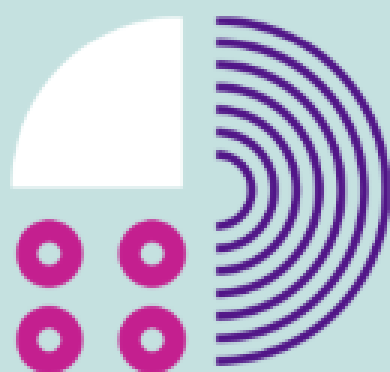
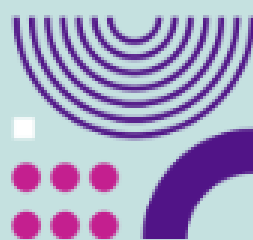


Dirección General de Cuidados y Humanización



ESTRATEGIA DE CUIDADOS DE ARAGÓN



me cuido

te cuido



ÍNDICE

PRESENTACIÓN	<i>pág. 4</i>
INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	<i>pág. 5</i>
FASE 0: ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN	<i>pág. 10</i>
FASE 1: DISEÑO	<i>pág. 24</i>
FASE 2: IMPLANTACIÓN	<i>pág. 33</i>
LÍNEAS ESTRATÉGICAS	<i>pág. 35</i>
PROYECTOS	<i>pág. 41</i>
EVALUACIÓN	<i>pág. 47</i>
BIBLIOGRAFÍA	<i>pág. 51</i>

PRESENTACIÓN



La Estrategia de Cuidados de Aragón es una apuesta decidida por un modelo de atención centrado en las personas, que reconoce el valor del cuidado como eje vertebrador del sistema sanitario. Es el resultado de un proceso participativo, riguroso y comprometido, liderado por la Dirección General de Cuidados y Humanización, y construido sobre la escucha activa a pacientes, cuidadores y profesionales.

Aragón enfrenta retos demográficos, sociales y sanitarios que exigen una respuesta valiente y transformadora. Más de 2.600 personas respondieron a la encuesta ciudadana. Expertos de los ámbitos asistencial, de gestión, docente e investigador participaron en grupos nominales para definir las prioridades. El resultado es una estrategia arraigada en la realidad, guiada por la evidencia y movida por el compromiso.

Esta Estrategia no es solo un documento. Es una iniciativa para liderar el cambio, poner el cuidado en el centro y construir un sistema más humano, cercano y eficaz.

Estíbaliz Tolosa Tamayo

Directora General de Cuidados y Humanización del Gobierno de Aragón

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Etimológicamente la palabra cuidar viene del antiguo *coidar*, y este del latín *cogitāre*, cuyo significado es pensar. En la actualidad, y según la segunda acepción del [diccionario de la Real Academia Española](#), el verbo *cuidar* se define como: asistir, proteger o conservar. Los cuidados tienen un origen profundamente humano, ya que nacen de la necesidad de asistencia y protección de los individuos en situaciones de vulnerabilidad, enfermedad o dependencia. Históricamente, estos cuidados han sido proporcionados en su mayoría por familiares o seres cercanos, destacando particularmente el rol de la mujer, dando lugar a los cuidados no profesionales. Este tipo de cuidados se caracterizan por su naturaleza informal y personal y contribuyen significativamente a la calidad de vida de los pacientes, si bien también enfrentan desafíos relacionados con la sobrecarga emocional y física de los cuidadores ².

La profesionalización de los cuidados en España comenzó a gestarse en la segunda mitad del siglo XIX. A partir de 1860-1879 fue Federico Rubio y Dalí quién impulsó la formación de profesionales capacitados para el cuidado de los enfermos, tras haber sido testigo de la organización del trabajo sanitario en Gran Bretaña. En ese contexto, la Ley de Instrucción Pública de 1857 jugó un papel crucial al reconocer las distintas profesiones sanitarias, marcando el inicio del proceso de estructuración del ámbito de la salud en el país. Este impulso institucional culminó en 1944 con la Ley de Bases de la Sanidad Nacional, que unificó bajo un mismo nivel profesional la actividad de los cuidadores, reconociendo su labor como parte fundamental del sistema de salud. A partir de 1953, con el Real Decreto de 4 de diciembre, se produjo la unificación de los estudios de formación para el cargo de Ayudante Técnico Sanitario, profesionalizando aún más el ámbito de los cuidados. Este proceso continuó en 1977, cuando la incorporación de la formación de estos profesionales a la universidad permitió una mayor especialización, reflejando una consolidación del sistema educativo y sanitario. A finales de los años 80, la entrada en vigor del Real Decreto 992/1987 marcó un hito en la regulación de la obtención del título de enfermero especialista, estableciendo los requisitos y las especialidades dentro de la profesión. Las modificaciones posteriores de la normativa, tanto en la regulación de los estudios universitarios como en las

especialidades, contribuyeron al perfeccionamiento y expansión de los cuidados en España, consolidando su papel esencial dentro del sistema sanitario y garantizando la calidad de la atención a los pacientes ³. La prestación de cuidados en las distintas fases del proceso de atención de salud queda regulada en el artículo 7 de la [ley 44/2003](#), de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

El 7 de septiembre de 2022 la Comisión Europea presentó la [Estrategia Europea de Cuidados](#) para garantizar unos servicios asistenciales de calidad, asequibles y accesibles y mejorar la situación tanto de los cuidadores (profesionales o informales) como de los receptores de cuidados. Las líneas de trabajo de la Estrategia Europea de Cuidados se centran en dos recomendaciones para los Estados miembros: la revisión de los [objetivos de Barcelona](#) en materia de educación y cuidados de la primera infancia y el acceso a [cuidados de larga duración](#), asequibles y de alta calidad. En nuestro país, la Estrategia Estatal de Cuidados fue lanzada el 20 de octubre de 2022, planteando su desarrollo en dos fases. En una primera fase se propuso la identificación de los retos estratégicos y las actuaciones prioritarias y posteriormente se definiría la Estrategia Estatal de Cuidados propiamente dicha. El 24 de noviembre de 2022 se constituyó el [Comité Institucional de la Iniciativa Marco en Cuidados \(IMACU\)](#) del Sistema Nacional de Salud, formado por representantes del Ministerio de Sanidad y de las comunidades y ciudades autónomas, con el objetivo de promover el avance competencial y desarrollo enfermero, además de ordenar un modelo organizativo de cuidados que integrase los diferentes perfiles existentes (grado o generalistas, especialistas, prácticas avanzadas), que persiguiese la excelencia en los cuidados, que potenciase la promoción de la salud y la prevención, el seguimiento y la continuidad de cuidados, la orientación al autocuidado y la recuperación. Las bases de esta iniciativa de avance en los cuidados permitieron aportar un mayor valor y adecuación en la respuesta a las necesidades de salud de la ciudadanía, así como una mayor efectividad y eficiencia en el cuidado de la salud de la población. El ámbito de aplicación de la IMACU abarcó aspectos relacionados con la planificación estratégica, la organización y la calidad asistencial. Planteándose además como un modelo de trabajo en red y en colaboración con las estrategias y referentes de cuidados de todas las Comunidades Autónomas que componen el Sistema Nacional de Salud (SNS).

Posteriormente, este proceso culminó en la aprobación del [Marco Estratégico para los Cuidados de Enfermería \(MECE\) 2025-2027](#), validado por el Pleno del Consejo Interterritorial del SNS el 21 de mayo de 2025. El MECE se concibió como un marco común de referencia para consolidar y reforzar las profesiones del cuidado en España, articulado en cinco líneas estratégicas: adecuación de recursos humanos a las necesidades de salud; desarrollo de un modelo de práctica profesional; impulso del desarrollo competencial en cuidados; visibilización y liderazgo profesional; e investigación e innovación en cuidados. Este documento constituye un hito para la homogeneización y avance de los cuidados en el ámbito estatal, en estrecha coordinación con las iniciativas autonómicas.

Son pocas las Comunidades Autónomas que cuentan con una Estrategia de Cuidados definida. En Baleares y Canarias se encuentra en desarrollo, [Comunidad Valenciana](#) la ha publicado recientemente y [Andalucía](#) cuenta con una desde el año 2015. Convergen en la personalización de la asistencia, la atención a la cronicidad, la continuidad de los cuidados, el fomento de entornos de trabajo saludables y líneas transversales como la humanización, la investigación y la práctica basada en la evidencia, la calidad y la seguridad, la innovación y el uso de Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC). No podemos olvidarnos de trabajar bajo el amparo del [Plan de Salud de Aragón](#), que define entre sus políticas la salud en todas las políticas y todas las etapas de la vida, la orientación hacia las personas, la información, la investigación y la formación.

El [Decreto 39/2024, de 28 de febrero, de estructura orgánica del Departamento de Sanidad y del Servicio Aragonés de Salud](#), establece en su artículo 25b) que corresponde a la Dirección General de Cuidados y Humanización diseñar, realizar el seguimiento y evaluar la Estrategia de Cuidados en el Sistema de Salud de Aragón. En este mismo decreto, en el artículo 25j) se establece la competencia de conocer la opinión de la ciudadanía sobre la atención en el Sistema de Salud de Aragón y, en especial, desarrollar metodologías efectivas de identificación de la satisfacción y experiencias de los pacientes y en el artículo l) el fomento de la participación significativa de los ciudadanos, pacientes y usuarios en el Sistema de Salud de Aragón, impulsando instrumentos de participación formal y no formal. La Resolución de 2 de junio de 2003, que modifica la del 11 de abril de 2018 de la Dirección General de Asistencia

Sanitaria del Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón, regula la creación y funcionamiento de las Comisiones Clínicas y Grupos de Trabajo en los centros sanitarios del Sistema de Salud de Aragón. La dependencia y contenido de las Comisiones de Cuidados en Aragón, no está definida de manera específica, lo que da lugar a diferencias significativas entre los diferentes sectores sanitarios como se puede ver reflejado en el ANEXO I. También se han identificado variaciones importantes en cuanto a su contenido, si bien existen temas comunes relacionados con la elaboración o revisión de procedimientos y protocolos y la monitorización de indicadores relacionados con el cuidado y la seguridad del paciente.

La calidad de la atención sanitaria resulta imprescindible para garantizar el bienestar de la población. La consulta a expertos como parte del proceso de mejora, proporciona un enfoque basado en la evidencia y experiencias que facilitan la toma de decisiones. Así lo justifica la Organización Mundial de la Salud (OMS) en sus documentos [Quality of care: a process for making strategic choices in health systems](#) y [Global Strategy on People-Centered and Integrated Health Services](#), en los que enfatiza la importancia de la integración de la ciencia y la experiencia clínica en la toma de decisiones para la planificación de los cuidados. El Ministerio de Sanidad también respalda la consulta a expertos como una práctica esencial en la mejora de la atención sanitaria. El [Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud](#) establece que la calidad de la atención debe ser evaluada y mejorada continuamente mediante la colaboración de todos los profesionales del sector, incluidos los expertos.

Por todo ello, desde la Dirección General de Cuidados y Humanización del Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón, se considera fundamental la implementación de una Estrategia de Cuidados en nuestra comunidad, alineada con los objetivos establecidos en materia de cuidados tanto a nivel europeo como nacional. Esta Estrategia de Cuidados garantizará una mejora continua en la calidad de los cuidados, promoviendo la participación activa tanto de ciudadanos como de profesionales y permitiendo avanzar hacia un modelo de atención integral y humanizado. A través de una planificación estratégica y la colaboración institucional será posible responder adecuadamente a las necesidades de cuidados de la población aragonesa, estableciendo un marco normativo que dé coherencia y continuidad.

La Estrategia de Cuidados de Aragón se ha desarrollado a lo largo de 4 fases. Los profesionales que han contribuido a la elaboración del documento se detallan en el ANEXO II.



Figura 1. Representación gráfica de la estructura de la Estrategia de Cuidados de Aragón. Elaboración propia.

FASE 0: ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

En esta primera fase se constituyó un grupo redactor coordinado por la Directora General de Cuidados y Humanización y formado por las Jefa de Servicio de Cuidados y Alfabetización en Salud y Asesoras Técnicas de la Dirección General. El objetivo de esta fase fue desarrollar un análisis exhaustivo de la situación actual de los cuidados en la Comunidad Autónoma de Aragón.

El análisis de los datos de la población actual de la Comunidad Autónoma de Aragón se llevó a cabo mediante la consulta de diversas fuentes clave. Se utilizaron las bases de datos demográficas proporcionadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE) y el Instituto Aragonés de Estadística (IAEST). Adicionalmente, se consultó la información disponible en el Atlas de Aragón. Este enfoque integral permitió realizar tanto un análisis demográfico exhaustivo como un estudio detallado de los determinantes de salud en la región, con el fin de obtener una visión completa de las condiciones y tendencias de la población aragonesa.

