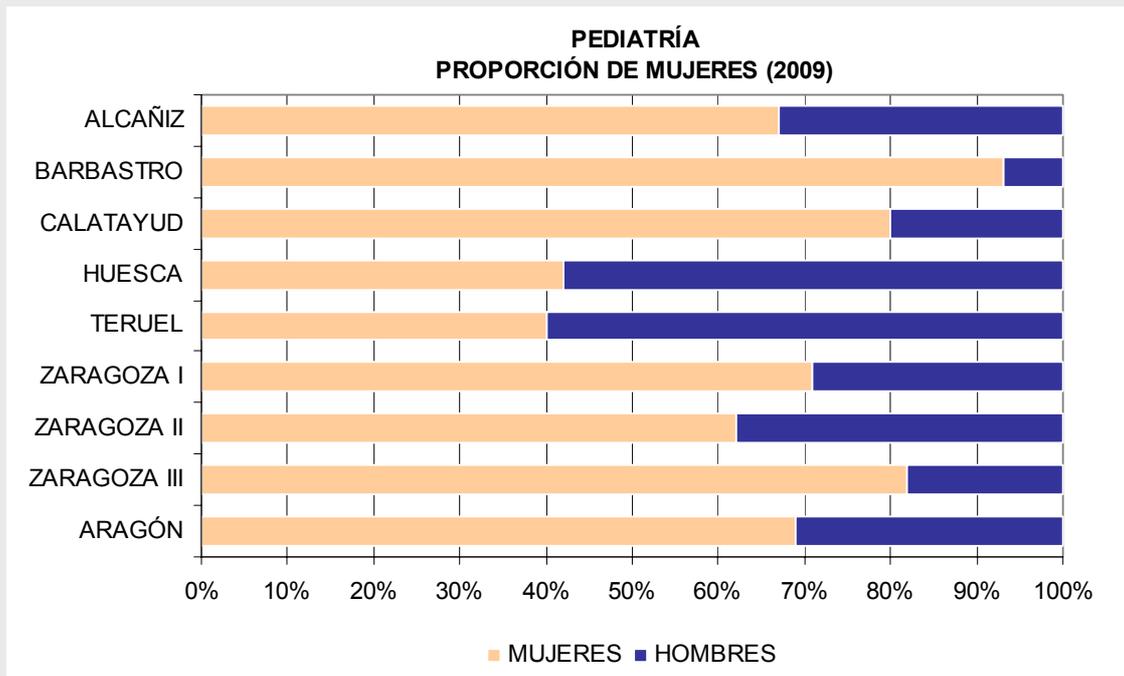
(*) Personal administrativo engloba auxiliares administrativos y otro personal con funciones afines

Fuente: SIAP. Dirección General de Planificación y Aseguramiento

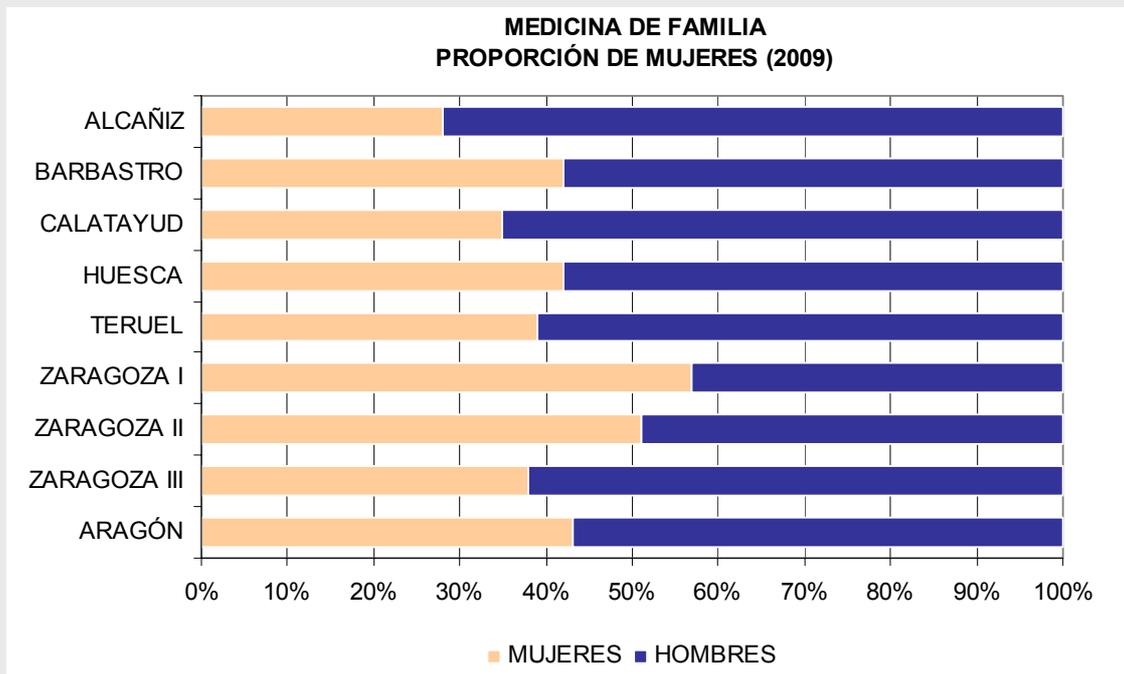
Por categoría profesional sanitaria predominan las mujeres en enfermería (82%) y pediatría (69%), mientras que hay una mayor proporción de hombres en medicina de familia (57% hombres frente a 43% mujeres). La proporción de mujeres en 2008 para el conjunto del Sistema Nacional de Salud, es de 77% en enfermería, 64% en pediatría y 47% en medicina de familia.



Fuente: SIAP. Dirección General de Planificación y Aseguramiento



Fuente: SIAP. Dirección General de Planificación y Aseguramiento



Fuente: SIAP. Dirección General de Planificación y Aseguramiento

3.2.2.2.1.2.ATENCIÓN ESPECIALIZADA

En Aragón en 2009 un 21,8% de los profesionales sanitarios eran titulados superiores (médicos, farmacéuticos), un 41% diplomados sanitarios (enfermería, matronas) y un 37,2% otro personal sanitario. Esta distribución es muy similar a la registrada en la ESCRI del año 2007.

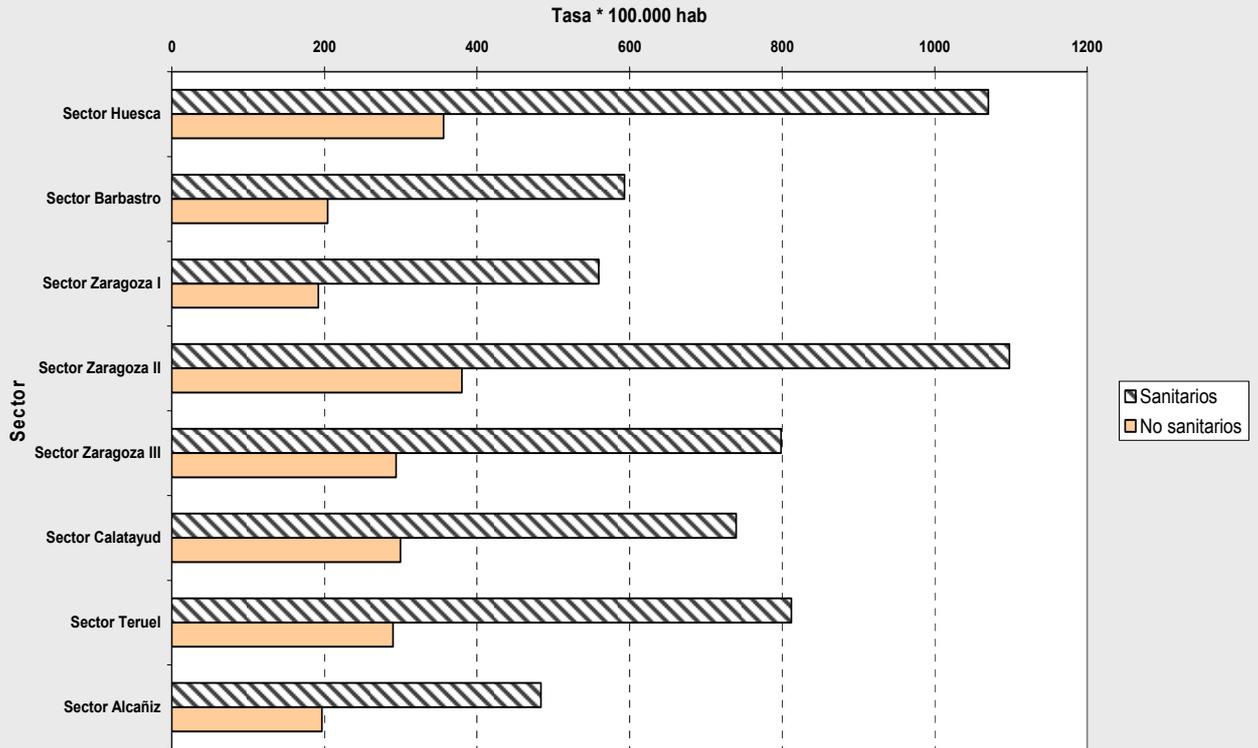
En el área de atención especializada (excluido salud mental) trabajan 2651 médicos (1983 fijos y 668 con contrato). La tasa es de 1,98 médicos por 1000 habitantes, algo superior a la nacional (1,55 –ESCRI2007). La ratio de médicos-cama en hospitales de agudos (66,40) es similar a la publicada en la ESCRI para los hospitales públicos de agudos (66,80).

Tasas por Sector por 1000.000 habitantes. Personal Directivo y Sanitario

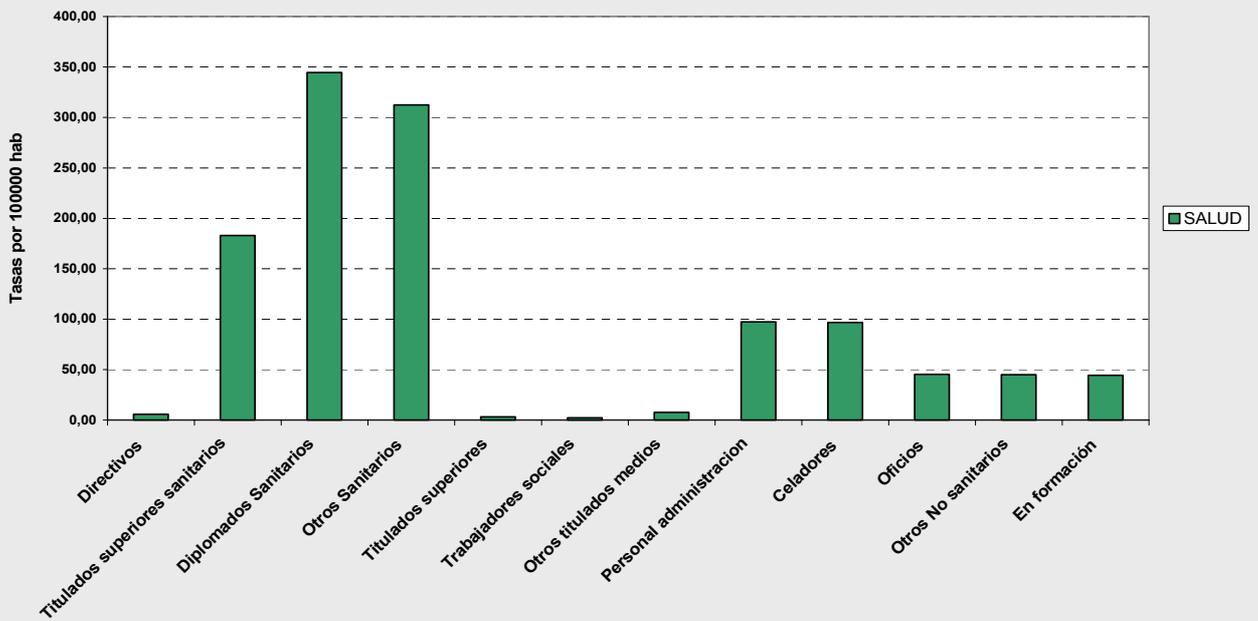
	Directivos	Sanitarios	Titulados superiores sanitarios	Diplomados Sanitarios	Otros Sanitarios
ALCAÑIZ	5,22	483,74	130,39	194,28	159,07
BARBASTRO	5,35	593,46	122,26	246,31	224,89
CALATAYUD	7,69	740,03	171,07	311,39	257,57
HUESCA	10,74	1.070,32	234,47	427,77	408,08
TERUEL	5,04	812,09	184,11	332,90	295,07
ZARAGOZA I	4,54	559,85	138,70	211,83	209,31
ZARAGOZA II	4,44	1.098,10	214,10	473,58	410,43
ZARAGOZA III	6,56	798,60	188,65	311,29	298,66
SALUD	5,74	839,89	182,94	344,53	312,41

A la hora de interpretar las diferencias de tasas de personal sanitario entre Sectores, estas vienen condicionadas por la estructura hospitalaria de cada Sector.

Tasa de profesionales por 100000 hab. Atención especializada.
Aragón 2009 (Excluido salud mental)



Tasas de profesionales por 1000.000 hab. Año 2009. DEPARTAMENTO SALUD ARAGON
ATENCIÓN ESPECIALIZADA (Excluido Salud Mental)



3.2.2.2.1.3. 061

El 061 ARAGÓN cuenta con una plantilla orgánica de 255 trabajadores, distribuidos en distintas áreas y unidades funcionales. Además cuenta con personal contratado por las empresas de teleoperación y de transporte sanitario que prestan servicio al 061.

Categoría profesional (unidad)	Plantilla orgánica
Personal asistencial médico	112
Personal asistencial enfermería	79
Personal auxiliar de enfermería (S.U.A.P.)	2
Conductores/Locutores/telefonistas	41
Personal técnico titulado superior (Dpto. de Informática)	2
Personal de Gestión y Administración	13
Técnico de Salud Pública (Dpto. de Calidad y Dpto. de Formación)	1
Farmacéutico	1
Dirección	4
TOTAL	255

3.2.2.3. ESTRUCTURALES

3.2.2.3.1. ATENCIÓN PRIMARIA.

ZONAS BÁSICAS DE SALUD Y CENTROS (2008 – 2009)

	ZONAS BÁSICAS DE SALUD		CENTROS DE SALUD		CONSULTORIOS	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
ALCAÑIZ	12	12	12	12	83	83
BARBASTRO	15	15	14	14	156	156
CALATAYUD	10	10	9	9	110	110
HUESCA	14	14	14	14	202	202
TERUEL	17	17	15	16	186	186
ZARAGOZA I	13	13	12	12	35	35
ZARAGOZA II	22	22	18	18	24	24
ZARAGOZA III	22	22	22	22	119	119
ARAGÓN	125	125	116	117	915	915

Fuente: SIAP. Dirección General de Planificación y Aseguramiento

A comienzos de 2007 Aragón contaba con 122 zonas básicas de salud. Posteriormente el mapa sanitario se amplía con las zonas básicas de Valdespartera-Montecanal, Parque Goya y Teruel Ensanche.

