



el Justicia de Aragón

**Informe Especial  
del Justicia sobre Sanidad  
en el Medio Rural**



## ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>3</b>
<b>2. MARCO JURÍDICO .....</b>	<b>10</b>
2.1. Normativa Estatal .....	10
2.2. La Ley Estatal y las Administraciones Locales .....	13
2.3. Normativa Aragonesa .....	18
<b>3. METODOLOGÍA.....</b>	<b>26</b>
3.1. Recopilación de información .....	26
3.2. Análisis de la información recibida .....	29
3.3. Conclusiones y propuestas .....	30
<b>4. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN .....</b>	<b>31</b>
4.1. Departamento de Sanidad .....	31
4.1.1. Zonas de Salud y población .....	31
4.1.2. Personal.....	43
4.1.3. Acreditación unidades docentes Atención Familiar y Comunitaria .....	60
4.1.4. Atención comunitaria .....	64
4.1.5. Atención urgente.....	70
4.1.6. Inversiones.....	79
4.1.7. Tecnologías de la Información y la Comunicación-Telemedicina - Digitalización .....	80
4.2. Entidades Locales .....	85
4.3. Visitas Centros de Salud .....	97
4.4. Colegios Profesionales .....	99
4.5. Entidades con prestaciones sanitarias .....	107
4.5.1. Cruz Roja.....	107
4.5.2. Los ESAD: Salud y Hospital de San Juan de Dios .....	109
4.6. Prestaciones sanitarias privadas en el ámbito rural. ....	111
4.7. Ámbito residencial.....	113
4.7.1. Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales .....	113
4.7.2. Arade.....	114
4.7.3. Lares.....	115
<b>5. CONCLUSIONES .....</b>	<b>117</b>
<b>6. PROPUESTAS .....</b>	<b>122</b>

<b>7. BIBLIOGRAFÍA / WEBGRAFÍA .....</b>	<b>127</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>133</b>
ANEXO I.....	135
Conclusiones XXXV Jornadas Coordinación de Defensores del Pueblo .....	135
ANEXO II .....	141
Formulario enviado a los Ayuntamientos .....	141
Información al Departamento de Sanidad.....	157
Información al Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales .....	185
ANEXO III – COLEGIOS PROFESIONALES .....	191
Colegio Nacional de Ópticos Óptometristas de Aragón.....	193
Colegio de Psicología de Aragón .....	197
Colegios de Farmacéuticos de Aragón .....	201
Colegios Oficiales de Médicos de aragón .....	225
Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Aragón .....	243
ANEXO IV – ENTIDADES .....	263
Cruz Roja .....	265
Arade.....	331
Lares Aragón.....	343
ANEXO IV – DISTANCIAS .....	347

## 1. INTRODUCCIÓN

En la reunión de coordinación que todas las defensorías españolas mantienen anualmente, celebrada entre Sevilla y Tarifa en octubre de 2019, se acordó que el tema de trabajo en común para el conjunto de defensorías para el siguiente año, el 2020, sería la “Sanidad en el medio rural”. Sus conclusiones deberían ser aprobadas en las Jornadas de Coordinación a celebrar en octubre de ese año en León, bajo la organización del Procurador del Común de Castilla Y León, tras los trabajos de los distintos equipos coordinados por el personal del Defensor del Pueblo de Navarra.

Pero por medio, como en tantas otras cosas, se interpuso la pandemia, y si bien algo se había avanzado en los trabajos iniciales, el conjunto del proyecto debió ser aparcado momentáneamente, dedicándose las defensorías a afrontar los graves problemas que el Covid19 trajo a nuestra sociedad.

Cuando parecía que el virus empezaba a estar vencido, o cuando menos creíamos que sabíamos vivir con él, se tomó la decisión de proseguir con aquel inicial proyecto, a la espera de que, en octubre de este 2022, León acogiera la reunión que diera visibilidad al trabajo realizado.

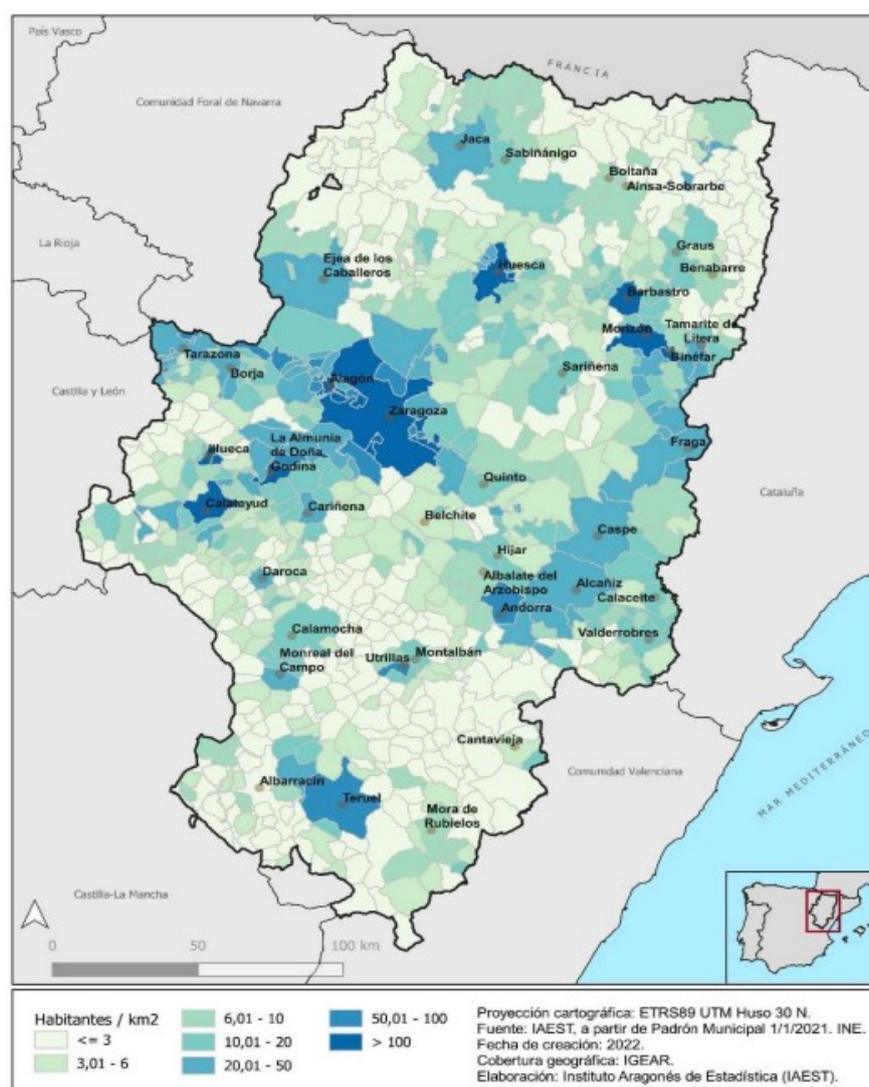
Es en este entorno en el que, desde el Justicia de Aragón y dado que había que aportar al trabajo común nuestras propias experiencias, datos y peculiaridades en torno al tema de la “Sanidad en el medio rural”, el Justicia Dolado tomó la decisión de acometer un informe especial sobre la materia.

Los informes especiales del Justiciazo se han convertido en manos de los distintos titulares de la institución en un instrumento que sirve para conocer en profundidad, diagnosticar y, en la medida de lo posible, aportar elementos de mejora en materias concretas de singular importancia. En lo que llevamos de mandato de Ángel Dolado se han acometido ya cuatro informes especiales, junto a otros informes sectoriales. En concreto los informes especiales han sido: Teruel, Soledad de los mayores, Menores y Juego y el último sobre Vivienda Social en 2021, al que ahora unimos este nuevo informe que tratará de aportar una transversal y extensa visión, más cuantitativa que cualitativa, sobre la situación de la sanidad en el mundo rural aragonés.



La realidad demográfica de la que partimos es sobradamente conocida. Aragón, conforme a los últimos [datos básicos publicados por el IAEST](#) este mismo año 2022, contaba a 1 de enero de 2021 con una población de 1.326.261 habitantes en sus 47.720,3 Km<sup>2</sup> de extensión, lo cual nos daría un índice de densidad de 27,79 habitantes por Km<sup>2</sup>, si bien con una distribución muy desigual a lo largo de nuestro territorio con zonas consideradas auténticos desiertos demográficos (menos de 3 habitantes por Km<sup>2</sup>) y zonas densamente pobladas (más de 100 hab/Km<sup>2</sup>), como se aprecia en el siguiente mapa:

### Densidad de población



Esta población está distribuida en 731 municipios que, conforme al glosario del Instituto Nacional de Estadística que considera municipios urbanos los que tienen más de 10.000 habitantes y municipios rurales los que están por debajo de ese umbral - con una subdivisión en estos últimos entre los rurales intermedios (2.000-10.000 habs.) y pequeños o rurales (hasta 2.000 habs)-, el IAEST distribuye por zonas con este detalle:

Distribución de la población por zonas. Aragón.

	Municipios		Población	
	Número	%	Número	%
<b>Total</b>	<b>731</b>	<b>100</b>	<b>1.326.261</b>	<b>100</b>
Zona Rural	674	92,2	210.283	15,9
Zona Intermedia	43	5,9	181.911	13,7
Zona Urbana	14	1,9	934.067	70,4

Fuente: IAEST con datos del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2021.

**Zona rural:** constituida por municipios de hasta 2.000 habitantes.

**Zona intermedia:** municipios de 2.001 a 10.000 habitantes.

**Zona urbana:** municipios de más de 10.000 habitantes.

Lo que nos lleva a destacar que tan solo 14 municipios (el 1,9% del total) tienen más de 10.000 habitantes si bien representan un 70,4% de la población total de Aragón; de tal manera que, con carácter general, **cuando se habla de zona rural en Aragón se hace referencia al 98,1% de los municipios, pero tan sólo al 29,6% de la población.**

Esto supone una distribución de población entre los distintos tipos de municipios -circunstancia de gran trascendencia a la hora de organizar la prestación de los servicios públicos- muy diferente a la que existe en España en su conjunto, tal y como se aprecia en la siguiente tabla:

### Municipios

Población según tamaño del municipio. Año 2021.

Unidad: habitantes y porcentaje.

	Aragón		España	
	Población	%	Población	%
<b>Total</b>	<b>1.326.261</b>	<b>100</b>	<b>47.385.107</b>	<b>100</b>
Capitales de provincias	764.724	57,66	15.211.475	32,10
Municipios que no sean capitales	561.537	42,34	32.173.632	67,90
Hasta 100 habitantes	12.187	0,92	78.172	0,16
De 101 a 500 habitantes	77.538	5,85	651.192	1,37
De 501 a 1.000 habitantes	59.958	4,52	721.010	1,52
De 1.001 a 5.000 habitantes	161.843	12,20	4.236.718	8,94
De 5.001 a 10.000 habitantes	80.668	6,08	3.902.355	8,24
De 10.001 a 20.000 habitantes	169.343	12,77	4.894.070	10,33
Más de 20.000 habitantes	0	0,00	17.690.115	37,33

Fuente: Instituto Aragonés de Estadística con datos del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2021.



No obstante, como se detallará al hablar de la metodología de nuestro informe, a la hora de tratar los datos, y para evitar distorsiones, hemos optado por combinar el concepto de zona rural –menos de 10.000 habitantes- con la organización del sistema aragonés de salud en Zonas Básicas de Salud y, por tanto, hemos centrado nuestro análisis en aquellas zonas de salud con una población asignada de hasta 10.000 habitantes.

No es algo nuevo para el equipo del Justiciazgo el tomar contacto y tener conocimiento con y de la realidad sanitaria del Aragón rural, pues a lo largo de los años, y en especial en los cuatro en los que el Justicia Dolado es el titular de esta Institución estatutaria, lo que se plasma en la resolución de los múltiples expedientes de queja que al respecto se han tramitado, cuya constancia se encuentra en los informes anuales de los últimos años, remitidos a las Cortes de Aragón, y que pueden ser consultados en: [Informes Anuales Justicia de Aragón](#).

Para la realización de este informe se ha contado, como no podía ser de otra forma, con la ayuda principalmente, entre otras administraciones y entidades, del Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón con el que se han mantenido diversas reuniones y el que ha aportado gran número de documentación y datos. Pero también se ha producido un trabajo de campo, ciertamente menor en cuanto a la cantidad de centros de salud y ambulatorios visitados, pero que ha facilitado al equipo redactor del informe una visión directa y personal de la problemática de los profesionales que en ellos trabajan, y la materialización de las reales quejas que el colectivo sanitario del sistema público nos ha trasladado.

Pero la transversalidad del proyecto desde su inicio ha hecho necesario que se cuente también con la ayuda de los distintos colegios profesionales sanitarios (médicos, enfermería, farmacéuticos, psicología, ópticos-optometristas, odontólogos y fisioterapeutas), ya sean provinciales o autonómicos, pues la sanidad en el ámbito rural no se circunscribe exclusivamente a las prestaciones que puedan darse desde el Servicio Aragonés de Salud, especialmente en atención primaria, sino que comprenden, o deberían comprender, muchos otros servicios. En este sentido han sido muy constructivas, y sorprendentes en algún caso, la información trasladada, con matices reivindicativos a los que desde el Justiciazgo se da voz.

Una cuestión que desde un primer momento preocupó al equipo en cuyas manos recayó la realización del proyecto, compuesto íntegramente por personal propio

del Justiciazgo, fue la incidencia y coste que el sistema sanitario tenía sobre los entes locales. Se planteó el saber los medios materiales, personales y económicos que los distintos ayuntamientos dedican a la salud de sus vecinos, como un punto de singular importancia en el proyecto, y para ello resultaba imprescindible el apoyo de la Federación Aragonesa de Municipios, Comarcas y Provincias, a la hora de difundir y posteriormente recopilar las solicitudes de información que se debían trasladar a los mismos. La respuesta a los cuestionarios remitida a los ayuntamientos con municipios y entidades singulares de población pertenecientes a zonas básicas de salud con una población asignada de hasta 10.000 habitantes en nuestra comunidad podemos calificarla de exitosa, y casi sorprendente, pues se remitieron 601 cuestionarios, recibiendo 402 respuestas.

Realizar una “foto fija” sobre la sanidad en el medio rural aragonés tiene la dificultad añadida de que, tras la situación a la que nos ha llevado la pandemia, nos encontremos en unos momentos de cambio estructurales. Es por ello que este informe intenta plasmar la realidad a la fecha de su elaboración, pero también da cuenta de los proyectos futuros, y aún las quejas y reivindicaciones, que al Justiciazgo le han sido trasladados por las administraciones y entidades públicas y privadas involucradas en este difícil sector.

Aunque en algún momento del informe se haga referencia a los aspectos económicos que envuelven a la prestación de servicios sanitarios en el ámbito rural, y la asunción de los mismos por alguna de las administraciones implicadas, no es función de este trabajo profundizar en el sistema de financiación de este pilar del estado del bienestar, cuyas bases son competencias estatales, y en consecuencia debería asumir su coste, y para ello se cuenta con un intrincado sistema de fondos diversos; la gestión lo es de la administración autonómica, que en nuestro sistema de financiación autonómico debería recibir el coste real del servicio como gestora del mismo, pero que también cuenta con derivaciones de gasto como se verá hacia las administraciones locales. La necesidad de una revisión del sistema de financiación de la sanidad rural, en el que quede claro que si es competencia estatal una parte del sistema sanitario (líneas básicas), es él quien debe asumir el coste de las mismas, dejando a las comunidades autónomas las competencias en gestión, pero con la dotación presupuestaria adecuada, en este nuestro sistema de centralización en la recaudación y federalización en el gasto, resulta apremiante.

Como en más de una ocasión ha señalado el Defensor del Pueblo estatal, Ángel Gabilondo, no es función de las defensorías el dar soluciones a los problemas que afectan a los derechos de los ciudadanos, lo que desde competencia de las distintas administraciones competentes en cada materia, pero sí que entra dentro de las competencias de los ombudsmen el diagnosticar las causa de los problemas, y en la medida de lo posible dar criterios o líneas de actuación que puedan coadyuvar a su solución.

Somos desde el Justicia de Aragón conscientes de que nos encontramos en un momento en que nuestro hasta hace poco gran valorado sistema sanitario público, en palabras del presidente de Aragón, Javier Lambán, en su comparecencia ante el Plano de las Cortes de Aragón el pasado día 7 de setiembre, *“ha entrado en crisis y puede llegar a entrar en colapso”*, por lo que cualquier aportación, en este caso desde el Justiciazgo, que se pueda hacer, se convierte en una obligación en el cumplimiento de las misiones que legalmente nos vienen conferidas. Igualmente la reconocida públicamente carencia de profesionales sanitarios ha llevado a que la Consejera de Sanidad aragonesa, en los primeros días de setiembre se haya pronunciado en pos de un aumento de las plazas universitarias en medicina o enfermería en la Universidad de Zaragoza, e incluso en cuanto al estudio de implementar de futuro dicho primer grado en la Universidad San Jorge, y ello envuelto en un grave problema poblacional, que sociológicamente debe llevar a analizar la *“huida”* del mundo rural por muchos de sus actuales habitantes, junto a la carencia de incentivos que lleven a él nuevos profesionales, bajo ese quizás erróneo concepto, pero plenamente instaurado en nuestra ciudadanía, de que *“en la ciudad se vive mejor y se tienen más oportunidades”*.

Señalar igualmente que en el periodo de redacción de este informe se han producido distintas reacciones por parte, sobre todo, de diversos colegios profesionales a la situación de nuestra sanidad en el ámbito rural, en especial respecto, sindicatos y asociaciones al *“Plan de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023”* presentado por el Gobierno de Aragón, que ha llevado a contestaciones públicas por parte del Departamento de Sanidad, y aún alguna en sede parlamentaria, debiendo dejarse claro desde el Justiciazgo que no existe en este trabajo intención de crear controversia alguna, pero sí tener una visión objetiva y amplia de la realidad, y, como siempre sucede en las actuaciones del Justicia de Aragón, poder proponer vías de mejora en lo que es importante: el servicio a la ciudadanía.

Debemos cerrar esta introducción manifestando que sabemos que muchos ámbitos de lo que es “sanidad” en sentido amplio no han podido ser objeto de análisis en este trabajo. El sector de los balnearios aragoneses es un ejemplo de ello, y desde el Justiciazgo debemos trasladar nuestro aprecio por la gran labor que se realiza en estos establecimientos que saben reunir su función sanitaria con la de turismo en el ámbito rural. Pero también reconocemos no se ha podido incluir aspecto como los servicios que para la sanidad humana prestan los profesionales de la veterinaria (inspecciones sanitarias, control de alimentos, etc.), la asistencia sanitaria en los eventos deportivos (una gran carencia en muchos casos), en espectáculos y actos taurinos (con especial y muy concreta regulación en este aspecto), o los servicios que se prestan en el convenio entre la Guardia Civil y el Salud en cuanto a los rescates en montaña, y que ya fue tratado por el Justiciazgo en un informe de 2.018, entre otros.

Por último, cabe señalar, como indicábamos al comienzo de esta introducción, que cuando este informe se encontraba ya en fase de finalización en su redacción, tuvieron lugar en León las XXXV Jornadas de Coordinación de Defensores del Pueblo, bajo el lema “*La prestación del servicio público de salud en el medio rural*”, con especial e importante participación de personal del Justiciazgo y del Gobierno de Aragón, cuyas recomendaciones finales se incluyen [Anexo I](#) a este trabajo.

## 2. MARCO JURÍDICO

Salvo la normativa aragonesa, este apartado ha sido tomado del trabajo “*La atención sanitaria pública en el medio rural*”, emanado del Taller de preparación de la Jornada de Coordinación de defensorías españolas, celebrado en Pamplona entre el 26 y 28 de abril de 2022, bajo la coordinación del Defensor del Pueblo de Navarra.