Para dar cumplimiento al artículo 25j) y 25l) del Decreto 39/2024, de 28 de febrero, de estructura orgánica del Departamento de Sanidad y del Servicio Aragonés de Salud y conocer la opinión de los pacientes sobre los cuidados recibidos, los procesos de atención y otros factores relacionados, se difundió una encuesta online elaborada con la herramienta Microsoft Forms® (ANEXO III). La encuesta se planteó en dos secciones: una primera parte con preguntas relacionadas con el perfil sociodemográfico de los encuestados y una segunda parte basada en la escala IEXPAC (Instrumento de Evaluación de la Experiencia del Paciente Crónico) y el Cuestionario evaluación de la percepción de los pacientes sobre la seguridad de los servicios sanitarios elaborado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. La encuesta fue difundida en hospitales y centros de salud, colegios profesionales, centros de investigación, universidades y centros de formación en salud, Consejos de Salud, asociaciones de pacientes, comarcas y Juntas Municipales y Vecinales, redes sociales y medios de comunicación durante el mes de febrero de 2025. Se estableció un plazo de respuesta de 15 días y las respuestas obtenidas fueron analizadas. Para llevar a cabo el análisis estadístico, se contó con la colaboración del Servicio de Apoyo Metodológico y Estadístico (SAME) del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). Los resultados de esta primera fase de análisis quedaron plasmados en el documento: **Estrategia de Cuidados de Aragón-Análisis de la situación.**

Contexto territorial

Con unos de 47.719 km², Aragón es la cuarta Comunidad Autónoma por extensión, solo por detrás de Castilla León, Andalucía y Castilla-La Mancha. Su territorio está formado por las provincias de Huesca (32,7% de la superficie total), Zaragoza (36,3%) y Teruel (31%). Cuenta 33 comarcas y 731 municipios, de los que 293 corresponden a la provincia de Zaragoza, 202 a la de Huesca y 236 a Teruel¹⁸.

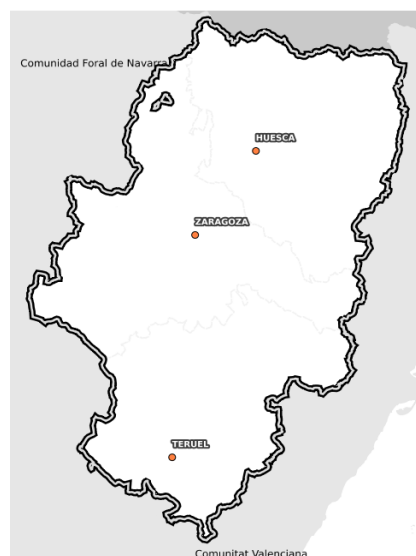


Figura 2: Mapa del contexto territorial en Aragón. Fuente: Atlas de Aragón.

Determinantes de la salud

Una de las características demográficas de gran importancia en Aragón es su densidad de población, puesto que es muy inferior a la media nacional. Además, la mitad de la población reside en Zaragoza capital. Pese a que el 92,1% de los municipios aragoneses pertenecen a la llamada zona rural sólo el 16,3% de la población reside en este tipo de municipios (11,2% de la población en municipios de menos de mil habitantes)¹⁸.



Figura 3: Mapa de la densidad de población en Aragón. Fuente: Atlas de Aragón.

La población residente en Aragón a 1 de enero de 2024 se situó en 1.351.591 habitantes, de los cuales 668.275 eran hombres (49,4%) y 683.316 eran mujeres (50,6%). Según las proyecciones publicadas, en los 15 próximos años Aragón ganaría 103.952 habitantes (un 7,7%), alcanzando una población de 1.453.324 en 2039. La población infantil y juvenil, comprendida por los menores de 15 años, representa actualmente el 13% de la población total de nuestra comunidad autónoma. Se prevé que, para el año 2039, este segmento poblacional experimente una disminución, alcanzando solo el 11% del total de la población. El porcentaje de población de 65 y más años, que en Aragón en 2024 se sitúa en el 22,6% de la población, alcanzará en 2039 el 27,6%. El índice de envejecimiento es de 159,08%, situándose 16,73 puntos por encima de la media nacional ¹⁸⁻²⁰.

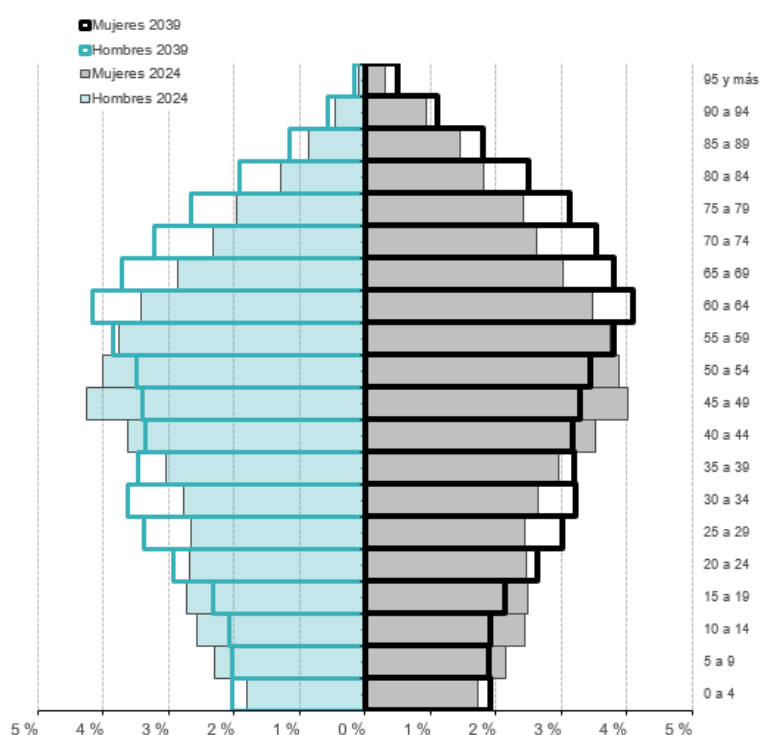


Figura 4: Pirámide y proyección de población 2024-2039 en Aragón.

Fuente: Instituto Aragonés de Estadística.

Los indicadores del movimiento natural de la población en Aragón mostraron un descenso de la natalidad acompañado de un incremento de la mortalidad general, así como unas tasas de mortalidad infantil que, aunque bajas, se mantuvieron presentes en el periodo analizado^{19,20}. Estos datos reflejaron la dinámica demográfica de la comunidad y se resumen en la Figura 5.



Figura 5: Indicadores demográficos del movimiento natural de la población en Aragón. Fuentes: Instituto Nacional de Estadística. Instituto Aragonés de Estadística.

Los indicadores relacionados con los determinantes de salud, en particular el entorno social y económico, tienen un impacto significativo en el bienestar de la población. En este sentido, el desempleo emerge como un factor de riesgo relevante para el desarrollo de problemas de salud, especialmente entre los hombres. Aunque se trata de un problema extendido en toda España, Aragón presenta cifras más bajas en comparación con otras regiones del país.

Otro factor clave es el nivel educativo, que influye directamente en la salud. En España y Aragón, el porcentaje de personas con educación insuficiente está especialmente relacionado con las personas mayores, quienes, en su infancia, no tuvieron la obligación de completar la educación primaria. En Aragón, el 23% de la población presenta un nivel educativo insuficiente, aunque esta cifra se reduce al 11% entre los jóvenes, lo que sugiere avances en la mejora de la educación en generaciones más recientes. No obstante, la falta de educación sigue siendo un determinante importante de la salud, ya que está vinculada a menores oportunidades económicas y un mayor riesgo de enfermedades.

Finalmente, la estructura de convivencia también influye en la salud, especialmente entre las personas mayores. La forma más común de convivencia entre los mayores de 65 años en Aragón es vivir en pareja, sin hijos ni otros convivientes. Sin embargo, a medida que aumenta la edad, crece la probabilidad de que las personas mayores vivan solas. Actualmente, el 15,4% de los hogares en Aragón están compuestos por personas mayores de 65 años que viven solas, lo que puede tener repercusiones en su salud física y mental debido a la soledad y la falta de apoyo social. Estos factores reflejan cómo el entorno social y económico influye en la salud y calidad de vida de la población aragonesa¹⁸.

En Aragón, los hábitos de salud y estilo de vida muestran algunas diferencias frente a la media nacional. La mayoría de la población incluye fruta en su dieta diaria, aunque la higiene bucal regular y la práctica de ejercicio durante el tiempo libre son menos frecuentes. El consumo de tabaco sigue siendo más común entre los hombres, y el alcohol continúa siendo una bebida habitual entre gran parte de la población adulta. Estos datos permiten observar tendencias importantes sobre la alimentación, la actividad física y los hábitos de consumo en la región¹⁸.



Figura 6: Indicadores determinantes de salud. Estilo de vida de la población en Aragón.

Fuente: Atlas de Aragón.

El Sistema de Salud de Aragón se organiza territorialmente en ocho áreas de salud, subdivididas en zonas de salud ²¹. A su vez se organiza en varios niveles asistenciales, que incluyen atención primaria, atención especializada, atención sociosanitaria, salud mental, y urgencias y emergencias sanitarias. Actualmente, Aragón dispone de 29 hospitales, distribuidos en los siguientes municipios: 1 en Sádaba, 3 en Teruel, 1 en Jaca, 1 en Alcañiz, 15 en Zaragoza, 1 en Ejea de los Caballeros, 1 en Calatayud, 1 en Barbastro, 4 en Huesca y 1 en Fraga.



Figura 7: Mapa de las Áreas de Salud de Aragón. Fuente: Instituto de Desarrollo de Aragón.

Tras los cambios realizados el pasado año, ampliando el mapa sanitario de Aragón con la zona de salud de Cuarte de Huerva ²³, Aragón dispone de 125 zonas de salud. Cada zona cuenta con un centro de salud y los consultorios locales necesarios para ofrecer una atención sanitaria primaria adecuada, cubriendo tanto las necesidades del volumen de población como las derivadas de las características sociodemográficas de cada área.

Los factores de servicios y equipamientos, tanto comarcal como municipal, muestran el tiempo empleado a través de la red viaria para llegar a equipamientos o servicios (sanitarios, sociales o educativos). Las tres comarcas con valores más bajos son las de Campo de Belchite (-1,73), Maestrazgo (-1,37) y Cuencas Mineras (-1,28). De forma generalizada se ve una degradación de valores desde las partes norte y sur hacia el valle del Ebro, la zona que mejor se encuentra dentro de este factor, ya que donde se asientan el mayor número de equipamientos básicos y necesarios como la educación o sanidad ¹⁸.

El 76,8% de los aragoneses de 15 y más años valoró su estado de salud como bueno o muy bueno en 2020. La enfermedad crónica más frecuente padecida por la población de 15 y más años en los últimos 12 meses y diagnosticada por un médico fue para los hombres la hipertensión (21,6%) y para las mujeres la artrosis-artritis (22,9%) ²⁴. A fecha de 30 noviembre de 2024 el número de personas beneficiarias con derecho a prestación por dependencia en Aragón era de 57.826, correspondiendo 27% prestaciones a dependencia de GRADO 1, 28% a dependencias de GRADO 2 y 23% dependencias a GRADO 3. La tasa global de dependencia se sitúa en el 55% ^{18,20}. La tasa de dependencia de la población menor de 16 años se encuentra en el 22,61%, similar al dato nacional ¹⁹.

Los pacientes pediátricos con patologías crónicas complejas requieren un seguimiento multidisciplinario y un uso significativo de recursos sanitarios, lo que implica un mayor gasto en atención sanitaria ²⁵. La información sobre la cronicidad en pediatría, tanto a nivel nacional como en la Comunidad Autónoma de Aragón, revela importantes hallazgos a pesar de la falta de datos poblacionales específicos.

En 2018, Barrio et al. analizaron a nivel nacional la prevalencia de comorbilidades entre pacientes pediátricos crónicos en atención primaria, encontrando que el 15,7% de los niños presentaban alguna enfermedad crónica. De estos, la mayoría fue clasificada como pacientes de bajo riesgo, mientras que una pequeña fracción presentó enfermedades de mayor complejidad. También en el ámbito nacional, los estudios revelaron que los niños con complejidad médica representaban el 14,4% de los ingresos hospitalarios, con una mayor necesidad de cuidados intensivos y una alta dependencia de tecnología, como el soporte respiratorio y nutricional ^{27,28}. El documento [Diabetes Mellitus tipo 1 en menores de 15 años Aragón 1991-2023](#) expresa un aumento de la incidencia de Diabetes Mellitus tipo 1 pasando de 10-19 casos a más de 20 por cada 100.000 habitantes en este segmento de población, según los parámetros establecidos por la OMS a partir del estudio DIAMOND 11.

En conclusión, Aragón enfrenta desafíos demográficos significativos, con un claro envejecimiento poblacional y escaso relevo generacional. La distribución desigual de los recursos se acentúa entre las áreas urbanas y rurales, sobre todo en términos de acceso a servicios. Aunque la mayoría de la población valora positivamente su estado de salud, la prevalencia de enfermedades crónicas y la alta tasa de dependencia en la región destacan la necesidad de mejorar la atención y los servicios sanitarios. Este desafío se extiende también a la población pediátrica, donde la cronicidad es una preocupación creciente.

Encuesta sobre la percepción de los pacientes sobre los cuidados recibidos

La encuesta realizada para conocer la opinión de los pacientes sobre los cuidados recibidos, los procesos de atención y otros factores relacionados, obtuvo un total de 2.692 respuestas. El análisis de los datos se realizó utilizando el software estadístico Jamovi ³⁰.