Actualmente hay 117 centros de salud. El centro de Teruel Ensanche se inauguró en abril de 2009. A lo largo de 2010 se espera que entren en funcionamiento los centros de salud Parque Goya, en el sector Zaragoza I, y Valdespartera – Montecanal, en el sector Zaragoza II.

En las ciudades algunos centros de salud albergan equipos de atención primaria de dos zonas básicas. Fuera de las capitales, la red de atención primaria se extiende hasta los núcleos de población más pequeños, a través de sus 915 consultorios sanitarios. Según datos del año 2009, hasta un 16% de la población aragonesa está asignada a un médico que atiende visitas en uno de estos consultorios.

Los consultorios dependen del centro de salud de la zona básica donde están ubicados, en ellos se proporciona asistencia sanitaria en el ámbito de la atención primaria de salud. Pueden agrupar a más de un local de consulta y suelen estar situados en un edificio propio.

En España, según los datos más recientes, correspondientes al año 2008, hay 2.688 zonas básicas, 2.914 centros de salud y 10.202 consultorios. Por lo tanto, la dotación de recursos estructurales de Aragón en 2008 supone el 4,7% de las zonas básicas, el 4% de los centros de salud y el 9% de los consultorios del conjunto del Sistema Nacional de Salud.

3.2.2.3.2.ATENCIÓN ESPECIALIZADA

En las siguientes tablas se describen los recursos estructurales y humanos básicos de los hospitales dependientes del Departamento de Salud y Consumo (Servicio Aragonés de la Salud y Consorcio Aragonés de Alta Resolución)

DATOS ESTRUCTURALES BASICOS SALUD-CASAR

	Camas Hospital	Camas UCI	Quirófanos	Consultas	Puestos Hemodiálisis	Boxes de urgencias
ALCAÑIZ	125	0	3	29	0	8
BARBASTRO	191	0	7	47	16	9
CALATAYUD	122	0	5	24	12	4
HUESCA	434	10	10	84	21	8
TERUEL	261	6	5	36	15	7
ZARAGOZA I	389	14	10	76	0	17
ZARAGOZA II	1.311	68	34	195	19	38
ZARAGOZA III	889	34	20	153	16	19
SALUD	3.722	132	94	644	99	110

RECURSOS HOSPITALES SALUD-CASAR. RATIOS POBLACIONALES

SECTOR	Camas por 1000 hab	Quirófanos por 100.000 hab	Locales consulta por 100000 hab
ALCAÑIZ	1,63	3.91	37.81
BARBASTRO	1,70	6,25	41.94
CALATAYUD	2,35	9.61	46.13
HUESCA	3,88	8,95	75,17
TERUEL	3,29	6.31	45.40
ZARAGOZA I	1,96	5.04	38.33
ZARAGOZA II	3,23	8.39	48.10
ZARAGOZA III	2,92	6.56	50.19
SALUD	2,78	7.01	48.05

El número de camas por 1000 habitantes en el sector público de hospitales de agudos de Aragón en 2009 fue de 2,78 algo superior a la registrada a nivel estatal para el sector público (2,65: ESCRI 2007). Con respecto al número de quirófanos en el sistema público, en nuestra comunidad se registra una tasa algo superior al último dato disponible de la ESCRI (7,01 vs 5,81 por 100000 hab).

Respecto a las diferencias de dotación entre Sectores, hay que tener en cuenta la diferente oferta asistencial entre los hospitales comarcales (Alcañiz, Calatayud y

Barbastro), los Hospitales de las cabeceras provinciales (Huesca y Teruel) y los Centros de referencia (Hospitales Miguel Servet y Clínico).

Por otro lado, la población inicialmente asignada a cada centro, y para la que se planificaron los recursos iniciales, ha podido modificarse por variaciones en el Mapa Sanitario que ha reasignado zonas de salud por criterios de accesibilidad geográfica y de medios de comunicación. En las zonas con mayores problemas de accesibilidad en los últimos años se han puesto en marcha recursos complementarios a través del Consorcio Sanitario de Alta Resolución (CASAR) en las comarcas de Cinco Villas, Moncayo, Pirineos y Bajo Cinca.

Finalmente, los procesos actualmente en marcha de reforma de los centros hospitalarios (Barbastro, H. Nuestra Señora de Gracia y H. Miguel Servet) y los previstos para los años próximos (Alcañiz y Teruel) modificarán este panorama.

DOTACION TECNOLOGICA HOSPITALES ARAGON 2009

	MAMOGRAFOS	TAC	RNM
ALCAÑIZ	1	1	0
BARBASTRO	1.33	1.25	0.25
CALATAYUD	1	1	0
HUESCA	5	2.25	0.25
TERUEL	2	1	1
ZARAGOZA I	3	2	1
ZARAGOZA II	4	5	3
ZARAGOZA III	3.67	2.5	1.5
SALUD	19	15	6
CASAR	2	1	1
DEFENSA	1	1	0
PRIVADOS	4	5	5
TOTAL ARAGON	26	22	12

Los Hospitales de referencia (Hospital Universitario Miguel Servet y Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa) disponen de recursos de alta tecnología de uso para todo Aragón: salas de hemodinámica, angiógrafos digitales, gammacámaras, aceleradores lineales,...)

Aragón dispone de un 3,25% de los TAC existentes en España, un 2.74% de los aparatos de resonancia magnética (RNM) y 5,3% de los mamógrafos. La tasa de aparatos de TAC por millón de habitantes es superior a la registrada en España (16,41 vs 13,77) (Fuente ESCRI 2007). Esta ventaja también se mantiene en el caso de los aparatos de resonancia magnética (8,95 vs 8,04 aparatos por millón de habitantes). Hemos de reseñar que la estructura de alta tecnología de los centros privados sin internamiento no está incluida en la estadística, aunque se trate de dispositivos utilizados en el marco de convenios con el Sistema de Salud de Aragón.

3.2.2.3.3. 061

Para la prestación del servicio de asistencia y transporte sanitario de urgencia y emergencia el 061 ARAGÓN cuenta con 12 Unidades Móviles de Emergencia (UMEs), 8 Unidades Móviles de vigilancia Intensiva (UVIs), 25 Ambulancias de Soporte Vital Básico (SVB), y 36 ambulancias convencionales (AMB convencionales), además coordina con el 112 los traslados sanitarios en helicóptero y con la Guardia Civil la medicalización de los helicópteros de la unidad de rescate de montaña.

3.2.3. CARTERA DE SERVICIOS

Se entiende por **Cartera de Servicios Sanitarios** el listado que recoge de forma simple, agrupada y comprensible a los profesionales y usuarios, aquellas actividades y procedimientos que el sistema de salud establece para dar respuesta a los problemas y necesidades de salud de los ciudadanos.

Se trata, por tanto, de un listado que aclara y pone de acuerdo a gestores, profesionales sanitarios y usuarios acerca de lo que "hay que hacer" o "se puede pedir".

Por **Decreto 65/2007, de 8 de mayo, del Gobierno de Aragón se aprueba la Cartera de Servicios Sanitarios del Sistema de Salud de Aragón**. La Cartera de Servicios Sanitarios del Sistema de Salud de Aragón además de estar constituida por los servicios comunes del Sistema Nacional de Salud establecidos en el Real Decreto 1030/2006, incorpora otros servicios que son específicos del Sistema de Salud de Aragón.

Por "**Orden de 12 de julio de 2007 del Departamento de Salud y Consumo se estructura y se aprueba el contenido de la Cartera de Servicios Sanitarios del Sistema de Salud de Aragón**". En esta Orden se organiza la Cartera de Servicios Sanitarios del Sistema de Salud de Aragón en las líneas asistenciales de:

- Atención Primaria*
- Atención Especializada*
- Atención a Enfermos Crónicos Dependientes (Atención Sociosanitaria)*
- Atención a la Salud Mental*
- Atención a la Urgencia y Emergencia*
- Salud Pública*
- Las prestaciones Farmacéuticas, Ortoprotésicas, de Productos Dietéticos y de Transporte Sanitario son las que forman parte del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud aprobado por **Real Decreto 1030/2006***

La cartera de servicios sanitarios es un elemento dinámico debido a las necesidades cambiantes de la población, a los avances científicos y del conocimiento relacionado con las ciencias de la salud, y al desarrollo constante de la tecnología sanitaria.

Por "**Orden de 11 de julio de 2007 del Departamento de Salud y Consumo se regula el procedimiento para la actualización de la Cartera de Servicios Sanitarios del Sistema de Salud de Aragón**". En esta Orden se entiende por actualización la incorporación de nuevos servicios a la Cartera, la exclusión y modificación de servicios ya incorporados a la misma, así como la constitución de nuevas Unidades Clínicas.

Con la finalidad de hacer lo más objetiva posible la actualización de la Cartera de Servicios Sanitarios, se estableció un **procedimiento de actualización** sistemático, explícito, participativo, reproducible y basado en la evidencia científica

y se creó la **Comisión de Evaluación de la Cartera de Servicios Sanitarios de Aragón** para el estudio, análisis y valoración de las propuestas de actualización de la Cartera de Servicios Sanitarios.

3.3. ESTRATEGIA DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA

El Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón ha considerado fundamental propiciar y facilitar el ejercicio de este derecho y favorecer la participación en todas sus dimensiones estableciendo un compromiso para la adecuación y dinamización de los órganos de participación existentes y definición de un modelo de participación en salud para la Comunidad Autónoma de Aragón.

Los objetivos en relación con la atención al usuario son:

- Escuchar lo que los usuarios necesitan y dar valor a lo que nos comunican
- Que los usuarios sientan que reciben una atención de calidad
- Mejorar el acceso a la información , a los tramites y gestiones para que puedan ser realizadas desde distintos puntos
- Profesionales formados en habilidades de comunicación y disposición hacia las necesidades de los usuarios
- Desburocratizar el trabajo para dar mejor soporte a los usuarios en aspectos de accesibilidad y trámites

SALUD INFORMA

El 1 de mayo de 2008 se inicia el servicio en la provincia de Huesca extendiéndose progresivamente a todo Aragón. Durante el año 2009 se generaliza y conviven los dos modelos, el de desbordamiento y el de citación a través de saludinforma.

Este portal ha sido concebido como una herramienta para los usuarios del sistema aragonés de salud para:

- Facilitar la información necesaria para una adecuada y ágil utilización del sistema sanitario.
- Proporcionar a los usuarios información fiable y relevante tanto clínica como de hábitos de vida saludable.
- Ofrecer información de la situación real del sistema que le permita seleccionar, si es preciso, entre varios proveedores de salud.
- Conocer y abordar mejor las inquietudes los usuarios a través de la recepción de sugerencias respecto al servicio que están recibiendo.
- Facilitar información sobre la puesta en marcha de nuevas prestaciones, sobre el inicio de servicios de carácter estacional, o sobre las recomendaciones ligadas a factores de riesgo o edad.
- Posibilitar la realización de trámites y gestiones.
- Proporcionar un espacio para la participación de asociaciones y consejos de salud.

Respecto a la realización de trámites y gestiones, la solicitud y anulación de la cita previa para atención primaria ha constituido el más importante valor de este portal.

MODELO DE PARTICIPACIÓN EN SALUD

En el sistema de salud, la participación comunitaria trasciende los servicios sanitarios e integra, tanto a organizaciones ciudadanas, organizaciones profesionales, asociaciones de pacientes, agentes sociales, profesionales y ciudadanos en general.

La propuesta para el modelo de participación ha surgido de la realización de dos jornadas de trabajo con más de 600 personas en total y de las 18 reuniones de tres grupos de trabajo que ha movilizado a otras 200 personas. El borrador del modelo se ha sometido a las alegaciones de organizaciones, consejos de salud y ciudadanos que se podían realizar durante más de un mes en la página web.

El modelo conlleva cambios profundos en la composición funciones y dinámica organizativa de las estructuras de participación. Tanto en el proceso como en el modelo, las tecnologías de la información y la comunicación tienen un papel esencial.

Se ha propuesto un programa de implementación que incluye tres fases: la primera es el pilotaje en el sector de Teruel y las siguientes que son las fases de extensión y generalización.

HOMOGENEIZACIÓN DE LAS UNIDADES Y SERVICIOS DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO DE LOS CENTROS SANITARIOS

La atención personalizada a los ciudadanos en aquellos puntos de información y atención directa constituye una prioridad para Atención al Usuario. En 2009 se ha podido hacer una valoración de las reclamaciones y sugerencias que emiten los usuarios tanto de forma global como por centros y todo esto permite abordar mejor las dificultades del Sistema de Salud y también potenciar el trabajo de gestoría que realizan los Servicios de Atención al Usuario para mejorar la atención personalizada.

PLAN DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA MUJER

El plan de atención a la salud de la mujer es el instrumento mediante el cual se desarrolla el principio de igualdad y se pretende implicar a los diferentes actores en la promoción y restauración de la salud de la mujer. En él se definen seis estrategias:

1. Salud en las diferentes etapas de la vida
2. Atención integral a las mujeres con factores de riesgo para su salud derivados de una situación de vulnerabilidad
3. Implicación de las mujeres en la toma de decisiones que afectan a su salud
4. Investigación y formación de profesionales
5. Involucrar a los hombres
6. Actuación de los servicios de salud en la disminución de la violencia de género.

Las estrategias se desarrollan a través de 14 objetivos que a su vez se materializan en 90 actuaciones concretas.

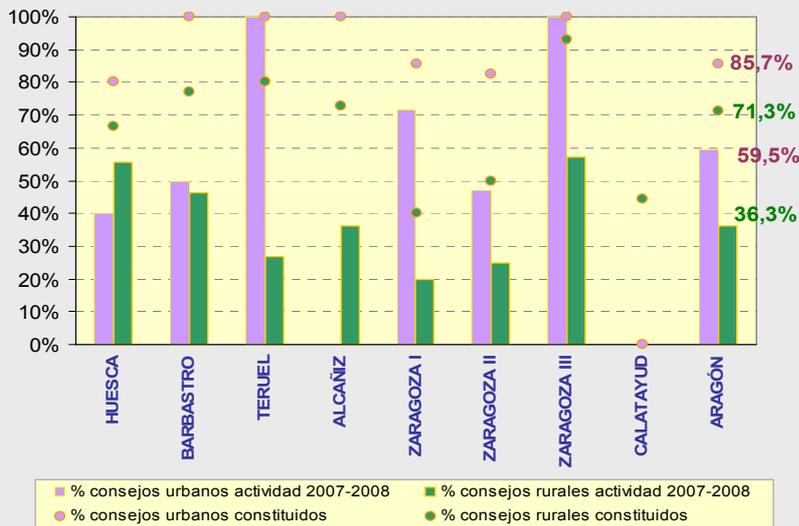
CONSEJOS DE SALUD DE ARAGON

La actividad de los consejos de Salud de Aragón es muy variada. Se presenta una grafica de la evolución de los mismos en relación a su constitución y actividad así como según el sector sanitario y ámbito rural o urbano al que pertenecen.