### 2.1. Normativa Estatal

#### **Constitución Española**

El artículo 43 de la Constitución española reconoce el derecho a la protección de la salud y encomienda a los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La Constitución dispone también que la ley establecerá los derechos y deberes de todos y todas al respecto.

La tutela del derecho a la salud de la ciudadanía ha de hacerse de modo efectivo y adecuado y en condiciones de igualdad efectivas y reales (artículo 9.2), al margen del lugar de residencia de los particulares o de sus posibilidades físicas o económicas para desplazarse. A este respecto, el artículo 139.1 de la Constitución dispone que todos los españoles y españolas tienen los mismos derechos en cualquier parte del territorio del Estado.

Este derecho constitucional a la protección de la salud guarda una indudable relación con otros derechos reconocidos constitucionalmente. Así, en el artículo 41 de la Constitución Española se encomienda a los poderes públicos el mantenimiento de un régimen público de Seguridad Social para toda la ciudadanía, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, y el artículo 49 establece que dichos poderes públicos también deben realizar una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de las personas con discapacidad, a las que prestarán la atención especializada que requieran y les ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que la Constitución otorga a toda la ciudadanía.

También guarda relación con el principio de igualdad de todas las personas ante la ley que consagra el artículo 14 de la Constitución, sin que puedan existir circunstancias sociales que supongan una discriminación entre la ciudadanía. Igualdad que, en un Estado social, debe ser real y efectiva, correspondiendo a los poderes públicos remover los obstáculos que puedan impedir o dificultar su plenitud.

En cuanto al alcance del derecho a la protección a la salud, el Tribunal Constitucional ha interpretado en su Sentencia 139/2016, de 21 de julio, que (fundamento octavo):

*“La naturaleza del derecho a la salud como principio rector no implica que el art. 43 CE constituya una norma únicamente programática, vacía de contenido, sin referencias que lo informen, especialmente con relación al legislador, que debe configurarlo en virtud del mandato del art. 43.2 CE para que establezca las prestaciones necesarias para tutelar la salud pública. (STC 233/2007, de 5 de noviembre, FJ 7; 154/2006, de 22 de mayo, FJ 8, y 14/1997, de 28 de enero, FJ 11). En consecuencia, el art. 43 CE debe ser considerado como un principio rector constitucional dirigido a orientar y determinar la actuación de los poderes públicos (ATC 221/2009, de 21 de julio, FJ 4), expresivo de “un valor de indudable relevancia constitucional” (ATC 96/2011, FJ 5), lo que se traduce en su obligación “de organizar” la salud pública y de “tutelarla a través de las medidas, las prestaciones y los servicios necesarios” (STC 95/2000, de 10 de abril, FJ 3). En suma, el desarrollo del art. 43 CE y la articulación del derecho a la protección de la salud requieren que el legislador regule las condiciones y términos en los que acceden los ciudadanos a las prestaciones y servicios sanitarios, respetando el contenido del mandato constitucional. Debe tenerse presente que, dada la ubicación sistemática del art. 43 CE, nos encontramos ante una remisión a la libertad de configuración del legislador ordinario que deriva de lo dispuesto en el art. 53.3 en relación con el art. 43.2 CE”.*

Por otro lado, la sanidad, entendida esta como el conjunto de prestaciones del servicio público dirigidas a proteger el derecho de todas las personas a la salud, ha recibido la calificación de servicio público esencial o fundamental (artículo 15 de la Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de Financiación de las Comunidades Autónomas).

En este sentido se pronunció el Tribunal Supremo (Sala de lo Contencioso-Administrativo) en su sentencia de 1 octubre 1984, donde declaró lo siguiente:

*“La naturaleza de la acción sanitaria debe concebirse como un servicio público, máxime después de la declaración constitucional-art. 43.2-, de que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios”.*

Esta configuración de la sanidad como un servicio público fundamental resulta de gran trascendencia porque implica la necesaria e ineludible titularidad pública del servicio, su universalidad y gratuidad, y que su prestación deba realizarse de acuerdo con los principios de igualdad y proximidad, sin importar el lugar de residencia de las personas a las que se dirige el servicio sanitario, y, en todo caso, de acuerdo con unos estándares aceptables de calidad.

### **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad**

En desarrollo de las anteriores previsiones constitucionales, se aprobó la Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad.

El artículo 3 de esta ley establece que “la asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva”, siendo una de las características del sistema nacional de salud, la extensión de sus servicios a toda la población.

Así, el artículo 12 de la Ley general de sanidad dispone que los poderes públicos orientarán sus políticas de gasto sanitario en orden a corregir desigualdades sanitarias y garantizar la igualdad de acceso a los servicios sanitarios públicos en todo el territorio español, según lo dispuesto en los artículos 9.2 y 158.1 de la Constitución.

La atención primaria de salud juega un papel fundamental en la extensión de los servicios sanitarios a toda la población y en la garantía de la equidad del sistema. Dicha atención se presta a través de los centros de salud, que están configurados legalmente como centros integrales de atención primaria.

A los centros de salud se les encomienda el desarrollo de forma integrada y mediante el trabajo en equipo de todas las actividades encaminadas a la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, tanto individual

como colectiva, de las personas que habitan en la zona básica, a cuyo efecto, se les debe dotar de los medios personales y materiales que sean precisos para el cumplimiento de dicha función (artículo 63), y se les atribuyen las siguientes funciones (artículo 64):

- a) Albergar la estructura física de consultas y servicios asistenciales personales correspondientes a la población en que se ubica.
- b) Albergar los recursos materiales precisos para la realización de las exploraciones complementarias de que se pueda disponer en la zona.
- c) Servir como centro de reunión entre la comunidad y el personal profesional sanitario.
- d) Facilitar el trabajo en equipo del personal profesional sanitario de la zona.
- e) Mejorar la organización administrativa de la atención de salud en su zona de influencia.

## 2.2. La Ley Estatal y las Administraciones Locales

Cabe señalar, dado el marco territorial al que viene definido este informe, lo que esta norma estatal refiere respecto de las entidades locales.

La Ley 14/1986 General de Sanidad, en su capítulo III, del Título II, establece las competencias de las Corporaciones Locales en materia sanitaria, dentro del Sistema Nacional de Salud. Están recogidas en el **artículo 42, y son las siguientes:**

Las normas de las Comunidades Autónomas, al disponer sobre la organización de sus respectivos servicios de salud, deberán tener en cuenta las responsabilidades y competencias de las provincias, municipios y demás Administraciones Territoriales intracomunitarias, de acuerdo con lo establecido en los Estatutos de Autonomía, la Ley de Régimen Local y la presente Ley.

Las Corporaciones Locales **participarán en los órganos de dirección** de las Áreas de Salud.

No obstante, **los Ayuntamientos**, sin perjuicio de las competencias de las demás Administraciones Públicas, tendrán las siguientes **responsabilidades**

**mínimas** en relación al obligado cumplimiento de las normas y planes sanitarios:

- Control sanitario del medio ambiente: Contaminación atmosférica, abastecimiento de aguas, saneamiento de aguas residuales, residuos urbanos e industriales.
- Control sanitario de industrias, actividades y servicios, transportes, ruidos y vibraciones.
- Control sanitario de edificios y lugares de vivienda y convivencia humana, especialmente de los centros de alimentación, peluquerías, saunas y centros de higiene personal, hoteles y centros residenciales, escuelas, campamentos turísticos y áreas de actividad físico deportivas y de recreo.
- Control sanitario de la distribución y suministro de alimentos, bebidas y demás productos, directa o indirectamente relacionados con el uso o consumo humanos, así como los medios de su transporte.
- Control sanitario de los cementerios y policía sanitaria mortuoria.

Para el desarrollo de las funciones relacionadas en el apartado anterior, los Ayuntamientos deberán **recabar el apoyo técnico** del personal y medios de las Áreas de Salud en cuya demarcación estén comprendidos.

El **personal sanitario** de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas que preste apoyo a los Ayuntamientos en los asuntos relacionados en el apartado 3 tendrá la consideración, a estos solos efectos, de personal al servicio de los mismos, con sus obligadas consecuencias en cuanto a régimen de recursos y responsabilidad personales y patrimonial-

### **III. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.**

Esta ley establece acciones de coordinación y cooperación de las administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar a la ciudadanía el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar los principios de equidad, calidad y participación social en el sistema nacional de salud.

Dichos principios se definen en el texto legal del siguiente modo:

- a) Equidad, en la línea de desarrollo del principio constitucional de igualdad, que garantice el acceso a las prestaciones y, de esta manera, el derecho a la protección de la salud en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio y posibilite la libre circulación de todas las personas.
- b) Calidad, que conjugue la incorporación de innovaciones con la seguridad y efectividad de estas, que oriente los esfuerzos del sistema hacia la anticipación de los problemas de salud o hacia soluciones eficaces cuando estos aparecen; calidad que evalúe el beneficio de las actuaciones clínicas incorporando solo aquello que aporte un valor añadido a la mejora de la salud, e implicando a todos los actores del sistema.
- c) Y, por último, participación ciudadana, tanto en el respeto a la autonomía de sus decisiones individuales como en la consideración de sus expectativas como colectivo de usuarios del sistema sanitario, y para permitir el intercambio de conocimientos y experiencias.

Estos principios de equidad, calidad y participación social cobran una especial relevancia en el medio rural, dada la situación de partida de desventaja en la que se encuentran los recursos (humanos y materiales) e infraestructuras y servicios con las que cuenta el Sistema Nacional de Salud en los núcleos con escasa población, por lo que se hace más imperioso su cumplimiento y la adopción de medidas que los garanticen.

A estos principios de equidad, calidad y participación, que podríamos calificar de “*esenciales*” del sistema sanitario español, la ley añade los siguientes principios generales:

- a) La prestación de los servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud en condiciones de igualdad efectiva y calidad, evitando especialmente toda discriminación entre mujeres y hombres en las actuaciones sanitarias.
- b) El aseguramiento universal y público por parte del Estado.
- c) La coordinación y la cooperación de las administraciones públicas sanitarias para la superación de las desigualdades en salud.

- d) La prestación de una atención integral a la salud, comprensiva tanto de su promoción como de la prevención de enfermedades, de la asistencia y de la rehabilitación, procurando un alto nivel de calidad.
- e) La financiación pública del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con el vigente sistema de financiación autonómica.
- f) La igualdad de oportunidades y la libre circulación de los y las profesionales en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.
- g) La colaboración entre los servicios sanitarios públicos y privados en la prestación de servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud.
- h) La colaboración de las oficinas de farmacia con el Sistema Nacional de Salud en el desempeño de la prestación farmacéutica.

**Ley 45/2007, de 13 de diciembre, para el desarrollo sostenible en el medio rural.**

La Ley 45/2007, de 13 de diciembre, para el desarrollo sostenible en el medio rural, contempla entre sus objetivos generales la necesidad de “potenciar la prestación de unos servicios públicos básicos de calidad, adecuados a las características específicas del medio rural, en particular en los ámbitos de la educación, la sanidad y la seguridad ciudadana”.

En lo que respecta a la sanidad, dicha ley establece:

*“De modo complementario, las medidas sanitarias requieren una adaptación del sistema público de salud a las necesidades del medio rural, completando las infraestructuras sanitarias, manteniendo y mejorando los equipamientos, y garantizando el acceso a una atención sanitaria especializada de calidad en todo tipo de zonas rurales”, llegando incluso a establecer la necesidad de que se prevean “(...) medidas para propiciar que los empleados públicos, preferentemente los docentes y sanitarios, se establezcan en el medio rural”.*

A tal efecto, el artículo 30 de la ley se refiere a la prestación sanitaria en el medio rural y establece lo siguiente:

*“Para facilitar el acceso de la población rural a unos servicios públicos sanitarios de calidad, el Programa (de Desarrollo Rural Sostenible) podrá establecer medidas que persigan:*

*a) La mejora de la sanidad, en particular de la Atención Primaria, singularmente en las zonas rurales prioritarias, que permita asegurar unos servicios sanitarios básicos de proximidad en cada zona rural.*

*a) La puesta a disposición de los profesionales del Sistema Nacional de Salud, que ejercen en el medio rural, de las más modernas tecnologías y medios y, en particular, de la telemedicina.*

*b) La mejora del acceso de los ciudadanos que residen en el medio rural a una atención sanitaria especializada de calidad, prestando una atención singular a las urgencias médicas”.*

Por su parte, el artículo 31, referido al empleo público, dispone que:

*“Con objeto de propiciar su estabilidad en el medio rural, el Programa podrá establecer, mediante incentivos administrativos, profesionales o económicos, medidas específicas de apoyo para los empleados públicos que realicen su actividad profesional y residan en el medio rural, singularmente en las zonas rurales prioritarias. Estas medidas se aplicarán con carácter preferente a los empleados públicos docentes y sanitarios”.*

### **El Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud**

En su artículo 1.2, este Real Decreto establece que la delimitación del marco territorial, que abarcará cada Zona de Salud, se hará por la Comunidad Autónoma, teniendo en cuenta criterios demográficos y sociales. Y añade que, en aplicación de estos criterios, la población protegida a atender en cada Zona de Salud podrá oscilar entre 5.000 y 25.000 habitantes, tanto en el medio rural como en el medio urbano.

No obstante, el precepto admite que, excepcionalmente, pueda determinarse una Zona cuya cifra de población sea inferior a 5.000 habitantes para medios rurales, donde la dispersión geográfica u otras condiciones del medio lo aconsejen. Asimismo, y también con carácter excepcional, se admite que una Zona pueda

abarcar una población mayor cuando las circunstancias poblacionales lo aconsejen.

El artículo 2.2 dispone que *“en el medio rural podrá, existir un Consultorio Local en cada una de las localidades restantes que constituyan la Zona”*.

Finalmente, el artículo 6. 2 establece que *“en el medio rural la atención se prestará en un tiempo de mañana y otro de tarde, en el Centro de Salud, Consultorios Locales y domicilio, tanto en régimen ordinario como de urgencia”*.

### 2.3 Normativa Aragonesa

La regulación sanitaria, tanto directa como accesoria, es abundante y pormenorizada en aspecto muy concretos a regular, ya por leyes autonómicas, decretos, pero también por distintas normas de menor rango normativo, como ordenes e incluso instrucciones, e incluso en algunos casos, en el ámbito local, mediante variadas ordenanzas que de una forma u otra inciden en ella.

De entre ese variado conjunto normativa cabe destacar en lo que afecta al objeto de este informe las concretas normas que se exponen.

#### **Ley Orgánica 5/2007, de 20 de abril, de reforma del Estatuto de Autonomía de Aragón**

La primera, y fundamental, de las normas aragonesas a las que hemos de hacer referencia es una nuestro Estatuto de Autonomía que, en su artículo 14, actualmente vigente, se refiera a las competencias en materia de sanidad que, conforme al artículo 149.21 de la Constitución Española, le corresponden y que ya fueron asumidas con carácter exclusivo por el artículo 35.1.40 de la primera redacción del Estatuto de Aragón de 10 de agosto de 1982:

##### ***“Artículo 14. Derecho a la salud.***

*1. Todas las personas tienen derecho a acceder a los servicios públicos de salud, en condiciones de igualdad, universalidad y calidad, y los usuarios del sistema público de salud tienen derecho a la libre elección de médico y centro sanitario, en los términos que establecen las leyes.*

*2. Los poderes públicos aragoneses garantizarán la existencia de un sistema sanitario público desarrollado desde los principios de universalidad y calidad, y una asistencia sanitaria digna, con información suficiente al paciente sobre los derechos que le asisten como usuario.*

*3. Los poderes públicos aragoneses velarán especialmente por el cumplimiento del consentimiento informado.*

*4. Todas las personas podrán expresar su voluntad, incluso de forma anticipada, sobre las intervenciones y tratamientos médicos que desean recibir, en la forma y con los efectos previstos en las leyes”.*

Insiste nuestro Estatuto en la configuración de la sanidad como un servicio público fundamental que debe ser prestado por los Poderes Públicos en condiciones de igualdad, universalidad y calidad con pleno respeto a la dignidad humana por lo que incide tanto en el derecho de la ciudadanía a ser informada de cuantos derechos le asisten en esta materia como a que su voluntad sea tenida en cuenta a la hora de ser objeto de cualquier intervención o tratamiento médico.

### **Ley 6/2002, de 15 de abril, de salud de Aragón**

Fue la reforma del Estatuto de Aragón de 30 de diciembre de 1996 la que modificó el artículo 37, que paso a ser el 39, conforme al cual se estableció en su apartado primero que correspondía a Aragón la ejecución de la legislación básica del Estado en lo relativo, entre otras materias, a la “*gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, de acuerdo con lo previsto en el número diecisiete del apartado 1 del artículo 149 de la Constitución, reservándose el Estado la alta inspección conducente al cumplimiento de la función a que se refiere este precepto*”, lo que abrió la puerta a un proceso de negociación con el Estado que culminó con la transferencia de las competencias en materia sanitaria con fecha 1 de enero de 2002

Ese mismo año, se aprobó la Ley 6/2002 de Salud de Aragón que tiene por objeto, tal y como recoge su exposición de motivos “*la regulación de las actuaciones que, en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón, permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud que reconoce la Constitución Española de 1978 en su artículo 43*” y ello conforme a la previsión citada del

artículo 39 del Estatuto de 1996 y a la competencia exclusiva en materia de sanidad e higiene conferida por el artículo 35.1.40.

La Ley configura el Sistema de Salud de Aragón como *“el conjunto de actividades, servicios y prestaciones que tienen por finalidad la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad y la asistencia sanitaria en los casos de pérdida de la salud, además de las acciones rehabilitadoras oportunas”* (art. 1.2) y entre los principios rectores que la inspiran recogidos en su artículo 2, en relación al objeto de nuestro informe, debemos destacar los siguientes:

- Universalización de la atención sanitaria, garantizando la igualdad en las condiciones de acceso a los servicios y actuaciones sanitarias y la equidad en la asignación de los recursos.
- Aseguramiento y financiación pública del Sistema de Salud de Aragón.
- Integración funcional de todos los recursos sanitarios públicos y ordenación territorial de los centros y servicios sanitarios en áreas y zonas de salud, armonizándola con la comarcalización general de Aragón.
- Coordinación de los recursos sanitarios, sociosanitarios y de salud laboral.
- Subsidiariedad de los medios y las actividades privadas.
- Acreditación y evaluación continua de los dispositivos públicos y privados del Sistema de Salud de Aragón, a los efectos de la determinación de las condiciones de su funcionamiento, aplicando criterios objetivos y homogéneos.
- Calidad permanente de los servicios y prestaciones para lograr la máxima eficacia y eficiencia en la asignación, utilización y gestión de los recursos, así como la satisfacción de los usuarios.
- Participación social y comunitaria en la formulación de la política sanitaria y en el control de su ejecución, en los términos previstos en la presente Ley.
- Descentralización y desconcentración territorial en la gestión.

Distingue la ley entre las actividades de autoridad, que incluyen el aseguramiento, la planificación y la programación, de las de provisión, que

comprenden gestión y administración, atribuyendo las primeras al Departamento del Gobierno de Aragón responsable de Salud, y concretándolas en el Plan de Salud como instrumento principal de planificación sanitaria; y las segundas al Servicio Aragonés de Salud

Entre las características fundamentales que la ley señala del Sistema de Salud de Aragón, en relación a nuestro informe, debemos destacar las siguientes (art. 24):

- La extensión de sus servicios a toda la población
- La organización adecuada para prestar una atención integral a la salud, comprensiva tanto de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como de la curación y rehabilitación.
- La coordinación y, en su caso, la integración de todos los recursos sanitarios públicos en un dispositivo único.