En general, se observó una mayor participación de personas en los grupos de edad media y adulta. La distribución por género de los encuestados mostró que el 76,3% se identificó como femenino³¹⁻³³.

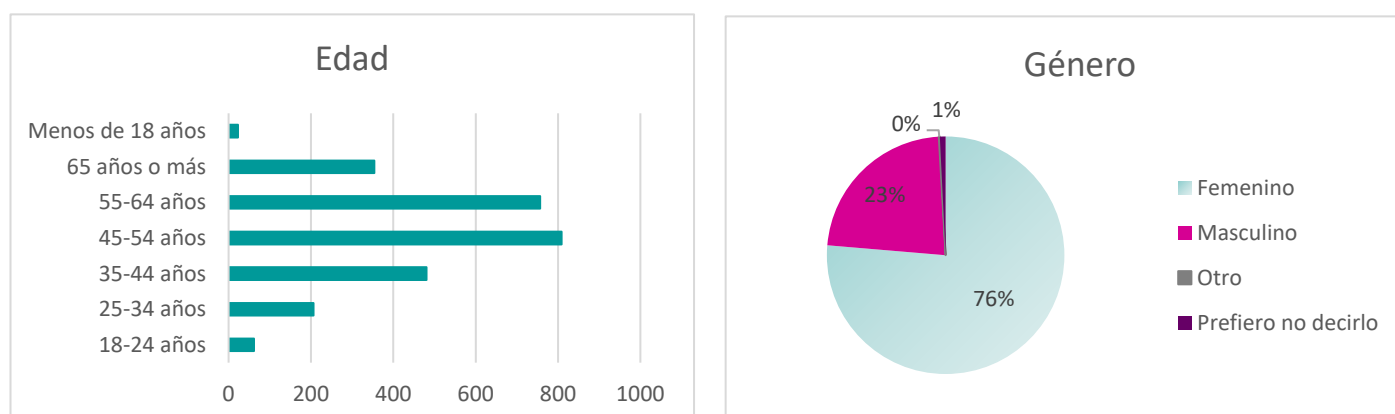


Figura 8. Edad y género de la población encuestada.

La mayoría de los participantes había completado estudios universitarios (40,5%), seguidos por aquellos con estudios de postgrado (18,5%), mientras que un 22% había terminado estudios secundarios de segundo ciclo y un 11,1% educación secundaria o equivalente. El 66,7% estaba trabajando por cuenta ajena, seguido por los jubilados (14,8%) y los trabajadores por cuenta propia (5,3%). La mayoría de los encuestados (69,4%) reside en una zona urbana, mientras que un 30,6% vive en una zona rural ³¹⁻³³.

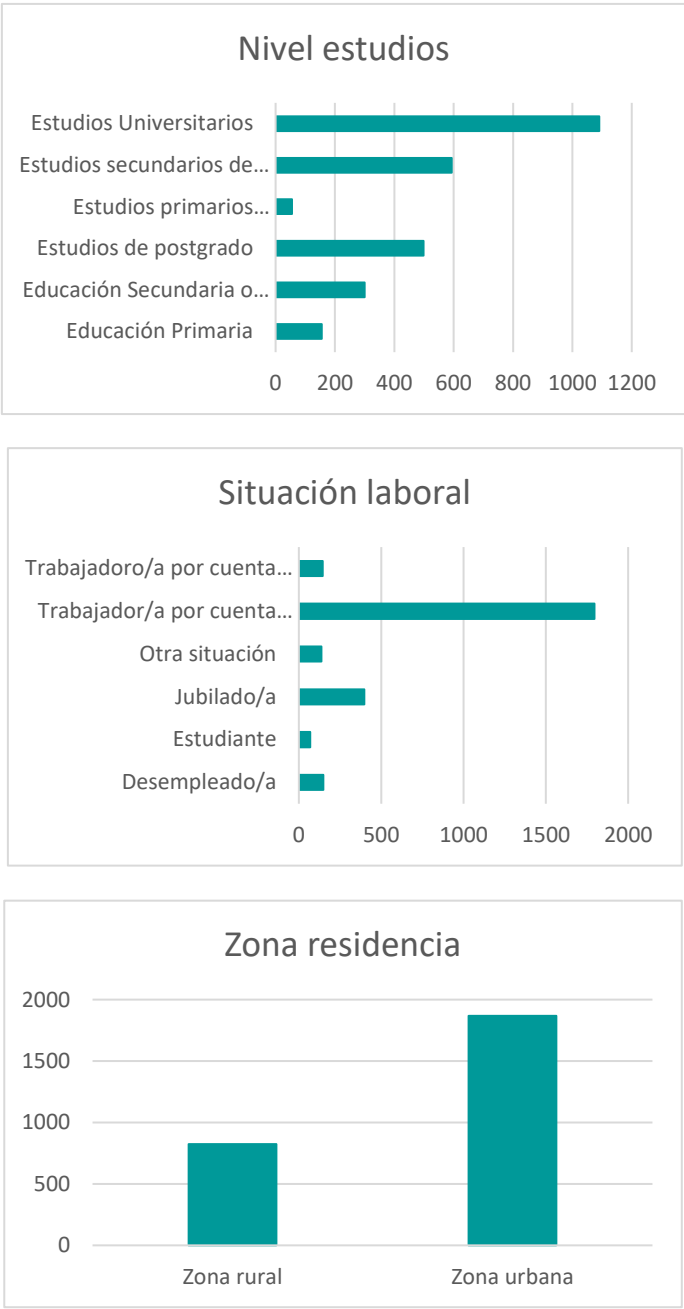


Figura 9. Principales características de la población encuestada.

Los resultados de las preguntas basadas en la escala IEXPAC y el Cuestionario evaluación de la percepción de los pacientes sobre la seguridad de los servicios sanitarios elaborado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, muestran que el 58,3% de los pacientes considera que siempre o casi siempre se respeta su estilo de vida. En cuanto a la coordinación entre los profesionales para ofrecer una buena atención, el 36,2% de los encuestados percibe que se cumple de manera constante. Sin embargo, solo el 16,6% afirma que recibe apoyo para buscar información en Internet, lo que refleja una de las proporciones más bajas. Respecto a la capacidad para cuidarse mejor, el 33% de los pacientes señala que ha mejorado gracias a la atención recibida. En relación con el establecimiento de objetivos compartidos para llevar una vida más sana y controlar la enfermedad, el 37,5% manifiesta que esto ocurre siempre o casi siempre. El uso de Internet y del teléfono móvil para consultar la historia clínica es el aspecto mejor valorado, con un 68,5% de pacientes que lo utilizan habitualmente. Por otra parte, el 36,1% percibe que los profesionales se aseguran de manera constante de que toman la medicación de forma correcta, mientras que el 44,6% reconoce que se preocupan por su bienestar. En lo que respecta a la información sobre recursos sanitarios y sociales, el 28,8% de los pacientes indica que recibe orientación de manera habitual. Finalmente, solo el 14% considera que se les anima siempre o casi siempre a hablar con otros pacientes, lo que representa el aspecto más débil identificado en los resultados. La Figura 10 muestra la distribución de las frecuencias de las respuestas a los 16 ítems, junto con las puntuaciones medias \pm DE. La Tabla 1 presenta el porcentaje de pacientes que respondieron "siempre" o "casi siempre" a cada pregunta. En general, más del 50% de los pacientes respondió afirmativamente a los ítems relacionados con el respeto por su estilo de vida y el uso de internet para consultar su historia clínica. En cambio, las respuestas afirmativas fueron especialmente bajas (alrededor del 15%) para los ítems sobre la ayuda para informarse por Internet y la motivación para hablar con otros pacientes ^{32-34,36}.

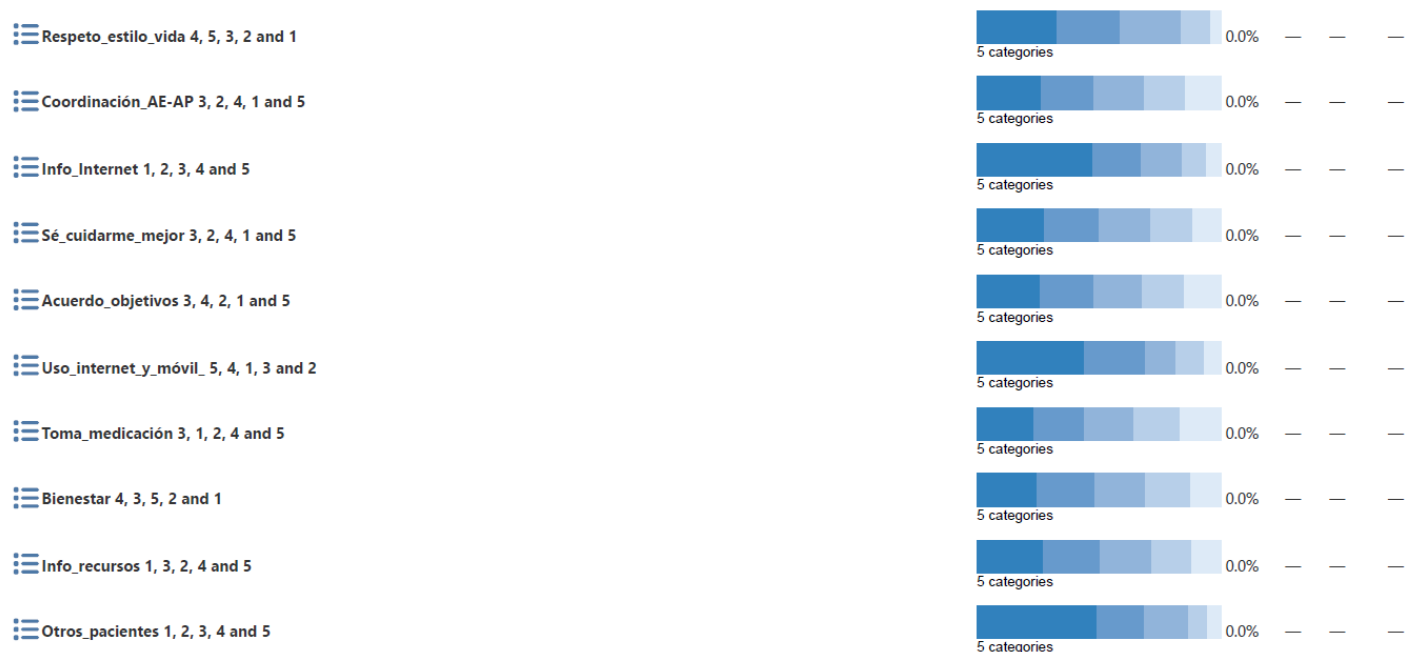


Figura 10. Distribución de las frecuencias de las respuestas de la población encuestada.

Tabla 1. Respuestas a los ítems explorados de la población encuestada.

Ítem	Proporción de pacientes que respondieron "siempre" o "casi siempre" a cada una de las preguntas
1. Respetan mi estilo de vida	58.3%
2. Están coordinados para ofrecerme una buena atención	36.2%
3. Me ayudan a informarme por internet	16.6%
4. Ahora sé cuidarme mejor	33%
5. Acordamos objetivos para llevar una vida sana y controlar mejor mi enfermedad	37.5%
6. Uso internet y el móvil para consultar mi historia clínica	68.5%
7. Se aseguran de que tomo la medicación correctamente	36.1%
8. Se preocupan por mi bienestar	44.6%
9. Me informan de recursos sanitarios y sociales que me pueden ayudar	28,8%
10. Me animan a hablar con otros pacientes	14%

El 49,5% de los pacientes ingresados o que habían acudido a un servicio de urgencias en los últimos 6 meses definió un sentirse muy seguro/a o bastante seguro/a durante el tiempo que había estado hospitalizado. Sin embargo, tan solo un 11,5% de los pacientes recibieron una llamada o visita de seguimiento tras el alta. Más de la mitad de los encuestados que recibieron atención sanitaria en su domicilio en los últimos 6 meses (53,3%) señalaron que los profesionales que los atienden en casa tratan de coordinarse con los del centro de salud y el hospital para abordar sus problemas de salud. Además, el 31,9% de los pacientes que recibieron atención de los servicios sociales en ese mismo período mencionaron también esta coordinación entre profesionales. De las personas cuidadoras que respondieron a la encuesta, solo un 19,8% indicó que los profesionales sanitarios y sociales que atienden a la persona que cuidan se preocupan por la sobrecarga emocional y física que conlleva ser cuidador y les brindan información sobre cómo prevenirla ^{31-34,36}.