Consejos de Salud de Zona de Aragón. Constitución y actividad 1987-2008
Fuente: Servicio Aragonés de Salud



Consejos de Salud de Zona de Aragón Constitución y actividad 2007-2008 según sector sanitario y tipo rural / urbano

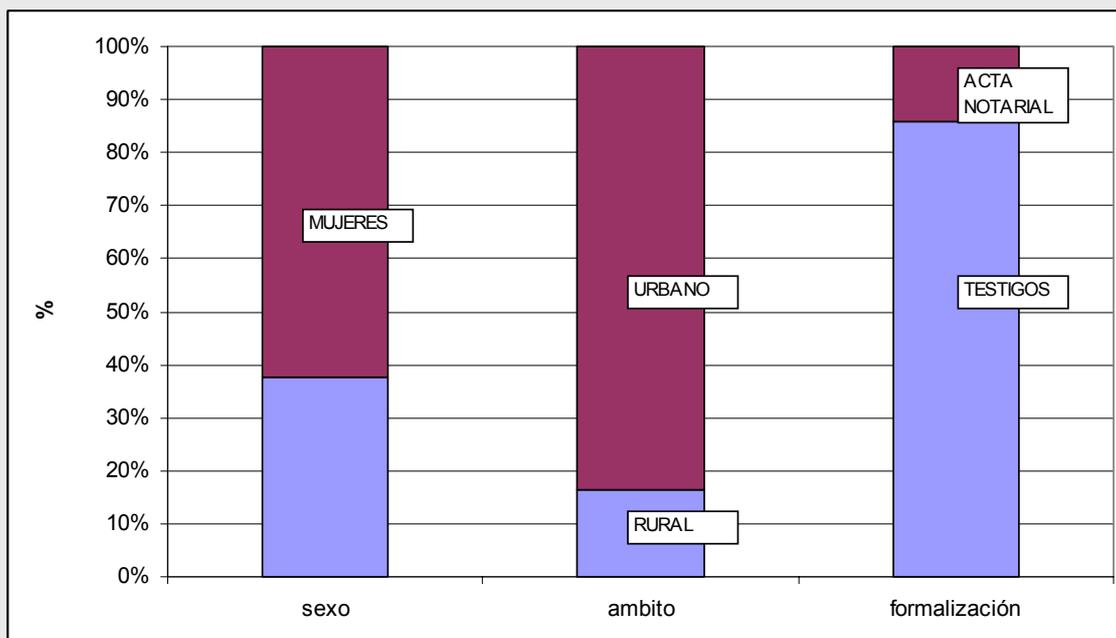


Fuente: Servicio Aragonés de Salud

VOLUNTADES ANTICIPADAS

El documento de voluntades anticipadas es el instrumento final de todo un proceso de reflexión que abre espacios de comunicación entre los ciudadanos, sus familias y allegados y los profesionales sanitarios, proceso que permite tomar decisiones de forma libre y consciente con respecto al final de la vida.

Tras la modificación de la Ley de Salud de Aragón de 22 de diciembre de 2009, La Dirección General de Atención al Usuario (DGAU) asume la gestión del Registro de Voluntades Anticipadas en Enero de 2010.



COLABORACIÓN CON LAS ASOCIACIONES DE PACIENTES

El trabajo con las más de 133 Organizaciones representativas de los de Pacientes es cada vez más importante. Participan de forma activa en varias de las líneas de trabajo que tenemos abiertas: Nuevo modelo de participación, Consejo Asesor de Atención a la Salud de la Mujer, Participación en las estrategias de salud etc.

Otras actividades desarrolladas con/para las ORPs:

- Entrevistas para la atención a sus demandas, así como para ayudarles y asesorarles en la organización de jornadas, presentación de documentación.
- Organización de reuniones de trabajo/entrevistas entre ORPs y otras Unidades dependientes del Departamento de Salud
- Convocatoria de subvenciones y ayudas 2009 y 2010:
- En noviembre de 2009, se celebró la "II Jornada de Participación y Salud – Ética y Ciudadanía". Asistieron 230 personas, de diferentes ámbitos: asociaciones de vecinos, de pacientes, profesionales del mundo de la salud, ... En 8 grupos 120 personas trabajaron sobre la propuesta para el nuevo modelo de participación en Salud cuyo proceso participativo se ha llevado a cabo durante todo el año 2009.
- Realización, en coordinación con el IAAP, del curso "Mecanismos de Participación en el Sistema de Salud", al que han asistido profesionales del Departamento de Salud. Asociaciones de Pacientes (AMAC GEMA, ALCER EBRO), Asociaciones de Vecinos (AAVV Delicias Manuel Viola, AAVV Las

Fuentes), han explicado sus objetivos y sus necesidades, así como las actuaciones en las que están colaborando con el Departamento de Salud.

- Ya está operativo en www.salud.informa.es, el espacio denominado "Asociaciones Vinculadas", en el que las asociaciones indican sus objetivos y la manera de contactar con ellas.
- Gripe A1H1: A) Participación en la elaboración del "Plan de preparación y respuesta ante una pandemia de gripe en Aragón". B) Difusión entre las asociaciones de pacientes del Plan: 1- organización de la charla informativa de la Consejera, en Zaragoza, sobre la gripe para las Asociaciones de Pacientes de las 3 provincias. 2- Sesiones informativas en las sedes de las asociaciones que lo han solicitado.

3.4. INTERVENCIONES EN SALUD PUBLICA

Las políticas y actuaciones en materia de salud pública se pueden agrupar en las áreas tradicionales de vigilancia de los estados de salud y de enfermedad, las actividades de protección de salud, de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad. Todas ellas se caracterizan por tener un punto de vista **poblacional**, que incide en la actuación sobre los **determinantes de la salud** y en la reducción de **desigualdades**. Además, contribuyen al diseño, puesta en marcha y desarrollo de las distintas **estrategias y políticas sanitarias y a la ordenación del sistema sanitario**, ejerciendo el liderazgo estratégico en la salud poblacional, y fomentando su protección y promoción en las políticas intersectoriales. Se traducen en el diseño e implementación de **programas e intervenciones de salud**, gestionando su aplicación eficiente, efectiva y de calidad.

- Dentro de la **vigilancia** se consideran las actividades de medición del estado de salud y bienestar de la población, identificando los problemas de salud, especialmente los más graves y prevalentes, así como su relación con los determinantes y factores de riesgo.
- La **protección de la salud** incluye las actividades dirigidas especialmente a los determinantes medioambientales, entre las que tienen especial relevancia las relacionadas con la seguridad alimentaria y las aguas de consumo.
- La **promoción de la salud** actúa sobre la población, informando, educando, fomentando su participación y, en definitiva, fortaleciendo el grado de control de las personas y de la población sobre su propia salud.
- La **prevención de la enfermedad** incluye las actuaciones que tienen como fin evitar que aparezca la enfermedad, incluyendo el control de las diversas amenazas para la salud de la población, y las alertas y emergencias en salud pública.
- Además de estas funciones generales, las intervenciones en salud pública incluyen la realización de **inspecciones y auditorías** sanitarias, la contribución a la **investigación y formación** en salud pública, y en los últimos tiempos se considera clave por último la **evaluación del impacto sobre la salud** de las actuaciones, públicas y privadas, susceptibles de comprometerla, así como de los servicios y programas sanitarios.

Dentro de este esquema general, en la **cartera de servicios de salud pública** se han desarrollado **11 áreas de actuación** y para cada una de ellas una serie de servicios prestados que se resumen a continuación. Estas áreas son el desarrollo de las prestaciones de salud pública que se citan en la Ley 16/2003 Cohesión y Calidad del SNS, adaptadas a la estructura de la salud pública en Aragón y a la realidad de los servicios prestados.

ÁREAS DE ACTUACIÓN

1. Medición del estado de salud de la población y de sus determinantes

Incluye los sistemas de información sobre problemas de salud en la población (enfermedades de declaración obligatoria, red centinela de Aragón, registro de mortalidad, registro de cáncer, farmacovigilancia y registros específicos), sobre alertas de salud pública, sobre problemas ambientales (aguas de consumo, productos químicos), sobre la seguridad alimentaria (control de alimentos, sistema coordinado de intercambio rápido de información, registro sanitario de alimentos, plan de investigación de residuos, y vigilancia y seguridad de alimentos), sobre salud laboral, y otros sistemas.

2. Prevención, vigilancia e intervención ante problemas de salud

Incluye los programas de prevención de enfermedades (enfermedades vacunables, tuberculosis, VIH/sida, enfermedades transmisibles, zoonosis, gripe, enfermedades internacionales, brotes epidémicos y otras), programas que inciden en hábitos (nutrición, actividad física, tabaquismo, drogadicencias), y el sistema de atención a alertas de salud pública.

3. Promoción de la salud y educación para la salud

Incluye la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de Salud, el Servicio de Asesoría y Recursos en Educación para la Salud (SARES), y el apoyo a la promoción de salud en ámbitos específicos como la escuela.

4. Promoción de políticas saludables y desarrollo sostenible

Incluye el Seminario permanente de salud y medio ambiente.

5. Protección y promoción de la salud laboral

Incluye el seguimiento y control de las actividades sanitarias de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales, el censo de unidades sanitarias laborales, la vigilancia de la salud de los trabajadores expuestos al amianto y la coordinación de actividades de promoción de la Salud Laboral.

6. Protección y promoción de salud ambiental

Incluye varios programas de prevención y control de riesgos ambientales, como los de biocidas, plaguicidas y seguridad química, legionelosis, piscinas y aguas de baño, aguas residuales y residuos sólidos urbanos, aguas de consumo y fuentes públicas, establecimientos turísticos, establecimientos de radiaciones UVA, actividades molestas, insalubres, nocivas y peligrosas, medio ambiente escolar y las actuaciones en materia de sanidad mortuoria.

7. Promoción de la seguridad alimentaria

Incluye los programas de control de diversos establecimientos (Mataderos, Salas de Despique y Almacenes Frigoríficos de Carne, Comidas Preparadas, Comercio Minorista y Mercados, Industrias y Registro Sanitario de Alimentos), los programas de Gestión de Riesgos Alimentarios, de investigación de Residuos, de Fomento y Auditoria del autocontrol basado en el Análisis de Peligros y Puntos de Control Críticos, de Formación de Manipuladores y Entidades de Formación, y de Vigilancia y Evaluación de la Seguridad Alimentaria. Hay que destacar la puesta en marcha del Plan Autonómico de Control de la Cadena Alimentaria este año 2010, que tiene por objeto la prevención de enfermedades relacionadas con los alimentos y mantener la confianza en el sistema de control oficial de la cadena alimentaria.

8. Laboratorios de salud pública

Realizan labores de apoyo analítico Apoyo a los programas de control alimentario y ambiental, y a la investigación epidemiológica de brotes y alertas de salud pública.

9. Formación e investigación

Formación del personal socio sanitario y docentes, y de otras personas de servicios de carácter público. Participación en proyectos de investigación.

10. Elaboración del plan de salud de Aragón

11. Coordinación y comunicación

Las actividades de coordinación incluyen una gran diversidad de ámbitos dentro de las áreas referidas, y de instituciones, fundamentalmente otros departamentos y organismos del Gobierno de Aragón y las instituciones locales. Dentro de la comunicación, se realizan publicaciones y se emiten boletines periódicos también dentro de una gran diversidad de ámbitos, destacando la página web de salud pública por la cantidad de contenidos y su actualización permanente.

3.5. INTERVENCIONES SOBRE PROCESOS PRIORITARIOS

3.5.1. PROGRAMAS SOBRE EL DESARROLLO DE ESTRATEGIAS EN SALUD.

Introducción

El desarrollo de las Estrategias en Salud se enmarca dentro de las actuaciones sanitarias contempladas en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud impulsado por el Ministerio de Sanidad y Política Social en el año 2006.

El propósito de este Plan de Calidad es incrementar la cohesión del Sistema Nacional de Salud y ayudar a garantizar la máxima calidad de la atención sanitaria a todos los ciudadanos, con independencia de su lugar de residencia, al tiempo que ofrecer herramientas útiles a los profesionales y a los responsables de salud de las Comunidades Autónomas en su objetivo de mejorar la calidad de la atención prestada.

Contempla una serie de áreas de actuación entre las que destaca la del fomento de la excelencia clínica en aquellos problemas de salud con especial impacto social, bien por su gravedad, bien por la gran incidencia que presentan en la población.

Desde el año 2006 éstas son las Estrategias en Salud que viene desarrollando el Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón:

Líneas generales de desarrollo de la Estrategia en Diabetes

Se viene trabajando fundamentalmente en las áreas de promoción de estilos de vida saludables y prevención primaria, diagnóstico precoz, tratamiento y seguimiento, abordaje de complicaciones y situaciones especiales y formación e investigación. Todas las actividades sanitarias a desarrollar en estas áreas están incorporadas a la cartera de servicios sanitarios tanto de Atención Primaria, donde se controlan la mayoría de pacientes con diabetes tipo 2, como de Atención Hospitalaria que controla a los pacientes con diabetes tipo 1 y diabetes gestacional.

Dentro de las actuaciones que se han llevado a cabo para mejorar la atención a esta enfermedad destaca la extensión de la retinografía no dilatada a los 8 Sectores Sanitarios con el fin de mejorar la realización de exploraciones de fondo de ojo a estos pacientes.

Líneas generales de desarrollo de la Estrategia en Cáncer

Se ha priorizado la ordenación de las actuaciones sanitarias en los procesos de atención al cáncer de mama y colon y se inició en el año 2008 el Programa de Vacunación del Virus del Papiloma Humano (VPH) en niñas de 14 años.

El resumen de las actuaciones más importantes llevadas a cabo hasta el momento es el siguiente:

Ampliación del Programa de Cribado Poblacional de Cáncer de Mama, extendiendo la edad de inclusión hasta los 69 años.

Creación de comités de tumores en todos los hospitales generales de la red.

Actualización de la cartera de servicios de todos los hospitales con regulación de los flujos de derivación de pacientes a hospitales de referencia (reconstrucción mamaria diferida y oncología radioterápica).

Implantación de la aplicación informática "Registro de Tumores Hospitalarios" en todos los hospitales generales de la red.

Creación de unidades de mama, estructurales o funcionales, en los 8 sectores sanitarios.

Establecimiento de tiempos de garantía de respuesta para el diagnóstico definitivo de estos tumores (mamografía y colonoscopia) y su tratamiento.

Garantía de realización de ganglio centinela, reconstrucción mamaria y prevención del linfedema en el cáncer de mama.

Garantía de atención psicológica a pacientes y familiares
Ordenación del tratamiento radioterápico de estos tumores mediante acuerdos con regiones limítrofes.

Líneas generales de desarrollo de la Estrategia en Cuidados Paliativos

Con el fin de asegurar la mejor atención sanitaria y de cuidados al paciente con una enfermedad avanzada o terminal y a su familia, basada en el control de síntomas y el soporte emocional se enumeran las principales actuaciones que se vienen desarrollando desde finales de 2008:

Extensión de los equipos de soporte de atención domiciliaria (ESAD), formados por médico, enfermero y auxiliar administrativo, a los 8 sectores sanitarios.