Recursos sanitarios que, conforme a lo dispuesto en el artículo 25 están conformados por los centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad Autónoma, de las corporaciones locales y de cualesquiera otras administraciones territoriales intracomunitarias; así como los de otras Administraciones públicas, en los términos que prevean los respectivos acuerdos o convenios; la red de oficinas de farmacia, como proveedor preferente de medicamentos y atención farmacéutica al paciente no hospitalizado y, en general, todos aquellos centros, servicios o establecimientos sanitarios que se adscriban al mismo en virtud de un concierto o convenio de vinculación.

El Sistema de Salud de Aragón se organiza en demarcaciones territoriales denominadas **áreas de salud**, las cuales se delimitan atendiendo a muy diversos factores y constituyen el marco de planificación y desarrollo de las actuaciones sanitarias y que, a su vez, se subdividen en **zonas de salud**, como marco territorial elemental para la prestación de la atención primaria de salud, de acceso directo de la población, que debe contar con la capacidad de proporcionar una asistencia continuada, integral, permanente y accesible.

Conforme al contenido funcional más importante que llevan a cabo (art. 49), los servicios sanitarios se dividen en las estructuras operativas de Salud pública, Atención primaria, Atención especializada, Salud Mental, Atención sanitaria urgente y Atención a la dependencia.

Especial trascendencia tiene en el ámbito rural la atención primaria ya que por ley (art.53) se constituye como el acceso ordinario de la población al proceso asistencial y se caracteriza por prestar atención integral a la salud mediante el trabajo del colectivo de profesionales del equipo de atención primaria que desarrollan su actividad en la zona básica de salud; atención que se presta a demanda de la población en los correspondientes centros de salud y consultorios locales, bien sea de carácter programado o bien con carácter urgente, y tanto en régimen ambulatorio como domiciliario. De igual manera, los centros de salud son los puntos de referencia básicos de la Atención Sanitaria Urgente en coordinación con los centros hospitalarios y el Servicio de Urgencias y Emergencias, en su caso. (art. 54)

Por último, debemos destacar que dada la proliferación en el ámbito rural de centros residenciales para personas dependientes resulta indispensable la coordinación del Sistema Aragonés de Salud con los servicios sociales y sus recursos sociosanitarios para garantizar la continuidad y la idoneidad de los cuidados a las personas dependientes, tal como esta Ley exige.

### **Decreto Legislativo 2/2004, de 30 de diciembre por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley del Servicio Aragonés de Salud**

Como hemos visto, la Ley 6/2002 de Salud de Aragón continúa atribuyendo al Servicio Aragonés de Salud la función principal de gestión y provisión de la asistencia sanitaria en nuestra Comunidad Autónoma si bien esta Ley deroga y modifica sustancialmente el articulado de la Ley 2/1989, de 21 de abril, del Servicio Aragonés de Salud, por lo que se hizo necesaria la aprobación de este Decreto. Máxime cuando desde el año 2001 se había producido la aprobación del Real Decreto 1475/2001, de 27 de diciembre por el que se producía el traspaso a la Comunidad Autónoma de Aragón de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud y la transferencia de los Centros sanitarios de las Diputaciones Provinciales de Huesca, Teruel y Zaragoza.

Conforme a esta Ley (artículo 3) el Servicio Aragonés de Salud queda integrado por los centros, servicios y establecimientos sanitarios propios de la Comunidad Autónoma en el momento de promulgación, así como por los transferidos por las Diputaciones Provinciales y los que se le transfieran o adscriban por convenio o por disposición legal por las corporaciones locales de Aragón; Los transferidos por la Seguridad Social y, con carácter general, cualesquiera otros que pueda crear o recibir por cualquier título la Comunidad Autónoma. Interesa destacar, en

relación al objeto de nuestro informe, la participación en nuestro sistema de Salud de las Corporaciones Locales cuya relación con el Servicio Aragonés de Salud se recoge en el artículo 7:

*“Artículo 7. Relación con las Corporaciones Locales.*

*1. El Gobierno de Aragón establecerá las directrices y planes sanitarios generales a que deberán ajustarse las actuaciones sanitarias de las corporaciones locales de la Comunidad Autónoma en el ejercicio de las responsabilidades de salud pública que le correspondan.*

*2. El Servicio Aragonés de Salud prestará su colaboración a los ayuntamientos para la mejor gestión de las competencias sanitarias que les son propias. Los ayuntamientos podrán recabar para este fin el apoyo técnico del personal y medios de las áreas de salud en cuya demarcación estén incluidos”.*

También tiene un interés especial para nuestro informe el hecho de que entre los objetivos básicos del Servicio Aragonés de Salud se destaque en el artículo 4.c) el *“Promover la distribución equitativa de los servicios sanitarios, tendente a superar los desequilibrios territoriales y sociales en el ámbito de la Comunidad Autónoma”.*

Tras regular en el Capítulo II la estructura orgánica del SAS, recoge en su Capítulo III la estructura territorial que desarrolla el sistema ya regulado en la Ley de Salud de Aragón cuya unidad básica es el Área de Salud que, a su vez, se subdivide en Zonas de Salud que constituyen *“el marco geográfico y poblacional básico de la atención primaria de salud, accesible desde todos sus puntos, y debe posibilitar la prestación de una atención integral y continuada”* (art. 18) ; y para cuya delimitación conforme al artículo 19 deberán tenerse en cuenta: las distancias máximas entre poblaciones y el tiempo normal a invertir en su recorrido; el grado de concentración o dispersión de la población; Las características epidemiológicas de la zona; las instalaciones y recursos sanitarios de la zona; y la demarcación comarcal de Aragón.

Regula el Capítulo IV las estructuras sanitarias del Sistema estableciendo la obligatoriedad de que exista un Hospital General Público, al menos, en cada Área de Salud, así como la posibilidad de, mediante convenios, vincular los centros privados al sistema. Además, en el artículo 33, se recoge la obligación de impulsar

*“la creación de una red de cuidados paliativos domiciliarios, hospitales de media y larga estancia y servicios sociosanitarios”*

Insiste la Ley en que el acceso al Sistema sea igualitario, *“independientemente de la condición que ostente el usuario”* y en el hecho de que en los centros hospitalarios la lista de espera sea única y centralizada en el servicio de admisión de cada centro. Remite a una regulación posterior del del derecho de elección de médico de atención primaria del área de salud, y establece que, una vez superadas las posibilidades de diagnóstico y tratamiento de la atención primaria, surge el derecho, en el marco del área de salud, a la atención de los servicios especializados.

Vemos que el centro de salud es la estructura física y funcional de referencia para las actividades de atención primaria en cada zona de salud, pero el artículo 37 abre la posibilidad de que existan los llamados «consultorios locales», en localidades o barrios donde no se asiente el centro de salud. Estos, *“actúan como consultorio médico y enfermería, conexo, funcionalmente, al centro de salud correspondiente, y en las unidades asistenciales que puedan configurarse se posibilitarán también funciones de atención continuada”*; circunstancia ésta que tiene gran incidencia en la materia objeto del presente informe.

### **Decreto 168/2021, de 26 de octubre, por el que se aprueba y regula el mapa sanitario de Aragón**

Tal como establece su artículo 1, *“el objeto de este Decreto es la aprobación del mapa sanitario de Aragón, previsto en la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón, en el que se establece la organización territorial del Sistema de Salud de Aragón, definiendo las demarcaciones territoriales del mismo, configuradas como áreas de salud y zonas de salud”*, sustituyendo, por tanto la estructura que, con numerosas modificaciones, estaba vigente desde el primer mapa sanitario aprobado definitivamente por el Decreto 130/1986, de 19 de diciembre.

El Sistema de Salud de Aragón conforme a lo dispuesto en el artículo 3, se organiza territorialmente en ocho áreas de salud, subdivididas en zonas de salud, conforme a los anexos I y II que, respectivamente, recogen la enumeración de municipios que las componen y su representación gráfica en el mapa.

Las ocho áreas de salud son las de Alcañiz, Barbastro, Calatayud, Huesca, Teruel y las de Zaragoza I, II y III.

También recoge la ley el procedimiento para actualizar el mapa sanitario en el que atribuye importantes funciones al Comité de Ordenación Sanitaria, cuya composición se recoge en el artículo 6 y que, junto a distintos cargos de las distintas estructuras del Sistema Aragonés de Salud, a representantes de los Colegios Oficiales de Médicos, Farmacéuticos y Enfermeras y profesionales de Salud Pública o Gestión de Servicios sanitarios se prevé el nombramiento de “seis representantes de los ayuntamientos de la Comunidad Autónoma de Aragón, dos por cada provincia, designados por la Federación Aragonesa de Municipios, Comarcas y Provincias” e, incluso “tres representantes de la sociedad civil designados por el Consejo de Salud de Aragón”, lo que refuerza la participación de la sociedad civil y las corporaciones locales en el Sistema.

**Decreto 65/2007, de 8 de mayo, por el que se aprueba la cartera de servicios sanitarios del Sistema de Salud de Aragón.**

Anterior a las normas citadas es este decreto cuyo objeto fue, tal como señala en su artículo 1, “aprobar la Cartera de servicios del Sistema de Salud de Aragón así como la creación de la Comisión de Evaluación de la cartera de Servicios Sanitarios de Aragón y los criterios y procedimientos para su actualización”, incluyendo o suprimiendo nuevas actividades, procedimientos, técnicas o tecnologías tanto en la Cartera de servicios sanitarios del Sistema de Salud de Aragón como en la Cartera específica de los Centros sanitarios y Unidades clínicas que lo configuran

Cabe destacar, por su trascendencia con el objeto de nuestro informe, que entre los objetivos de esta cartera de servicios se encuentra el “asegurar, mediante su ordenación, la accesibilidad y equidad de la prestación de los servicios sanitarios, en coherencia con la organización asistencial y la distribución territorial y características de la población de la Comunidad Autónoma de Aragón”.

### 3. METODOLOGÍA

Como queda dicho en la Introducción de este trabajo, el presente informe surge en relación con el trabajo que entre todas las defensorías del pueblo españolas se inició prepandemia, pero con la intención de conseguir en Aragón tener una clara visión del mayor número posible de factores, alguno se habrá quedado fuera sin duda, que influyen en la sanidad en el ámbito rural. Para ello resultaba evidente que era necesario contar con el mayor número posible de fuentes de información, por lo que el primer reto del equipo del Justiciazgo encargado de llevar adelante el trabajo, fue la determinación de qué queríamos conocer y a quién se lo debíamos preguntar.

Desde que el Justicia Dolado tomó posesión de su cargo, el total de los informes, tanto ordinarios como especiales, desarrollados por la Institución lo ha sido siempre con medios propios, pero ello no quiere decir que, sabedores de la falta de conocimientos en muchas materias que podemos tener, no se acuda siempre a la fuentes de quien es conocedor de la materia en cuestión, buscando la colaboración de terceros, cuando no la implicación directa, de administraciones y entidades dedicadas a la materia objeto de los mismos.

#### 3.1. Recopilación de información

La amplitud de la materia, y las derivaciones que a lo largo del desarrollo del trabajo se fueron poniendo de manifiesto, hizo que previo a la determinación de a quién a dirigirse se tuviera que determinar qué se quería saber. Así el objeto quedó inicialmente establecido en:

1. Catálogo cuantitativo y cualitativo de los medios que conformar la prestación de servicios sanitarios en el medio rural.
2. Situación actual de los servicios públicos y privados en dicho entorno.
3. Asunción del coste de los mismos para las administraciones públicas, en especial para los entes locales.
4. Reivindicaciones de los agentes implicados directamente.

Con este objetivo se procedió a requerir información, en concreto:

1. Al **Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón**, sin duda la administración con mayores competencias, implicaciones y obligaciones legales en la materia. Dos reuniones de trabajo se han mantenido con el personal del Departamento, una en la Institución, a mediados de marzo meramente anunciadora del inicio del trabajo, otra en el Departamento de Sanidad el día 9 de mayo de 2022 de mayor profundidad para abordar los puntos y cuestiones concretas sobre los que se les había requerido información. Junto a ello se mantuvieron diversos contactos telefónicos aclaratorios o ampliatorios.

Al abordar un tema tan amplio y complejo como es la asistencia sanitaria en el medio rural y teniendo en cuenta que de los 731 municipios de Aragón solo 14 tienen la consideración de zona urbana, en las actuaciones preparatorias de este trabajo, decidimos, también, teniendo en consideración que el sistema de salud se organiza en demarcaciones territoriales denominadas áreas de salud, constituidas por distintas zonas de salud, cada una de las cuales incluye una serie de municipios con sus respectivas entidades singulares de población, delimitar el alcance de este trabajo a aquellos municipios que se encuentren en zonas de salud cuya población asignada es de hasta 10.000 habitantes.

Con el objetivo de conocer la atención sanitaria que se presta en esos municipios y las características de su población diseñamos el cuestionario de petición de información remitido al Departamento de Sanidad el día 31 de marzo de 2022. Un cuestionario con el que se pretendía recopilar de forma homogénea y estructurada datos de los centros de salud y de los Equipos de Atención Primaria de cada una de las Zonas de Salud objeto del informe.

Para ello, solicitamos información referente a la población de los municipios que componen las Zonas de Salud, el personal sanitario y no sanitario de los Equipos de Atención Primaria, el municipio en el que se ubica el Centro de Salud y otros dispositivos como los Puntos de Atención Continuada, los servicios de odontología o las salas de fisioterapia, las actividades que componen la Atención Primaria, las inversiones realizadas en equipamiento tecnológico y en tecnologías de la información y la comunicación en esos Centros de Salud, la formación del personal o los Centros de Salud con acreditación docente para la formación de especialistas. El ámbito temporal

de esta información la delimitamos a los últimos cinco años porque entendemos que el sistema sanitario en los últimos dos años debido al covid-19 podría mostrar datos no reales si se reducía su ámbito temporal.

El informe del Departamento de Sanidad fue remitido el 25 de julio de 2022. En el informe se adjuntaban los siguientes ficheros: Datos de población BDU-ZBS de menos de 10.000 habitantes donde se detalla las zonas de salud de menos de 10.000 habitantes, la población de dichas zonas por tramos de edad. Excel con los núcleos adscritos a las ZBS, Excel de plantilla orgánica y plantilla real de la red del Servicio Aragonés de Salud, excel con referentes de actividades comunitarias Informe de actividades comunitarias 2019, excel con las urgencias atendidas en 2021, excel con interconsultas virtuales en 2021 y un documento con los centros acreditación docente 2021. En el mes octubre, nos remitieron datos relativos a la plantilla real a fecha 31 de agosto de las Zonas Básicas de Salud objeto del informe.

La petición de información junto con el cuestionario remitido y el Informe del Departamento de Sanidad se pueden consultar en el [anexo](#).

2. De singular importancia se consideró conocer la implicación que las **entidades locales** tenía en la prestación de servicios sanitarios, en especial los relativos a atención primaria que se desarrolla generalmente en los consultorios locales.

Se contó desde un primer momento con la colaboración de la Federación Aragonesa de Municipios, Comarcas y provincias, elaborándose un [formulario](#) informático que se remitió a 601 ayuntamientos, municipios y entidades singulares de población, de las zonas básicas de salud objeto del informe. Se recibieron 402 respuestas, lo que supone, desde nuestro punto de vista, un gran éxito de participación, lo que es de agradecer dados los escasos medios personales con los que cuentan muchos ayuntamientos para el gran número de trámites a su cargo, y a su vez demuestra la importancia que desde los mismos se da a la materia de este informe especial.

En dicha petición sistematizada de información, junto a datos generales identificativos, se solicitaban una serie de datos, que podemos dividir en aquellos referidos a la prestación del servicio sanitario, en cuanto a medios humanos y su trabajo concreto en la localidad correspondiente, pero también aquellas cuestiones relativas a medios materiales, tanto referidos al inmueble

donde se ubica el consultorio, como los recursos técnicos y de comunicación disponibles. Pero también, y es una cuestión que no nos consta se haya nunca analizado, el coste real que todo ello supone al ayuntamiento en cuestión, en materia como electricidad, teléfono, limpieza, transporte, etc., y, aunque se da en pocos supuestos, los medios humanos que el municipio puede aportar.

3. Los distintos **Colegios Profesionales** de nuestra comunidad debían ser sin duda un elemento muy a tener en cuenta a la hora de fijar un mapa realista de la situación de los distintos servicios sanitarios en el mundo rural aragonés, y a ellos se acudió, y ellos respondieron, aportando datos, consideraciones e incluso reivindicaciones.
4. El Justiciazgo viene en los últimos años prestando una especial atención a la situación de las **residencias de mayores**, y el conocer en qué forma y por qué medios se prestaba la atención sanitaria en ellas, se consideró de especial importancia, acudiendo en busca de información al Departamento de Ciudadanía y a entidades asociativas del sector ([anexo](#)).
5. No se tiene constancia que en ocasiones los servicios sanitarios, tanto en su faceta pública como en el ámbito privado, son prestados por entidades del denominado tercer sector, a los cuales también les fue solicitada información.
6. La bibliografía o webgrafía consultada se recoge en un apartado final, pudiendo servir de base para ampliar conocimientos sobre el tema objeto del informe o de partida para futuros trabajos.
7. Por último, se realizó una labor de campo visitando por personal del Justiciazgo centros de salud de las tres provincias aragonesas, elegidos al azar, en los que se mantuvieron charlas con los profesionales de los mismos, en busca de sus sensaciones personales, y de nuevo sus reivindicaciones.

### 3.2. Análisis de la información recibida

La información solicitada lo fue pensando en la forma en que la misma debería ser posteriormente analizada. Así, como queda dicho, se mantuvieron diversas reuniones preparatorias con carácter previo a dicha solicitud, pero también se

configuraron los mecanismos de petición de tal forma que la respuesta y recepción de la misma se realizara de la forma más sencilla y eficaz posible.

Cuestionarios previos que directamente permitían el análisis **cuantitativo** de las respuestas fueron desarrollados con especial implicación de los servicios informáticos del Justiciazgo, de tal forma que los datos aportados y su plasmación gráfica no conllevaron una especial complejidad.

Cuestión distinta fue el análisis **cuantitativo** de la información recibida. En muchos casos el análisis vino dado por las propias administraciones o entidades que trasladaban, junto a los meros datos o información objetiva, criterios y demandas subjetivas en relación con las carencias o deficiencias de los servicios, limitándose el equipo redactor del informe en trasladarlos, y, en ocasiones, hacer suyas dichas demandas, a la vista de los datos recibidos o de la información in situ conseguida en las visitas de campo realizadas. Pero también el equipo redactor profundiza, a la vista de los hechos y datos que le han sido aportados, en la realidad de las cuestiones que le son trasladada, y plasma la opinión del Justiciazgo al respecto, con las limitaciones que se reconocen puedan tenerse en cuanto a la profundidad técnica de los transversales aspectos de la materia en cuestión.

Los informes especiales del Justiciazgo buscan siempre el determinar la real situación de la materia a que vienen referidos, constituyéndose en la medida de los posible en instrumento certeros de diagnóstico, que no siempre se realizará desde esta Institución, debiendo ser otros entes, a la vista de lo que en ellos se exponen, quienes puedan sacar sus propias conclusiones, y, en su caso, a adoptar medidas normativas o ejecutivas al respecto según las competencias y facultades de las que gocen.

### 3.3. Conclusiones y propuestas

Compete a esta defensoría, de forma propositiva, aportar en sus informes especiales unas conclusiones a las que se llega tras el análisis de la información recopilada en el desarrollo del trabajo, y a partir de ella poder emitir aquellas propuestas de mejora que a su entender puedan servir para la más eficaz y eficiente prestación de un servicio tan importante como es el que nos ocupa: las prestaciones sanitarias como reflejo del derecho constitucional a la salud.