En el análisis de las relaciones entre las variables estudiadas, se encontró que factores como la edad, el género, el nivel de estudios, la situación laboral y la zona de residencia están significativamente relacionados con las percepciones de los pacientes sobre los cuidados recibidos y su sensación de seguridad, aunque la fuerza de estas relaciones es, en su mayoría, débil. La edad muestra una relación moderada con el uso de internet para consultar la historia clínica, lo que sugiere una tendencia de los pacientes mayores a adoptar tecnologías para gestionar su salud. El nivel de estudios también muestra una relación moderada con el respeto al estilo de vida y la seguridad en la toma correcta de la medicación, lo que podría indicar que aquellos con mayor nivel educativo se sienten más informados y empoderados en su proceso de cuidado. Las personas en las diferentes situaciones laborales tienen distintas percepciones sobre el cuidado recibido, probablemente influenciadas por factores como el tiempo disponible y la naturaleza de su trabajo. En cuanto a la zona de residencia, sí que mantiene relaciones significativas con algunas de las percepciones del cuidado, como el respeto al estilo de vida y la coordinación para una buena atención, lo que podría reflejar las disparidades en el acceso a servicios de salud y la calidad de la atención según la ubicación geográfica ^{34,35}.

“Que se cuiden muchísimo más a nuestros profesionales de la sanidad”

“...que los pacientes no queden en un limbo tras el alta hospitalaria”

“...que hubiera comunicación entre los profesionales del centro de salud y los profesionales de centros especializados y hospitales”

“Imprescindible apoyo al cuidador”

“Que cuando voy a la consulta tengan más tiempo para atenderme”

“Educación en salud para que la población conozca que recursos existen y cómo utilizarlos”

“Seguid trabajando gracias por todo lo que hacéis”

“Mayor coordinación entre profesionales sanitarios en patologías crónicas múltiples, favoreciendo la atención integral del paciente”

“Las enfermedades se tratan por separado, sin llegar a pensar que, aunque parezca mentira puedan estar relacionada”

“Más comunicación entre primaria y especialistas”

“El acceso a profesionales cualificados que orienten para la adquisición de hábitos saludables y ejercicios que mejoren la salud de acuerdo a las patologías es fundamental”

“Es indispensable poder tener una cita con tu médico en pocos días”

“Deberían penalizar a la gente que no acude a los especialistas. Hay mucha demora para gente que necesitamos ir...”

“Promover la comunicación y la educación para lograr un autocuidado responsable”

“Trato más personalizado”



FASE 1: DISEÑO

El diseño de la Estrategia de Cuidados de Aragón se ha fundamentado en la colaboración con un grupo de trabajo compuesto por expertos en el ámbito del cuidado ¹⁵⁻¹⁷. Tras un proceso de análisis y síntesis de los datos obtenidos en la Fase 0, que consistió en un exhaustivo diagnóstico de la situación, el grupo redactor elaboró un mapa de stakeholders y constituyó un equipo de trabajo formado por profesionales altamente especializados en el área de los cuidados (ANEXO II).

Tras esta fase inicial, se realizó una sesión de presentación con el objetivo de dar a conocer al grupo de trabajo la Dirección General de Cuidados y Humanización, así como su rol en el diseño de la Estrategia de Cuidados de Aragón. Durante esta sesión, se proporcionó una breve descripción de la situación actual de los cuidados tanto a nivel europeo como a nivel nacional y de la Comunidad Autónoma de Aragón. Posteriormente, se celebró una sesión presencial con el grupo de trabajo para definir, de forma conjunta, las líneas estratégicas. Con el fin de asegurar que estas respondieran a las necesidades detectadas, se empleó una metodología basada en la técnica del grupo nominal o panel de expertos ³⁷⁻⁴⁰. La convocatoria se realizó por correo electrónico (ANEXO IV), donde se explicaban los objetivos de la investigación y se incluía el Documento 1: Análisis de la situación, así como la pregunta de investigación, común para todos los participantes. Para garantizar la recogida completa de la información, la sesión fue grabada con el consentimiento previo de los asistentes (ANEXO V). Durante el encuentro, se presentó el material enviado y se formuló la pregunta de investigación. Cada persona respondió por escrito, de manera individual y sin intercambio de opiniones en ese momento. Después, se compartieron las respuestas por turnos, lo que permitió abrir un diálogo y contrastar propuestas. Finalmente, se procedió a priorizar las ideas de forma individual, lo que permitió alcanzar un consenso sobre las líneas estratégicas clave para avanzar en la mejora de los cuidados en Aragón.

Como resultado de este proceso, se definió el documento: **Estrategia de Cuidados de Aragón**.

La sesión presencial, desarrollada el 20 de marzo de 2025, permitió definir de manera fundamentada las líneas estratégicas para la mejora de los cuidados en Aragón. El grupo nominal estuvo compuesto por un total de 8 expertos en el ámbito del cuidado. Todos los miembros del grupo contaban con una amplia experiencia en diversos ámbitos, como el asistencial, la gestión, la investigación y la docencia, lo que enriqueció el proceso de definición de las líneas estratégicas.

La pregunta que se formuló para guiar el trabajo fue la siguiente:

Como profesional experto en el cuidado, ¿qué líneas estratégicas crees que se deberían plantear basadas en los datos poblacionales, grupos de edad, teniendo en cuenta una perspectiva de género, así como la información recogida sobre determinantes de salud en la población, sin olvidar la estructura del sistema sanitario y teniendo en cuenta las necesidades percibidas y expuestas por la población aragonesa?.

Como resultado de las respuestas, se identificaron siete categorías, que responden a las necesidades detectadas en función del contexto territorial, los determinantes y resultados en salud y la encuesta de la percepción de los pacientes sobre los cuidados recibidos. Estas categorías fueron ordenadas según la prioridad otorgada por los participantes, de mayor a menor importancia.

1. Continuidad asistencial en el entorno del paciente

El análisis sociodemográfico de Aragón, junto con la opinión expresada por la ciudadanía en la encuesta realizada, evidenció la necesidad de consolidar un modelo de atención que sitúe al paciente en el centro del sistema y priorice la continuidad asistencial en su entorno habitual de vida. Esta orientación responde a una necesidad organizativa, especialmente en territorios con población envejecida, dispersa y con una creciente prevalencia de enfermedades crónicas^{41,42}. Los profesionales participantes en el grupo de trabajo, todos ellos con una dilatada trayectoria en el cuidado y referentes en sus ámbitos, coincidieron en la urgencia de mejorar la coordinación entre niveles asistenciales, particularmente entre Atención Especializada y Atención Primaria.

Su experiencia acumulada, su conocimiento profundo del sistema y su cercanía a las realidades asistenciales otorgan un enorme valor a sus aportaciones, que se alinean con las recomendaciones de las líneas estratégicas nacionales en materia de seguridad ⁴³. Uno de los aspectos señalados fue la limitación de herramientas actualmente en uso, como el Informe de Continuidad de Cuidados, que no siempre garantiza una transmisión clara, completa y eficaz de la información entre niveles asistenciales, dificultando un seguimiento adecuado. Este déficit es especialmente crítico tras el alta hospitalaria o en procesos complejos como los cuidados paliativos, donde los expertos identificaron la necesidad de reforzar la formación específica de los profesionales que asumen esta atención desde los servicios de emergencia ⁴⁴. Además, se destacó la necesidad de mejorar el conocimiento de la ciudadanía sobre recursos ya existentes, como el servicio 061, promoviendo una información clara y accesible sobre su funcionamiento, equipo profesional y su utilidad como canal de acceso en situaciones urgentes.

También se subrayó la importancia de acercar la atención sanitaria al entorno habitual del paciente, especialmente en zonas rurales o con dificultades de acceso, mediante recursos como la hospitalización a domicilio y la telemedicina, que permiten prestar atención en el domicilio, fortalecen la continuidad asistencial, mejoran la accesibilidad y contribuyen a evitar ingresos hospitalarios innecesarios ⁴⁵. En este mismo sentido, se defendió el papel de la Atención Primaria como pilar del sistema, con una función estratégica en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el acompañamiento a cuidadores y el fomento del autocuidado ⁴². Desde este ámbito se propusieron intervenciones no farmacológicas frente a problemas frecuentes, pero a menudo invisibilizados, como el dolor crónico, la ansiedad, el duelo o el final de la vida, así como el refuerzo de visitas domiciliarias en momentos vitales como el postparto ⁴⁴.

En coherencia con el enfoque de atención centrada en la persona, los expertos subrayaron también la importancia de avanzar en la humanización de los cuidados. En este sentido, se planteó facilitar el acompañamiento familiar hasta el ingreso hospitalario como una medida clave para ofrecer apoyo emocional y seguridad tanto a los pacientes como a sus familias ⁴⁵.

Desde una perspectiva organizativa, se propuso reforzar la formación de los equipos en habilidades relacionales y atención personalizada, tomando como referencia modelos de atención al cliente adaptados al ámbito sanitario ⁴¹. También se planteó mejorar la identificación visible de los profesionales para favorecer la confianza y la relación asistencial, así como reducir la burocracia innecesaria, que limita el tiempo disponible para la atención directa y dificulta la experiencia del paciente.

Por último, se señalaron nuevos retos emergentes como la soledad no deseada, la pobreza o la migración, que exigen respuestas proactivas y sensibles a la diversidad cultural. Estas realidades requieren enfoques centrados en la persona y con capacidad de integrar los ámbitos sanitario y social, garantizando una atención más equitativa, inclusiva y cercana a las nuevas formas de vulnerabilidad.

2. Reingeniería del sistema para responder a nuevas necesidades de cuidados

La evolución del perfil sociodemográfico y epidemiológico en Aragón plantea la necesidad de transformar el modelo de cuidados para responder de forma eficaz y equitativa a nuevas realidades: el aumento de la cronicidad, la complejidad de los procesos de salud-enfermedad y la creciente demanda de cuidados en todas las etapas de la vida. En esta línea, los expertos participantes en el grupo de trabajo propusieron un rediseño estructural del sistema que integre niveles asistenciales, sectores y recursos comunitarios en una red de cuidados centrada en la persona y sus contextos de vida ⁴¹.

Uno de los elementos clave identificados fue la necesidad de contar con un estudio de clasificación poblacional por niveles de cuidados, que permita estratificar a la ciudadanía y adaptar los recursos y competencias profesionales a cada perfil. En este sentido, se propuso desarrollar un modelo de competencias vitales por ciclos de vida, que contemple desde la infancia hasta el envejecimiento, orientado a la prevención, la promoción y la gestión de cuidados complejos, especialmente en el ámbito domiciliario.

De forma complementaria, se planteó la creación de un cuadro de mandos de cuidados que permita evaluar resultados, anticipar necesidades y facilitar la toma de decisiones basadas en datos, una herramienta clave aún no implantada de forma estructurada en el sistema ⁴⁶⁻⁵³.

Uno de los principales vacíos detectados fue la falta de datos sistematizados en el ámbito infantojuvenil, lo que evidenció la urgencia de establecer una atención integral para esta población. Se subrayó la importancia de reforzar la promoción de la salud, la prevención de la obesidad, la atención a la salud mental, la vacunación y la continuidad asistencial ¹². En este contexto, se destacó el desconocimiento de la Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de Salud (RAEPS) por parte de algunos profesionales, así como la falta de regulación del acceso de la enfermería a los centros escolares. Por ello, se propuso potenciar el rol de la enfermería escolar como figura clave en la detección precoz, la educación sanitaria y la creación de entornos educativos saludables ^{53,54}. Asimismo, se identificaron oportunidades para optimizar recursos ya existentes, como el aprovechamiento de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales o el papel de las farmacias comunitarias como puntos de proximidad. También se evidenció la necesidad de adaptar el sistema a las particularidades territoriales, especialmente en zonas rurales. En este sentido, se plantearon soluciones como la incorporación de nuevos perfiles profesionales, el uso de unidades móviles y el aprovechamiento de tecnologías digitales, incluida la inteligencia artificial, para mejorar la accesibilidad y optimizar los recursos de cercanía ^{49,55}.

3. Ciudadanía corresponsable y activa en sus cuidados

Esta línea estratégica responde a la necesidad de fomentar la autonomía y el empoderamiento de la población, una carencia que quedó reflejada en los resultados de la encuesta ciudadana. Según los expertos, la ciudadanía ha adoptado históricamente un papel excesivamente pasivo en cuanto a la gestión de su salud, lo que se debe en parte a la falta de una cultura del autocuidado. Por ello, se propuso reforzar la corresponsabilidad a través de iniciativas de alfabetización en salud, la toma de decisiones compartida en los procesos asistenciales, y la participación activa de la población en la identificación de necesidades, la planificación y la evaluación de intervenciones sanitarias ⁵⁵.

En este sentido, el grupo de expertos destacó la importancia de integrar la educación en salud en la atención sanitaria, promoviendo habilidades que permitan a la ciudadanía tomar decisiones informadas sobre su salud. También se sugirió potenciar el asociacionismo y los programas de expertos por experiencia, que permiten a los pacientes y familiares compartir su conocimiento y contribuir a la mejora del sistema. Además, se subrayó la necesidad de que las intervenciones sanitarias, tanto en el ámbito individual como colectivo, no penalicen los indicadores de salud, sino que reconozcan el valor de la toma de decisiones compartida ⁵¹⁻⁵³.