Creación de unidades estructurales de cuidados paliativos/equipos de soporte intrahospitalario de cuidados paliativos (unidades funcionales) en los hospitales de la red, generales y de convalecencia: queda pendiente la creación de estas unidades en el Hospital Universitario Miguel Servet y en el Clínico Universitario ambos de Zaragoza.

Garantía de atención psicológica a pacientes tributarios de cuidados paliativos y sus familiares. Creación de la figura del Psicooncólogo de Sector.

Creación de una unidad de referencia en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza para la atención a niños oncológicos.

Líneas generales de desarrollo de la Estrategia en Ictus

Esta estrategia ha sido elaborada por un comité de expertos autonómico. Durante 2010 está siendo presentada a los 8 sectores sanitarios que deben desarrollar un plan operativo de desarrollo a poner en marcha en la segunda mitad de este año. Este plan contempla en la atención a los pacientes con enfermedad cerebrovascular aguda las siguientes actuaciones:

- sistema de alerta que se activa con el fin de proporcionar tratamiento trombolítico a pacientes susceptibles.
- Creación de unidades de ictus en nuestros dos hospitales de referencia (Miguel Servet y Clínico). Creación en el resto de hospitales generales de equipos de ictus multidisciplinares (unidades funcionales) que garanticen la correcta atención a estos pacientes.
- Implantación de la telemedicina para garantizar la atención urgente de calidad a estos pacientes (teleictus). La transmisión de la imagen radiológica y la exploración del paciente en tiempo real permitirá a los facultativos en origen tomar la decisión terapéutica correcta en colaboración con los facultativos del hospital receptor (hospital de referencia).
- Desarrollo de un plan de rehabilitación específico tanto en la fase aguda de la enfermedad (primeras 72 horas) como en la fase subaguda.

Líneas generales de desarrollo de la Estrategia de Atención al Parto Normal

Los servicios sanitarios con medios cada vez más sofisticados, han logrado garantizar una adecuada asistencia al parto, en particular a los casos de riesgo que presentan o pueden presentar complicaciones. Pero también la atención al parto normal se ha visto afectada por una medicalización creciente de lo que en el fondo no es más que un proceso fisiológico.

Las actuaciones fundamentales que se vienen desarrollando en esta estrategia desde el año 2008 son las siguientes:

- Extensión a los hospitales con maternidad de las prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento sobre rasurado del periné, aplicación de enemas, acompañamiento durante el proceso, actuación en la

dilatación, manejo del dolor, posición materna en el expulsivo, episiotomía y contacto madre-recién nacido. Uno de los resultados finales observados a finales de 2009 ha sido la reducción de la tasa de cesáreas en aquellos hospitales que presentaban cifras más alejadas de las recomendadas internacionalmente.

- Promoción de la lactancia materna mediante un plan de formación a profesionales de todos los niveles asistenciales en colaboración con asociaciones de mujeres.
- Adecuación de maternidades para favorecer el desarrollo de esta estrategia: adecuación de estructuras en varios de nuestros hospitales, adquisición de camas de parto que permiten la elección de la postura de parto por la gestante. Por último se han adquirido monitores de telemetría para el control de la dilatación permitiendo la deambulación de la gestante.
- Se han dado los primeros pasos para la creación de un banco de leche en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.
- Formación en cuidados neonatales a más de 70 profesionales.

Líneas generales de desarrollo de la Estrategia en Cardiopatía Isquémica

Esta estrategia fue presentada en el año 2007. En este momento está comenzando a elaborar sus recomendaciones el grupo de expertos autonómico y se prevé tener finalizados los trabajos en el primer semestre de 2010.

En todo caso, las líneas estratégicas y actuaciones que se han venido poniendo en práctica desde 2007 y que se verán seguramente complementadas a corto plazo son las siguientes:

- Línea de protección y promoción de la salud: control y tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular dentro de la cartera de servicios de Atención Primaria.
- Atención a la fase aguda: continuación del desarrollo e implantación del Programa TRIAMAR (Tratamiento Revascularizador del Infarto Agudo de Miocardio en Aragón) en toda la red sanitaria.
- Dotación de desfibriladores automáticos en toda la red de Atención Primaria.
- Ordenación de las salas de hemodinámica en los hospitales generales de nuestra red..
- Ordenación del proceso de revascularización miocárdica y trasplante cardiaco.
- Desarrollo del programa de rehabilitación para enfermos con cardiopatía isquémica crónica.

Líneas generales de desarrollo del Programa de Atención a Enfermos Crónicos-Dependientes.

En el año 2005 se puso en marcha este Programa que tiene como objetivo prestar una atención personalizada a pacientes con enfermedades crónicas que generan algún grado de dependencia, facilitando la atención en el recurso más adecuado (domicilio, centro de salud, hospital general y hospital de convalecencia) y garantizando la continuidad asistencial entre los distintos niveles de atención sanitaria.

Las actuaciones que se han venido desarrollando en la ejecución de este programa son las siguientes:

- Aumento del número de camas en hospitales de convalecencia
- Puesta en marcha de los equipos de soporte de atención domiciliaria en los 8 sectores

- Desarrollo de una cartera de servicios específica para equipos de atención primaria, hospitales generales y hospitales de convalecencia.
- Extensión de las salas de fisioterapia en Atención Primaria.
- Propuesta de incorporación a la cartera de servicios de la prescripción desde Atención Primaria de camas articuladas, grúas de movilización, sillas de ruedas fijas y plegables y andadores.

Líneas generales de desarrollo de la Estrategia en EPOC .

Se ha constituido el grupo de expertos autonómico que la va a desarrollar en Aragón siguiendo la habitual metodología de gestión por procesos y las líneas generales de desarrollo serán las siguientes:

- Prevención primaria de la enfermedad: actuaciones para disminuir la prevalencia e incidencia del consumo de tabaco.
- Prevención secundaria de la enfermedad: detección precoz de la enfermedad (cribado poblacional mediante espirometría a personas fumadoras de más de 40 años).
- Atención al paciente crónico sin exacerbación: plan de cuidados integral desde el diagnóstico. Rehabilitación respiratoria.
- Atención al paciente con exacerbación: unidades hospitalarias con medios suficientes (incluyendo la ventilación mecánica no invasiva) y coordinación entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria.
- Implantación de programas de alta precoz y hospitalización a domicilio.

Líneas generales de desarrollo de la Estrategia en Enfermedades Raras.

Esta estrategia se presentó igualmente a finales de 2009. En este momento se están definiendo las líneas de desarrollo de la misma que pasarán por dar respuesta a la definición y priorización de áreas de actuación, la elaboración del mapa de recursos de la Comunidad Autónoma recogiendo las unidades, servicios y centros de referencia ya existentes en Aragón que deberían trabajar en red con centros del resto del país y de la Unión Europea.

3.5.2. SEGURIDAD DEL PACIENTE

La Organización Mundial de la Salud, a través de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, la Unión Europea y diferentes gobiernos nacionales y agencias relacionadas con la salud comenzaron a desarrollar actuaciones encaminadas a mejorar la Seguridad del paciente (SP) y reducir la probabilidad de aparición de eventos adversos relacionados con la atención sanitaria recibida.

En España, dichas actuaciones se han promovido y coordinado a través del Ministerio de Sanidad y Política Social a través de la Estrategia 8 del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud (*Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del sistema nacional de salud*).

En Aragón, desde el año 2006, se han llevado a cabo múltiples actividades agrupadas, por un lado en tres líneas de actuación continua para todo el sistema público y por otro, mediante el desarrollo de 50 proyectos diferentes de diverso alcance y ámbito asistencial. Todo ello ha sido posible gracias a la participación de más de 200 profesionales de todos los ámbitos y geografía aragonesa.

La Unidad Funcional de Seguridad de Pacientes (UFSP) del SALUD, se encuentra adscrita al Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del Sector Zaragoza III.

Las funciones que se llevan a cabo son:

- Asesorar a la Dirección del SALUD en lo referente a la gestión de la SP.
- Proporcionar soporte técnico a las Unidades de Calidad de SALUD, para el desarrollo de las acciones que éstas lleven a cabo para la mejora de la SP.
- Proponer a la Dirección del SALUD el diseño y puesta en marcha de programas y proyectos para mejorar la SP en su ámbito de gestión, incluyendo, entre otros, los aspectos de:
 - Formación y transferencia del conocimiento, Investigación, Benchmarking, Participación y sensibilización de pacientes y profesionales, Nuevas líneas de actuación para la identificación, análisis, minimización y prevención de riesgos, Llevar a cabo las actuaciones sobre Seguridad de los Pacientes que le sean encomendadas por la Dirección del SALUD.

Las actuaciones desarrolladas, se han agrupado en las siguientes áreas:

- *Innovación y desarrollo de iniciativas*

Mejora de la higiene de manos en profesionales sanitarios.

Sistemas de identificación inequívoca de pacientes

1. Prevención de las bacteriemias relacionadas con catéter. Proyecto "Bacteriemia Zero"
2. Desarrollo de iniciativas de Seguridad Clínica en los centros sanitarios del SALUD
3. Proyectos de seguridad del paciente desarrollados a partir de los Fondos de Cohesión, Convenios y Subvenciones del MSPS-Gobierno de Aragón durante el período 2006-2009
4. Implantación en las Centrales de Esterilización del Servicio Aragonés de Salud de Sistemas de Garantía de la Calidad Basados en la Norma ISO 9001

- *Pacientes por la Seguridad de los Pacientes*

Jornadas Aragonesas de Pacientes por la Seguridad de los pacientes, en los años 2007 y 2008 y 2010.

- *Formación y Gestión del conocimiento*

1. Formación de profesionales y técnicos

El programa de formación se ha clasificado según el nivel de especialización de la materia, en maestría, *Seguridad del Paciente y Calidad Asistencial* cursos de expertos en gestión de riesgo, y cursos básicos (*La mejora de la seguridad clínica del paciente en el ámbito asistencial, Instrumentos para la prevención de los efectos adversos: Análisis Modal de fallos y efectos y análisis de Causa Raíz, Taller de Seguridad del Paciente en Atención Primaria, servicios quirúrgicos, unidades de cuidados intensivos...*).

2. Gestión del conocimiento en Seguridad Clínica y Calidad Asistencial

Las nuevas tecnologías de la información y de gestión del conocimiento permiten un uso compartido de la información y un aprovechamiento de experiencias.

Se está desarrollando en el marco del portal del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, coordinado conjuntamente con el Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del H.C.U Lozano Blesa y las Unidades de Calidad del mismo hospital y del H.U Miguel Servet, una sección específica dirigida a facilitar la gestión del conocimiento sobre cuestiones de calidad y seguridad clínica.

- *Cultura de la Seguridad*

Se han realizado encuestas de conocimientos y actitudes sobre seguridad de los profesionales del Servicio Aragonés de Salud.

– *Investigación*

Estudio Nacional de Efectos Adversos relacionados con la Asistencia Sanitaria (Estudio ENEAS)

La incidencia de efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria en los Hospitales Españoles es de 9,3%, y la incidencia de EAs relacionados con la asistencia hospitalaria de 8,4%. Casi la mitad (42,8%) de los EAs relacionados con la asistencia podrían ser evitables.

1. Estudio Autonómico de Incidencia de Efectos Adversos relacionados con la Asistencia Sanitaria (Estudio ENEAS-Aragón)
2. Estudio de Prevalencia de Efectos Adversos relacionados con la asistencia sanitaria (Estudio EPIDEA-HCU Lozano Blesa)
3. Estudio sobre Seguridad de los Pacientes en Atención Primaria de Salud (Estudio APEAS)

La práctica sanitaria en Atención Primaria es razonablemente segura: la frecuencia de EA es baja y, además, predominan los de carácter leve.

– *Diversas publicaciones de ámbito nacional e internacional.*

3.6. DESARROLLO PROFESIONAL E INNOVACIÓN

3.6.1. INSTITUTO ARAGONÉS DE CIENCIAS DE LA SALUD

El Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (I+CS) es una organización descentralizada y abierta, orientada a resultados, flexible, eficiente y sostenible. Su base es la red de hospitales, centros, grupos y profesionales del sistema sanitario público aragonés. Y, todo ello, dentro de una cultura que fomenta el respeto a la iniciativa personal, la autonomía y la participación; la calidad y el rigor metodológico; la ética, la transparencia y la imparcialidad; la innovación y el aprendizaje; la legalidad y la responsabilidad en la gestión.

El objetivo del I+CS consiste en aportar conocimientos útiles para el sistema de salud en beneficio de la sociedad, para lo que actúa en los siguientes campos: *Ciencias Básicas en Biomedicina, Clínica, Salud Pública y Servicios Sanitarios.*

Este objetivo se concreta en las siguientes acciones:

- la formación de los recursos humanos
- el fomento de la investigación
- la asesoría y cooperación
- el aumento del conocimiento sobre la salud de la población y sus determinantes en la Comunidad Autónoma de Aragón.

Las funciones son:

- Identificar los conocimientos necesarios para la toma de decisiones en los servicios de Salud e identificar las áreas de mejora e innovación.
- Aumentar el conocimiento existente en los servicios de Salud, facilitando la incorporación de conocimiento externo y la producción de nuevo conocimiento en los propios servicios.
- Hacer disponible el conocimiento, asegurando su preservación y los mecanismos para compartirlo.
- Facilitar la aplicación en la toma de decisiones diarias de los profesionales sanitarios.

Líneas de trabajo

Área de Producción

El I+CS tiene definidas y establecidas las líneas de investigación existentes en Aragón en las siguientes áreas de la Biomedicina y de las Ciencias de la Salud: básica, clínica y salud pública.

Las líneas de trabajo que se desarrollan dentro de estas áreas son las siguientes:

- Desarrollo de Líneas Estratégicas de Investigación
- Apoyo al proceso de investigación
- Desarrollo de la Capacidad; Personal e Infraestructura
- Potenciación de la Relación con Empresas

Área de Transferencia

Las líneas de investigación que se desarrollan en este área son:

- Toma de Decisiones Basadas en la Evidencia
- Gestión de la información
- Gestión de las competencias

Área de Gestión

Brinda servicio a las áreas de Producción y Transferencia, constituyéndose como un área de carácter transversal.

3.6.2. GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

En Aragón, en materia de Seguridad del Paciente, se participa en las líneas de actuación que propone la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Política de Social y que apoya mediante sus Fondos de Cohesión. Se están realizando también múltiples proyectos tanto en los Hospitales como en los Centros de Salud de Aragón, dirigidos a disminuir los riesgos que pueden sufrir los usuarios de nuestros servicios debido a la atención que les ofrecemos. Además, durante 2009 se inició un proyecto "institucional" con el objetivo de crear en cada sector un **Grupo Impulsor para la Mejora de la Seguridad de los Pacientes**.

Las **Centrales de Esterilización** de todos los Hospitales de SALUD han cumplido un primer ciclo de tres años en el proceso de implantación de su *Sistema de Calidad según la norma ISO 9001*. Todas las centrales han pasado satisfactoriamente, durante cuatro años, auditorías externas habiéndose renovado este año la certificación.