## 4. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

### 4.1. Departamento de Sanidad

Tanto de la información remitida por el Departamento de Salud como de la extraída de otras fuentes se ha podido obtener un marco objetivo en el que se desarrolla la asistencia sanitaria a la que tienen acceso los ciudadanos que residen en las zonas rurales, entendidas éstas como Zonas de Salud de menos de 10.000 habitantes.

#### 4.1.1. Zonas de Salud y población

Las zonas básicas de salud con una población asignada de hasta 10.000 habitantes a fecha de remisión del informe son recogidas en la siguiente tabla en la que se organizan por Sector Sanitario y se recogen por su denominación que coincide con el municipio en el que se encuentra el Centro de Salud.

#### Provincia de Huesca

SECTOR	ZONA/ UBICACIÓN CENTRO SALUD
BARBASTRO	ABIEGO
	AINSA
	ALBALATE DE CINCA
	BENABARRE
	BERBEGAL
	CASTEJÓN DE SOS
	GRAUS
	LAFORTUNADA
	MEQUINENZA
	MONZÓN RURAL
	TAMARITE DE LITERA

SECTOR	ZONA/ UBICACIÓN CENTRO SALUD
HUESCA	ALMUDÉVAR
	AYERBE
	BERDÚN
	BIESCAS-VALLE DE TENA
	BROTO
	GRAÑEN
	HECHO
	HUESCA RURAL
	SABIÑÁNIGO
	SARIÑENA

Provincia de Teruel

SECTOR	ZONA/ UBICACIÓN CENTRO SALUD
ALCAÑIZ	ALCORISA
	ANDORRA
	CALACEITE
	CALANDA
	CANTAVIEJA
	HÍJAR
	MAELLA
	MAS DE LAS MATAS
	MUNIESA
	VALDEROBRES

SECTOR	ZONA/ UBICACIÓN CENTRO SALUD
TERUEL	ALBARRACÍN
	ALFAMBRA
	ALIAGA
	BÁGUENA
	CALAMOCHA
	CEDRILLAS
	CELLA
	MONREAL DEL CAMPO
	MORA DE RUBIELOS
	MOSQUERUELA
	SANTA EULALIA DEL CAMPO
	SARRIÓN
	UTRILLAS
	VILLEL

Provincia de Zaragoza

SECTOR	ZONA/ UBICACIÓN CENTRO SALUD
CALATAYUD	ALHAMA DE ARAGÓN
	ARIZA
	ATECA
	CALATAYUD RURAL
	DAROCA
	ILLUECA
	MORATA DE JALÓN
	SABIÑAN
	VILLARROYA DE LA SIERRA

SECTOR	ZONA/ UBICACIÓN CENTRO SALUD
ZARAGOZA I	BUJARALUZ
	LUNA
	VILLAMAYOR
ZARAGOZA II	CAMPO DE BELCHITE
	SÁSTAGO
ZARAGOZA III	BORJA
	CARIÑENA
	GALLUR
	HERRERA DE LOS NAVARROS
	SÁDABA
	SOS DEL REY CATÓLICO
	TAUSTE

(Tablas elaboradas por el Justicia de Aragón conforme a datos facilitados por el Departamento de Sanidad)

Estas 66 Zonas Básicas de Salud, dotadas de 66 centros de salud y 724 consultorios locales, incluyen 594 municipios y 685 entidades singulares de población, donde se atiende a 227.489 habitantes.

Con los datos facilitados por el Departamento de Sanidad referente a los municipios y entidades singulares adscritas a las Zonas de Salud objeto del informe se ha realizado la distinción entre municipios y entidades apoyados en el Visor 2D del Instituto Geográfico de Aragón y el mapa sanitario de Aragón.

Igualmente, la cuantificación del número de municipios y/o entidades que cuentan con consultorio, se ha realizado con el Visor 2D del IGEAR, utilizando en este caso las capas correspondientes dentro del ámbito sanitario.

En ambos casos, la metodología utilizada ha consistido en el análisis pormenorizado de forma manual de los datos reflejados en el Visor, atendiendo a la información proporcionada por las capas aplicadas.

En las siguientes tablas se recoge la población atendida en esas Zonas Básicas de Salud, con el siguiente detalle teniendo en cuenta el género y distintos tramos de edad:

Sector	NOMBRE_ZONA/UBICACIÓN DEL CENTRO DE SALUD	HOMBRES					MUJERES					Total
		Hasta 14 años	De 15 a 64 años	De 65 a 79 años	Mas de 80 años	Total	Hasta 14 años	De 15 a 64 años	De 65 a 79 años	Mas de 80 años	Total	
BARBASTRO	ABIEGO	42	293	72	32	439	38	245	73	54	410	849
	LAFORTUNADA	57	345	87	43	532	61	291	78	57	487	1.019
	BERBEGAL	39	441	135	80	695	37	339	129	113	618	1.313
	BENABARRE	113	631	183	108	1.035	98	560	150	152	960	1.995
	MEQUINENZA	166	845	192	96	1.299	152	756	227	141	1.276	2.575
	MONZON RURAL	162	1.082	309	156	1.709	153	937	320	211	1.621	3.330
	CASTEJON DE SOS	263	1.398	231	89	1.981	199	1.327	199	124	1.849	3.830
	AINSA	367	1.477	291	154	2.289	302	1.410	256	191	2.159	4.448
	ALBALATE DE CINCA	267	1.839	393	233	2.732	244	1.283	363	308	2.198	4.930
	GRAUS	319	1.830	465	216	2.830	353	1.657	432	320	2.762	5.592
TAMARITE DE LITERA	390	2.201	577	317	3.485	383	1.761	603	467	3.214	6.699	

Sector	NOMBRE_ZONA/UBICACIÓN DEL CENTRO DE SALUD	HOMBRES					MUJERES					Total
		Hasta 14 años	De 15 a 64 años	De 65 a 79 años	Mas de 80 años	Total	Hasta 14 años	De 15 a 64 años	De 65 a 79 años	Mas de 80 años	Total	
HUESCA	HECHO	46	356	99	80	581	42	311	96	105	554	1.135
	BERDUN	51	388	102	64	605	58	309	97	83	547	1.152
	BROTO	71	430	87	38	626	57	362	67	43	529	1.155
	AYERBE	93	582	182	99	956	86	479	159	129	853	1.809
	BIESCAS-VALLE DE TENA	213	1.229	179	82	1.703	224	1.200	170	137	1.731	3.434
	GRAÑEN	222	1.375	410	233	2.240	201	1.048	407	366	2.022	4.262
	ALMUDEVAR	259	1.314	366	216	2.155	261	1.148	379	346	2.134	4.289
	HUESCA RURAL	347	2.109	559	262	3.277	350	1.838	507	349	3.044	6.321
	SARIÑENA	452	2.450	583	276	3.761	376	2.037	573	379	3.365	7.126
	SABIÑANIGO	618	3.191	647	333	4.789	613	2.912	687	500	4.712	9.501

Sector	NOMBRE_ZONA/UBICACIÓN DEL CENTRO DE SALUD	HOMBRES					MUJERES					Total
		Hasta 14 años	De 15 a 64 años	De 65 a 79 años	Mas de 80 años	Total	Hasta 14 años	De 15 a 64 años	De 65 a 79 años	Mas de 80 años	Total	
ALCAÑIZ	MUNIESA	53	241	96	68	458	38	168	84	98	388	846
	CANTAVIEJA	116	592	144	83	935	95	456	136	99	786	1.721
	CALACEITE	136	797	263	148	1.344	145	691	263	179	1.278	2.622
	MAS DE LAS MATAS	137	897	228	149	1.411	135	725	206	193	1.259	2.670
	MAELLA	232	1.398	353	178	2.161	216	1.047	337	237	1.837	3.998
	CALANDA	257	1.391	292	159	2.099	263	1.295	310	242	2.110	4.209
	ALCORISA	314	1.459	342	174	2.289	292	1.293	323	250	2.158	4.447
	VALDERROBRES	327	1.699	418	200	2.644	303	1.404	380	295	2.382	5.026
HIJAR	333	1.826	442	281	2.882	330	1.525	486	397	2.738	5.620	
ANDORRA	519	2.992	612	293	4.416	534	2.695	566	437	4.232	8.648	

Sector	NOMBRE_ZONA/UBICACIÓN DEL CENTRO DE SALUD	HOMBRES					MUJERES					Total
		Hasta 14 años	De 15 a 64 años	De 65 a 79 años	Mas de 80 años	Total	Hasta 14 años	De 15 a 64 años	De 65 a 79 años	Mas de 80 años	Total	
TERUEL	BAGUENA	16	194	83	82	375	20	133	65	102	320	695
	ALIAGA	50	281	84	46	461	42	209	62	62	375	836
	MOSQUERUELA	62	319	73	55	509	47	251	66	61	425	934
	CEDRILLAS	59	366	89	59	573	68	298	63	78	507	1.080
	VILLEL	42	348	113	76	579	65	266	105	87	523	1.102
	SANTA EULALIA DEL CAMPO	72	485	120	104	781	57	365	123	146	691	1.472
	ALFAMBRA	64	460	181	113	818	50	356	146	157	709	1.527
	SARRION	174	817	163	88	1.242	171	678	165	94	1.108	2.350
	ALBARRACIN	141	977	249	181	1.548	127	821	215	213	1.376	2.924
	MORA DE RUBIELOS	173	1.068	216	107	1.564	187	930	193	145	1.455	3.019
	CELLA	188	1.165	314	172	1.839	188	970	305	234	1.697	3.536
	MONREAL DEL CAMPO	300	1.447	317	226	2.290	289	1.230	309	326	2.154	4.444
	UTRILLAS	320	1.904	437	182	2.843	339	1.653	384	297	2.673	5.516
CALAMOCHA	382	1.866	414	222	2.884	366	1.685	409	297	2.757	5.641	

Sector	NOMBRE_ZONA/UBICACIÓN DEL CENTRO DE SALUD	HOMBRES					MUJERES					Total
		Hasta 14 años	De 15 a 64 años	De 65 a 79 años	Mas de 80 años	Total	Hasta 14 años	De 15 a 64 años	De 65 a 79 años	Mas de 80 años	Total	
CALATAYUD	ARIZA	84	423	111	96	714	74	324	127	116	641	1.355
	VILLARROYA DE LA SIERRA	49	429	170	122	770	40	303	150	146	639	1.409
	SABIÑAN	54	541	181	103	879	48	365	165	151	729	1.608
	MORATA DE JALON	88	581	179	146	994	68	478	183	167	896	1.890
	ATECA	104	846	248	137	1.335	71	719	272	153	1.215	2.550
	ALHAMA DE ARAGON	152	889	255	154	1.450	148	785	232	176	1.341	2.791
	DAROCA	176	1.022	301	191	1.690	150	872	296	274	1.592	3.282
	CALATAYUD RURAL	490	1.380	398	255	2.523	494	1.082	385	330	2.291	4.814
ILLUECA	241	1.715	477	200	2.633	218	1.532	436	297	2.483	5.116	

Sector	NOMBRE_ZONA/UBICACIÓN DEL CENTRO DE SALUD	HOMBRES					MUJERES					Total
		Hasta 14 años	De 15 a 64 años	De 65 a 79 años	Mas de 80 años	Total	Hasta 14 años	De 15 a 64 años	De 65 a 79 años	Mas de 80 años	Total	
ZARAGOZA I	LUNA	52	456	142	74	724	61	351	153	116	681	1.405
	BUJARALOS	142	877	235	160	1.414	131	716	276	189	1.312	2.726
	VILLAMAYOR	241	1.462	384	174	2.261	223	1.316	370	246	2.155	4.416
ZARAGOZA II	SASTAGO	130	800	251	138	1.319	144	706	253	207	1.310	2.629
	CAMPO DE BELCHITE	144	979	313	242	1.678	138	772	324	360	1.594	3.272
ZARAGOZA III	HERRERA DE LOS NAVARROS	9	235	82	73	399	5	188	60	61	314	713
	SOS DEL REY CATOLICO	29	220	83	62	394	25	186	66	65	342	736
	SADABA	115	891	245	144	1.395	109	760	259	236	1.364	2.759
	GALLUR	485	2.459	517	229	3.690	403	2.214	529	368	3.514	7.204
	CARIÑENA	491	2.852	528	263	4.134	517	2.213	501	416	3.647	7.781
	TAUSTE	488	2.680	533	259	3.960	459	2.403	578	427	3.867	7.827
	BORJA	646	3.195	747	330	4.918	569	2.771	764	537	4.641	9.559

(Tablas elaboradas por el Justicia de Aragón conforme a datos facilitados por el Departamento de Sanidad)

No obstante, tal como podemos comprobar en detalle en la tabla siguiente, debemos señalar que el 54, 64% de esta población se distribuye en 51 Zonas Básicas de Salud de menos de 5.000 habitantes, lo cual supone un alto grado de dispersión territorial y podemos concluir que se necesita un elevado número de recursos, materiales y humanos, para la prestación del servicio público sanitario.

	Hasta 1000 Habitantes	De 1000 hasta 2000 habitantes	De 2000 hasta 5000 habitantes	De 5000 hasta 1000 habitantes	Total
N ZBS	7	17	27	15	66
Nº habitantes	5.609	24.147	94.566	103.177	227.489

(Tabla elaborada por el Justicia de Aragón conforme a datos facilitados por el Departamento de Sanidad)

En las siguientes tablas de elaboración propia conforme a los datos facilitados por el Departamento de Sanidad recogemos, organizado por Sectores Sanitarios y provincias, las cifras totales de personas, clasificadas por **grupos de edad**, asignadas en las Zonas de salud objeto de nuestro estudio y señalando, por un lado el porcentaje que representan cada uno de estos grupos de edad en relación al total de personas asignadas, así como el porcentaje que, sobre todas las personas mayores de 65 años representan dos grupos etarios, el que recoge a las personas que se encuentran entre 65 y 79 años y aquel que conforman las mayores de 80 años .

Así mismo se indica el **índice de vejez** de cada uno de estos sectores, tal y como el IAEST lo entiende, expresando la relación entre la cantidad de personas adultas mayores de 65 años y la cantidad de niños y jóvenes. Su fórmula de cálculo es el cociente entre personas de 65 años y más con respecto a las personas menores de 15 años, multiplicado por 100. Sirva de referencia que, los últimos

datos publicados por el INE, este mismo año 2022, calculan un índice de vejez de 133,48 para España y de 151,63 para Aragón. (Entendiendo que puede haber alguna discrepancia derivada de calcular sobre población total en estos casos y sobre población asignada a las Zonas Básicas de Salud en nuestro estudio, si bien, en las poblaciones rurales es más fácil que dichas cifras sean similares al ser menos las personas acogidas a Mutualidades y otras formas de prestación de asistencia sanitaria)

### Distribución población de Zonas de salud por tramos de edad con indicación del índice de vejez.

#### Total Zonas Básicas incluidas en el estudio

TOTAL ZONAS ANALIZADAS	Hasta 14 años	De 15 a 64 años	De 65 a 79 años	Más de 80 años	Acumulado Más de 65 años	Índice de vejez
Datos totales	26.184	140.137	36.624	24.544	61.168	233,61
Porcentaje sobre el total	11,51000708	61,60	16,10	10,79	26,89	

#### Sectores de la provincia de Huesca

BARBASTRO	Hasta 14 años	De 15 a 64 años	De 65 a 79 años	Más de 80 años	Acumulado más de 65 años	Índice de Vejez
Datos Totales	4.205	22.948	5.765	3.662	9.427	224,19
Porcentaje sobre el total	11,50	62,73	15,76	10,01	25,77	

HUESCA	Hasta 14 años	De 15 a 64 años	De 65 a 79 años	Más de 80 años	Acumulado más de 65 años	Índice de Vejez
Datos totales	4.640	25.068	6.356	4.120	10.476	225,78
Porcentaje sobre el total	11,55	62,38	15,82	10,25	26,07	

#### Sectores de la provincia de Teruel

ALCAÑIZ	Hasta 14 años	De 15 a 64 años	De 65 a 79 años	Más de 80 años	Acumulado más de 65 años	Índice de Vejez
Datos Totales	4.775	24.591	6.281	4.160	10.441	218,66
Porcentaje sobre el total	12,00	61,78	15,78	10,45	26,23	

TERUEL	Hasta 14 años	De 15 a 64 años	De 65 a 79 años	Más de 80 años	Acumulado más de 65 años	Índice de Vejez
Datos totales	4.059	21.542	5.463	4.012	9.475	233,43
Porcentaje sobre el total	11,57	61,42	15,57	11,44	27,01	

## Sectores de la provincia de Zaragoza

CALATAYUD	Hasta 14 años	De 15 a 64 años	De 65 a 79 años	Más de 80 años	Acumulado más de 65 años	Índice de Vejez
Datos totales	2.749	14.286	4.566	3.214	7.780	283,012
Porcentaje sobre el total	11,08	57,57	18,40	12,95	31,35	

ZARAGOZA I	Hasta 14 años	De 15 a 64 años	De 65 a 79 años	Más de 80 años	Acumulado más de 65 años	Índice de Vejez
Datos totales	850	5.178	1.560	959	2.519	296,35
Porcentaje sobre el total	9,95	60,58	18,25	11,22	29,47	

ZARAGOZA II	Hasta 14 años	De 15 a 64 años	De 65 a 79 años	Más de 80 años	Acumulado más de 65 años	Índice de Vejez
Datos totales	556	3.257	1.141	947	2.088	375,54
Porcentaje sobre el total	9,42	55,19	19,34	16,05	35,38	

ZARAGOZA III	Hasta 14 años	De 15 a 64 años	De 65 a 79 años	Más de 80 años	Acumulado más de 65 años	Índice de Vejez
Datos totales	4.350	23.267	5.492	3.470	8.962	206,02
Porcentaje sobre el total	11,89	63,61	15,01	9,49	24,50	

(Tablas elaboradas por el Justicia de Aragón conforme a datos facilitados por el Departamento de Sanidad)

Comprobamos que en todos los sectores de salud analizados, el índice de vejez es muy elevado, lo que sin duda influye en una mayor utilización de los servicios de atención sanitaria, dada la mayor incidencia de la enfermedad en este rango de población.