4. Fortalecimiento del liderazgo en Enfermería

Aunque en el estudio realizado la palabra enfermería no apareció destacada en la nube de palabras generada a partir de la encuesta sobre la percepción del cuidado, los profesionales del grupo nominal, con amplia experiencia en el ámbito del cuidado, subrayaron su papel esencial dentro del sistema sanitario. En este sentido, señalaron la necesidad de avanzar en la regulación y desarrollo de sus competencias para fortalecer su contribución a la calidad asistencial y responder a los retos actuales de la atención primaria y comunitaria ^{49,50}. Se identificó, además, una clara oportunidad de liderazgo para la profesión en el marco de la [Estrategia de Atención Comunitaria del Sistema de Salud de Aragón](#). También se propuso la aplicación del método enfermero como herramienta para optimizar la atención, especialmente en la gestión de casos complejos ⁵¹. En esta línea, los expertos recomendaron revisar la figura de Supervisión de Enfermería y crear nuevas Coordinadoras de Cuidados, con el fin de liberar a las coordinadoras de Atención Primaria de tareas administrativas y facilitar una atención más centrada en el paciente ¹². Finalmente, se sugirió la integración de la enfermería en los Consejos de Salud. Esta medida permitiría fortalecer la colaboración con centros educativos, sociales, comarcales, ayuntamientos y otras instituciones, favoreciendo una mejor coordinación en la planificación de los planes de salud de las comarcas y ayuntamientos ⁵⁷.

5. Cuidados a lo largo de la vida: intervenciones para cada momento vital

El análisis del entorno social y económico de Aragón realizado por el grupo de expertos puso de manifiesto la necesidad de estructurar los cuidados desde una perspectiva de ciclo vital, con intervenciones específicas en cada etapa. Entre las principales preocupaciones, se destacó la soledad no deseada como un fenómeno creciente, especialmente en la población mayor, con impacto directo sobre la salud emocional y la calidad de vida. Esta problemática se enmarcó dentro de un enfoque más amplio de atención a la salud mental a lo largo de la vida, que contemple desde la prevención de la ansiedad y la depresión hasta la detección precoz de conductas suicidas. Además, los expertos evidenciaron una carencia estructural de apoyo psicológico en diferentes momentos clave del ciclo vital, y destacaron la necesidad de fortalecer recursos como las consultas de bienestar emocional. En este sentido, se reconoció el papel esencial del tercer sector en la provisión de apoyo psicosocial, especialmente en áreas rurales o en contextos de difícil acceso. Se señaló también la importancia de atender a colectivos vulnerables como personas migrantes y mujeres, que pueden verse afectados por barreras estructurales o desigualdades acumuladas. Estas propuestas coinciden con modelos internacionales que defienden la necesidad de intervenciones adaptadas a cada momento del desarrollo vital, desde la infancia hasta la vejez, como estrategia para mejorar el bienestar global, reducir desigualdades y abordar los determinantes sociales de la salud ^{58,59}.

6. Innovación e investigación en cuidados

A partir del análisis sociodemográfico realizado, el grupo de profesionales participantes en el grupo nominal - con amplia experiencia en diferentes niveles asistenciales y perfiles vinculados a la investigación - identificó como una de las principales debilidades del sistema la ausencia de un conocimiento actualizado sobre las necesidades de la población. Esta carencia supone una limitación importante para el diseño de intervenciones basadas en la evidencia y para la toma de decisiones estratégicas centradas en la mejora de la salud y el bienestar de las personas. Contar con datos pertinentes, dinámicos y continuamente revisados resulta esencial en un modelo de cuidados que aspire a ser proactivo, sensible a los cambios sociales y orientado a resultados en salud ^{50,60}.

En este mismo grupo, se puso también de manifiesto el desconocimiento generalizado sobre la existencia de grupos de investigación en cuidados dentro del ámbito autonómico, incluso entre los propios profesionales. Se evidenció, además, la escasa visibilidad de las convocatorias dirigidas a proyectos liderados por personal experto en cuidados. Los participantes señalaron la falta de difusión de estas oportunidades, así como la necesidad de fortalecer los canales de comunicación y colaboración entre los distintos agentes implicados. Esta situación limita el desarrollo profesional en cuidados y compromete la consolidación de un sistema basado en el aprendizaje continuo, la evaluación del impacto real de las intervenciones y la incorporación de la investigación como eje estratégico ⁶¹.

7. Relanzando la Escuela de Salud: formación y empoderamiento en el cuidado

A partir de los resultados obtenidos de la encuesta sobre la percepción de los pacientes en relación con los cuidados recibidos, el grupo de expertos, con amplia experiencia en la gestión de cuidados y en el trabajo con diversos colectivos y entornos, identificó una de las principales necesidades de la población: la falta de atención a la sobrecarga emocional y física de los cuidadores. Esta problemática ha sido especialmente evidente en la Comunidad Autónoma de Aragón, donde muchos cuidadores, aunque desempeñan un papel clave en el bienestar de los pacientes, no reciben el apoyo necesario para gestionar adecuadamente la carga que supone su rol ⁵⁰. Los expertos hicieron hincapié en la necesidad urgente de abordar esta situación, observando que, si bien los cuidadores son esenciales para la red de atención, su bienestar sigue siendo una asignatura pendiente en la atención sanitaria. Subrayaron la identificación adecuada de los cuidadores dentro de las historias clínicas electrónicas (HCE), lo que permitiría incluirlos de forma más efectiva en los procesos de cuidado y atención ⁶¹. Además, destacaron la importancia de impulsar la Escuela de Salud de Aragón tanto en los entornos hospitalarios como en atención primaria. Esta herramienta se plantea como fundamental para proporcionar a los cuidadores las herramientas necesarias para manejar mejor las demandas emocionales y físicas de su labor, empoderándolos con el conocimiento necesario para afrontar sus retos diarios.

Los expertos también vieron en este enfoque una oportunidad de trabajo en las comarcas, permitiendo que los recursos de formación lleguen a las zonas rurales y proporcionando una mayor equidad en el acceso a los mismos ⁶⁰. La promoción y prevención de la salud fueron temas que el grupo consideró fundamentales. En este sentido, los cuidadores también juegan un papel clave, no solo en el cuidado directo, sino en la detección temprana de problemas de salud en los pacientes. En esta línea, la Estrategia de Atención Comunitaria se presentó como un modelo que podría expandirse y transformarse en una red de apoyo para los cuidadores, facilitando el acceso a recursos, formación y servicios continuos ⁶¹. Estas propuestas responden a la necesidad de transformar el modelo de cuidado, alineándose con las estrategias nacionales de salud pública y con las políticas de atención comunitaria que promueven un sistema sanitario más inclusivo y accesible para todos los actores involucrados en el proceso de salud ^{50,60,61}.

FASE 2: IMPLANTACIÓN

La Fase 2 de la Estrategia de Cuidados de Aragón tiene como objetivo llevar a la práctica las líneas estratégicas definidas en la fase de diseño, convirtiendo las prioridades identificadas en acciones concretas, sostenibles y evaluables. Para ello, se ha planteado una metodología de trabajo basada en la planificación escalonada, el análisis técnico y la participación activa de los profesionales del sistema de salud.

Tras el trabajo del grupo nominal en la Fase 1, se definieron siete líneas estratégicas. No obstante, en esta fase operativa, el grupo redactor ha revisado su estructura, acordando integrar la línea "Relanzando la Escuela de Salud" dentro de "Ciudadanía corresponsable y activa en sus cuidados", al considerarla una herramienta esencial y no una línea independiente. Esta decisión responde a criterios de coherencia, operatividad y alineación con el marco internacional en alfabetización en salud, que recomienda integrar las acciones de empoderamiento ciudadano desde un enfoque transversal y estructurado ^{41,60,62}. Así, la Estrategia pasa de tener siete a seis líneas estratégicas, manteniendo la Escuela de Salud como instrumento clave de formación y participación.

La gestión eficaz de proyectos sanitarios requiere planificar a corto, medio y largo plazo. Esta perspectiva facilita definir objetivos realistas, priorizar acciones, optimizar recursos y adaptarse a las necesidades cambiantes de la población. Además, permite consolidar innovaciones y mejorar progresivamente la calidad asistencial, garantizando una respuesta equitativa y eficiente a las demandas del entorno ⁶³⁻⁶⁷.

Cada línea estratégica se concreta en proyectos con objetivos, responsables, cronogramas y criterios de evaluación. Para su implementación, en colaboración y bajo la gobernanza del Servicio Aragonés de Salud, se activarán mecanismos para la creación de grupos técnicos formados por profesionales de distintos niveles asistenciales, alianzas con organismos clave, como el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud y varias direcciones generales, y herramientas de apoyo como cuadros de mando, sistemas de alerta para la continuidad asistencial y plataformas vinculadas a la Escuela de Salud ^{17,63,68}.

La evaluación continua es un pilar fundamental de esta fase operativa. Cada proyecto asociado a las líneas estratégicas incorpora indicadores de proceso y de resultado que permiten monitorizar su desarrollo, medir el impacto de las intervenciones y garantizar la transparencia en la toma de decisiones. Esta medición sistemática facilita identificar áreas de mejora, ajustar las actuaciones cuando sea necesario y evidenciar los avances logrados en términos de eficiencia, equidad y calidad de los cuidados ^{63,69,70}.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS

1. Continuidad de cuidados en el entorno del paciente

OBJETIVO GENERAL

Optimizar la coordinación entre niveles asistenciales y servicios sociosanitarios para garantizar una continuidad de cuidados, centrados en la persona, especialmente en el entorno habitual de vida del paciente.

Objetivos Específicos a CORTO PLAZO

Mejorar las herramientas de registro para facilitar la comunicación entre niveles asistenciales y servicios sociosanitarios.

Objetivos Específicos a MEDIO PLAZO

Impulsar herramientas de seguimiento que aseguren la continuidad asistencial, facilitando la coordinación entre profesionales y garantizando así una atención segura.

Objetivos Específicos a LARGO PLAZO

Integrar los cuidados en la Historia Clínica Electrónica (GUHARA) utilizando terminología estandarizada.

2. Reingeniería del sistema para responder a nuevas necesidades de cuidados

OBJETIVO GENERAL

Diseñar e implementar un modelo integrado, estratificado y personalizado de cuidados centrado en la persona para anticipar necesidades y optimizar recursos en el sistema sanitario aragonés.

Objetivos Específicos a CORTO PLAZO

Crear y consolidar una red de cuidados en Aragón para mejorar la coordinación y colaboración entre profesionales.

Objetivos Específicos a MEDIO PLAZO

Adaptar y organizar los cuidados según distintos niveles de necesidad, asegurando una respuesta más equitativa y ajustada a cada paciente.

Objetivos Específicos a LARGO PLAZO

Implementar un sistema de evaluación y monitorización basado en indicadores clave que oriente la toma de decisiones y la mejora continua en cuidados.

3. Ciudadanía corresponsable y activa en sus cuidados

OBJETIVO GENERAL

Optimizar la participación activa y la autonomía de la ciudadanía en el cuidado de su salud, fortaleciendo la alfabetización en salud y promoviendo las capacidades necesarias para la toma de decisiones informadas.

Objetivos Específicos a CORTO PLAZO

Incrementar el conocimiento y uso de las herramientas de alfabetización en salud disponibles entre profesionales y ciudadanía.

Objetivos Específicos a MEDIO PLAZO

- Concretar contenidos para la Escuela de Salud vinculados a las distintas estrategias de salud del Departamento de Sanidad.
- Fomentar la autonomía y participación activa de las asociaciones de pacientes mediante el desarrollo de recursos y dinámicas de colaboración.

Objetivos Específicos a LARGO PLAZO

Implementar modelos de toma de decisiones compartidas en procesos asistenciales, reforzando el papel de pacientes y familias en la gestión de su salud.

4. Fortalecimiento del liderazgo en Enfermería

OBJETIVO GENERAL

Analizar y optimizar el liderazgo y la capacidad resolutive de los profesionales de enfermería para mejorar la calidad de los cuidados en Aragón.

Objetivos Específicos a CORTO PLAZO

Impulsar iniciativas que fortalezcan el liderazgo enfermero en los distintos niveles asistenciales.

Objetivos Específicos a MEDIO PLAZO

Desarrollar programas de acompañamiento y aprendizaje entre profesionales para potenciar el liderazgo, la innovación y la capacidad de gestión en cuidados.

Objetivos Específicos a LARGO PLAZO

Consolidar nuevos perfiles profesionales de enfermería en el sistema sanitario, con competencias avanzadas adaptadas a las necesidades de la población y de la organización sanitaria.

5. Cuidados a lo largo de la vida: intervenciones para cada momento vital

OBJETIVO GENERAL

Desarrollar un modelo de cuidados sensible a los momentos vitales, con especial atención a situaciones de vulnerabilidad.

Objetivos Específicos a CORTO PLAZO

Reforzar la atención y el acompañamiento en las etapas más sensibles de la vida, garantizando cuidados integrales y humanizados en circunstancias complejas de salud.

Objetivos Específicos a MEDIO PLAZO

Desarrollar recursos y formación que apoyen a las personas cuidadoras en su papel dentro del proceso de atención.

Objetivos Específicos a LARGO PLAZO

Desarrollar intervenciones coordinadas para la detección y acompañamiento de personas en situación de soledad no deseada, promoviendo redes de apoyo comunitario.