Quince **laboratorios** de siete Hospitales y un Centro de Especialidades de SALUD han desarrollado un proyecto de implantación de un *Sistema de Calidad según la Norma ISO 15189* para acreditar la calidad y competencia técnica en la realización de un elevado número de pruebas. Los que pertenecen a los Hospitales Miguel Servet, Nuestra Señora de Gracia y Clínico de Zaragoza Hospitales de Alcañiz, Calatayud, Huesca, Royo Villanova y del Centro de Especialidades Grande Covián ya han pasado la auditoría externa de ENAC con unos resultados excelentes. En este momento, mientras finaliza la primera fase del proyecto, estamos comenzando ya la segunda, en la que nuevos laboratorios de Barbastro y Teruel, ahora ya de todos los Hospitales, se van a sumar al proyecto mientras que los actuales van a incrementar el alcance de las pruebas acreditadas.

Tanto el proyecto de las Centrales de Esterilización como el de los Laboratorios Clínicos, son *pioneros* en España por su carácter "institucional" ya que abarcan al conjunto de los Hospitales de nuestra Comunidad Autónoma.

Nueve **Equipos de Atención Primaria** están también realizando un proyecto para implantar un *Sistema de Calidad basado en la Norma ISO 9001*. Aunque este proyecto ha sufrido un importante retraso en su desarrollo, en este mes de mayo de 2010 van a realizarse las auditorías externas para poder obtener la certificación de su sistema.

La implantación de estos sistemas de calidad en los procesos indicados está originando expectativas y demandas en nuevos ámbitos como Farmacia, Medicina Nuclear, Oncología Radioterápica, Hemodinámica, Neurofisiología, Atención al Ictus, etc.

Desde 2001, en SALUD se emplea el **Modelo Europeo de Excelencia (EFQM)** para realizar una evaluación de nuestra organización y facilitar su mejora. Regularmente, introducimos variaciones en el método de autoevaluación EFQM; en 2009, entre otros aspectos, vamos a complementar la autoevaluación realizada en cada Sector, con la revisión por parte de evaluadores externos a SALUD. En este sentido, en el año 2009, una organización de SALUD, la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 realizó una revisión externa en la que se clasificó finalista al premio a la excelencia empresarial de Aragón de Aragón del Instituto Aragonés de Fomento, siendo en la actualidad por la puntuación obtenida miembro del club 400.

En la Convocatoria de 2010 del *Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en SALUD*, se han seleccionado más de 540 proyectos de mejora de la

calidad de entre los presentados por equipos de profesionales de SALUD. Desde su aparición en el año 2000, el Programa ha incluido ya a más de 1600 proyectos.

Además, los profesionales implicados en los Sistemas de Gestión de la Calidad colaboran en la organización de Jornadas y eventos, como en octubre de 2008 que se celebró en Zaragoza el XXVI Congreso Sociedad Española Calidad Asistencial, al que por primera vez en su historia, asistieron más de mil personas y en el que un proyecto realizado en el Hospital Clínico de Zaragoza, obtuvo el premio a la mejor comunicación presentada al congreso.

Finalmente, todo lo anteriormente expuesto se comunica y se difunde anualmente en el foro de las *Jornadas de Trabajo de Calidad en Salud*, donde se realiza un intercambio de experiencias y benchmarking entre los diferentes sectores asistenciales. En las últimas convocatorias el número de asistentes asciende a más de 500 asistentes, profesionales del Servicio Aragonés de SALUD.

PROPUESTAS

- 1. Metodológicas.**
- 2. Sobre los determinantes**
- 3. Sobre el estado de salud de los aragoneses**
- 4. Sobre las actuaciones del departamento**

Como se plantea en los objetivos, no tiene sentido el proceso de elaborar un informe de estas características si no es para extraer conclusiones, analizarlas y elaborar propuestas coherentes con lo reflejado en el mismo. El estado de salud de una población normalmente no se modifica de manera brusca, salvo que alguna circunstancia extraordinaria (nos referimos a conflictos bélicos, catástrofes naturales, situaciones sociales o económicas críticas, etc.) se haga presente. Es más bien el resultado de una interacción mantenida en el tiempo con un entorno social y ambiental determinante. Por ello, aunque deberían abordarse las propuestas con inmediatez, tienen en su mayoría plazos de implantación medios y largos, y sus efectos aún requieren más tiempo.

1. Metodológicas

- 1.1. En el proceso de elaboración del documento se han puesto de manifiesto grandes dificultades para recoger algunas variables. Los sistemas de información del sistema de salud están orientados a captar datos de actividad del propio sistema y menos la relación con sus determinantes. Por ello es necesario orientar los sistemas de información a esta necesidad para que en próximos informes se puedan incluir variables como nivel socio-económico, país de origen, exposiciones ambientales, y otras que permitan valorar mejor la situación de salud y la distribución de los determinantes.
- 1.2. Aunque empieza a haber sólidos referentes en informes de este tipo, tanto en España, como en otros países o regiones del mundo, es necesario establecer un núcleo de indicadores que permitan aportar una foto de la realidad y su seguimiento en el tiempo. La definición de estos indicadores nos debe permitir también la comparación con otros territorios y sociedades, así como la identificación de las diferencias y gradientes en salud y los grupos de población más vulnerables.
- 1.3. Empiezan a ser numerosos los informes sectoriales que con una u otra periodicidad se publican. Muchos comparten la misma información aunque el análisis de cada uno sirva a objetivos diferentes. Es necesario profundizar en mecanismos de intercambio que facilitan el acceso de datos entre las administraciones e instituciones responsables de la elaboración de los respectivos documentos. En este intercambio sería importante compartir la referencias geográficas e incorporar herramientas como los sistemas de información georreferenciados (GIS)
- 1.4. Con las limitaciones planteadas el informe resulta útil a los objetivos propuestos. Hay que avanzar de manera clara en identificar la salud con aquellos ítems que la perfilan en las poblaciones y no tanto con indicadores asistenciales. Esta idea queda suficientemente reflejada en el informe pero debe hacerse accesible para los entornos político, profesional y social, en general. Para ello debe ser adecuadamente difundido por medio de canales y formatos adaptados a las personas a las que se dirige.
- 1.5. Aunque el informe obtenido es extenso, la capacidad de incluir análisis detallados es limitada. Esta idea que puede interpretarse como una restricción también es una oportunidad para que esa explotación se realice en otros niveles de la organización. Este documento debería ser referencia

para posteriores análisis del estado de salud y sus determinantes, en otros niveles (sector sanitario, local).

- 1.6. Los informes como éste ponen de manifiesto la necesidad de dedicar más recursos a los análisis del estado de salud y sus determinantes.

2. Sobre los determinantes

- 2.1. Aunque el análisis de los determinantes tiene limitaciones metodológicas y, por tanto interpretativas, este apartado del informe apunta la necesidad de insistir en su análisis y de establecer comparaciones intra y extracomunidad. La distribución de estos determinantes es diferente según el ámbito geográfico, por lo que se debe promover la recogida en los sistemas de información del sistema de salud y su análisis en los diferentes niveles institucionales y sociales.
- 2.2. La esperanza de vida mantiene un constante incremento aunque éste vaya desacelerándose. Las futuras ganancias en salud deberán basarse en la mejora de los determinantes, más que en la respuesta a la enfermedad. Los indicadores generales tienen más opciones de avanzar apoyándonos en la identificación de los grupos más vulnerables y mejorando sus entornos.
- 2.3. La estructura demográfica y los movimientos naturales de la población con la incorporación de población extranjera está condicionando los resultados en salud. Mejorar las políticas de integración supone incrementar los niveles de salud de la población.
- 2.4. Existen diferencias en hábitos relacionados con la salud según sexo, niveles de ingresos o ámbito geográfico de estudio. Hay que compaginar estrategias universales con aquellas dirigidas a diferentes colectivos. Por ejemplo, se constata la realidad de una mayor esperanza de vida en las mujeres aunque con una peor percepción de su estado de salud en edades más avanzadas. Esto podría sugerir la idea de trabajar de manera específica algunos hábitos no deseados en varones, que condicionan su mortalidad y los determinantes sociales y asistenciales en mujeres.
- 2.5. El incremento de frecuentación en los servicios sanitarios o el de consumo de fármacos parece contribuir poco a la salud de la población, aunque sí puede contribuir a la percepción positiva del sistema. Por tanto se debe trabajar en la idea de mejorar la accesibilidad para lo necesario y ajustarla para el resto de la demanda.
- 2.6. Hay que reducir la variabilidad en las intervenciones tanto en la asistencia sanitaria (variabilidad en la práctica clínica) como en los programas preventivos. Para ello se deben establecer acciones específicas que contribuyan a este objetivo. Aunque insuficientemente recogida en este estudio, la iatrogenia en las intervenciones del sistema de salud cada vez se hace más presente como determinante de salud.

3. Sobre el estado de salud de los aragoneses

- 3.1. Nuestra comunidad presenta un estado de salud bueno en general y comparable al de otros territorios con un nivel de desarrollo alto. La mortalidad es baja aunque aumentan en algunos procesos los años potenciales de vida perdidos. Es el caso de los tumores (sobre todo), las causas externas en hombres y las enfermedades cardiovasculares. Los programas integrales frente a estos procesos deben reorientarse desde las actuaciones fundamentalmente asistenciales hacia la promoción de salud y la prevención de la enfermedad, priorizando los colectivos más vulnerables.
- 3.2. Si en el caso de los determinantes medir las diferencias es complicado, en el estado de salud los gradientes tampoco se han puesto de manifiesto, por lo que es necesario seguir profundizando para mejorar esta limitación. Hay

- que investigar las diferencias geográficas detectadas que pueden estar mediadas por determinantes sociales no medidos.
- 3.3. Se incrementan, por las características demográficas y por el perfil de morbilidad, los procesos discapacitantes y limitativos de la autonomía. Será necesario mejorar las intervenciones dirigidas a ganar años a la vida.
 - 3.4. Los procesos ligados a la adaptación al entorno reflejados como problemas de salud mental ponen en evidencia una realidad diferente y coincidente con el perfil de país desarrollado. Desde el sistema de salud hay que dirigir esfuerzos a abordar esta cuestión, tanto desde los dispositivos asistenciales como preventivos. Es importante no medicalizar procesos que deben enfocarse más como problemas sociales o relacionales.
 - 3.5. El nivel de insatisfacción laboral no es fácilmente valorable, pero si destacan las diferencias entre medio rural y urbano. Este entorno no es trabajado desde el sistema de salud con un enfoque poblacional. Debe mejorarse primero el conocimiento del mismo, intentando incluirlo en la recogida de información asistencial,,y mejorar también el conocimiento en el medio laboral.

4. Sobre las actuaciones del departamento

- 4.1. Es necesario reorientar el peso de las intervenciones del sistema sanitario, mejorando los recursos preventivos frente a la enfermedad y de promoción de la salud.
- 4.2. La asignación de recursos del dispositivo asistencial debería incorporar para su valoración la medición del estado de salud de la población a la que se dirige así como los determinantes de la misma.
- 4.3. Se deben priorizar las políticas sobre los determinantes de salud. Para ello se debe trabajar en el concepto de "salud en todas la políticas" con la idea de que las iniciativas sociales y administrativas trascendentes identifiquen su impacto sobre la salud de la población.
- 4.4. Hay que intensificar la coordinación con otros departamentos y con las entidades locales.
- 4.5. Hay que mejorar los cauces de participación y de transparencia favoreciendo los procesos de decisión de los ciudadanos sobre su salud. Este proceso también debe incorporar la idea de la corresponsabilidad en el uso de los servicios. Es fundamental el refuerzo de los consejos de salud y de las redes sociales materiales y virtuales.
- 4.6. La medición del estado de salud y de sus determinantes debe mantenerse en el tiempo y hay que incorporarla como compromiso de gobierno. La rendición de cuentas del Departamento de Salud debe ligarse a los indicadores que la definen y cuya primera aproximación se plantea en este informe. Hay que realizar un esfuerzo de comunicación en este sentido y, por supuesto, preparar los sistemas de información a esta finalidad.

SINTESIS DE RESULTADOS

IR A INDICE

1 DETERMINANTES DE SALUD

1.1. DEMOGRAFIA

La población de Aragón a 1 de enero de 2009 es de 1.345.473 habitantes, el 2,9% de la población de España. La densidad de población presenta unos datos provinciales muy inferiores a la media nacional, sobre todo en Huesca y Teruel. Zaragoza capital supone el 50 % de la población total de Aragón.

El 91,5 % de los municipios, pertenecen a la Zona Rural, y esos suponen sólo el 17,2 % de la población. El 1,8% de los municipios pertenecen a la Zona Urbana, suponiendo el 68,3 % de la población.

La estructura de la pirámide presenta una forma característica de poblaciones envejecidas y regresivas con baja natalidad y un número elevado de personas ancianas. Entre las provincias, la población más envejecida es la de Teruel, con el 23,6% de la población mayor de 64 años.

Los sectores más envejecidos son **Calatayud, Teruel y Alcañiz**. El mayor índice de sobre-envejecimiento lo presentan Alcañiz y Barbastro. Los que tienen una estructura de población más joven son Zaragoza I y Zaragoza III.

La esperanza de vida al nacer en Aragón en el año 2007 es de 81,6 años para el conjunto de los sexos (78,2 años en varones y 85 en mujeres). La evolución de la esperanza de vida en los últimos años en Aragón muestra un permanente aumento, manteniéndose la diferencia hombre-mujer a lo largo del tiempo y siendo la esperanza de vida en Aragón superior a la media nacional.

La natalidad presenta desde el año 1998, tanto en España como en Aragón, un ligero ascenso mantenido. La evolución ha sido paralela en todo el período, permaneciendo las tasas brutas de natalidad siempre por debajo en Aragón.

Las tasas de fecundidad en Aragón están por debajo de la media nacional, aunque

con tendencia a confluir en los últimos años.

El **índice sintético de fecundidad o número medio de hijos por mujer**, tanto en Aragón como en España está por debajo de 2,1, valor mínimo para que se produzca un reemplazamiento generacional.

Las tasas de mortalidad ajustadas a la población europea, utilizadas para eliminar el efecto de las diferentes estructuras de población sobre las tasas brutas, están en permanente descenso, siendo las tasas de Aragón inferiores a la media nacional, y siendo la mayor tasa ajustada en Zaragoza.

El crecimiento vegetativo se ha mantenido negativo hasta el año 2008, en que los nacimientos han superado a las defunciones. Aunque por ahora, Huesca y Teruel permanecen con crecimiento vegetativo negativo.

La población extranjera en Aragón ha pasado en los últimos 12 años de tener un peso casi testimonial (0,6 % de la población en 1998) a suponer un porcentaje importante de la población total: 12,8 % en 2.009. El porcentaje de población extranjera en las edades superiores es muy pequeño.

En el año 2.007 se produjeron 2.808 nacimientos de madre extranjera, lo que supone el 22% del total de nacimientos.

1.2. ENTORNO

Entorno físico

El 74,3% de los aragoneses, refieren no ser afectados en Aragón por distintas características de su entorno, siendo este porcentaje superior al de España.