En relación con la **ubicación de dispositivos** en las distintas zonas básicas de salud de menos de 10.000 habitantes el Departamento de Sanidad informa de lo siguiente:

*“Puntos de atención continuada: todas estas Zonas Básicas de Salud (ZBS) cuentan con apertura del centro de salud en la cabecera 24 horas, 7 días a la semana en horario de 15 h.- 8 h. de lunes a viernes y 24 horas los sábados, domingos y festivos. Por tanto, cada centro de salud del listado que se detalla en el apartado 1 de este informe cuenta con atención continuada con estos horarios. Además, contamos con puntos de atención continuada adicionales en Azuara (ZBS Belchite), Villar del Cobo (ZBS Albarracín), Canfranc (ZBS Jaca) y Escarrilla (ZBS de Biescas), estos dos últimos cerrados durante este periodo vacacional del 1 de julio al 31 de agosto de 2022. Estos puntos de atención continuada se suman a los de sus correspondientes cabeceras.*

*Por lo que respecta a las unidades de fisioterapia, unidades de atención a la salud gineco-obstétrica y unidades de salud bucodental, igualmente se ubican en los centros de salud de las cabeceras de cada ZBS. En estos casos, prestan atención no solo a los pacientes de su ZBS, sino que acogen pacientes de hasta 3 ZBS diferentes. Esta organización también se da en el medio urbano, es decir, que las denominadas “unidades de apoyo” prestan atención a pacientes de su zona y, normalmente, de hasta otras 2 zonas colindantes.*

*Los trabajadores sociales en zonas con menos de 10.000 habitantes no suelen ser profesionales del Servicio Aragonés de Salud. En virtud de un acuerdo con la Federación de Municipios, Comarcas y Provincias, este servicio lo prestan los trabajadores sociales comarcales. En las zonas con más de 10.000 habitantes los trabajadores sociales sí son personal nuestro. En estos casos, al igual que ocurría con las unidades de apoyo, prestan atención a pacientes de hasta 3 ZBS distintas.*

*Los equipos de soporte de atención domiciliaria (ESAD) se ocupan de los cuidados paliativos de los pacientes. Existen 8 en Aragón, 1 por Sector Sanitario. Tres de ellos son propios (personal del SALUD) y se ubican en el Centro de Salud Seminario (sectores de Zaragoza II y Zaragoza III) y en el Centro de Salud Teruel Ensanche (Sector Teruel). Los otros 5 ESAD de los sectores Zaragoza I, Huesca, Barbastro, Alcañiz y Calatayud están conveniados con el Hospital San Juan de Dios de Zaragoza desde el año 2002 y se ubican físicamente en las dependencias de dicho hospital desplazándose diariamente a los sectores mencionados.*

*En cuanto a las unidades de Salud Mental ambulatorias, tanto de adultos como infantojuveniles, hemos de señalar que no forman parte de los dispositivos de Atención Primaria ni en el medio rural ni en el urbano. Dependen orgánica y funcionalmente de los servicios de Psiquiatría de los hospitales de la red del SALUD y muchas de ellas se ubican físicamente en centros de salud de la red de Atención Primaria pero no forman parte de la misma.”*

Por último, en relación a la ubicación de los Centros de Salud, hemos calculado la distancia tanto en kilómetros como en el tiempo necesario para recorrerlos entre los distintos municipios y entidades locales y la localidad en la que se encuentra situado el Centro de Salud correspondiente, utilizando para ello la aplicación de Google Maps y recogiendo los datos de la ruta más rápida señalada. Los datos pueden consultarse en las tablas recogidas en el [Anexo](#) correspondiente si bien aquí queremos dejar constancia del siguiente resumen del número de municipios y entidades locales que se encuentran en cada una de las franjas de tiempos tenidas en consideración:

	Número de Municipios y Entidades locales
De 0 a 15 minutos	527
De 16 a 30 minutos	514
De 31 a 45 minutos	175
De 46 a 60 minutos	31
Mas de 60 minutos	5
No localizados	27
<b>Total</b>	<b>1.279</b>

(Tabla elaborada por El Justicia de Aragón)

También hemos calculado, utilizando la aplicación Google Maps, la distancia en kilómetros y en tiempo necesario para recorrerlo entre la Dirección Postal de cada uno de los Centros de Salud de las Zonas básicas analizadas en el estudio y la Dirección Postal del Hospital del Sector: Hospital de Alcañiz, Hospital de Teruel, Hospital de Barbastro, Hospital de Huesca, Hospital de Calatayud y

Hospital Royo Villanova para la Zona Zaragoza I, Hospital Clínico Miguel Servet para Zaragoza II y Hospital Clínico Lozano Blesa para Zaragoza III:

Sector	NOMBRE ZONA/UBICACIÓN DEL CENTRO DE SALUD	DISTANCIA EN KILOMETROS	DISTANCIA EN MINUTOS
ALCAÑIZ	MUNIESA	76	61
ALCAÑIZ	CANTAVIEJA	100	80
ALCAÑIZ	CALACEITE	35	29
ALCAÑIZ	MAS DE LAS MATAS	38	33
ALCAÑIZ	MAELLA	45	39
ALCAÑIZ	CALANDA	19	19
ALCAÑIZ	ALCORISA	35	30
ALCAÑIZ	VALDERROBRES	35	32
ALCAÑIZ	HIJAR	35	27
ALCAÑIZ	ANDORRA	41	34
BARBASTRO	ABIEGO	22	22
BARBASTRO	LAFORTUNADA	77	68
BARBASTRO	BERBEGAL	16	15
BARBASTRO	BENABARRE	39	31
BARBASTRO	MEQUINENZA	91	66
BARBASTRO	MONZON RURAL	17	17
BARBASTRO	CASTEJON DE SOS	78	81
BARBASTRO	AINSA	58	48
BARBASTRO	ALBALATE DE CINCA	39	34
BARBASTRO	GRAUS	33	29
BARBASTRO	TAMARITE DE LITERA	39	31
CALATAYUD	ARIZA	40	26
CALATAYUD	VILLARROYA DE LA SIERRA	25	20
CALATAYUD	SABIÑAN	27	21
CALATAYUD	MORATA DE JALON	26	20
CALATAYUD	ATECA	16	12
CALATAYUD	ALHAMA DE ARAGON	26	20
CALATAYUD	DAROCA	37	35
CALATAYUD	CALATAYUD RURAL	2,8	8
CALATAYUD	ILLUECA	40	30
HUESCA	HECHO	98	85
HUESCA	BERDUN	84	74
HUESCA	BROTO	89	71
HUESCA	AYERBE	31	24

HUESCA	BIESCAS-VALLE DE TENA	70	52
HUESCA	GRAÑEN	25	22
HUESCA	ALMUDEVAR	18	14
HUESCA	HUESCA RURAL	4	9
HUESCA	SARIÑENA	49	38
HUESCA	SABIÑANIGO	53	40
TERUEL	BAGUENA	94	62
TERUEL	ALIAGA	72	58
TERUEL	MOSQUERUELA	91	87
TERUEL	CEDRILLAS	33	32
TERUEL	VILLEL	16	18
TERUEL	SANTA EULALIA DEL CAMPO	36	30
TERUEL	ALFAMBRA	28	27
TERUEL	SARRION	37	27
TERUEL	ALBARRACIN	38	38
TERUEL	MORA DE RUBIELOS	41	35
TERUEL	CELLA	23	23
TERUEL	MONREAL DEL CAMPO	60	42
TERUEL	UTRILLAS	72	59
TERUEL	CALAMOCHA	77	51
ZARAGOZA I	LUNA	62	44
ZARAGOZA I	BUJARALUZ	72	46
ZARAGOZA I	VILLAMAYOR	12	13
ZARAGOZA II	SASTAGO	65	57
ZARAGOZA II	CAMPO DE BELCHITE	52	44
ZARAGOZA III	HERRERA DE LOS NAVARROS	60	60
ZARAGOZA III	SOS DEL REY CATOLICO	122	97
ZARAGOZA III	SADABA	92	70
ZARAGOZA III	GALLUR	48	38
ZARAGOZA III	CARIÑENA	46	33
ZARAGOZA III	TAUSTE	48	39
ZARAGOZA III	BORJA	63	45

Número de Centros de Salud	
De 0 a 15 minutos	6
De 16 a 30 minutos	20
De 31 a 45 minutos	20
De 46 a 60 minutos	8
Mas de 60 minutos	12

#### 4.1.2. Personal

Las quejas más habituales presentadas por ciudadanos en la Institución relativas a la sanidad rural hacen referencia a las consecuencias que para ellos tiene la falta de facultativos tanto médicos de familia como pediatras de atención primaria.

Por ello, con el objetivo de conocer la dotación de personal sanitario (médico de familia, médico y enfermera de atención continuada, enfermeras, matronas, fisioterapeutas) y personal no sanitario (administrativo, auxiliar administrativo, trabajador social) que actúan en cada zona de salud objeto del informe solicitamos al Departamento de Sanidad información sobre el número de plazas en la **plantilla** orgánica y el número de efectivos a la fecha de emisión del informe de estas categorías por Zonas Básicas de Salud. Además, se solicitó también de los facultativos del Equipo de Atención Primaria el porcentaje de las vacaciones o bajas que se han cubierto contratando otros profesionales.

El Departamento de Sanidad remitió datos de personal de algunas categorías sanitarias, lo que nos impide analizar la dotación de personal no sanitario y de fisioterapia de las zonas de salud objeto del informe. No obstante, cuando informan sobre la ubicación de determinados dispositivos si indican que los profesionales de fisioterapia prestan atención a pacientes de sus zonas y normalmente de hasta otras dos zonas de salud colindantes. En el caso de las trabajadoras sociales, señalan que en las zonas con menos de 10.000 habitantes no suelen ser trabajadoras del Servicio Aragonés de Salud y que prestan atención a pacientes de hasta tres zonas básicas de salud.

En un primer momento nos fueron remitidos de una manera global los siguientes datos relativos a los puestos de médico de familia, médico de atención continuada y pediatra de atención primaria en la plantilla orgánica autorizada a 30 de junio de 2022 y el número de efectivos en activo a 31 de marzo de 2022:

**Plantilla orgánica autorizada a 30 de junio de 2022**

PUESTOS	ATENCIÓN PRIMARIA								TOTAL CATEGORIA
	SECTOR ZARAGOZA I	SECTOR ZARAGOZA II	SECTOR ZARAGOZA III	SECTOR CALATAYUD	SECTOR HUESCA	SECTOR BARBASTRO	SECTOR TERUEL	SECTOR ALCAÑIZ	
MEDICO FAMILIA E.S.A.D.		2	2				2		6
MEDICO FAMILIA E.A.P.	115	233	199	61	94	95	93	72	962
PEDIATRA E.A.P.	32	50	41	5	16	15	11	10	180
MÉDICO DE ATENCIÓN CONTINUADA EN A.P. DE SECTOR	8	20	13	7	8	14	10	7	87
MÉDICO DE ATENCIÓN CONTINUADA EN A.P. (Z.B.S.)	7	8	35	16	20	31	38	28	183
<b>TOTAL</b>	<b>162</b>	<b>313</b>	<b>290</b>	<b>89</b>	<b>138</b>	<b>155</b>	<b>154</b>	<b>117</b>	<b>1.418</b>

**Efectivos en activo a 31 de marzo de 2022**

	S. Alcañiz	S. Barbastro	S. Calatayud	S. Huesca	S. Teruel	S. Zaragoza I	S. Zaragoza II	S. Zaragoza III	Total general
MÉDICO DE FAMILIA (*)	74	102	64	95	94	138	265	216	1.048
MÉDICO ESAD					2		2	2	6
MÉDICO DE ATENCIÓN CONTINUADA EN A.P.	41	51	26	50	50	25	40	63	346
PEDIATRA DE ATENCIÓN PRIMARIA (*)	6	14	5	16	10	34	67	47	199
	<b>121</b>	<b>167</b>	<b>95</b>	<b>161</b>	<b>156</b>	<b>197</b>	<b>374</b>	<b>328</b>	<b>1.599</b>

Incluye 121 coordinadores de AP de los cuales 116 son médicos de familia y 5 pediatras

(Tablas facilitadas por el Departamento de Sanidad)

Indica el Departamento de Sanidad que la situación de la plantilla real ya ha cambiado en el momento de remisión de la información, dado que se produjo el pasado mes de junio la incorporación de los facultativos procedentes del procedimiento de movilidad voluntaria y de la oposición correspondiente a la Oferta Pública de Empleo de 2020 y 2021, así como el llamamiento centralizado para la cobertura de vacantes posteriores con carácter temporal, todos estos procesos tanto para medicina de familia como pediatría. Indica también que

hasta que no se realice el siguiente corte de situación real a 31 de julio de 2022 no podrán tener el dato actualizado.

La información remitida sobre la situación real de la plantilla a 31 de agosto de 2022 si es de las Zonas Básicas de Salud objeto del informe y en ella se incluyen también la dotación de profesionales de enfermería:

SECTOR	EAP	ENFERMERA	ENFERMERA ATENCION CONTINUADA EN AP.	ENFERMERO/A ESP.ENF.FAMILIAR Y COMUN.	MÉDICO DE ATENCIÓN CONTINUADA EN A.P.	MÉDICO DE FAMILIA	MÉDICO DE REFUERZO	PEDIATRA DE ATENCIÓN PRIMARIA
Barbastro	EAP ABIEGO	2	2		2	3		
	EAP AINSA	6	3		3	5		1
	EAP ALBALATE DE CINCA	6	2		1	5		
	EAP BENABARRE	3	2		3	3		
	EAP BERBEGAL	3	2		2	3		
	EAP CASTEJON DE SOS	8	6		5	5	2	
	EAP GRAUS	11	3		3	8		1
	EAP LAFORTUNADA	2	2		3	2		
	EAP MEQUINENZA	2	2		1	4		
	EAP MONZON RURAL	5	4			6		
EAP TAMARITE DE LITERA	10			2	8	1	1	

SECTOR	EAP	ENFERMERA	ENFERMERA ATENCION CONTINUADA EN AP.	ENFERMERO/A ESP.ENF.FAMILIAR Y COMUN.	MÉDICO DE ATENCIÓN CONTINUADA EN A.P.	MÉDICO DE FAMILIA	MÉDICO DE REFUERZO	PEDIATRA DE ATENCIÓN PRIMARIA
Huesca	EQ.ATEN.PRIM.ALMUDEVAR	7	4		3	6		
	EQ.ATEN.PRIM.AYERBE	2	4		2	5		
	EQ.ATEN.PRIM.BERDUN	3	2		2	4		
	EQ.ATEN.PRIM.BROTO	3	5		2	3	1	
	EQ.ATEN.PRIM.GRAÑEN	8	4		2	7		1
	EQ.ATEN.PRIM.HECHO	2	2		1	3		
	EQ.ATEN.PRIM.HUESCA RURAL	10		1		10		
	EQ.ATEN.PRIM.SABIÑANIGO	6	7		5	6		2
	EQ.ATEN.PRIM.SARIÑENA	9	5		3	7		1
EQ.ATEN.PRIMARIA-BIESCAS	5	6		5	4			

SECTOR	EAP	ENFERMERA	ENFERMERA ATENCION CONTINUADA EN AP.	ENFERMERO/A ESP.ENF.FAMILIAR Y COMUN.	MÉDICO DE ATENCIÓN CONTINUADA EN A.P.	MÉDICO DE FAMILIA	MÉDICO DE REFUERZO	PEDIATRA DE ATENCIÓN PRIMARIA
Alcañiz	EAP ALCORISA	4	3		1	6		1
	EAP ANDORRA	10	2		4	9		
	EAP CALACEITE	3	2		1	5		
	EAP CALANDA	7	1		1	4		1
	EAP CANTAVIEJA	4	2		4	5		
	EAP HIJAR	10	2		4	8		1
	EAP MAELLA	5	3		1	4		
	EAP MAS DE LAS MATAS	4	3		1	3		
	EAP MUNIESA	3	3		2	3		
EAP VALDERROBRES	5	2		1	7		1	

**Informe Especial  
del Justicia sobre Sanidad  
en el Medio Rural**

SECTOR	EAP	ENFERMERA	ENFERMERA ATENCION CONTINUADA EN AP.	ENFERMERO/A ESP.ENF.FAMILIAR Y COMUN.	MÉDICO DE ATENCIÓN CONTINUADA EN A.P.	MÉDICO DE FAMILIA	MÉDICO DE REFUERZO	PEDIATRA DE ATENCIÓN PRIMARIA
Teruel	CENTRO SALUD ALBARRACIN	6	3		7	7		
	CENTRO SALUD ALFAMBRA	4	2		3	5		
	CENTRO SALUD ALIAGA	2	2		2	3		
	CENTRO SALUD BAGUENA	3	2		2	2		
	CENTRO SALUD CALAMOCHA	8	2		4	10		1
	CENTRO SALUD CEDRILLAS	3	3		1	3		
	CENTRO SALUD CELLA	4	2		2	4		1
	CENTRO SALUD MONREAL	7	2		1	8		1
	CENTRO SALUD MORA DE RUBIELOS	5	3		2	4		1
	CENTRO SALUD MOSQUERUELA	2	2		2	1		
	CENTRO SALUD SANTA EULALIA	3	2		2	4		
	CENTRO SALUD SARRION	4	2		4	5		
	CENTRO SALUD UTRILLAS	7	3			6		1
	CENTRO SALUD VILLEL	3	2		4	4		

SECTOR	EAP	ENFERMERA	ENFERMERA ATENCION CONTINUADA EN AP.	ENFERMERO/A ESP.ENF.FAMILIAR Y COMUN.	MÉDICO DE ATENCIÓN CONTINUADA EN A.P.	MÉDICO DE FAMILIA	MÉDICO DE REFUERZO	PEDIATRA DE ATENCIÓN PRIMARIA
Calatayud	E.A.P. VILLARROYA	3	2		2	3		
	EAP ALHAMA	5	1		6	6		1
	EAP ARIZA	3	3		2	3		
	EAP ATECA	4	1		1	5		
	EAP CALATAYUD SUR	11				10		1
	EAP DAROCA	6	2		5	9		
	EAP ILLUECA	8	1		2	6		1
	EAP MORATA	3	2		1	6		
EAP SAVIÑÁN	3	1		2	4			

SECTOR	EAP	ENFERMERA	ENFERMERA ATENCION CONTINUADA EN AP.	ENFERMERO/A ESP.ENF.FAMILIAR Y COMUN.	MÉDICO DE ATENCIÓN CONTINUADA EN A.P.	MÉDICO DE FAMILIA	MÉDICO DE REFUERZO	PEDIATRA DE ATENCIÓN PRIMARIA
Zaragoza I	EAP-BUJARALAZ	4	2		1	5		
	EAP-LUNA	3	1		1	4		
	EAP-VILLAMAYOR	4	1		2	4		1

SECTOR	EAP	ENFERMERA	ENFERMERA ATENCION CONTINUADA EN AP.	ENFERMERO/A ESP.ENF.FAMILIAR Y COMUN.	MÉDICO DE ATENCIÓN CONTINUADA EN A.P.	MÉDICO DE FAMILIA	MÉDICO DE REFUERZO	PEDIATRA DE ATENCIÓN PRIMARIA
Zaragoza II	EAP - CAMPO DE BELCHITE	8	3		4	7		1
	EAP - SASTAGO	5	2		2	4		

SECTOR	EAP	ENFERMERA	ENFERMERA ATENCION CONTINUADA EN AP.	ENFERMERO/A ESP.ENF.FAMILIAR Y COMUN.	MÉDICO DE ATENCIÓN CONTINUADA EN A.P.	MÉDICO DE FAMILIA	MÉDICO DE REFUERZO	PEDIATRA DE ATENCIÓN PRIMARIA
Zaragoza III	E.A.P. ZBS BORJA	11			4	11	1	1
	E.A.P. ZBS CARINENA	9	2		4	10		1
	E.A.P. ZBS GALLUR	9	1		2	6		1
	E.A.P. ZBS HERRERA	3	3		4	4		
	E.A.P. ZBS SADABA	5	2			4		
	E.A.P. ZBS SOS DEL REY	2	2		1	3		
	E.A.P. ZBS TAUSTE	8	1		2	6		1

(tablas realizadas por El Justicia de Aragón)

Por sectores los datos son los siguientes:

SECTOR	ENFERMERA	ENFERMERA ATENCION CONTINUADA EN AP.	ENFERMERO/A ESP.ENF.FAMILIAR Y COMUN.	MÉDICO DE ATENCIÓN CONTINUADA EN A.P.	MÉDICO DE FAMILIA	MÉDICO DE REFUERZO	PEDIATRA DE ATENCIÓN PRIMARIA	TOTAL
Barbastro	58	28	0	25	52	3	3	169
Huesca	55	39	1	25	55	1	4	180
Alcañiz	55	23	0	20	54		4	156
Teruel	61	32	0	36	66	0	5	200
Calatayud	46	13	0	21	52	0	3	135
Zaragoza I	11	4	0	4	13	0	1	33
Zaragoza II	13	5	0	6	11	0	1	36
Zaragoza III	47	11	0	17	44	1	4	124
<b>TOTAL</b>	<b>346</b>	<b>155</b>	<b>1</b>	<b>154</b>	<b>347</b>	<b>5</b>	<b>25</b>	<b>1.033</b>

(Tabla realizada por El Justicia de Aragón)

Los datos publicados en la página Web del Servicio Aragonés de Salud del acto centralizado de adjudicación de nombramientos temporales de médico de familia de Atención Primaria celebrado el 9 de junio de 2022, nos permiten conocer de las necesidades de contratación en los Equipos de Atención Primaria del Servicio Aragonés Salud que número correspondían a Equipos de Atención Primaria de las Zonas objeto del informe.