6. Innovación e investigación en cuidados

OBJETIVO GENERAL

Mejorar la prestación de cuidados de salud basados en la mejor evidencia disponible, a través de la difusión e implantación de la evidencia científica y en colaboración con todos los grupos de interés.

Objetivos Específicos a CORTO PLAZO

- Difundir entre los profesionales la estructura, funciones y recursos disponibles para la implantación de cuidados basados en la evidencia.
- Promover la formación y capacitación de profesionales en metodologías de calidad y en la aplicación de guías y buenas prácticas.

Objetivos Específicos a MEDIO PLAZO

- Potenciar las competencias en el diseño, interpretación y valoración crítica de la investigación en cuidados de salud.
- Apoyar la implantación, evaluación y sostenibilidad de buenas prácticas en distintos entornos asistenciales.

Objetivos Específicos a LARGO PLAZO

- Impulsar la creación de una red de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados[®] que fidelice el uso de prácticas basadas en los mejores resultados de la investigación en cuidados.
- Establecer líneas de colaboración con instituciones y profesionales nacionales, europeos e internacionales.

PROYECTOS

1. Continuidad de cuidados en el entorno del paciente

Proyectos a CORTO PLAZO

Informe Continuidad+: Rediseño del Informe de Continuidad de Cuidados

En colaboración con la Dirección General de Salud Digital e Infraestructuras

Proyectos a MEDIO PLAZO

Proyecto NexoCuidados: sistema de alerta y seguimiento enfermero para garantizar la continuidad asistencial tras el alta hospitalaria, facilitando la coordinación y el contacto con el paciente.

En colaboración con la Dirección General de Salud Digital e Infraestructuras

Proyectos a LARGO PLAZO

Integración de planes de cuidados en la Historia Clínica Electrónica de Aragón (GUHARA)

En colaboración con la Dirección General de Salud Digital e Infraestructuras

2. Reingeniería del sistema para responder a nuevas necesidades de cuidados

Proyectos a CORTO PLAZO

Red de Cuidados Aragón: Reestructuración de las Comisiones de Cuidados.

Proyectos a MEDIO PLAZO

Modelo Cuida Aragón: Adaptación e implantación territorial del modelo nacional de estratificación de pacientes por necesidades de cuidados

Proyectos a LARGO PLAZO

Cuadro de Mandos de Cuidados de Aragón

3. Ciudadanía corresponsable y activa en sus cuidados

Proyectos a CORTO PLAZO

- Escuela de Salud ¿en qué os podemos ayudar?
- Redescubriendo la Escuela de Salud de Aragón

En colaboración con el Servicio Aragonés de Salud

Proyectos a MEDIO PLAZO

- Grupo de trabajo para desarrollo de contenido para la Escuela de Salud en la Estrategia de Enfermedad Renal

En colaboración con la Dirección General de Asistencia Sanitaria y planificación

- Grupo de trabajo dentro del proyecto de acreditación EUnetCCC

En colaboración con la Dirección General de Asistencia Sanitaria y planificación

- Recomendación de activos para las asociaciones pertenecientes a la Red de Escuela de Salud

En colaboración con la Dirección General de Asistencia Sanitaria y planificación

- Participación en el Programa Naturaleza y Salud

En colaboración con el Departamento de Medioambiente y Turismo

Proyectos a LARGO PLAZO

Decidir Juntos: formación en toma de decisiones compartidas para profesionales

4. Fortalecimiento del liderazgo en Enfermería

Proyectos a MEDIO PLAZO

Proyecto Odisea+: Expansión del modelo de mentorización en cuidados

Proyectos a LARGO PLAZO

Modelo desarrollo competencial Aragón: Adaptación e implantación territorial del modelo nacional de perfiles profesionales en cuidados

En colaboración con el Servicio Aragonés de Salud

5. Cuidados a lo largo de la vida: intervenciones para cada momento vital

Proyectos a CORTO PLAZO

- Guía para profesionales: Programa de educación para la maternidad y la paternidad en el nacimiento y la crianza en Aragón

Dirección General de Asistencia Sanitaria y Planificación

- Conecta Escuela de Salud: Reforzando el bienestar emocional en consulta

En colaboración con la Dirección General de Salud Mental

Proyectos a MEDIO PLAZO

Escuela de Cuidadores

Proyectos a LARGO PLAZO

Proyecto para el abordaje integral de la soledad no deseada

En colaboración con la Dirección General de Mayores del Departamento de Bienestar Social y Familia

6. Innovación e investigación en cuidados

Proyectos a CORTO PLAZO

- Taller Programas y proyectos de evidencias: experiencias de implantación
- Convocatoria del Programa Sumamos Excelencia
- Convocatoria del Programa Evidence Implementation Training Program

Proyectos a MEDIO PLAZO

- Curso Básico de Revisiones Sistemáticas en Cuidados de Salud
En colaboración con el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud
- Participación en el **Advance workshop for developing a systematic review** del Centro español para los cuidados de salud basado en la evidencia (CECBE)
- Convocatoria del Programa BPSO® /Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®

Proyectos a LARGO PLAZO

- Sesión informativa en centros universitarios
- III Jornada Centro Español para los Cuidados de salud Basados en la Evidencia (CECBE)
- BPSO® Host Regional

EVALUACIÓN

Línea Estratégica 1	Proyecto asociado	Plazo	Indicador de proceso	Indicador de resultado
Continuidad de cuidados en el entorno del paciente	Informe Continuidad+	corto	% pacientes dados de alta tras un ingreso hospitalario en los que figura Informe de Continuidad de Cuidados registrado en GUHARA	% de profesionales que reportan que el Informe de Continuidad recibido es claro y útil para el seguimiento del paciente
	NexoCuidados	medio	% de pacientes dados de alta que tienen registrado al menos un contacto en AP en los primeros 7 días tras el alta	Reducción porcentual de la tasa de reingresos evitables a 30 días en los pacientes incluidos en NexoCuidados, respecto a la tasa basal
	Integración de planes de cuidados en la Historia Clínica Electrónica de Aragón (GUHARA)	largo	% de planes de cuidados registrados en GUHARA utilizando terminología estandarizada	Mejora en los indicadores de calidad y seguridad relacionados con los cuidados (Ver indicadores de Acuerdos de Gestión Clínica y Contrato Programa)
				% de pacientes que perciben cuidados personalizados y adaptados a su situación, medido mediante encuesta de experiencia del paciente

Línea Estratégica 2	Proyecto asociado	Plazo	Indicador de proceso	Indicador de resultado
Reingeniería del sistema para responder a nuevas necesidades de cuidados	Red de Cuidados Aragón	corto	% de comisiones de cuidados que se han adaptado a la nueva estructura sectorial (Ver Resolución)	% de comisiones que presentan memoria anual de actividades.
	Modelo Cuida Aragón	largo	<i>A definir según Ministerio de Sanidad</i>	<i>A definir según Ministerio de Sanidad</i>
	Cuadro de Mandos de Cuidados	largo	Cuadro de mandos desarrollado (SI/NO)	Mejora en los indicadores de calidad y seguridad relacionados con los cuidados (Ver indicadores de Acuerdos de Gestión Clínica y Contrato Programa)

Línea Estratégica 3	Proyecto asociado	Plazo	Indicador de proceso	Indicador de resultado
Ciudadanía corresponsable y activa en sus cuidados	Escuela de Salud ¿en qué os podemos ayudar?	corto	% profesionales que conocen y recomiendan la Escuela de Salud	Incremento en visitas y uso de la plataforma Escuela de Salud
	Redescubriendo la Escuela de Salud de Aragón	corto	nº campañas y eventos realizados para difusión	Incremento en visitas y uso de la plataforma Escuela de Salud
	Grupo de trabajo para desarrollo de contenido para la Escuela de Salud en la Estrategia de Enfermedad Renal	medio	nº de contenidos desarrollados adaptados	nº usuarios que acceden a contenidos específicos
	Grupo de trabajo dentro del proyecto de acreditación EUnetCCC	medio	nº de contenidos desarrollados adaptados	nº usuarios que acceden a contenidos específicos
	Recomendación de activos para las asociaciones pertenecientes a la Red de Escuela de Salud	medio	Nº asociaciones nuevas que se han incorporado a la Red	% de asociaciones participantes que se integran como activo
				% de asociaciones participantes que implementan mejoras tras el uso de Evalguía (Ver instrumento específico)
	Programa Naturaleza y Salud	medio	Nº de actividades realizadas en el marco del programa	% de participantes que perciben beneficios en su bienestar tras la actividad
	Decidir Juntos	largo	Nº profesionales formados en toma de decisiones compartidas	% pacientes que reportan participación activa en decisiones

Línea Estratégica 4	Proyecto asociado	Plazo	Indicador de proceso	Indicador de resultado
Fortalecimiento del liderazgo en Enfermería	Proyecto Odisea+	medio	Nº de profesionales formados en mentorización	% de centros que implementan programas de mentorización en cuidados
	Modelo desarrollo competencial Aragón	largo	<i>A definir según Ministerio de Sanidad</i>	<i>A definir según Ministerio de Sanidad</i>

Línea Estratégica 5	Proyecto asociado	Plazo	Indicador de proceso	Indicador de resultado
Cuidados a lo largo de la vida: intervenciones para cada momento vital	Programa de educación para la maternidad y la paternidad en el nacimiento y la crianza en Aragón	corto	nº de centros de salud que implementan el programa unificado	% de mujeres gestantes que valoran positivamente el programa
	Conecta Escuela de Salud	corto	nº de profesionales formados en bienestar emocional	% de consultas de bienestar emocional que utilizan recursos de la Escuela de Salud
	Escuela de Cuidadores	medio	nº de formaciones y recursos entregados a cuidadores	% cuidadores que reportan mejora en conocimientos y apoyo
	Proyecto para el abordaje integral de la soledad no deseada	largo	nº de materiales informativos o guías distribuidas para la población o profesionales	% de personas identificadas en situación de soledad no deseada que tienen seguimiento por trabajador social

Línea Estratégica 6	Proyecto asociado	Plazo	Indicador de proceso	Indicador de resultado
Innovación e investigación en cuidados	Taller Programas y proyectos de evidencias: experiencias de implantación	corto	nº de jornadas realizadas	nº de centros que incorporan recomendaciones basadas en la evidencia
			nº de profesionales asistentes	
	Programa Sumamos Excelencia	corto	nº de unidades participantes	% de unidades participantes que realizan la implementación completa del proyecto
	Programa Evidence Implementation Training Program	corto	nº de profesionales participantes	% de profesionales participantes que realizan la implementación completa de un proyecto
	Curso Básico de Revisiones Sistemáticas en Cuidados de Salud	medio	nº de ediciones realizadas	nº de revisiones sistemáticas realizadas
			nº de profesionales formados	
	Advance workshop for developing a systematic review	medio	nº de profesionales participantes	% de profesionales participantes que realizan la publicación de una revisión sistemática en cuidados
	Programa BPSO® /Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®	medio	nº de centros inscritos	% de centros inscritos que realizan la implementación completa de una guía de buenas prácticas
			nº de guías de buenas prácticas implantadas	
	Sesión informativa en centros universitarios	largo	nº de sesiones realizadas	% de estudiantes que manifiestan mayor conocimiento sobre cuidados basados en la evidencia
			nº de asistentes	
	III Jornada Centro Español para los Cuidados de salud Basados en la Evidencia (CECBE)	largo	nº de profesionales asistentes	nº de centros que incorporan recomendaciones basadas en la evidencia
	BPSO® Host Regional	largo	BPSO® Host Regional (SI/NO)	% de centros que renuevan su compromiso tras una primera fase

BIBLIOGRAFÍA

1. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española [Internet]. 23.^a ed. Madrid: Espasa; 2023 [citado 2024 Dic 23]. Disponible en: <https://dle.rae.es/cuidar>
2. Mezquita Pipio C, Siles González J. Aproximación histórica al origen de los cuidados en el Paleolítico: una aportación histórica y antropológica desde la narrativa de J.M. Auel. Madrid: Editorial Publicia; 2014.
3. Mínguez Moreno I. Evolución histórica del pensamiento enfermero en la segunda mitad del Siglo XX y principios del XXI: de la racionalidad técnica a la práctica reflexiva [tesis doctoral]. Alicante: Universitat d'Alacant; 2016 [citado 2024 Dic 23]. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/69435/1/tesis_minguez_moreno.pdf
4. España. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias [Internet]. Madrid: Boletín Oficial del Estado; 2003 [citado 2024 Dic 23]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-21340-consolidado.pdf>
5. European Commission. European Care Strategy for caregivers and care receivers [Internet]. Brussels: European Commission; 2022 Sep 7 [citado 2024 Dic 23]. Disponible en: https://employment-social-affairs.ec.europa.eu/news/european-care-strategy-caregivers-and-care-receivers-2022-09-07_en#navItem-relatedDocuments
6. Consejo de la Unión Europea. Propuesta de Recomendación del Consejo relativa a la revisión de los objetivos de Barcelona sobre los servicios de educación y cuidados de la primera infancia [Internet]. Bruselas: Consejo de la Unión Europea; 2022 [citado 2024 Dic 23]. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52022DC0442>
7. Consejo de la Unión Europea. Recomendación del Consejo sobre el acceso a cuidados de larga duración asequibles y de alta calidad [Internet]. Bruselas: Consejo de la Unión Europea; 2022 [citado 2024 Dic 23]. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/HTML/?uri=COM:2022:441:FIN>
8. Ministerio de Sanidad. Nota de prensa: Constituido el Comité Institucional de la Iniciativa Marco en Cuidados del SNS, un paso más en el liderazgo de la Profesión Enfermera [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; [24 de noviembre de 2022] [citado 2024 Dic 23]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=5948>
9. Ministerio de Sanidad. Marco Estratégico para los Cuidados de Enfermería (MECE) 2025-2027 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; [21 de mayo de 2025] [citado 2025 Ago 25]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/cuidadosEnSalud/marcoEstrategico/docs/MECE.pdf>
10. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. Estrategia de Cuidados de la Comunidad Valenciana [Internet]. Valencia: Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública; [citado 2024 Dic 23]. Disponible en: <https://www.san.gva.es/es/web/enfermeria/estrategia-de-cuidados-de-la-comunidad-valenciana>
11. Servicio Andaluz de Salud. Estrategia de Cuidados de Andalucía [Internet]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; [citado 2024 Dic 23]. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/el-sas/planes-marco-y-estrategias/estrategia-de-cuidados-de-andalucia>