El dióxido de azufre y el monóxido de carbono no han superado a lo largo del 2007 los valores objetivos para la salud en ninguna zona. Sin embargo, sí lo han hecho el Ozono que superó en el 2006 los valores límites para la zona de Pirineos, valle del Ebro, Bajo Aragón y cordillera Ibérica y PM₁₀, en la zona del término municipal de Zaragoza y Utebo se ha superado el valor límite.

Se observa *una* ligera mejora en la calidad del agua de consumo humano, partiendo de porcentajes elevados de aptitud de la misma, siendo en el 2009, el 95,7% apta.

Entorno social y económico

El 50% de las familias aragonesas son de uno o dos miembros, siendo este porcentaje mayor que en España, destacando el mayor porcentaje de hogares unipersonales de 65 y más años en Aragón que en España.

La distribución de los recursos sociales no es similar para las tres provincias respecto a los centros comarcales de servicios sociales y a otros recursos, siendo la provincia de Teruel la que cuenta con mayor tasa de recursos por habitante.

En el año 2008 se cometieron en Aragón el 2.6% del total de delitos cometidos en España en el mismo periodo.

En Aragón, el 91.8% de los delitos fueron cometidos por hombres, proporción idéntica a la del territorio nacional (91.9%). Las edades más frecuentes para cometer el primer delito son entre los 21 y los 35 años de edad para ambos sexos

El 11.4% de los hogares aragoneses encuestados admitieron sufrir delincuencia, violencia o vandalismo en la zona. Este porcentaje fue inferior al del total de España (15.4%).

La tasa neta de escolaridad se mantiene elevada hasta los 16 años (enseñanza obligatoria). A partir de esta edad, el porcentaje disminuye a un 93.5% a los 16 años y al 80% a los 17 (tasa neta de escolaridad en los hombres, 74.7% y del 86.5% en las mujeres).

La distribución del nivel de estudios terminados en los hogares aragoneses es similar a la de España, excepto en la categoría de educación superior, con un 26.6% de los miembros del hogar en Aragón, frente al 24.3% de España.

En el II trimestre del 2010 Aragón es la quinta comunidad autónoma con menor tasa de paro en España (14,2%), y muy alejada de la media nacional (20,1%).

En España, el porcentaje de paro femenino supera al masculino (20,6% de paro en mujeres frente al 19,7% de hombres) de

forma similar a Aragón (13% de hombres frente al 15,8% de mujeres).

El porcentaje de extranjeros en alta laboral en Aragón sobre el total de extranjeros, es ligeramente inferior al porcentaje de España (37.96% frente al 42.07%). En Aragón, la provincia que presenta un mayor porcentaje es Teruel (43.50%) seguida de Huesca (39.32%) y Zaragoza (36.92%).

El 11.77% de las personas que trabajan en Aragón son extranjeros. Este porcentaje es ligeramente superior al del total de España (10.28%). De nuevo Teruel es la provincia en la que el porcentaje de trabajadores extranjeros respecto al total de trabajadores es mayor (13.76%), superando las tres provincias aragonesas la media española.

En el año 2007, las tres provincias aragonesas contaban con una renta disponible bruta per cápita por encima de la media española.

Los hogares aragoneses presentan de media unos ingresos ligeramente superiores a la media española.

El 18,8% de los individuos aragoneses se encuentran por debajo del umbral de pobreza de la comunidad autónoma, discretamente inferior a la media nacional (19,6%). Para la categoría de personas a partir de los 65 años, las tasas de pobreza fueron más elevadas. Las mujeres presentan una mayor tasa de pobreza que los hombres (21,7% y 16,3% respectivamente), por encima del nivel nacional.

El sector en el que los individuos manifiestan haber experimentado discriminación con mayor frecuencia es el sector de Huesca (7.3%), seguido del de Barbastro (6.5%) y Zaragoza II (6.2%).

En los nueve primeros meses del 2008 se dictaron 770 órdenes de protección en Aragón, lo que supuso el 2.4% de las órdenes de protección dictadas en toda España. El 47% correspondieron a mujeres extranjeras (360).

El 85,7% de las denuncias por malos tratos fueron realizadas por mujeres. En el 2009 no se produjo ninguna muerte por violencia doméstica.

1.3. ESTILOS DE VIDA

El 96,6% de los aragoneses desayunan a diario (algo líquido y pan, tostadas, galletas y bollería).

El 75% de los aragoneses consumen fruta a diario (Zaragoza I es el que tiene un mayor porcentaje de personas que consumen fruta menos de una vez a la semana).

En Aragón, el 63,71% de los encuestados consumen verduras y hortalizas a diario El sector de Zaragoza I es el que tiene un mayor porcentaje de personas con consumo de verduras y hortalizas menos de tres veces por semana (13,83%).

El 66,5% de los aragoneses realizan ejercicio físico en su tiempo libre. Sin embargo, cuando este dato se compara con la pregunta de si los individuos realizan todo el ejercicio físico que desearían en su tiempo libre, este porcentaje disminuye hasta el 47,9% en la media de Aragón.

El 12% de los niños aragoneses no realizan ningún tipo de ejercicio físico en su tiempo libre. Este porcentaje es especialmente elevado en el sector de Zaragoza I, donde se alcanza hasta el 19,5%.

El 85% de los adultos duermen entre seis y nueve horas al día, distribuyéndose por igual en el tramo de 6-7 horas y en el de 8-9 horas.

El 83% de los aragoneses afirman descansar suficientemente.

En Aragón, la media de horas de sueño en los niños hasta los 16 años es de 9,77 horas. Este dato se mantiene constante para los distintos sectores sanitarios, con la única excepción del sector de Zaragoza I, en el que los niños afirman dormir una media de 10,11 horas.

En Aragón, el 14,5% de los adultos presenta Obesidad y el 35,4% Sobrepeso. El sector de Calatayud presenta el mayor porcentaje de Obesidad de Aragón, por encima del 20% de la población. Los sectores de Teruel y Alcañiz son los que presentan un mayor porcentaje de Sobrepeso, superior al 37% de la población.

En España, el 15,5% de los adultos tienen obesidad y el 37,8% sobrepeso.

Los niños de Aragón presentan Sobrepeso u Obesidad en un 20,4%.

En España, el 27,6% de los menores presentan sobrepeso u obesidad.

Más del 90% de los niños aragoneses entre semana y fines de semana ven la televisión diariamente una media de 2 horas y más.

Aragón supera a España en la mayoría de Tecnologías Información y Comunicación evaluadas, con las excepciones de la existencia de televisión (99,5% en Aragón frente al 99,7% de España) teléfono móvil (90% y 92,1%), existencia de MP3 (43,5% y 45,9%) y de otros tipos de ordenador (2,8% y 3,9%).

Casi el 90% de los mayores de 16 años habían usado internet en el último mes, observándose un reemplazamiento de la realización de actividades tradicionales para hacerlas por medio de Internet (lectura de prensa, contactar con servicios públicos...).

En cuanto a hábitos culturales, excepto la asistencia al cine, Aragón presenta mejores indicadores que la media nacional. Aún así llama la atención que más del 40% de los mayores de 16 años no han leído nunca un libro no relacionado con su profesión o no lo han leído en el último año. En España, este porcentaje asciende al 47,5%

En Aragón, el gasto medio anual por persona para ocio, espectáculos y cultura fue superior al de España, siendo más del 10% de éste el destinado para juegos de azar.

Los sectores que presentan un mayor stress laboral, son los urbanos Zaragoza I, II y III.

La razón Satisfacción Laboral/stress laboral es mayor en Alcañiz, Barbastro, Calatayud y Teruel.

El 65% de los adultos aragoneses se cepillan los dientes 2 veces o más al día, porcentaje similar al nacional, siendo el valor más inferior en sector Alcañiz y el superior en Zaragoza II.

Los niños aragoneses se cepillan los dientes en un porcentaje discretamente superior al nacional, siendo el valor más inferior en el sector de Barbastro y el superior Zaragoza III

El 26,3% de la población aragonesa declara fumar a diario. El sector sanitario con una mayor frecuencia de fumadores es Zaragoza III (31.3%) seguido de Alcañiz (30.3%).

En Aragón, la edad media de inicio de consumo de tabaco en los fumadores habituales es de 16,67 años. En Zaragoza I el inicio del consumo de tabaco se produce de media dos años antes (15,8 años).

El 58,8% de la población aragonesa ha consumido alcohol en las dos últimas semanas. Se observan diferencias notables de más de un 10% entre el sector de mayor frecuencia de consumo (Zaragoza I, con un 63,2%)

El 94,05% de los españoles entre 18 y 49 años han tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida. En Aragón el 92,05% declararon haber tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida.

El 56,59% de la población española encuestada utilizó preservativo en su primera relación sexual. En Aragón el 57,83%.

Son más llamativas las diferencias en la utilización de preservativo en la última relación sexual. En este caso, un 46.15% de los españoles declararon haberlo utilizado, frente al 51.83% de la población aragonesa.

El % de uso de prostitución femenina en Aragón es superior al valor nacional, entre hombres de 18 a 49 años, tanto alguna vez en la vida como en el último año.

El grupo de 16-17 años de edad es el que tiene una mayor tasa de administración de píldora postcoital por 1000 habitantes. El sector sanitario de Huesca es el que tiene una tasa más elevada para todos los grupos de edad

La TAMEF y la razón de abortividad presenta una tendencia creciente desde 1987, aunque en 2009 ha disminuído ligeramente.

1.4.SERVICIOS SANITARIOS

Atención primaria

Frecuentación declarada

Casi el 40% de la población mayor de 16 años ha visitado un médico en el último mes, la mayoría por un médico de atención primaria, siendo este valor superior en el sector de Huesca. Este porcentaje es inferior en los niños.

El número medio de consultas al médico de familia en los adultos en el último mes es de 1,25, algo superior a la media nacional.

Frecuentación registrada

Atención Ordinaria

En los centros de salud de la comunidad autónoma de Aragón se atienden anualmente unos siete millones de consultas de medicina de familia, cerca de cuatro millones de consultas de enfermería y alrededor de novecientos cincuenta mil consultas de pediatría. En el 2009 se ha presentado un discreto descenso de las mismas en todos los sectores, tanto en medicina de familia, pediatría y enfermería, excepto en Teruel y Zaragoza III que han aumentado.

Esto supone una frecuentación por habitante de aproximadamente 6 visitas al año para la consulta de medicina de familia o de pediatría, y de unas tres visitas al año para la consulta de enfermería. La frecuentación es superior en el medio rural, alcanzando las 8 visitas al médico por habitante y año en sectores como Teruel o más de 7 en Calatayud en el 2009.

Sin embargo, no todos los aragoneses contactan con su centro de salud, se estima que un 27% de la población adulta y un 4% de los niños con derecho a la asistencia en nuestra comunidad, no utilizaron los servicios médicos de su centro de salud en todo el año 2009.

La modernización del sistema de información de atención primaria, con la implantación de la historia clínica electrónica en todo el territorio aragonés, ha supuesto cambios en la manera de obtener los datos sobre la actividad que se realiza en las consultas de atención primaria.

Urgencias

El número de visitas urgentes solicitadas a los profesionales de atención primaria en el periodo 2008 – 2009, ya sean atendidas en

el centro de salud o en el domicilio del paciente, oscila entre un máximo de 1, 5 visitas por habitante y año y un mínimo de 0,47 visitas por habitante y año. La utilización de este servicio se produce sobre todo en zonas rurales, (Teruel, Calatayud, Alcañiz y Barbastro), siendo menor en las zonas urbanas.

Atención Especializada

Frecuentación declarada

El número medio de consultas al especialista en adultos, 0,62, también es algo superior al nacional, siendo Zaragoza II el mayor, con 0,8.

Frecuentación registrada

En Aragón en 2009 se han realizado 2.308.470 consultas externas, de éstas 33,33% son primeras consultas. La relación de consultas sucesivas y primeras es 2. Respecto al 2008 han aumentado las consultas externas primeras un 4,8 %, han disminuido las sucesivas por tanto ha mejorado la relación de consultas sucesivas/primeras.

Del total de consultas externas, algo más de la mitad son consultas Quirúrgicas y han aumentado un 3% en el último año.

La frecuentación registrada en el 2009 fue de 1.722,26 consultas por 1000 hab, y existe mucha variabilidad entre sectores, desde 1.483,28 Barbastro a 1.980,72 en Zaragoza II. La frecuentación se ve influenciada por la diferente oferta de consultas de especialidades entre sectores, habiendo especialidades de referencia.

Hospitalización declarada

Casi el 10% de los adultos han sido ingresados en el último año, de forma similar a nivel nacional. Este % es superior en Calatayud y Huesca.

Hospitalización registrada

La frecuentación hospitalaria en el 2009 ha sido de 97,88 altas por 1000 habitantes (61,26 por 1000 habitantes en Barbastro a 126,68 por 1000 habitantes en Huesca en 2009.), similar al 2008.

El mayor porcentaje de altas de Aragón son del sector Zaragoza II. En 2009 respecto al 2008 se observa menos altas del sector Barbastro, Zaragoza I y aumento en Zaragoza II y Zaragoza III.

En el año 2009 se registran 992.752 estancias, cifra algo inferior al 2008. En

2008 la estancia media hospitalaria, fue de 7,66, y en 2009 de 7,57 .

La tasa de cesáreas ha disminuído discretamente en el 2009, 19,0% (19,5% en el 2008), existiendo gran variabilidad entre sectores (15,3% Alcañiz, 25,6% Teruel).

En el 2009 han aumentado las intervenciones de forma ambulatoria, existiendo también mucha variabilidad entre sectores (26,1% Zaragoza II, 64,2% Calatayud).

En los hospitales hay diferencias en la utilización de las pruebas diagnósticas (TAC, RNM, colonoscopias...) y su uso está en aumento.

Urgencias declaradas

El % de población que ha utilizado el servicio de urgencias en el último año es inferior al nacional tanto en adultos como en niños. Siendo así en todos los sectores excepto Zaragoza I y Barbastro que presentan un % de utilización mayor que el nacional en los niños.

Urgencias registradas

El número de urgencias hospitalarias ha aumentado en el último año. La frecuentación ha sido mayor en el 2009 que en el 2008, en todos los sectores excepto en Zaragoza II.

La proporción de urgencias atendidas en las que se produce ingreso en el hospital por sectores en el año 2009 es menor respecto al año 2008.

El 061 es un sistema de atención sanitaria importante en Aragón. Las ambulancias del 061 realizan una media de casi 7000 servicios mensuales y los tratamientos fibrinolíticos han aumentado en el último año.

Atención a pacientes crónicos

Existe un Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria por sector, que presta atención a más de 1.600 pacientes en Aragón, suponiendo un importante dispositivo de apoyo.

Los hospitales de convalecencia de Aragón produjeron más de 4.000 altas en 2009. Esto supone un 10% de incremento global en el número de altas respecto al año anterior.

Accesibilidad del ciudadano al sistema Programa Salud Informa

Desde el 2008 se pone en funcionamiento Salud Informa, con uno de sus principales objetivos, facilitar la información necesaria para una adecuada y ágil utilización del sistema sanitario.

Desde el inicio del servicio Saludinforma ha concertado más de 500.000 citas de las cuales, más del 30 % de las mismas se han realizado a través de Internet.