En el siguiente cuadro se detalla el total de plazas ofertadas, cubiertas y sin adjudicar distinguiendo entre la categoría de Médico de Familia (MF) y de Médico de Atención Continuada (MAC):

	<b>MF</b>	<b>MAC</b>	<b>Total</b>
Plazas ofertadas	80	107	187
Cubiertas	72	38	110
Sin adjudicar	8	69	77

De las 187 plazas ofertadas, sin tener en cuenta las categorías MAC Sector ni MAC Dirección, 74 eran plazas en Equipos de Atención Primaria de las Zonas Básicas de Salud objeto del informe.

SECTOR	DESTINO PROVISIONAL ADJUDICADO	CATEGORIA
Barbastro	10 AINSA 1001020101W	MEDICO DE FAMILIA
	11 AINSA 1001023621A	MAC
	12 AINSA 1001023620W	MAC
	13 ALBALATE 1001033620C	MAC
	14 ALBALATE 1001033621K	MAC
	21 CASTEJON 1001133622H	MAC
	25 PAC MONZON 1001003670Q	MAC
	26 PAC MONZON 1001003671V	MAC
	27 PAC MONZON 1001003672H	MAC
	28 PAC MONZON 1001003683Y	MAC
	29 TAMARITE DE LITERA 1001270108E	MEDICO DE FAMILIA
	30 BINEFAR-TTE-ALBALATE 100100367	MAC
	31 BINEFAR-TTE-ALBALATE 100100367	MAC
	32 SECTOR FRAGA-MEQUINENZA 1001	MAC
33 SECTOR GRAUS-BENABARRE 10010	MAC	

SECTOR	DESTINO PROVISIONAL ADJUDICADO	CATEGORIA
Huesca	54 ALMUDÉVAR 1001040106C	MEDICO DE FAMILIA
	55 BERDÚN 1001093621Z	MAC
	56 BIESCAS 1001103622X	MAC
	57 BIESCAS 1001103620P	MAC
	58 BIESCAS EVENTUAL	MAC
	59 HECHO 1001173620L	MAC
	63 SABIÑÁNIGO EVENTUAL	MAC
	64 SABIÑÁNIGO EVENTUAL	MAC
	65 SARIÑENA 1001260105R	MEDICO DE FAMILIA
	66 SARIÑENA EVENTUAL	MAC

SECTOR	DESTINO PROVISIONAL ADJUDICADO CENTRO	CATEGORIA
Teruel	73 ALBARRACIN 1002010101J	MEDICO DE FAMILIA
	74 ALBARRACIN 1002010104Q	MEDICO DE FAMILIA
	75 ALFAMBRA 1002050102V	MEDICO DE FAMILIA
	76 CALAMOCHA 1002100107C	MEDICO DE FAMILIA
	77 MONREAL DEL CAMPO 1002180108G	MEDICO DE FAMILIA
	78 MORA DE RUBIELOS 1002190105L	MEDICO DE FAMILIA
	79 MOSQUERUELA 1002200101X	MEDICO DE FAMILIA
	80 SARRION 1002230101H	MEDICO DE FAMILIA
	81 UTRILLAS 1002250105N	MEDICO DE FAMILIA
	86 MAC ALBARRACIN 1002013620J	MAC
	87 MAC ALBARRACIN 1002013626L	MAC
	88 MAC ALBARRACIN 1002013622S	MAC
	89 MAC ALBARRACIN 1002013624V	MAC
	90 MAC ALFAMBRA 1002053623L	MAC
	91 MAC BAGUENA 1002083621W	MAC
	92 MAC CALAMOCHA 1002103620Z	MAC
	93 MAC CALAMOCHA 1002103622Q	MAC
	94 MAC MONREAL 1002183620C	MAC
	95 MAC UTRILLAS 1002253623B	MAC
	96 MAC UTRILLAS 1002253620P	MAC
	97 MAC UTRILLAS 1002253621D	MAC
98 MAC UTRILLAS 1002253622X	MAC	
99 MAC VILLEL 1002273622T	MAC	

SECTOR	DESTINO PROVISIONAL ADJUDICADO CENTRO	CATEGORIA
Calatavud	34 ALHAMA DE ARAGÓN 1004020101C	MEDICO DE FAMILIA
	35 ALHAMA DE ARAGÓN 1004070105R	MEDICO DE FAMILIA
	36 ALHAMA DE ARAGÓN 1004023623T	MAC
	37 ARIZA 1004033620S	MAC
	38 ATECA 1004040105Z	MEDICO DE FAMILIA
	39 ATECA 1004040102B	MEDICO DE FAMILIA
	40 ATECA SIN CIAS	MAC
	49 DAROCA 1004110105W	MÉDICO DE FAMILIA
	50 ILLUECA 1004183620D	MAC
	51 MORATA DE JALÓN 1004210102H	MEDICO DE FAMILIA
	52 SABIÑAN 1004250103E	MEDICO DE FAMILIA

SECTOR	DESTINO PROVISIONAL ADJUDICADO CENTRO	CATEGORIA
Alcañiz	4 EAP ANDORRA 1002070108J	MEDICO DE FAMILIA
	6 EAP CANTAVIEJA 1002123623F	MAC EN A.P
	7 EAP ANDORRA 1002070104D	MEDICO DE FAMILIA
	8 MAC MAS DE LAS MATAS 1002173620W	MAC
	9 EAP ALCORISA 1002040101K	MEDICO DE FAMILIA

SECTOR	DESTINO PROVISIONAL ADJUDICADO CE	CATEGORIA
Zaragoza II	119 Campo Belchite 1003400104B	MEDICO DE FAMILIA
	120 Campo Belchite 1003400105N	MEDICO DE FAMILIA
	121 Campo Belchite 1003003663K	MAC

SECTOR	DESTINO PROVISIONAL ADJUDICADO CE	CATEGORIA
Zaragoza III	155 HERRERA 1004170102S	MEDICO DE FAMILIA
	157 SOS 1004260103V	MEDICO DE FAMILIA
	158 SOS 1004260102Q	MEDICO DE FAMILIA
	163 BORJA 1004063622W	MAC
	181 SADABA 1004243620W	MAC
	182 SADABA SIN CIAS	MAC
	183 SOS 1004263621Q	MAC

De las 74 plazas ofertadas 28 son de Médico de Familia y 46 de Médico de Atención Continuada. De estas plazas se adjudicaron 39, siendo 23 de médico de familia y 16 de médico de atención continuada

Del total de las plazas de Médico de Familia que quedaron sin adjudicar el 62,5% eran en Zonas Básicas de Salud objeto del informe y de la categoría médico de atención continuada el 43,47%.

En las siguientes tablas se indican las 5 plazas de médico de familia y las 30 de médico de atención continuada que quedaron vacantes en las zonas de salud objeto del informe:

SECTOR	DESTINO PROVISIONAL ADJUDICADO CENTRO	CATEGORIA
Barbastro	11 AINSA 1001023621A	MAC
	12 AINSA 1001023620W	MAC
	13 ALBALATE 1001033620C	MAC
	14 ALBALATE 1001033621K	MAC
	25 PAC MONZON 1001003670Q	MAC
	26 PAC MONZON 1001003671V	MAC
	27 PAC MONZON 1001003672H	MAC
	28 PAC MONZON 1001003683Y	MAC
	30 BINEFAR-TTE-ALBALATE 1001003678R	MAC
	31 BINEFAR-TTE-ALBALATE 1001003679W	MAC
	32 SECTOR FRAGA-MEQUINENZA 1001003681G	MAC
	33 SECTOR GRAUS-BENABARRE 1001003677T	MAC
	Huesca	56 BIESCAS 1001103622X
57 BIESCAS 1001103620P		MAC
58 BIESCAS EVENTUAL		MAC
59 HECHO 1001173620L		MAC
64 SABIÑÁNIGO EVENTUAL		MAC

SECTOR	DESTINO PROVISIONAL ADJUDICADO CENTRO	CATEGORIA
Alcañiz	6 EAP CANTAVIEJA 1002123623F	MAC EN A.P
	8 MAC MAS DE LAS MATAS 1002173620W	MAC
Teruel	94 MAC MONREAL 1002183620C	MAC
	95 MAC UTRILLAS 1002253623B	MAC
	96 MAC UTRILLAS 1002253620P	MAC
	97 MAC UTRILLAS 1002253621D	MAC
	98 MAC UTRILLAS 1002253622X	MAC
Calatavud	37 ARIZA 1004033620S	MAC
	40 ATECA SIN CIAS	MAC
	50 ILLUECA 1004183620D	MAC
Zaragoza III	181 SADABA 1004243620W	MAC
	182 SADABA SIN CIAS	MAC
	183 SOS 1004263621Q	MAC

SECTOR	DESTINO PROVISIONAL ADJUDICADO CENTRO	CATEGORIA
Alcañiz	4 EAP ANDORRA 1002070108J	MEDICO DE FAMILIA
	7 EAP ANDORRA 1002070104D	MEDICO DE FAMILIA
	9 EAP ALCORISA 1002040101K	MEDICO DE FAMILIA
Teruel	81 UTRILLAS 1002250105N	MEDICO DE FAMILIA
Zaragoza III	158 SOS 1004260102Q	MEDICO DE FAMILIA

Respecto al porcentaje de vacaciones o bajas de los facultativos del Equipo de Atención Primaria que se cubren contratando a otros facultativos. El Departamento de Sanidad informa:

*“en relación con esta petición tenemos que decirles que nos resulta materialmente imposible tener este dato. Los movimientos de sustituciones por permisos, licencias, excedencias, vacaciones, etc. en nuestra red de centros de salud son muy numerosos y los propios centros tienen cierto grado de autonomía para poder resolver estas eventualidades que acontecen a diario.*

*No obstante, sí podemos informar que desde hace años tenemos contemplada en nuestra regulación laboral la posibilidad de que se produzcan autocoberturas en los centros cuando las bolsas de empleo correspondientes se encuentran vacías. Esta contingencia suele ser bastante común en estos centros rurales sobre todo en periodo vacacional. Cuando se produce lo que llamamos un “acúmulo de consultas”, es decir, un profesional asume la consulta de otro compañero*

*al que no se puede sustituir, se le abona en nómina el importe correspondiente al 75% de su salario si la jornada finaliza antes de las 17 horas y del 100% de su salario si por la necesidad de prolongar finaliza su jornada más allá de las 17 horas.”*

Cuando por no haber candidatos en la bolsa de empleo temporal para sustituir al facultativo que ocupa una determinada plaza de la plantilla del Equipo de Atención Primaria, se utiliza el sistema de acumulo de consultas se logra dar atención a todas las localidades de la zona básica de salud, pero lógicamente la asistencia no puede ser la misma que cuando el titular de la plaza esta activo, entre otras cuestiones al no ser posible duplicar el tiempo. La ordenación de los recursos humanos disponibles supone que, en unos casos, se reduzca el número de horas de atención presencial del Médico de Familia en el consultorio local y en otros casos que se cierre el consultorio teniendo que ser los pacientes quienes se desplacen al municipio donde se ubica el centro de salud para ser atendidos presencialmente, en lugar de ser el facultativo quien se desplace a su localidad.

Los consultorios locales fueron puestos en funcionamiento para facilitar en proximidad el acceso equitativo a una atención sanitaria integral, suspender el servicio en los consultorios locales condiciona la prestación de una atención primaria cercana al paciente pudiendo comprometer la garantía de la calidad asistencial.

En el caso de pediatría, cuando el titular de la plaza que presta servicios en la Zona Básica de Salud está de permiso, al no haber facultativos de esta especialidad disponibles en la bolsa de empleo temporal, la atención sanitaria en la consulta de pediatría del centro de salud la presta un médico de familia del Equipo de Atención Primaria. Para ser atendidos por un pediatra los menores deben desplazarse a otros municipios.

En la última queja recibida en la Institución por este motivo la asistencia pediátrica de los menores de la Zona Básica de Salud de Alcorisa era prestada gracias a la colaboración de los pediatras del Hospital de Alcañiz. Desde la Institución sugerimos en su día al Departamento de Sanidad que trasladase al Ministerio de Sanidad la necesidad de aumentar el número de plazas MIR de las especialidades más deficitarias con el objetivo de garantizar que la atención pediátrica de todos los menores de hasta 14 años de Aragón se preste por facultativos especialistas en pediatría.

Las dificultades que tiene la Administración, debido al déficit de facultativos, para cubrir las plazas vacantes o sustituir al titular de la plaza durante el tiempo que el facultativo se encuentra en un proceso de Incapacidad Temporal o disfrutando de un permiso de vacaciones, es un problema que en Aragón se produce desde hace años.

En el Plan Estratégico de Ordenación de Recursos Humanos del Servicio Aragonés de Salud para el período 2017-2020, refleja respecto de los profesionales médicos del Servicio Aragonés de Salud un déficit en varias especialidades. Resaltando el déficit previsto en médicos de familia que con todos los MIR titulados entre 2016 y 2020 quedándose en Aragón y contando solo las bajas producidas por jubilación en ese periodo dejaba un déficit de -80 médicos en 2020.

Para evitar el déficit de médicos especialistas en nuestra Comunidad se aprobaron en 2017 los siguientes planes:

- Plan operativo para la prolongación en el servicio activo del personal de centros e instituciones sanitarias del Servicio Aragonés de Salud. (BOA nº 235 de 11 de diciembre de 2017) recoge la posibilidad de prolongación voluntaria del servicio activo hasta cumplir 67 años de edad, de los facultativos (médicos de atención especializada y de atención primaria) del Servicio Aragonés de Salud.
- Plan operativo de incentivos para profesionales en centros de difícil cobertura (BOA nº 154 de 11 de agosto de 2017). En el que se recogen medidas como otorgar una mayor puntuación en convocatorias de Ofertas Públicas de Empleo, concursos de traslados, promoción interna y bolsas de empleo temporal, o medidas de flexibilización de jornadas para facilitar la conciliación familiar para los profesionales que ocupen plazas de difícil cobertura.

Tienen la consideración de puestos de difícil cobertura:

- a) En el ámbito de la atención especializada: Todos los centros ubicados fuera de la ciudad de Zaragoza.

- b) En el ámbito de la atención primaria: Los puestos de facultativos (médicos de familia y pediatras de atención primaria) ubicados en determinados centros de salud.

A lo largo de los años estos planes han resultado insuficientes para abordar el problema de la falta de especialistas y se han modificado para ampliar la permanencia en el servicio activo hasta los 70 años y en el caso de los puestos de difícil cobertura para aumentar el número de centros de salud que tienen esta consideración.

En la siguiente tabla se indican de las Zonas Básicas de Salud objeto del informe los centros de salud cuyos puestos de Médico de Familia y Pediatra tienen la consideración de difícil cobertura, así como el año que se incluyeron:

Sector	NOMBRE ZONA/UBICACIÓN DEL CENTRO DE SALUD	PUESTO DE DIFÍCIL COBERTURA/AÑO
Barbastro	ABIEGO	
	LAFORTUNADA	2017
	BERBEGAL	
	BENABARRE	2017
	MEQUINENZA	2017
	MONZON RURAL	
	CASTEJON DE SOS	2017
	AINSA	2017
	ALBALATE DE CINCA	2017
	GRAUS	2017
	TAMARITE DE LITERA	2017

Sector	NOMBRE ZONA/UBICACIÓN DEL CENTRO DE SALUD	PUESTO DE DIFÍCIL COBERTURA/AÑO
Huesca	HECHO	2017
	BERDUN	2017
	BROTO	2017
	AYERBE	
	BIESCAS-VALLE DE TENA	2017
	GRAÑEN	
	ALMUDEVAR	
	HUESCA RURAL	
	SABIÑANIGO	
	SARIÑENA	2022

Sector	NOMBRE ZONA/UBICACIÓN DEL CENTRO DE SALUD	PUESTO DE DIFÍCIL COBERTURA/AÑO
Alcañiz	MUNIESA	
	CANTAVIEJA	2017
	CALACEITE	2022
	MAS DE LAS MATAS	2017
	MAELLA	2017
	CALANDA	
	ALCORISA	2021
	VALDERROBRES	2017
	HIJAR	
	ANDORRA	2021

Sector	NOMBRE ZONA/UBICACIÓN DEL CENTRO DE SALUD	PUESTO DE DIFÍCIL COBERTURA/AÑO
Teruel	BAGUENA	
	ALIAGA	2017
	MOSQUERUELA	2017
	CEDRILLAS	2017
	VILLEL	2022
	SANTA EULALIA DEL CAMPO	
	ALFAMBRA	2017
	SARRION	2017
	ALBARRACIN	2017
	MORA DE RUBIELOS	2017
	CELLA	
	MONREAL DEL CAMPO	
	UTRILLAS	2021
	CALAMOCHA	

Sector	NOMBRE ZONA/UBICACIÓN DEL CENTRO DE SALUD	PUESTO DE DIFÍCIL COBERTURA/AÑO
Calatayud	ARIZA	2017
	VILLARROYA DE LA SIERRA	2017
	SABIÑAN	
	MORATA DE JALON	
	ATECA	
	ALHAMA DE ARAGON	
	DAROCA	
	CALATAYUD RURAL	
	ILLUECA	2021

Sector	NOMBRE ZONA/UBICACIÓN DEL CENTRO DE SALUD	PUESTO DE DIFÍCIL COBERTURA/AÑO
Zaragoza I	LUNA	2021
	BUJARALAZ	2021
	VILLAMAYOR	
Zaragoza II	SASTAGO	
	CAMPO DE BELCHITE	
Zaragoza III	BORJA	
	HERRERA DE LOS NAVARROS	2017
	SOS DEL REY CATOLICO	2017
	SADABA	2022
	GALLUR	
	CARIÑENA	
	TAUSTE	

Como se puede observar, el 56% de los puestos de médico de familia y de pediatra de los centros de salud objeto del informe ya son de difícil cobertura. A pesar de los incentivos aprobados para los profesionales que ocupan estas plazas, el 100% de las plazas de médico de familia de las Zonas Básicas de Salud objeto del informe, que se quedaron sin adjudicar en el acto centralizado celebrado el 9 de junio, eran en centros de salud de difícil cobertura.

El desequilibrio actual entre la oferta y la demanda de profesionales sanitarios se debe en gran medida a la reducción durante los años 2011 y 2015 de la oferta formativa por el sistema MIR. En la siguiente tabla se recoge el número de plazas ofertadas de MIR en las últimas catorce convocatorias.

Convocatoria	Año	Nº plazas
Convocatoria 2009/2010	2010	6.795
Convocatoria 2010/2011	2011	6.729
Convocatoria 2011/2012	2012	6.555
Convocatoria 2012/2013	2013	6.239
Convocatoria 2013/2014	2014	5.997
Convocatoria 2014/2015	2015	5.956
Convocatoria 2015/2016	2016	6.097
Convocatoria 2016/2017	2017	6.325
Convocatoria 2017/2018	2018	6.513
Convocatoria 2018/2019	2019	6.797
Convocatoria 2019/2020	2020	7.512
Convocatoria 2020/2021	2021	7.989
Convocatoria 2021/2022	2022	8.188
Convocatoria 2022/2023	2023	8.503

Como puede observarse durante los años 2011 a 2015 el número de plazas ofertadas disminuía cada año, por lo que cabe deducir que el número de facultativos que tienen disponibles actualmente los ciudadanos son los que la administración ha decidido que así fuera. A partir del 2016 se fue incrementando el número de plazas ofertadas, sin que hasta el año 2019 se superase el número de plazas ofertadas en 2010. Las plazas ofertadas en la última convocatoria se han incrementado un 25% respecto a las ofertadas en 2019 y un 3,8% respecto a la convocatoria anterior. El incremento de las plazas MIR en los últimos años era necesario para solucionar la falta de profesionales, sin embargo, teniendo en cuenta los 4 o 5 años que dura la formación, esta medida es insuficiente para cubrir el número de plazas que actualmente están vacantes y las que en los próximos quedarán vacantes debido a la jubilación de sus titulares.