12. Gobierno de Aragón. Plan de Salud de Aragón 2030 [Internet]. Zaragoza: Gobierno de Aragón; [citado 2024 Dic 23]. Disponible en: <https://www.aragon.es/-/plan-de-salud-de-aragon-2030>
13. Gobierno de Aragón. Decreto 39/2024, de 28 de febrero, por el que se aprueba la estructura orgánica del Departamento de Sanidad y del Servicio Aragonés de Salud [Internet]. Zaragoza: Gobierno de Aragón; 2024 [citado 2024 Dic 23]. Disponible en: <https://www.boa.aragon.es/cgi-bin/EBOA/BRSCGI?CMD=VEROBJ&MLKOB=1320380440303>
14. Dirección General de Asistencia Sanitaria, Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón. Resolución de 2 de junio de 2003, por la que se modifica la de 11 de abril de 2018, que regula la creación y funcionamiento de las Comisiones Clínicas y Grupos de Trabajo en los centros sanitarios del Sistema de Salud de Aragón. Zaragoza: Gobierno de Aragón; 2003.
15. World Health Organization. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. Geneva: World Health Organization; 2006
16. World Health Organization. Global Strategy on People-Centered and Integrated Health Services: achieving people-centered health services for all. Geneva: World Health Organization; 2015
17. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2010 [citado 2024 Dic 23]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf>
18. Instituto Aragonés de Ciencias de la Educación. Atlas de la Educación en Aragón [Internet]. Zaragoza: Gobierno de Aragón; [citado 2024 Dic 23]. Disponible en: <https://icearagon.aragon.es/atlas>
19. Instituto Nacional de Estadística. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; [citado 2024 Dic 23]. Disponible en: <https://ine.es/>
20. Gobierno de Aragón. Instituto Aragonés de Estadística [Internet]. Zaragoza: Gobierno de Aragón; [citado 2024 Dic 23]. Disponible en: <https://www.aragon.es/organismos/departamento-de-presidencia-economia-y-justicia/direccion-general-de-politica-economica/instituto-aragones-de-estadistica-iaest->
21. Gobierno de Aragón. Decreto 168/2021, de 26 de octubre, por el que se aprueba y regula el mapa sanitario de Aragón. Boletín Oficial de Aragón [Internet]. 2021 Oct 26 [citado 2024 Dic 26]. Disponible en: <https://www.boa.aragon.es/cgi-bin/EBOA/BRSCGI?CMD=VEROBJ&MLKOB=1191576225858&type=pdf>
22. Instituto de Desarrollo de Aragón. IDE Aragón [Internet]. Zaragoza: Gobierno de Aragón; [citado 2024 Dic 26]. Disponible en: <https://idearagon.aragon.es/portal/>
23. Gobierno de Aragón. ORDEN SAN/713/2024, de 26 de junio, por la que se actualiza el mapa sanitario de Aragón. Boletín Oficial de Aragón [Internet]. 2024 Jun 26 [citado 2024 Dic 26]. Disponible en: <https://www.boa.aragon.es/cgi-bin/EBOA/BRSCGI?CMD=VEROBJ&MLKOB=1341195020404>
24. Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón. Encuesta Europea de Salud 2020. [Internet]. 2020 [citado 2024 Dic 26]. Disponible en: <https://www.aragon.es/documents/20127/1650151/ENCUESTA+EUROPEA+DE+SALUD+2020.pdf/bf4e5592-fc8b-a5c9-5e1c-0297dbffa812?t=1684926046587>

25. Climent Alcalá FJ, García Fernández de Villalta M, Escosa García L, Rodríguez Alonso A, Albajara Velasco LA. Unidad de niños con patología crónica compleja. Un modelo necesario en nuestros hospitales. *An Pediatr (Barc)* [Internet]. 2017 [citado 2025 Ene 20]; 86(5): 284-290. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2017.04.002>
26. Barrio Cortés J, Suárez Fernández C, Bandeira de Oliveira M, Muñoz Lagos C, Beca Martínez MT, Lozano Hernández C, del Cura González I. Enfermedades crónicas en población pediátrica: comorbilidades y uso de servicios en atención primaria. *An Pediatr (Barc)*. [Internet]. 2020 [citado 2025 Ene 20]; 93(3): 183-193. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-pdf-S1695403320300242>
27. Sociedad Española de Pediatría de Atención Primaria (SEPA). Protocolo 26: Atención al niño con complejidad médica o patología crónica compleja [Internet]. Madrid: SEPA; [citado 2025 Ene 20]. Disponible en: <https://sepih.es/protocolos-sepih/protocolo-26-atencion-al-nino-con-complejidad-medica-o-patologia-cronica-compleja/>
28. Penela-Sánchez D, Ricart S, Vidiella N, García-García JJ. Estudio de los pacientes pediátricos crónicos complejos ingresados en un servicio de pediatría a lo largo de 12 meses. *An Pediatr (Barc)* [Internet]. 2020 [citado 2025 Ene 20]; 93(5): 289-295. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.07.028>
29. Gobierno de Aragón. Informe sobre la diabetes infantil 1991-2023 [Internet]. Zaragoza: Gobierno de Aragón; 2023 [citado 2025 Ene 20]. Disponible en: <https://www.aragon.es/documents/d/guest/informe-diabetes-infantil1991-2023-pdf>
30. Jamovi. Version 2.6.26. [Software]. 2025. Disponible en: <https://www.jamovi.org>
31. R Core Team (2024). R: A Language and environment for statistical computing. (Version 4.4) [Computer software]. Retrieved from <https://cran.r-project.org>. (R packages retrieved from CRAN snapshot 2024-08-07).
32. Kazuki, Y. (2019). tableone: Create 'Table 1' to Describe Baseline Characteristics. [R package]. Retrieved from <https://CRAN.R-project.org/package=tableone>.
33. Serdar Balci (2022). ClinicoPath jamovi Module doi:10.5281/zenodo.3997188. [R package]. Retrieved from <https://github.com/sbalci/ClinicoPathJamoviModule>. link.
34. Makowski, Dominique, Lüdtke, Daniel (2019). The report package for R: Ensuring the use of best practices for results reporting. [R package]. Retrieved from <https://github.com/easystats/report>.
35. Wickham, H., Chang, W., Henry, L., Pedersen, T. L., Takahashi, K., Wilke, C., Woo, K., & RStudio (2018). ggplot2: Create Elegant Data Visualisations Using the Grammar of Graphics. [R package]. Retrieved from <https://CRAN.R-project.org/package=ggplot2>.
36. Patil, I. (2018). ggstatsplot: 'ggplot2' Based Plots with Statistical Details. [R package]. Retrieved from <https://CRAN.R-project.org/package=ggstatsplot>
37. Olaz Capitán AJ. La técnica de grupo nominal como herramienta de innovación docente. *RASE* [Internet]. 2013 [citado 2025 abr 9];6(1):114–121.
38. Søndergaard E, Ertmann RK, Reventlow S, Lykke K. Using a modified nominal group technique to develop general practice. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2018 [citado 2025 Abr 8];19(1):117. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6052560/pdf/12875_2018_Article_811.pdf

39. Lyons N, Walton K, Evans J, Kourouche S, Duff J, Dawson P, et al. Using the nominal group technique to determine a nursing decision-making framework for a forensic mental health service. *Int J Ment Health Nurs* [Internet]. 2022 [citado 2025 Abr 8];31(6):1356–66. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9321579/pdf/INM-31-1030.pdf>
40. Graham B, Smith JE, Nelves P, Squire R, Latour JM. Involving patients and caregivers to develop items for a new patient-reported experience measure for older adults attending the emergency department. *Health Expect* [Internet]. 2023 [citado 2025 Abr 8];26(5):2040–9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10485325/pdf/HEX-26-.pdf>
41. World Health Organization. Framework on integrated, people-centred health services [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [citado 2025 Apr 15]. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R24-en.pdf?ua=1
42. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Estrategia de Atención Primaria y Comunitaria del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2019 [citado 2025 May 14]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/docs/Marco_Estrategico_APS_25Abril_2019.pdf
43. Ministerio de Sanidad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2015–2020. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2016 [citado 2025 May 14]. Disponible en: https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/docs/Estrategia_Seguridad_del_Paciente_2015-2020.pdf
44. Council of Europe. Recommendation Rec (2003)24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care. Strasbourg: Council of Europe; 2003. [citado 2025 May 14]. Disponible en: [https://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec\(2003\)24_en.pdf](https://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24_en.pdf)
45. Ministerio de Sanidad. Plan de Humanización del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Gobierno de España
46. World Health Organization. Global report on health equity for persons with disabilities. Geneva: WHO; 2022
47. Ministerio de Sanidad. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Gobierno de España; 2012 [citado 2025 May 19]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/abordajeCronicidad/docs/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
48. World Health Organization. Rebuilding and reforming primary health care in Europe: towards the implementation of the Astana commitments. [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2023 [citado 2025 Abr 15]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/docs/WHO-EURO-2023-8071-47839-70649-eng.pdf>
49. Ministerio de Sanidad. Iniciativa Marco en Cuidados del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022. [citado 2025 May 19]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/cuidadosEnSalud/home.htm>
50. Ministerio de Sanidad. Adapting primary care to the current needs of the population in Spain: final project report. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2023 [citado 2025 May 19]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/docs/Adapting_PC_Spain_Final_Project_Report_EN_vf.pdf

51. Ministerio de Sanidad. Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2025-2027. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024 [citado 2025 May 19]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/atencionPrimaria/docs/PLAN_DE_ACCION_DE_ATENCION_PRIMARIA_Y_COMUNITARIA_2025-2027.pdf.
52. Ministerio de Sanidad. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2013 [citado 2025 May 19]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/estrategiaSNS/docs/EstrategiaPromocionSaludPrevencionSNS.pdf>
53. Gobierno de Aragón. Estrategia de Atención Comunitaria de Aragón. [Internet]. Zaragoza: Departamento de Sanidad; 2023. [citado 2025 May 19]. Disponible en: <https://atencioncomunitaria.aragon.es/wp-content/uploads/2023/03/Texto-EACA-REV-2023.pdf>
54. Gobierno de Aragón. Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de Salud (RAEPS) [Internet]. Zaragoza: Gobierno de Aragón; [citado 2025 May 19]. Disponible en: <https://www.aragon.es/-/red-aragonesa-de-escuelas-promotoras-de-salud-raeps-1>
55. Ministerio de Sanidad. Estrategia de Salud Digital 2021-2026 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021 [citado 2025 May 19]. Disponible en: <https://www.msps.es/areas/saludDigital/esd/home.htm>
56. World Health Organization. Informe sobre la salud en el mundo 2008: la atención sanitaria primaria. Ginebra: 2008.
57. World Health Organization. Rebuilding Primary Health Care: A European Framework for Action. Copenhagen: Oficina Regional para Europa de la OMS; 2022.
58. World Health Organization. A life course approach to health: WHO conceptual framework for action. Geneva; 2021.
59. UNICEF. State of the World's Children 2023: For Every Child, Every Right. New York: UNICEF; 2023.
60. Ministerio de Sanidad. Estrategia de Salud Pública 2022 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022 [citado 2025 May 19]. Disponible en: https://www.msps.es/organizacion/planesEstrategias/saludPublica/docs/Estrategia_de_Salud_Publica_2022.pdf
61. World Health Organization. Health literacy: the solid facts. [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013
62. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International. 2000;15(3):259–67.
63. Broadening Horizons: Strategic Plan 2021-2025 for the Alliance for Health Policy and Systems Research. World Health Organization; 2021.
64. Project Management Institute. A Guide to the Project Management Body of Knowledge (PMBOK® Guide). 7th ed. Newtown Square: PMI; 2021.
65. Kerzner H. Project Management: A Systems Approach to Planning, Scheduling, and Controlling. 12th ed. Hoboken: Wiley; 2017.
66. Bryson JM. Strategic Planning for Public and Nonprofit Organizations. 5th ed. Jossey-Bass. San Francisco; 2018.

67. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Q.* 2004;82(4):581-629
68. World Health Organization. People-centred and integrated health services: an overview of the evidence Interim Report. 2015.
69. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA.* 1988;260(12):1743–8.
70. Villalbí JR, Casas C, Bartoll X, Artazcoz L, Ballestín M, Borrell C, et al. Indicadores para la gestión de los servicios de salud pública. *Gaceta Sanitaria.* 2010 Sep;24(5):378–84.
71. Proyecto EvaluA GPS. EvaluA GPS (EVALGUÍA) [Internet]. Aragón: Servicio Aragonés de Salud; s.f. [citado 9 sep 2025]. Disponible en: <https://evaluagps.salud.aragon.es/>

ANEXO I. COMISIONES DE CUIDADOS EN ARAGÓN

Sector	Comisiones	Dependencia	Temas
Zaragoza I	<ul style="list-style-type: none"> Hospital Royo Villanova Hospital Nuestra Señora de Gracia 	Comisión Central de gestión clínica y calidad asistencial	Elaboración y revisión de procedimientos y protocolos. Capacitación de personal. Implementación de herramientas de monitoreo y evaluación de la calidad. Revisión guías RNAO. Historia Clínica Electrónica. Implementación de técnicas. Seguridad del paciente.
Zaragoza II	<ul style="list-style-type: none"> Hospital Universitario Miguel Servet (representación Atención Primaria) 	Comisión Central de gestión clínica y calidad asistencial	
Zaragoza III	<ul style="list-style-type: none"> Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa 	Comisión Central de gestión clínica y calidad asistencial	Evaluación de protocolos. Cortes de indicadores de cuidados (vigilancia vías venosas, uso de contenciones, identificación del paciente). Programa BPSO.
Calatayud	<ul style="list-style-type: none"> Hospital Ernest Lluch Martín 	Comisión Central de gestión clínica y calidad asistencial	Procedimientos y protocolos (prevención de caídas, inmovilización terapéutica, continuidad de cuidados). Revisión de indicadores. Proyecto humanización en la acogida al paciente hospitalizado.
Huesca	<ul style="list-style-type: none"> Hospital General San Jorge (representación Hospital Sagrado Corazón de Jesús) 		
Barbastro	<ul style="list-style-type: none"> Hospital de Barbastro 		
Teruel	<ul style="list-style-type: none"> Hospital Obispo Polanco 	Comisión Central de gestión clínica y calidad asistencial	Elaboración y revisión de protocolos (seguridad del paciente, cuidados de vías centrales, aplicación de anestesia en niños en urgencias, paciente prequirúrgico). Fomento del registro en Historia Clínica Electrónica. Proyecto unificación toma de constantes.
Alcañiz	<ul style="list-style-type: none"> Hospital de Alcañiz 	Comisión Central de gestión clínica y calidad asistencial	Actualización de protocolos, monitorización de indicadores (cribado de desnutrición, identificación del paciente, control de la flebitis). Formación.

ANEXO II. PARTICIPANTES

Coordinadora General:

Estíbaliz Tolosa Tamayo. Directora General de Cuidados y Humanización.

Grupo coordinador:

Mabel Cano del Pozo. Jefa de Servicio de Cuidados y Alfabetización en Salud.

Marta Arnaldos Esteban. Asesora Técnica.

Gemma Girón Jorcano. Asesora Técnica.

Comité científico CECBE Aragón:

M^a Jesús Barrado Narvién. Enfermera. Hospital Universitario Royo Villanova.

Delia González de la Cuesta. Enfermera. Hospital Universitario Miguel Servet.

Nieves López Ibort. Enfermera. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

Los autores desean agradecer la colaboración del Servicio de Apoyo Metodológico y Estadístico (SAME) del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS).

Grupo nominal:

Coordinación:

Inmaculada Mínguez Moreno. Enfermera. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Universitario Miguel Servet.

Integrantes:

Ana Vecino Soler. Enfermera. Centro de Salud Barrio Jesús.

Sergio Andreu García. Enfermero. Consultas Externas. Hospital Universitario Miguel Servet.

Jessica Montero Marco. Enfermera. Supervisora de investigación. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

Pilar García Aguirre. Enfermera. Supervisora calidad y formación. Hospital Ernest Lluch.

Adolfo Lanao Martín. Enfermero. Dirección Atención Primaria Sector Barbastro.

Mar Soguero Pérez. Enfermera. Responsable de calidad, atención al usuario e investigación. Hospital San José.

Marta Blasco Casorrán. Enfermera. Centro de Salud de Híjar.

Luis Carlos Redondo Castán. Enfermero. SVAE. 061.

ANEXO III. ENCUESTA A LA POBLACIÓN

DESDE LA **DIRECCIÓN GENERAL DE CUIDADOS Y HUMANIZACIÓN**, TRABAJAMOS EN UNA ESTRATEGIA DE CUIDADOS PARA ADAPTARNOS A TUS NECESIDADES.



GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad

¿Cómo percibes que te cuidan los profesionales sanitarios involucrados en tu atención?

¿Cuál es tu edad?

¿Cuál es tu género?

¿Cuál es tu nivel de estudios más alto terminado?

¿Cuál es tu situación laboral?

Respetan mi estilo de vida. Los profesionales que me atienden me escuchan y tienen en cuenta mis necesidades, costumbres y preferencias para adaptar mi plan de cuidados y tratamiento.

Están coordinados para ofrecerme una buena atención. Los profesionales que me atienden en el centro de salud y los que me atienden en el hospital hablan entre ellos y se coordinan para mejorar mi bienestar y mi calidad de vida.

Me ayudan a informarme por internet. Los profesionales que me atienden me informan sobre páginas web y foros de internet de los que me puedo fiar para conocer mejor mi enfermedad, su tratamiento y las consecuencias que pueden tener en mi vida.

Ahora sé cuidarme mejor. Con el apoyo de mis profesionales siento que ha mejorado mi confianza y mi capacidad para cuidar de mí mismo/a, manejar mejor mis problemas de salud y mantener mi autonomía.

Acordamos objetivos para llevar una vida sana y controlar mejor mi enfermedad. He podido acordar con los profesionales que me atienden objetivos concretos sobre alimentación, ejercicio físico y cómo tomar adecuadamente la medicación para controlar mejor mi enfermedad.

Uso internet y el móvil para consultar mi historia clínica. Uso Internet y el móvil para consultar mi historia clínica, resultados de mis pruebas, citas programadas y acceder a otros servicios en la web de mi Servicio de salud.

Se aseguran de que tomo la medicación correctamente. Los profesionales que me atienden revisan conmigo todos los medicamentos que tomo, cómo los tomo, cómo me sientan y puedo consultarles las dudas que tengo.

Se preocupan por mi bienestar. Los profesionales que me atienden se preocupan por mi calidad de vida y los veo comprometidos para que mejore mi bienestar.

Me informan de recursos sanitarios y sociales que me pueden ayudar. Los profesionales que me atienden me informan sobre los recursos sanitarios y sociales de que dispongo (en mi barrio, ciudad o pueblo) y que puedo utilizar para mejorar mis problemas de salud y para cuidarme mejor.

Me animan a hablar con otros pacientes. Los profesionales que me atienden me animan a participar en grupos de pacientes para compartir información y experiencias sobre como cuidarnos y mejorar nuestra salud.

DESDE LA DIRECCIÓN GENERAL DE
CUIDADOS Y HUMANIZACIÓN, TRABAJAMOS
EN UNA ESTRATEGIA DE CUIDADOS PARA
ADAPTARNOS A TUS NECESIDADES.



GOBIERNO
DE ARAGÓN
Departamento de Sanidad

¿Has estado ingresado o has acudido a un servicio de urgencias en los últimos 6 meses?

Marca la respuesta que mejor defina la sensación de seguridad que te ha producido la atención sanitaria recibida durante el tiempo que has estado hospitalizado.

Se preocupan por mí al llegar a casa tras estar en el hospital. Después de recibir el alta del hospital, me han llamado o visitado en casa para ver cómo me encontraba y qué cuidados necesitaba.

Me orientan para no tener una nueva urgencia. Después de haber estado en urgencias, los profesionales que me atienden saben lo que me ha pasado y me orientan para evitar una nueva urgencia.

¿Has recibido atención sanitaria en tu domicilio en los últimos 6 meses?

Me atienden bien en mi domicilio. Los profesionales que me atienden en mi casa tratan de solucionar mis problemas de salud de forma coordinada con los profesionales del centro de salud y del hospital, y si es necesario, con los servicios sociales.

¿Has recibido atención de los servicios sociales en los últimos 6 meses?

Los servicios sociales están coordinados con los servicios sanitarios para ofrecerme una buena atención. Los profesionales que me atienden en los servicios sociales hablan y se coordinan con los profesionales sanitarios para ofrecerme una buena atención.

¿Eres cuidador o cuidadora?

Se preocupan por mi sobrecarga emocional y física. Los profesionales sanitarios y sociales que atienden a la persona que cuido se preocupan por la sobrecarga emocional y física que conlleva ser cuidador y me informan sobre cómo puedo prevenirla.

¿A través de qué canal o medio has conocido esta encuesta?

Para finalizar, nos gustaría conocer tus sugerencias o aportaciones sobre cómo mejorar los cuidados en la Comunidad Autónoma de Aragón. Tu contribución es importante para identificar áreas de mejora y promover un sistema de cuidados más eficiente y accesible para todos.

ANEXO IV. CONVOCATORIA GRUPO NOMINAL



Dirección General de Cuidados y Humanización
Vía Universitat, 38, planta 4ª
50017 Zaragoza

Estimados/as miembros del grupo de trabajo,

Como parte fundamental de la Fase 1: Diseño de la Estrategia de Cuidados de Aragón nos gustaría invitaros a participar en un **Grupo Nominal** que se llevará a cabo según convocatoria adjunta

el próximo **20 de marzo de 2025 (jueves)**

de 9:00 a 13:00 horas

en el aula de formación de la planta 3ª del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Avda. San Juan Bosco, 15 50009 Zaragoza).

Os adjuntamos el **Documento 1: Análisis de la situación**, el cual contiene información relevante con la que es importante que estéis familiarizados antes de la reunión. Esto os permitirá tener una comprensión más clara y aportar de manera más efectiva al grupo. Os pedimos que tratéis este documento con discreción, ya que aún está en revisión y no debe compartirse fuera del grupo de trabajo.

De cara a facilitaros la reflexión personal de forma previa a la sesión del jueves os remitimos la pregunta de investigación que se planteará al grupo nominal: *Como profesional experto en el cuidado, ¿qué líneas estratégicas crees que se deberían plantear basadas en los datos poblacionales, grupos de edad, teniendo en cuenta una perspectiva de género, así como la información recogida sobre determinantes de salud en la población, sin olvidar la estructura del sistema sanitario y teniendo en cuenta las necesidades percibidas y expuestas por la población aragonesa?*

Como parte del proceso de investigación, la **reunión será grabada** para facilitar la recopilación y análisis de los datos más relevantes. Antes de iniciar la grabación, se os proporcionará un consentimiento informado para su firma.

Agradecemos de antemano vuestra colaboración y os solicitamos que confirméis vuestra asistencia respondiendo a este correo. Quedamos a vuestra disposición para cualquier duda o información adicional que podáis necesitar.

Atentamente,

Dirección General de Cuidados y Humanización/
Departamento de Sanidad



ANEXO V. CONSENTIMIENTO INFORMADO GRUPO NOMINAL

ESTRATEGIA DE CUIDADOS DE ARAGÓN. GRUPOS DE TRABAJO. GRUPO NOMINAL- SESIÓN PRESENCIAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES

En el marco del proyecto de La Fase 1: Diseño, dentro de la Estrategia de Cuidados de Aragón, se llevará a cabo un análisis cualitativo que incluye la participación de profesionales clave a través de un grupo nominal.

Durante la sesión, se realizará una grabación con el fin de poder documentar las intervenciones y analizar posteriormente los resultados obtenidos. La grabación será tratada con estricta confidencialidad y su anonimato será garantizado en todo momento. Los datos obtenidos en esta sesión serán utilizados únicamente con fines de análisis dentro del proyecto y no serán compartidos fuera del ámbito de trabajo. Las grabaciones se almacenarán de manera segura y se eliminarán una vez que se haya completado el análisis.

Le agradecemos de antemano su colaboración y el tiempo que dedicará a esta actividad. Si tiene alguna duda sobre el proceso, los fines de la sesión o el uso de la grabación, no dude en contactar con Dña. Marta Arnaldos Esteban a través del correo electrónico marnaldos@salud.aragon.es.

Al firmar este documento, usted consiente de manera explícita que su intervención en la sesión será grabada para los fines mencionados anteriormente.

CONSENTIMIENTO:

Declaro que he leído y comprendido la información proporcionada en este consentimiento informado y doy mi consentimiento voluntario para participar en la sesión y ser grabado/a conforme a los términos expuestos.

Nombre del participante: _____

Firma del participante: _____

Fecha: _____