Desde su apertura, el portal ha recibido más de un millón de visitas, con una media de 13.000/semana.

Prácticas preventivas

Las coberturas del calendario vacunal infantil en las primeras dosis son superiores al 90% en las 3 provincias, aunque Teruel tiene las menores coberturas tanto en la primera como en las siguientes dosis de todas las vacunas.

La tasa de cobertura del programa de cribado de cáncer de mama ha aumentado en los últimos años, situándose en un poco más del 70% de las mujeres de 50-66 años. En 2007, la tasa de participación en Aragón era inferior a la nacional.

Atención Sanitaria bucodental

Desde el año 2005, el Departamento de Salud y Consumo reguló la prestación de la atención sanitaria bucodental de la población infantil y juvenil de la Comunidad Autónoma de Aragón y se inició con los niños que cumplían seis años. En el año 2009, la cobertura global era únicamente del 55%.

Consumo de fármacos

En Aragón, el 65% de los adultos consumieron fármacos en las 2 semanas anteriores, cifra un poco inferior a la nacional. El 11% se automedicaron, cifra tb algo inferior a la nacional.

Por grupo terapéutico, los fármacos más consumidos fueron en el 2009, omeprazol, estatinas y ansiolíticos.

Percepción del usuario

El SALUD realiza encuestas de satisfacción que recogen la percepción de los usuarios de la atención sanitaria en los diferentes ámbitos: atención primaria, hospitalización, servicios de urgencias, atención sociosanitaria, urgencias 061, centros de especialidades y unidades de salud mental.

En general la percepción que los ciudadanos tienen del interés, la preparación, la amabilidad y la confianza que transmite el personal es muy alta, por

encima del 90%. La satisfacción disminuye en los apartados de tiempo de espera y tiempo de demora para ser atendidos, estando en general, por encima del 60%.

2. ESTADO DE SALUD

2.1.MORTALIDAD

Las tasas ajustadas de mortalidad han mantenido una tendencia descendente desde 1975, la misma tendencia que mantienen los datos nacionales, por debajo de la media nacional en todo el periodo. La razón varón/mujer de tasas ajustadas es de 1,8, existiendo una sobremortalidad masculina en todos los grupos de edad.

Del total de las muertes, en ambos sexos y en mujeres son las **enfermedades del sistema circulatorio** la causa más frecuente. Desde el año 2000 en los varones, son los **tumores** la primera causa de muerte.

Las principales causas de APVP son los tumores, circulatorio y causas externas.

Por grupos de edad, en los menores de un año, el 53% de las muertes se deben a enfermedades originadas en el periodo perinatal. En grupo de 1-4 años destacan las causas externas con el 29 % de las muertes. El grupo de 5-14 años ha destacado con un 67 % de muertes por tumores. En las edades de 15 a 34 años son las causas externas las más frecuentes. Desde 35 a 74 años los tumores ocupan el primer lugar como causa de muerte. Globalmente y en varones es el tumor maligno broncopulmonar la causa más frecuente entre los tumores. En las mujeres es el tumor maligno de mama el más frecuente en estas edades. A partir de los 75 años las enfermedades del sistema circulatorio.

La mortalidad infantil ha presentado un fuerte descenso en los últimos años tanto en Aragón como en España, presentando en la actualidad una cierta estabilización en torno a valores de 4 por 1000 nacidos vivos.

2.2. MORBILIDAD PERCIBIDA

El 15,8% de la población adulta dice tener un estado de salud muy bueno, por debajo de la cifra nacional, a la que sólo llegan los sectores de Calatayud y Zaragoza II. Este valor también se encuentra por debajo de la cifra de la ENS del 2003 para la Comunidad Autónoma.

En todos los sectores, excepto en Zaragoza I, más del 30% de los niños presentan un estado de salud Muy bueno.

Casi el 20% de los niños de Zaragoza II, han contestado que tienen un estado de salud Regular, Malo o Muy malo.

Los problemas de salud percibidos que han sido diagnosticados por un médico, presentan variabilidad importante en su prevalencia entre los sectores, incluso con diferencias de más del 15%. Las patologías más frecuentes son *Artrosis y dolores crónicos articulares, Hipertensión Arterial, Hipercolesterolemia, Varices, Alergia Crónica y Depresión* (Los sectores de Zaragoza I, II y III presentan una peor salud mental que el resto de sectores).

Más del 70% de los aragoneses dicen haber tenido una patología en los últimos 12 meses, estando por debajo de este %, Calatayud, Zaragoza II y Zaragoza III.

Aragón es la segunda comunidad con más accidentes infantiles, después de Andalucía, siendo Teruel y Barbastro, los sectores con mayor % de niños accidentados. Casi un 10% de los adultos han sufrido algún tipo de accidente en el último año.

Entre la población adulta de Aragón, más del 10% dicen tener dificultad para oír, y el 4% para ver, cifras similares a las nacionales. Por sectores sanitarios, Alcañiz y Teruel son los que presentan un mayor porcentaje de personas con dificultades para ver y Huesca y Barbastro son los sectores que presentan mayor porcentaje de personas con problemas para oír.

El 80,9% de la población adulta de Aragón, declara no haber tenido ninguna limitación de su actividad habitual durante al menos los últimos 6 meses a causa de alguna enfermedad, de forma similar al dato nacional. El % restante dice presentar en

un 80% limitación física y en casi 20% física y mental, estando este último valor muy por encima del dato nacional (12%), principalmente en Teruel y Alcañiz.

Los sectores de Zaragoza I, II y III presentan una peor salud mental que el resto de sectores, estando Zaragoza I y II por encima de la media de Aragón.

2.3. MORBILIDAD REGISTRADA

Se estima que durante el año 2008 el 76,7% de la población aragonesa consultó por un problema de salud, al menos en una ocasión, a un profesional de medicina de familia o de enfermería de atención primaria.

De la Información procedente de historia clínica electrónica (82% de la población), se observa que las patologías más frecuentes son Artrosis y dolores crónicos – lumbalgias, Hipertensión Arterial, Trastorno del metabolismo de los lípidos, Ansiedad y Depresión.

En Atención Primaria, la mayoría de las patologías son más frecuentes en mujeres, aunque otros problemas como Trastorno del metabolismo de los lípidos, la neumonía, el enfisema, la bronquitis crónica o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, predominan en los hombres.

En el año 2008 en Aragón fueron registradas 165.451 altas hospitalarias, un 48% en varones y un 52% correspondían a mujeres. Enfermedades del sistema circulatorio (11,8%), aparato digestivo (11,5%), motivadas por embarazo-parto- puerperio (10,7%) y neoplasias (9,1%) fueron las mas prevalentes.

El 47% de la población que acude al médico de atención primaria, tiene algún problema de salud relacionado con *patología cardiovascular*. Las altas hospitalarias por patología cardiovascular, el diagnóstico mas prevalente a nivel global y por sexo fue la insuficiencia cardiaca (17,2% del total de altas, 14,2% de las altas en varones y 20,4% de las altas en mujeres).

En 2008 se han registrado 18.950 altas con diagnóstico principal de *afectación*

digestiva. De ellas un 58,4% se registraron en varones y un 41,6% en mujeres. La hernia inguinal en varones y la coleditiásis en mujeres son los procesos más frecuentes hospitalizados en este capítulo. Las *neoplasias* malignas más frecuentes registradas en la historia clínica electrónica de atención primaria, en el año 2008, corresponden al cáncer de mama, en mujeres, con una edad media de los casos de 63 años, y al cáncer de próstata, en los hombres, con una edad media de los casos en torno a los 74 años.

Se han registrado en Aragón en 2008, 14.968 altas con un diagnóstico principal de neoplasia, siendo un 53,3% en varones y un 46,7% en mujeres. A nivel global las afectaciones más frecuentes fueron las de vejiga, traquea-pulmón-bronquios, mama y colon. La distribución por sexo modificó esta ordenación, siendo en mujeres el más frecuente el de mama. En varones los tumores de vejiga, traquea-pulmón y bronquios y colon.

Los *problemas endocrino - metabólicos* más frecuentemente registrados en atención primaria son la diabetes y la obesidad. Tanto la obesidad como la osteoporosis o los trastornos tiroideos se diagnostican más en mujeres. La diabetes es más frecuente en hombres. En 2008 fueron registradas en Aragón 2.815 altas, de las cuales 41% eran varones y 59% mujeres. El diagnóstico principal más frecuente fue la diabetes mellitus (global y por sexos).

Alrededor de un 25 % de los pacientes que recibieron asistencia primaria en el año 2008 tenían *problemas de salud mental*. La enfermedad mental predomina en mujeres excepto en el abuso de sustancias, los trastornos psicosociales y en el déficit de atención, que son más frecuentes en hombres. A nivel hospitalario, destacan los trastornos esquizofrénicos, trastornos episódicos del humor y de personalidad.

De las personas que visitaron un centro de salud aragonés en 2008 aproximadamente un 13% tienen un diagnóstico relacionado con *lesiones, traumatismos, accidentes y otras causas externas*. En 2008 en Aragón se registraron 13.981 altas por causas externas, 56,2% en varones y 43,7% en mujeres. La fractura del cuello de fémur es el diagnóstico principal más frecuente en este apartado.

Las tasas de SIDA han ido disminuyendo en los últimos años.

La zoonosis más importante en Aragón es Hidatidosis, teniendo la provincia de Zaragoza, las tasas más elevadas.

El número de brotes epidémicos declarados en los últimos 4 años se ha mantenido estable en torno a 100 brotes/año.

2.4.DEPENDENCIA Y DISCAPACIDAD

El 4,6% de los hogares de Aragón tienen a alguna persona con discapacidad o limitación que requiere cuidados, siendo Zaragoza I el sector con mayor porcentaje, un 7%.

El 45,7% de los hogares de Aragón con menores de 15 años son responsabilidad de un adulto solo.

Un 2,2% de los aragoneses solicitaron una valoración de la dependencia en el 2008, siendo más de la mitad de las solicitudes, mayores de 80 años y mujeres. Esta cifra es superior al valor medio nacional, 1,6%.

El grado de dependencia en las solicitudes valoradas es principalmente Grado III (el más elevado).

Atendiendo a la distribución por comarcas son La Ribagorza (4,0%), Campo de Belchite (3,6%), Ribera Alta del Ebro y Somontano de Barbastro (3,4%) las que ocupan los primeros lugares, debido entre otros factores al sobreenviejamiento de la población, localización en las mismas de centros de día, residencias, etc.

2.5.SALUD LABORAL

La tasa de enfermedades profesionales ha disminuído en Aragón, aumentando en Teruel.

Más de la mitad corresponden al sector Industria. Más del 80% son por **agentes físicos**. De ellos, la causa más frecuente son las provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo.

La tasa de accidentes laborales ha disminuído en Aragón, siendo inferior en todos los años a la nacional. La tasa de

accidentes graves y mortales permanece estable.

El sector donde se produce una tasa más elevada es en el sector Construcción.

3. INTERVENCIONES DEL DEPARTAMENTO DE SALUD

3.1. COMPROMISOS, ESTRATEGIAS Y VALORES

El Departamento de Salud del Gobierno de Aragón, tiene siete estrategias siendo la primera y fundamental mejorar la salud de los ciudadanos de Aragón.

El desarrollo de las Estrategias en Salud se enmarca dentro de las actuaciones sanitarias contempladas en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud impulsado por el Ministerio de Sanidad y Política Social en el año 2006.

3.2. ORGANIZACIÓN Y RECURSOS

El presupuesto sanitario por persona protegida en Aragón se encuentra por encima de la media nacional (1.436 € en 2010, frente a la media de 1.279 €).

Personal

En el año 2009 se produjo un incremento de profesionales de atención primaria en Aragón en prácticamente todas las categorías profesionales.

Hay un médico de familia por cada 1.187 habitantes, la mayoría de los médicos en Aragón, el 55%, tienen una asignación de población igual o inferior a los 1500 habitantes. En los sectores urbanos, Zaragoza I, II, III, la mayor parte de los médicos tienen entre 1500 y 2000 TIS.

El promedio de niños por pediatra en Aragón es de 988. El 37% de los pediatras de Aragón tienen cupos entre 751 y 1.000 y el 38% entre 1001 y 1250 habitantes.

El promedio de habitantes por enfermera se encuentra entre los 1.002 y los 1.719 habitantes por profesional de enfermería, dependiendo de los sectores sanitarios. En cuanto al personal administrativo, el promedio está entre los 2.469 y los 3.993 habitantes por profesional con funciones administrativas.

Por categoría profesional sanitaria predominan las mujeres en enfermería (82%) y pediatría (69%), mientras que hay una mayor proporción de hombres en medicina de familia (57%).

En el área de atención especializada (excluido salud mental) trabajan 2651 médicos. La tasa es de 1,98 médicos por 1000 habitantes, algo superior a la nacional (1,55 –ESCRI2007). La ratio de médicos-cama en hospitales de agudos (66,40) es similar a la publicada en la ESCRI para los hospitales públicos de agudos (66,80).

Por sectores se encuentra variabilidad, teniendo Huesca una tasa de 2,3 titulados superiores sanitarios y Barbastro, 1,2 por 1000 h y Huesca 4,2 diplomados sanitarios por 1000 hab y Alcañiz 1,9 diplomados por 1000 h.

Estructural

En el 2009 hay 125 zonas básicas de Salud, 3 más que en el 2007, 117 centros de salud, uno más que en el 2008 y 915 consultorios.

El número de camas por 1000 habitantes en el sector público de hospitales de agudos de Aragón en 2009 fue de 2,78 algo superior a la registrada a nivel estatal para el sector público (2,65, ESCRI 2007), variando entre sectores, Alcañiz, 1,63 - Huesca 3,88 camas por 1000 h). Con respecto al número de quirófanos en el sistema público, en nuestra comunidad se registra una tasa algo superior al último dato disponible de la ESCRI (7,01 vs 5,81 por 100000 hab), variando entre sectores, Alcañiz, 3,9 y Calatayud, 9,6 por 100.000 h. Aragón dispone de un 3,25% de los TAC existentes en España, un 2,74% de los aparatos de resonancia magnética (RNM) y 5,3% de los mamógrafos. La tasa de aparatos de TAC por millón de habitantes es superior a la registrada en España (16,41 vs 13,77) (Fuente ESCRI 1977). Esta ventaja también se mantiene en el caso de los aparatos de resonancia magnética (8,95 vs 8,04 aparatos por millón de habitantes).

Cartera de servicios

El Departamento de Salud tiene una Cartera de Servicios Sanitarios siendo ésta el listado que recoge de forma simple, agrupada y comprensible para los profesionales y usuarios, aquellas actividades y procedimientos que el sistema de salud establece para dar respuesta a los problemas y necesidades

de salud de los ciudadanos. Existe una cartera de servicios de Atención Primaria, Atención Especializada, Atención a Enfermos Crónicos Dependientes (Atención Sociosanitaria), Atención a la Salud Mental, Atención a la Urgencia y Emergencia y Salud Pública.