En el caso concreto de las Zonas Básicas de Salud objeto del informe el 12,39 % de los Médicos de Familia tienen más de 64 años y el 38,90% entre 55 y 64 años.

En las siguientes tablas se indica por sectores, el porcentaje por tramos de edad, de efectivos de Médico de Familia, Médico de Atención Continuada y Pediatra de las Zonas Básicas de Salud objeto del informe:

Sector	MÉDICO DE FAMILIA				
	Entre 18 y 29 años	Entre 30 y 39 años	Entre 40 y 54 años	Entre 55 y 64 años	Mayor de 64 años
Barbastro	0,00%	23,08%	26,92%	40,38%	9,62%
Huesca	1,82%	0,00%	32,73%	54,55%	10,91%
Alcañiz	0,00%	14,81%	42,59%	29,63%	12,96%
Teruel	0,00%	28,79%	24,24%	37,88%	9,09%
Calatayud	1,92%	19,23%	28,85%	38,46%	11,54%
Zaragoza I	0,00%	0,00%	23,08%	46,15%	30,77%
Zaragoza II	0,00%	9,09%	54,55%	27,27%	9,09%
Zaragoza III	2,27%	4,55%	43,18%	31,82%	18,18%

MÉDICO DE ATENCIÓN CONTINUADA EN A.P.					
Sector	Entre 18 y 29 años	Entre 30 y 39 años	Entre 40 y 54 años	Entre 55 y 64 años	Mayor de 64 años
Barbastro	0,00%	24,00%	28,00%	36,00%	12,00%
Huesca	8,00%	32,00%	32,00%	24,00%	4,00%
Alcañiz	0,00%	50,00%	10,00%	35,00%	5,00%
Teruel	5,56%	27,78%	44,44%	22,22%	0,00%
Calatayud	4,76%	42,86%	14,29%	38,10%	0,00%
Zaragoza I	0,00%	0,00%	75,00%	25,00%	0,00%
Zaragoza II	16,67%	16,67%	66,67%	0,00%	0,00%
Zaragoza III	5,88%	17,65%	64,71%	11,76%	0,00%

PEDIATRA EN ATENCIÓN PRIMARIA					
Sector	Entre 18 y 29 años	Entre 30 y 39 años	Entre 40 y 54 años	Entre 55 y 64 años	Mayor de 64 años
Barbastro	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Huesca	0,00%	0,00%	75,00%	25,00%	0,00%
Alcañiz	0,00%	75,00%	25,00%	0,00%	0,00%
Teruel	20,00%	60,00%	20,00%	0,00%	0,00%
Calatayud	0,00%	33,33%	33,33%	33,33%	0,00%
Zaragoza I	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Zaragoza II	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%
Zaragoza III	0,00%	0,00%	75,00%	25,00%	0,00%

Actualmente uno de los mayores problemas que afronta el sistema sanitario público es el déficit de médicos especialistas en Medicina de Familia y Comunitaria. Un problema que se da a nivel estatal como refleja el [Informe Oferta-Necesidad de Especialistas Médicos 2021-2035](#) al indicar que esta es la especialidad con peores pronósticos de déficit. Es, además una de las especialidades más envejecida y menos atractiva para los jóvenes que acceden a la formación mediante el sistema de residencia.

El Informe Oferta-Necesidad de Especialistas Médicos 2021-2035 presentado el pasado marzo fue encargado por el Ministerio de Sanidad para ayudar a tomar decisiones en la planificación de recursos humanos adecuando el número de médicos especialistas a las necesidades de la población a corto y medio plazo.

En el informe se recogen los datos aportados por las Comunidades Autónomas sobre los médicos en activo que trabajan en el sistema público a junio de 2021. Los datos sobre la demanda actual y proyecciones futuras se han obtenido mediante una consulta a expertos del Ministerio de Sanidad, de las Comunidades Autónomas y de las Comisiones Nacionales de cada especialidad.

Se hace una proyección poblacional donde se marca que desde 2021 hasta 2035, la población en España apenas habrá aumentado un 2,0% hasta apenas superar los 48 millones de personas en 2035. Por ello, harán falta menos pediatras y más especialistas que traten enfermedades crónicas y a pacientes pluripatológicos complejos. La medicina de familia y la medicina interna serán piezas más esenciales, si cabe, del sistema sanitario.

El estudio refleja que en junio de 2021 había 136.344 médicos trabajando en el Sistema Nacional de Salud. El 46% de los médicos de la red pública tiene 50 o más años y el 21,1% tiene 60 o más años.

Nuestra Comunidad Autónoma con una ratio de 347 médicos por 100.000 habitantes es la cuarta comunidad mejor dotada y por lo que se refiere a la especialidad de medicina familiar y comunitaria con una ratio de 124,5 médicos por 100.000 habitantes es la segunda. De esta especialidad el 65,4% de los médicos tiene 50 o más años y el 38,7% de los médicos tiene 60 o más años.

En las conclusiones del informe se indica lo siguiente en relación con esta especialidad:

*“La especialidad atención primaria se configura como un problema esencial para el Sistema Nacional de Salud. En particular, la MFyC queda para el final, año tras año, en las elecciones MIR y los datos de médicos de familia formados que evitan integrarse en centros de salud dan señales de alarma nítidas: huida hacia urgencias y hacia la red privada. Para cubrir las plazas que no se consigue ocupar, en ZBS rurales y en pequeñas ciudades, pero también en ciudades medianas y grandes, no basta con convocar más plazas MIR u homologar más títulos extranjeros. Es preciso un plan de incentivos dirigido a la MFyC que considere los 13 componentes de la recompensa total (tabla 3). Otros países de la UE han puesto en marcha políticas de atracción y retención de profesionales para abordar algunos de los desequilibrios,*

*particularmente entre zonas rurales y ciudades. Se puede aprender de esas experiencias.*

*La MFyC merece atención. Por el lado de la demanda, según panel de expertos, es una especialidad que tanto en el momento actual como a futuro mantiene un perfil de alta necesidad. Por el lado de la oferta, es la segunda especialidad con una pirámide etaria más envejecida actualmente, con los mayores porcentajes de profesionales con 60 y más años (33,2%, uno de cada tres) y de 50 y más años (60,2%). La tasa de reposición es muy justa, prácticamente igual a 1. El problema se agudiza porque hay un gran número de médicos de familia que optan por ejercer en el sector sanitario privado o en la medicina de urgencias, pública y privada. Sin embargo, las plazas de formación anuales de MFyC convocadas en 2021 incluso cayeron ligeramente respecto a 2020, mientras que la oferta global de plazas MIR de todas las especialidades creció un 2,4%. Afortunadamente, el porcentaje de médicos de familia mayores de 60 años, según el modelo, pasará del 24,7% en 2021 a menos del 10% en 2035.”*

El informe pone de manifiesto también que, en las zonas rurales, aunque el número global de profesionales disponibles en el país fuera adecuado, no se cubrirían las plazas poco atractivas, salvo que se mejorara su atractivo con incentivos adecuados y potentes, tanto profesionales como económicos, con modificaciones sustanciales en los sistemas de recompensa y en el marco jurídico de las relaciones laborales

Por su parte tanto en el Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023 aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 15 de diciembre de 2021 como en el Plan de Atención Primaria y Comunitaria de Aragón 2022-2023 se establece el objetivo de *incrementar el número de profesionales, garantizar su disponibilidad y mejorar las condiciones laborales de manera que se posibilite la accesibilidad, la longitudinalidad, estabilidad, atracción del talento y en consecuencia se reduzca la temporalidad por debajo del 8%.*

#### **4.1.3. Acreditación unidades docentes Atención Familiar y Comunitaria**

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias establece que la formación de Especialistas en Ciencias de la Salud tendrá lugar por el sistema de residencia en centros acreditados.

El sistema formativo de residencia obliga, simultáneamente, a recibir una formación y a prestar un trabajo que permitan al especialista en formación adquirir, en unidades docentes acreditadas, las competencias profesionales propias de la especialidad que esté cursando, mediante una práctica profesional programada y supervisada destinada a alcanzar de forma progresiva, según avance en su proceso formativo, los conocimientos, habilidades, actitudes y la responsabilidad profesional necesarios para el ejercicio autónomo y eficiente de la especialidad.

La unidad docente se define como el conjunto de recursos personales y materiales, pertenecientes a los dispositivos asistenciales, docentes, de investigación o de cualquier otro carácter que, con independencia de su titularidad, se consideren necesarios para impartir formación reglada en especialidades en Ciencias de la Salud por el sistema de residencia, de acuerdo con lo establecido en los programas oficiales de las distintas especialidades. (Artículo 4 Real Decreto 183/2008)

Corresponde al órgano directivo competente en materia de formación sanitaria especializada del Ministerio de Sanidad resolver las solicitudes de acreditación de Unidades Docentes presentadas a instancia de la entidad titular del centro, previos informes de la comisión de docencia de éste y de la consejería competente en materia sanitaria de su comunidad autónoma.

La Orden de 15 de abril de 2010, de la Consejera de Salud y Consumo regula el procedimiento de acreditación y reacreditación periódica y el nombramiento de los tutores de formación especializada en ciencias de la salud por el sistema de residencia en los centros sanitarios del Sistema de Salud de Aragón, mediante la aplicación de unos criterios preestablecidos y homogéneos para todos los centros y profesionales de la Comunidad Autónoma de Aragón, así como desarrolla un sistema de reconocimiento específico de la función tutorial y de la colaboración en la formación de especialistas en ciencias de la salud.

En la siguiente tabla figuran los centros acreditados para la docencia en diciembre de 2021 facilitados por el Departamento de Sanidad:

**CENTROS ACREDITADOS PARA LA DOCENCIA  
DICIEMBRE 2021**

MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA/ENFERMERIA DE FAMILIA Y COMUNITARIA		
<b>HUESCA AFYC</b> HOSPITAL SAN JORGE CS PERPETUO SOCORRO CS PIRINEOS CS SANTO GRIAL  <b>BARBASTRO AFYC</b> HOSPITAL DE BARBASTRO CS BARBASTRO  <b>TERUEL MFYC</b> HOSPITAL OBISPO POLANCO CS TERUEL-CENTRO CS TERUEL-ENSANCHE  <b>ALCAÑIZ MFYC</b> HOSPITAL DE ALCAÑIZ CS ALCAÑIZ CS ANDORRA	<b>ZARAGOZA I AFYC</b> HOSPITAL ROYO VILLANOVA CS ACTUR NORTE CS ACTUR OESTE CS ACTUR SUR CS ARRABAL CS LA JOTA  <b>ZARAGOZA II AFYC</b> HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET CS ALMOZARA CS FUENTES NORTE CS SAN JOSE CENTRO CS SAN PABLO CS SAN JOSE NORTE CS TORRE RAMONA CS TORRERO LA PAZ	<b>ZARAGOZA III MFYC</b> HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESAS CS BOMBARDA CS CARINENA CS DELICIAS NORTE CS DELICIAS SUR CS EPILA CS MIRALBUENO CS OLIVER CS UNIVERSITAS CS UTEBO CS VALDEFIERRO  <b>CALATAYUD</b> HOSPITAL RENEST LLUCH CS CALATAYUD NORTE CS CALATAYUD SUR CS DAROCA
PEDIATRÍA	MATRONAS	
H. UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET CS ACTUR OESTE CS ACTUR SUR CS ALMOZARA CS ARRABALCS CTUR NORTE CS FUENTES NORTE CS REBOLERIA CS SAGASTA MIRAFLORES CS SAGASTA RUISEÑORES CS TORRE RAMONA CS TORRERO LA PAZ  HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESAS CS DELICIAS SUR CS MIRALBUENOENFERMERIA PEDIATRICA2 CS OLIVER CS VALDEFIERRO	<b>ZARAGOZA II</b> H. UNIVESITARIO MIGUEL SERVET CS ACTUR SUR CS ALMOZARA CS ARRABAL CS CTUR NORTE CS FUENTES NORTE CS LA JOTA S MUNOZ FERNÁNDEZ- MIRAFLORES CS PICARRAL CS SAN JOSE CENTRO CS SAN PABLO CS SAN JOSE NORTE CS TORRE RAMONA CS TORRERO LA PAZ CS ZUERA	<b>ZARAGOZA III</b> CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESAS CS BOMBARDA CS DELICIAS NORTE CS DELICIAS SUR CS MIRALBUENO CS OLIVER CS UNIVERSITAS CS UTEBO CS VALDEFIERRO
SALUD MENTAL		GERIATRÍA
HOSPITAL GENERAL SAN JORGE GENERAL OBISPO POLANCO CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL NTRA. SRA. DEL PILAR CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESAS H. ROYO VILLANOVA Y CSM ACTUR SUR HOSPITALIZACIÓN PSIQUIATRICA DEL H. PROVINCIAL NTRA. SRA. DE GRACIA CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL NTRA. SRA. DEL PILAR		H. GENERAL OBISPO POLANCO CS TERUEL-CENTRO H. REAL Y PROVINCIAL NTRA. SRA. DE GRACIA H. SAN JOSE

Nuestra Comunidad Autónoma cuenta con la acreditación de ocho unidades docentes de atención familiar y comunitaria (enfermería y medicina).

De los treinta y tres centros de salud acreditados para la docencia en medicina de familia y comunitaria solo tres de ellos son centros ubicados en zonas básicas de

salud de hasta 10.000 habitantes. El centro de salud de Andorra en el Sector Alcañiz, el centro de salud de Cariñena en el Sector Zaragoza III y el centro de salud de Daroca en el Sector Calatayud.

Los centros de salud con una población asignada de hasta 10.000 habitantes suponen más del 50% del total de centros de salud de Aragón. Sin embargo, solo el 10% de estos centros están acreditados para la docencia, lo cual dificulta claramente el conocimiento del medio rural por parte de los médicos en formación.

Los requisitos de acreditación de las unidades docentes multiprofesionales para la formación de especialistas en enfermería familiar y comunitaria y en medicina familiar y comunitaria se establecen en la Orden PRE/861/2013, de 9 de mayo. Estos requisitos dificultan la posibilidad a los centros de salud ubicados en zonas rurales acreditarse para la docencia por ello en el Plan de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023 hay un capítulo dedicado a la formación de postgrado en el que el Departamento de Sanidad incluye una petición expresa a la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria para que revise los procedimientos y requisitos de acreditación docente de los centros de salud. Se trata de poder incluir como centros docentes un mayor número de equipos del medio rural ya que la rotación de los residentes por estos centros hará que conozcan más en profundidad la atención sanitaria en el medio rural y, cuando finalicen su periodo formativo, puedan incorporar estos centros a sus posibilidades de elección de puesto de trabajo.

En la siguiente tabla se detalla el número de plazas acreditadas y convocadas de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en Aragón en las últimas convocatorias de MIR:

Convocatoria	Total MFyC acreditadas	Total MFyC convocadas
2017/2018	78	60
2018/2019	78	63
2019/2020	82	75
2020/2021	82	77
2021/2022	82	75
2022/2023	82	82

Como puede observarse, durante los años 2018 a 2022 el número de plazas ofertadas fue menor a las acreditadas. Este hecho se ha modificado en la convocatoria del 2023 ofertando las 82 plazas acreditadas en medicina familiar y comunitaria.

Plazas acreditadas y ofertadas en la convocatoria de 2022/2023 en Aragón:

Unidad Docente Medicina Familiar y Comunitaria	Nº de plazas acreditadas convocatoria MIR 2023	Nº de plazas ofertadas convocatoria MIR 2023
Sector Zaragoza I	10	10
Sector Zaragoza II	21	21
Sector Zaragoza III	18	18
Sector Calatayud	6	6
Sector I Huesca	8	8
Sector II Barbastro	6	6
Sector Teruel	5	5
Sector Alcañiz	8	8
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>82</b>

De las 75 plazas de formación ofertadas en Aragón de esta especialidad en la última convocatoria se adjudicaron 71. De las 4 que quedaron sin adjudicar tres eran de la Unidad Docente Multidisciplinar AFYC Sector Alcañiz y la otra en la Unidad Docente Atención Familiar y Comunitaria de Huesca Sector II Barbastro.

Esto no es un problema únicamente de esta Comunidad Autónoma, en la convocatoria de 2022 se convocaron 8.188 plazas de MIR, se adjudicaron 7.970 quedando desiertas 218. De la especialidad de medicina familiar y comunitaria se convocaron 2.336, se adjudicaron 2.136 quedaron vacantes 200. En Aragón de las 246 plazas convocadas se adjudicaron 242 siendo las 4 que quedaron vacantes las de especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

Para aumentar la oferta formativa y mejorar el conocimiento del medio rural en el plan de acción de Atención Primaria Aragón se recoge el incremento de oferta formativa en estos centros Para ello es necesario que el Ministerio modifique los requisitos exigidos a los centros para la acreditación docente. Siendo esta una medida que podía ayudar el problema de falta de profesionales, es necesario

adoptar alguna medida más para hacer atractivas estas plazas y que las plazas ofertadas no se queden sin cubrir.

Se aumentó el cupo para extracomunitarios para intentar cubrir las 200 plazas que quedaron vacantes, a nivel nacional, de la especialidad de medicina familiar y comunitaria. Sin embargo, solo se logró cubrir 107 plazas quedando vacantes 93. Estas plazas vacantes junto con las 72 renunciaciones de los adjudicatarios hacen un total de 165 plazas perdidas en la convocatoria 2021-2022. Un hecho que teniendo en cuenta la situación de déficit de profesionales de esta especialidad que padece el sistema sanitario público debe obligar a la Administración a poner los medios necesarios para que esto no suceda.

Para que no se produzca la misma situación que en la convocatoria anterior, en que quedaron 218 plazas vacantes, el Ministerio de Sanidad en la convocatoria 2022-2023 ha bajado la nota de corte del 35% al 25%. Sin embargo, se debería adoptar por parte del Ministerio de Sanidad alguna medida más para evitar que se queden sin cubrir las renunciaciones.

#### **4.1.4. Atención comunitaria**

La atención comunitaria es el conjunto de actuaciones con participación de la comunidad, orientadas a la detección y priorización de sus necesidades y problemas de salud, identificando los recursos comunitarios disponibles, priorizando las intervenciones y elaborando programas y protocolos orientados a mejorar la salud de la comunidad, en coordinación con otros dispositivos sociales y educativos. Sin duda éste es un hecho diferencial de nuestro Sistema de Salud: su implicación en la actividad comunitaria.

La salud es definida por la Organización Mundial de la Salud como el estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o afecciones. Las condiciones sociales, culturales y ambientales influyen en la posibilidad de tener buena salud. Estos factores son los determinantes sociales de la salud que explican la mayor parte de las inequidades en salud, esto es, las diferencias injustas y evitables en y entre las poblaciones y los países en lo que respecta a la salud y el acceso a la atención. La atención comunitaria actúa sobre los determinantes sociales impulsando la participación de la comunidad en el establecimiento de prioridades para alcanzar un mejor nivel de salud.

En el modelo de atención primaria establecido en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad se integran las actividades asistenciales con las de prevención y promoción de la salud. El Decreto 65/2007, de 8 de mayo, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba la cartera de servicios sanitarios del Sistema de Salud de Aragón incluye dentro de las funciones de este primer nivel asistencial actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria. Entre las labores realizadas por los Equipos de Atención Primaria se encuentra la atención comunitaria.