El gasto por apartados de Cartera de servicios, aumenta con los años, pero la distribución porcentual por categoría se mantiene estable, siendo Atención Especializada el que presenta el mayor valor.

3.3. ESTRATEGIA DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA

La **ESTRATEGIA SEGUNDA** es Aumentar la autonomía y responsabilidad de los ciudadanos respecto a su SALUD, para ello se ha desarrollado una *estrategia de participación ciudadana*, homogeneizando las unidades y servicios de información y atención al usuario de los centros sanitarios, potenciando los consejos de salud, elaborando el plan de atención a la salud de la mujer y creando el Registro de Voluntades anticipadas, donde a diciembre de 2009 había más de 3.500 documentos activos.

3.4. INTERVENCIONES EN SALUD PÚBLICA

Las intervenciones en Salud Pública, son prioritariamente:

La Vigilancia, como medición del estado de salud y bienestar de la población, identificando los problemas de salud y su relación con los determinantes y factores de riesgo.

La Protección de la salud con actividades dirigidas a los determinantes medioambientales

La Promoción de la salud que actúa sobre la población, informando, educando, fomentando su participación

La Prevención de la enfermedad, incluyendo el control de las diversas amenazas para la salud de la población, y las alertas y emergencias en salud pública.

La Evaluación del impacto sobre la salud de las actuaciones públicas y privadas, así como de los servicios y programas sanitarios.

3.5. INTERVENCIONES SOBRE PROCESOS PRIORITARIOS

Desde el año 2006 éstas son las **Estrategias en Salud** que viene desarrollando el Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón:

Salud Mental, Cáncer, Cardiopatía Isquémica, Diabetes, Cuidados paliativos, EPOC, Ictus, Salud Sexual y Reproductiva, Enfermedades Raras, Seguridad del paciente, Atención a la Violencia de Género, Programa de Atención a enfermos crónicos.

Seguridad de pacientes

En Aragón, desde el año 2006, se han llevado a cabo actividades agrupadas en líneas de actuación continua para todo el sistema público: *Innovación y desarrollo de iniciativas, Pacientes por la Seguridad de los Pacientes, Formación y Gestión del conocimiento, Cultura de la Seguridad*

Se han desarrollado más de 50 proyectos en los que han participado más de 200 profesionales de todos los ámbitos y geografía aragonesa.

3.6. DESARROLLO PROFESIONAL E INNOVACIÓN

INSTITUTO ARAGONÉS DE CIENCIAS DE LA SALUD

El Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (I+CS) es una organización descentralizada y abierta, orientada a resultados, flexible, eficiente y sostenible. Su base es la red de hospitales, centros, grupos y profesionales del sistema sanitario público aragonés.

Las funciones son:

Identificar los conocimientos necesarios para la toma de decisiones en los servicios de Salud e identificar las áreas de mejora e innovación.

Aumentar el conocimiento existente en los servicios de Salud, facilitando la incorporación de conocimiento externo y la producción de nuevo conocimiento en los propios servicios.

Hacer disponible el conocimiento, asegurando su preservación y los mecanismos para compartirlo.

Facilitar la aplicación en la toma de decisiones diarias de los profesionales sanitarios.

GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

Las **Centrales de Esterilización** de todos los Hospitales de SALUD han cumplido un primer ciclo de tres años en el proceso de implantación de su *Sistema de Calidad según la norma ISO 9001*. Quince **laboratorios** de siete Hospitales y un Centro de Especialidades de SALUD han desarrollado un proyecto de implantación de un *Sistema de Calidad según la Norma ISO 15189*.

Tanto el proyecto de las Centrales de Esterilización como el de los Laboratorios Clínicos, son *pioneros* en España por su carácter “institucional” ya que abarcan al conjunto de los Hospitales de nuestra Comunidad Autónoma.

Nueve **Equipos de Atención Primaria** están también realizando un proyecto para implantar un *Sistema de Calidad basado en la Norma ISO 9001*.

Desde 2001, en SALUD se emplea el **Modelo Europeo de Excelencia (EFQM)** para realizar una evaluación de nuestra organización y facilitar su mejora. La Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 en la actualidad por la puntuación obtenida es miembro del club 400.

El Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en SALUD, desde su aparición en el año 2000, ha incluido ya a más de 1600 proyectos.

PROPUESTAS

Un informe como éste tiene sentido si se elaboran propuestas coherentes con lo reflejado en el mismo. El estado de salud de una población se modifica normalmente muy despacio, salvo circunstancias extraordinarias (guerras, catástrofes...). En nuestro caso es más bien el resultado de una interacción mantenida en el tiempo con los factores determinantes, según el modelo propuesto.

Aunque las propuestas deberían abordarse inmediatamente, en su mayoría tienen plazos medios y largos de implantación, y sus efectos aún requieren más tiempo. Hay 4 ámbitos de propuestas:

Metodológicas:

- Reorientar los sistemas de información para medir mejor el estado de salud y sus determinantes.
- Establecer un núcleo reducido de indicadores a monitorizar permanentemente.
- Facilitar el acceso a la información a amplios sectores profesionales y no profesionales.
- Identificar la salud con sus determinantes.
- Analizar más detalladamente en cada nivel (sectorial, local).
- Dotar con recursos los sistemas de información.

Sobre los determinantes:

- Las futuras mejoras en salud dependen de la actuación sobre determinantes, más que en la respuesta a la enfermedad.
- La estructura demográfica condiciona los resultados en salud. Mejorar en la integración de población extranjera supone mejorar la salud de toda la población.
- Hay que compaginar estrategias universales con estrategias específicas, dirigidas a colectivos concretos.
- El aumento de utilización de servicios sanitarios y del consumo farmacéutico no parece contribuir a la mejora en salud.
- Hay que reducir la variabilidad en las intervenciones sanitarias.

Sobre el estado de salud

- El estado de salud es bueno, pero hay gran cantidad de años de vida perdidos por causas concretas prevenibles.
- Están en aumento los procesos discapacitantes y limitativos de la autonomía: hay que mejorar las intervenciones para ganar años a la vida.
- Abordar la salud mental desde la asistencia y la prevención.
- Mejorar la capacidad de intervenir en el entorno laboral con un enfoque poblacional.

Sobre las actuaciones del Departamento

- Hay que reorientar el peso de las intervenciones a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
- Las prestaciones asistenciales deben incorporar el punto de vista de medición del estado de salud y de sus determinantes.
- Hay que mejorar la coordinación con otros departamentos: "salud en todas las políticas".
- Hay que mejorar la participación, la transparencia y la corresponsabilidad en el uso de servicios.
- La rendición de cuentas del gobierno debe ligarse, en materia de salud, a los indicadores que miden el estado de salud: hay que establecer un compromiso de gobierno en este sentido.

ANEXOS

[IR AL INDICE](#)

NOTAS METODOLOGICAS

1. Elección de indicadores. Proceso y justificación

Los indicadores usados en este informe han sido seleccionados según importancia y disponibilidad.

Se realizó una revisión bibliográfica de los Informes de Estado de Salud disponibles on line, tanto nacionales como internacionales, de donde se evaluaron como variables: formato del Informe, apartados, indicadores en cada apartado, año de publicación y año de cada indicador.

Tras un proceso de puesta en común se eligieron los indicadores que formarían parte del Informe de Aragón, así como los apartados que debía de tener el Informe. Se realizó una búsqueda del último año disponible para cada indicador elegido, así como la fuente de información.

No se eligieron indicadores que no estaban elaborados todavía o que su proceso de elaboración iba a ser costoso.

Los datos son referentes a la Comunidad Autónoma de Aragón. Siempre que ha sido posible se han mostrado datos por Sectores Sanitarios. Si no era posible, desagregados por provincias. Si el dato estaba disponible se comparaba el indicador de Aragón con el nacional. En algunos ha sido posible además mostrar evolución de los últimos años. Este informe es un punto de partida, a partir del cual en la elaboración de los siguientes informes será posible encontrar al menos un nivel de referencia y poder valorar con más herramientas los resultados encontrados.

Proceso de elección

A. Revisión bibliografía y otros informes de estado de Salud

- a. Estructura**
- b. Apartados**
- c. Indicadores elegidos**
- d. Oportunidad de los datos**
- e. Longitud del informe**
- f. Fuentes de información utilizadas**
- g. Difusión del informe**

B. comparación entre las variables anteriores

C. Puesta en común

D. Selección de indicadores según

- a. Oportunidad**
- b. Comparación con otros informes**
- c. Disponibilidad de las fuentes de información**
- d. Importancia del indicador**

E. elaboración del primer borrador de indicadores a incluir

F. Puesta en común. Reordenación de los apartados del informe

G. Elaboración último borrador de indicadores

H. Reparto de tareas

I. Cronograma

J. Elaboración del informe

2. Fuentes de información por apartados

DETERMINANTES DE SALUD:

DEMOGRAFÍA:

4. IAE:
http://portal.aragon.es/portal/page/portal/IAEST/IAEST_0000/IAEST_03/IAEST_0301/IAEST_030100

SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA:

5. IAE: estadísticas sociales:
http://portal.aragon.es/portal/page/portal/IAEST/IAEST_0000/IAEST_06/IAEST_0600
6. Encuesta de Población activa 2009:
http://portal.aragon.es/portal/page/portal/IAEST/IAEST_0000/IAEST_01/IAEST_0104/IAEST_010400
7. IAE: encuesta de condiciones de vida 2008 (datos definitivos):
http://portal.aragon.es/portal/page/portal/IAEST/IAEST_0000/IAEST_06/IAEST_0603/IAEST_060305/IAEST_06030505/IAEST_06030501

MEDIOAMBIENTE:

8. IAE: encuesta de condiciones de vida 2008 (datos definitivos):
http://portal.aragon.es/portal/page/portal/IAEST/IAEST_0000/IAEST_06/IAEST_0603/IAEST_060305/IAEST_06030505/IAEST_06030501
9. Departamento de medioambiente:
<http://portal.aragon.es/portal/page/portal/MEDIOAMBIENTE/PUBLIC>
10. Censo de población y viviendas 2001 (IAE):
http://portal.aragon.es/portal/page/portal/IAEST/IAEST_0000/IAEST_03/IAEST_0301/IAEST_030106/IAEST_030107
11. Indicadores judiciales (IAE):
http://portal.aragon.es/portal/page/portal/IAEST/IAEST_0000/IAEST_06/IAEST_0605/IAEST_060905

ESTILOS DE VIDA:

12. Encuesta Nacional de Salud 2006 (IAE):
http://portal.aragon.es/portal/page/portal/IAEST/IAEST_0000/IAEST_06/IAEST_0604/IAEST_060407/IAEST_06040700/IAEST_06040702
13. Encuesta sobre drogas a la población escolar de Aragón (DGSP):
<http://portal.aragon.es/portal/page/portal/SALUDPUBLICA/DROGOD/ENC>
14. Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de la información y comunicación en los hogares (TIC-H) 2008 (IAE):
http://portal.aragon.es/portal/page/portal/IAEST/IAEST_0000/IAEST_06/IAEST_0603/IAEST_060306/IAEST_06030602/IAEST_0603060208
15. Encuesta de salud y hábitos sexuales 2003 (INE):
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft15%2Fp455&file=inebase&L=0>
16. Observatorio nacional sobre drogas:
<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/home.htm>

UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS Y CONSUMO DE FÁRMACOS:

17. Encuesta Nacional de Salud 2006 (IAE):

http://portal.aragon.es/portal/page/portal/IAEST/IAEST_0000/IAEST_06/IAEST_0604/IAEST_060407/IAEST_06040700/IAEST_06040702

ESTADO DE SALUD:

MORTALIDAD:

18. Informe de mortalidad de Aragón 2007

SALUD PERCIBIDA:

19. Encuesta Nacional de Salud 2006 (IAE):

http://portal.aragon.es/portal/page/portal/IAEST/IAEST_0000/IAEST_06/IAEST_0604/IAEST_060407/IAEST_06040700/IAEST_06040702

SALUD DIAGNOSTICADA:

20. Encuesta Nacional de Salud 2006 (IAE):

http://portal.aragon.es/portal/page/portal/IAEST/IAEST_0000/IAEST_06/IAEST_0604/IAEST_060407/IAEST_06040700/IAEST_06040702

21. Instituto Aragonés de Seguridad y Salud Laboral. Dirección General de Trabajo e Inmigración. (IAE).

22. Informe de siniestralidad laboral en Aragón. (ISSLA):

<http://portal.aragon.es/portal/page/portal/ISSLA/PUBLICACIONES/OTRAS>

23. Informe ECEMEC.

24. Instituto Aragonés de la Mujer (IAM):

<http://portal.aragon.es/portal/page/portal/IAM/PUBLICACIONES>

25. Ministerio de Igualdad:

http://www.migualdad.es/ss/Satellite?c=Page&cid=1193049890379&language=cas_ES&pagename=MinisterioIgualdad%2FPage%2FMIGU_listado

ACTUACIONES DEL DEPARTAMENTO:

DEPARTAMENTO:

26. Decreto 130/1986 del 19 de diciembre de la DGA.

27. Decreto 167/2008 del 9 de septiembre de la DGA.

28. Organigrama:

http://alba.aragon.es/organigrama_publico/PublicoServlet?accion=3&id_entidad=119

- 29. Cartera de servicios del Sistema de Salud de Aragón:**
<http://portal.aragon.es/portal/page/portal/SALUD/CARTERA>

RECURSOS:

- 30. Datos proporcionados por DGPA.**
31. Memoria del 061. Año 2009.

INTERVENCIONES EN SALUD:

- 32. Datos proporcionados por DGPA.**
33. Memoria del 061. Año 2009.
34. Encuesta Nacional de Salud 2006 (IAE):
http://portal.aragon.es/portal/page/portal/IAEST/IAEST_0000/IAEST_06/IAEST_0604/IAEST_060407/IAEST_06040700/IAEST_06040702
35. Memoria de la Unidad Funcional de Seguridad del Paciente de Aragón.
36. Farmacovigilancia.
37. Datos proporcionados por la Dirección General de Atención al Usuario.

3. Análisis y presentación de datos

Los datos se han presentado para el total de Aragón, así como la mayor desagregación posible, por sectores sanitarios o por provincias.

Cuando ha estado disponible, se han comparado con datos nacionales.

Se han calculado tasas brutas, y ajustadas a la población europea.

Los datos del informe se presentan en forma de tablas, gráficos o texto, según el indicador.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare; 1974.
- Buscar la cita del modelo ecológico (Austin y Werner 1973).
- Dahlgren G, Whitehead M (1992). *Policies and strategies to promote equity in health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (document number: EUR/ICP/RPD 414 (2); [http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/EUR_ICP_RPD414\(2\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/EUR_ICP_RPD414(2).pdf)
- Hacia la equidad en salud: Monitorización de los determinantes Sociales de la salud y reducción de Las desigualdades en salud. Informe independiente de expertos comisionado por la Presidencia Española de la UE. 2010.
- Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review. Strategic review of health inequalities in England post 2010. <http://www.ucl.ac.uk/qheg/marmotreview>
- World Health Organization. Health for all in the 21st century:.. Disponible en: <http://www.who.int/hfa/>
- Varios informes que nos gusten de otras CCAA.