En nuestra Comunidad Autónoma se elaboró en **2016 la Estrategia de Atención Comunitaria de Aragón** con la finalidad de potenciar la orientación comunitaria de los Equipos de Atención Primaria. La estrategia tiene tres vías de acción: la creación del Grupo de Atención Comunitaria del Equipo de Atención Primaria y elaboración de una Agenda Comunitaria donde se identifiquen las actividades comunitarias en las que participa el equipo de atención primaria, como promotor o como colaborador, el desarrollo de la Atención Comunitaria basada en activos para la salud, y el desarrollo de proyectos de atención comunitaria ligados al acuerdo de gestión clínica y contratos programa de los Equipos de Atención Primaria.

Por la importancia que el desarrollo de la atención comunitaria tiene en la búsqueda de resultados en salud en el conjunto de la población y en disminuir las desigualdades en salud, desde la Institución queríamos conocer los equipos de atención primaria de las zonas de salud objeto del informe que tienen constituido grupo de atención comunitaria y los proyectos realizados así como el número de proyectos de promoción de la salud y prevención en los que participan o colaboran personal del equipo de atención primaria.

El Departamento de Sanidad remitió una Excel donde se detalla la relación de Equipos de Atención Primaria con grupos activos a 30 de junio de 2022 y el informe de análisis de los proyectos de 2019 incluidos en la estrategia de atención comunitaria.

En la siguiente tabla se indican los Equipos de Atención Primaria de las Zonas Básicas de Salud objeto del informe que tienen constituido grupos activos a junio de 2022:

SECTOR	EAP
BARBASTRO	ABIEGO
	AÍNSA
	ALBALATE
	BENABARRE
	BERBEGAL
	CASTEJÓN DE SOS
	GRAUS
	LAFORTUNADA
	MEQUINENZA
	MONZÓN RUAL
	TAMARITE

SECTOR	EAP
HUESCA	ALMUDEVAR
	AYERBE
	BERDUN
	BIESCAS
	BROTO
	GRAÑEN
	HECHO
	HUESCA RURAL
	SARIÑENA

SECTOR	EAP
ALCAÑIZ	ALCORISA
	ANDORRA
	ANDORRA
	CALACEITE
	CALANDA
	CANTAVIEJA
	HIJAR
	MAELLA
	MAS DE LAS MATAS
	MUNIESA
	MUNIESA
	VALDERROBRES

SECTOR	EAP
CALATAYUD	ALHAMA DE ARAGÓN
	ARIZA
	ATECA
	CALATAYUD SUR
	DAROCA
	ILLUECA
	MORATA DE JALÓN
	SABIÑAN
VILLARROYA DE LA SIERRA	

SECTOR	EAP
ZARAGOZA I	BUJARALUZ
	LUNA
	VILLAMAYOR
ZARAGOZA II	CAMPO DE BELCHITE
	SÁSTAGO
ZARAGOZA III	BORJA
	CARIÑENA
	GALLUR
	HERRERA
	SADABA
	SOS
	TAUSTE

De los 66 Equipos de Atención Primaria de las zonas básicas de salud objeto del informe 51 tienen grupos activos. Casi el 80 % de los Equipos de Atención Primaria tienen proyectos comunitarios. En el Sector Alcañiz, el centro de salud de Andorra y el de Muniesa tienen dos proyectos. El Sector Teruel es el único que a 30 de junio de 2022 no tenía activo ningún grupo.

La estrategia de atención comunitaria de Aragón señala que los **proyectos de mejora de atención comunitaria** implican un proceso de reflexión y cambio en la organización de los Equipos de Atención Primaria para dar una respuesta adecuada a las necesidades identificadas en su Zona Básica de Salud. Los proyectos de atención comunitaria responden al análisis participado los modos de enfermar y de vivir de la población de la Zona básica y son una oportunidad para integrar de forma normalizada la atención comunitaria en la actividad del centro de salud, mejorar la intersectorialidad y la participación comunitaria en salud.

En los siguientes enlaces se publican los proyectos seleccionados de atención comunitaria para los acuerdos de gestión clínica y contratos programa de los años [2017](#), [2018](#) y [2019](#):

Con los datos publicados en estos enlaces hemos elaborado la siguiente tabla donde se recogen por sectores y año el número de proyectos de atención comunitaria realizados por Equipos de Atención Primaria de las Zonas Básicas de Salud objeto del informe:

Sector	2017	2018	2019
Huesca	9	11	9
Barbastro	15	10	13
Teruel	8	18	12
Alcañiz	16	12	12
Zaragoza I	3	2	0
Zaragoza II	4	1	3
Zaragoza III	10	8	5
Calatayud	9	4	6
<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>66</b>	<b>60</b>

Se observa que el número total de proyectos de atención comunitaria disminuye cada año en las zonas rurales.

Por otra parte, los Consejos de Salud son los órganos de participación de la población de la zona de salud y tienen entre sus funciones la de promover la participación de la comunidad en las actividades de promoción y protección de la salud. La estrategia de atención comunitaria pretende un papel activo de los consejos de salud de zona, siendo concedores de todas las actividades comunitarias en las que participa el Equipo de Atención Primaria y participando en la identificación de recursos comunitarios que influyen en el bienestar y la salud de las personas.

A la vista de ello, debemos destacar el siguiente dato recogido en el informe de análisis de los proyectos de 2019 incluidos en la estrategia remitido: en el 18 % de los proyectos están involucrados los Consejos de Salud.

*En la “Política salud para todos para el siglo XXI” de la Región Europea de la OMS se insiste en el objetivo de conseguir que todas las personas alcancen plenamente su potencial de salud estableciendo como metas promover y proteger la salud de las personas a lo largo de toda su vida y reducir la incidencia de las principales enfermedades y lesiones, así como el sufrimiento que originan. Tres son los fundamentos éticos de salud<sup>21</sup>:*

1. La salud como derecho fundamental de los seres humanos.
2. La equidad en materia de salud y la solidaridad de acción en todos los países, dentro de ellos y entre sus habitantes.
3. La participación y la responsabilidad de las personas, los grupos, las instituciones y las comunidades en el desarrollo continuo de la salud.

Por ello, dentro del marco estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria se contempla reforzar la orientación comunitaria, la promoción de la salud y prevención para alcanzar resultados en salud. El plan de Atención Primaria y Comunitaria de Aragón 2022-2030 establece cinco líneas de acción para conseguir este objetivo: desarrollo de una Estrategia de Salud Comunitaria, la formación en abordaje biopsicosocial de los profesionales de Atención Primaria, generar estructuras y mecanismos de coordinación para trabajar en salud comunitaria, promoción de la salud y prevención entre Atención Primaria, Salud Pública y otros sectores y actores en los distintos niveles territoriales, la recomendación de activos para la salud y recursos comunitarios desde la Historia de Salud Digital y la definición de los condicionantes sociales y del contexto familiar de los pacientes que sería recomendable incluir en la Historia de Salud Digital.

La orientación comunitaria de los servicios sanitarios plantea la corresponsabilidad por la salud de la comunidad con la que trabajan, en contraposición con la orientación que solo da respuesta a la demanda, el tratamiento de los síntomas y las enfermedades. La incorporación de esta orientación supone un cambio de modelo centrado en la salud y no en la enfermedad, ampliando el concepto de salud bajo el que se realizan los abordajes, teniendo en cuenta los determinantes sociales y la perspectiva más allá del sistema sanitario hacia una necesaria participación comunitaria en la salud. La orientación comunitaria debería ser esencialmente participativa, interdisciplinar e intersectorial.

A pesar de lo anterior y de que actualmente el 80% de los equipos de atención primaria tienen grupos de atención comunitaria se constata que en los años anteriores a la pandemia se ha producido una reducción del número de proyectos de atención comunitaria seleccionados para los acuerdos de gestión clínica en las zonas objeto del informe. Por ello, sería necesario analizar los factores que dificultan la realización de estas actividades por parte de los Equipos de Atención Primaria y adoptar medidas que favorezcan su desarrollo.

Teniendo en cuenta que la atención comunitaria y el fortalecimiento de las redes comunitarias son claves para la salud y la equidad de una comunidad sería recomendable aumentar el número de proyectos comunitarios en los cuales estén involucrados los Consejos de Salud de la zona.

#### 4.1.5. Atención urgente

Se entiende por urgencia la aparición fortuita, en cualquier lugar o actividad, de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia.

El Sistema Nacional Salud cuenta con tres ámbitos organizativos para dar respuesta a las demandas de atención sanitaria urgente de la población: el nivel de atención primaria, los servicios de urgencias de los hospitales y la coordinación llevada a cabo por los Servicios de urgencias y emergencias ante demandas realizadas, principalmente a través de los teléfonos 112/061. Los ciudadanos disponen por tanto de distintas vías para solicitar y recibir atención sanitaria ante una situación que consideran urgente.

La atención urgente está expresamente contemplada en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del SNS, que establece en su artículo 15 que *“La atención de urgencia se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata. Se dispensará tanto en centros sanitarios como fuera de ellos, incluyendo el domicilio del paciente, durante las 24 horas del día, mediante la atención médica y de enfermería”*

La Atención Primaria tiene un papel relevante en la atención y resolución de un gran volumen de las demandas de atención urgente de la población. Así, en este nivel se atiende diariamente en horario habitual de funcionamiento de los centros de atención primaria a todas aquellas personas que acuden directamente a los centros demandando dicha atención o la requieren a domicilio. Al cierre de los centros de atención primaria o coincidiendo en algunos casos, la actividad urgente es atendida por los centros de salud con horario de urgencias o por los centros y servicios de urgencias extrahospitalaria denominados en Aragón Puntos de Atención Continuada.

En el apartado de urgencias atendidas remitido por el Departamento de Sanidad solo se contabilizan las urgencias atendidas en el horario de atención continuada.

Todas las zonas básicas de salud objeto del informe cuenta con apertura del centro de salud las 24 horas del día. La atención continuada en estos centros de salud se presta en horario de 15h-8h de lunes a viernes y durante las 24 horas del día los sábados, domingos y festivos.

La urgencia extrahospitalaria de acuerdo con lo recogido por el Ministerio de Sanidad, se define como la asistencia prestada para satisfacer demandas de salud de carácter urgente fuera del horario habitual del centro de salud. Esta urgencia es atendida por los profesionales del equipo de atención primaria o por los médicos de atención continuada (MAC). Corresponde a los médicos atención continuada en Atención Primaria la prestación de la atención continuada y urgente, durante fines de semana y festivos en aquellos centros que permanezcan abiertos todo el año, así como para cubrir la actividad de dicha naturaleza que no sea realizada por los miembros del Equipo de Atención Primaria con tarjetas asignadas.

En el Servicio Aragonés de Salud existen dos clases de puestos de médico de atención continuada, los puestos adscritos a una Zona Básica de Salud y los puestos adscritos al Sector siéndoles asignadas dos o más Zonas Básicas.

En la siguiente tabla se recoge el número de Médicos de Atención Continuada en el Servicio Aragonés de Salud remitido por el Departamento de Sanidad:

PUESTOS		ATENCION PRIMARIA SECTOR ZARAGOZA I	ATENCION PRIMARIA SECTOR ZARAGOZA II	ATENCION PRIMARIA SECTOR ZARAGOZA III	ATENCION PRIMARIA SECTOR CALATAYUD	ATENCION PRIMARIA SECTOR HUESCA	ATENCION PRIMARIA SECTOR BARBASTRO	ATENCION PRIMARIA SECTOR TERUEL	ATENCION PRIMARIA SECTOR ALCAÑIZ	TOTAL CATEGORIA
<b>PLANTILLA ORGÁNICA AUTORIZADA A 30 DE JUNIO DE 2022</b>	MÉDICO DE ATENCIÓN CONTINUADA EN A.P.	15	28	48	23	28	45	48	35	270
<b>EFFECTIVOS EN ACTIVO A 31 DE MARZO DE 2022</b>	MÉDICO DE ATENCIÓN CONTINUADA EN A.P.	25	40	63	26	50	51	50	41	346

Ahora bien, en el acto centralizado celebrado el 9 de junio de 2022 se ofertaron todas las plazas vacantes de médico de atención continuada y de familia que había en el Servicio Aragonés de Salud tras la celebración de la última OPE y el concurso de traslados. De las 187 ofertadas 107 eran de médicos de atención continuada. De esas 107 se quedaron vacantes 69, lo que supone que se quedaron vacantes el 64% de las plazas ofertadas de MAC, con la distribución por sectores reflejada en la siguiente tabla:

PUESTOS	ATENCION PRIMARIA SECTOR ZARAGOZA I	ATENCION PRIMARIA SECTOR ZARAGOZA II	ATENCION PRIMARIA SECTOR ZARAGOZA III	ATENCION PRIMARIA SECTOR CALATAYUD	ATENCION PRIMARIA SECTOR HUESCA	ATENCION PRIMARIA SECTOR BARBASTRO	ATENCION PRIMARIA SECTOR TERUEL	ATENCION PRIMARIA SECTOR ALCAÑIZ	TOTAL CATEGORIA
PLAZAS MAC OFERTADAS ACTO CENTRALIZADO 9-06-2022	7	7	27	8	16	19	18	5	107
PLAZAS MAC SIN ADJUDICAR ACTO CENTRALIZADO 9-06-2022	4	3	20	6	10	15	8	3	69

Las 69 plazas vacantes de esta categoría se ubican en los siguientes centros:

SECTOR	CATEGORIA	DESTINO PROVISIONAL ADJUDICADO CENTRO
Barbastro	MAC	11 AINSA 1001023621A
	MAC	12 AINSA 1001023620W
	MAC	13 ALBALATE 1001033620C
	MAC	14 ALBALATE 1001033621K
	MAC	19 BINEFAR 1001113620A
	MAC	20 BINEFAR 1001113622M
	MAC	22 FRAGA 1001143620B
	MAC	25 PAC MONZON 1001003670Q
	MAC	26 PAC MONZON 1001003671V
	MAC	27 PAC MONZON 1001003672H
	MAC	28 PAC MONZON 1001003683Y
	MAC	30 BINEFAR-TTE-ALBALATE 1001003678R
	MAC	31 BINEFAR-TTE-ALBALATE 1001003679W
	MAC	32 SECTOR FRAGA-MEQUINENZA 1001003681G
MAC	33 SECTOR GRAUS-BENABARRE 1001003677T	

SECTOR	CATEGORIA	DESTINO PROVISIONAL ADJUDICADO CENTRO
Huesca	MAC	56 BIESCAS 1001103622X
	MAC	57 BIESCAS 1001103620P
	MAC	58 BIESCAS EVENTUAL
	MAC	59 HECHO 1001173620L
	MAC	61 JACA 1001193623N
	MAC	62 JACA EVENTUAL
	MAC	64 SABIÑÁNIGO EVENTUAL
	MAC SECTOR	67 PAC HUESCA 1001003666N
	MAC SECTOR	70 PERPETUO SOCORRO EVENTUAL
	MAC SECTOR	71 PERPETUO SOCORRO EVENTUAL

SECTOR	CATEGORIA	DESTINO PROVISIONAL ADJUDICADO CENTRO
Alcañiz	MAC DE SECTOR	2 DCCÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA 1002003657D
	MAC EN A.P	6 EAP CANTAVIEJA 1002123623F
	MAC	8 MAC MAS DE LAS MATAS 1002173620W

SECTOR	CATEGORIA	DESTINO PROVISIONAL ADJUDICADO CENTRO
Teruel	MAC	83 MAC DE SECTOR 1002003646K
	MAC	84 MAC DE SECTOR EVENTUAL
	MAC	85 MAC DE SECTOR 1002003650W
	MAC	94 MAC MONREAL 1002183620C
	MAC	95 MAC UTRILLAS 1002253623B
	MAC	96 MAC UTRILLAS 1002253620P
	MAC	97 MAC UTRILLAS 1002253621D
	MAC	98 MAC UTRILLAS 1002253622X

SECTOR	CATEGORIA	DESTINO PROVISIONAL ADJUDICADO CENTRO
Calatavud	MAC	37 ARIZA 1004033620S
	MAC	40 ATECA SIN CIAS
	MAC DIRECCION	46 CALATAYUD NORTE - SUR SIN CIAS
	MAC DIRECCION	47 CALATAYUD NORTE - SUR SIN CIAS
	MAC DIRECCION	48 CALATAYUD NORTE - SUR SIN CIAS
	MAC	50 ILLUECA 1004183620D

SECTOR	CATEGORIA	DESTINO PROVISIONAL ADJUDICADO CENTRO
Zaragoza I	MAC DE SECTOR	112 Preasig CS Actur Sur EVENTUAL
	MAC DE SECTOR	113 Preasig Actur Norte/Actur Oeste EVENTUAL
	MAC DE SECTOR	114 Preasig La Jota EVENTUAL
	MAC DE SECTOR	117 Preasig Zuera 1003003670M

SECTOR	CATEGORIA	DESTINO PROVISIONAL ADJUDICADO CENTRO
Zaragoza II	MAC	124 Miraflores (Sagasta) 1003003650P
	MAC	132 San José Sur 1003003657S
	MAC	134 Seminario 1003003654N

SECTOR	CATEGORIA	DESTINO PROVISIONAL ADJUDICADO CENTRO
Zaragoza III	MAC	162 BOMBARDA 1004003640G
	MAC	164 CASSETAS 1004103622M
	MAC	167 CASSETAS SIN CIAS
	MAC	168 CASSETAS SIN CIAS
	MAC	169 CASSETAS SIN CIAS
	MAC	170 EJEA 1004143621F
	MAC	171 EJEA 1004143622P
	MAC	172 EJEA SIN CIAS
	MAC	173 EJEA SIN CIAS
	MAC	174 EJEA SIN CIAS
	MAC	175 EJEA SIN CIAS
	MAC	176 EJEA SIN CIAS
	MAC	178 LA ALMUNIA SIN CIAS
	MAC	179 LA ALMUNIA SIN CIAS
	MAC	180 MARIA DE HUERVA SIN CIAS
	MAC	181 SADABA 1004243620W
	MAC	182 SADABA SIN CIAS
	MAC	183 SOS 1004263621Q
MAC	185 UNIVERSITAS 1004003647B	
MAC	187 UTEBO 1004303622C	

Por sectores el número de plazas de plantilla orgánica, adjudicadas y sin adjudicar de esta categoría es el siguiente:

PUESTOS	ATENCIÓN PRIMARIA SECTOR ZARAGOZA I	ATENCIÓN PRIMARIA SECTOR ZARAGOZA II	ATENCIÓN PRIMARIA SECTOR ZARAGOZA III	ATENCIÓN PRIMARIA SECTOR CALATAYUD	ATENCIÓN PRIMARIA SECTOR HUESCA	ATENCIÓN PRIMARIA SECTOR BARBASTRO	ATENCIÓN PRIMARIA SECTOR TERUEL	ATENCIÓN PRIMARIA SECTOR ALCAÑIZ	TOTAL CATEGORÍA
TOTAL MÉDICO DE ATENCIÓN CONTINUADA EN A.P.	15	28	48	23	28	45	48	35	270
PLAZAS MAC OFERTADAS ACTO CENTRALIZADO 9/6/2022	7	7	27	8	16	19	18	5	107
PLAZAS MAC SIN ADJUDICAR ACTO CENTRALIZADO 9/6/2022	4	3	20	6	10	15	8	3	69

El porcentaje de plazas que se quedaron sin adjudicar en esta categoría respecto al total de la plantilla orgánica es el siguiente:

PUESTOS	ATENCIÓN PRIMARIA SECTOR ZARAGOZA I	ATENCIÓN PRIMARIA SECTOR ZARAGOZA II	ATENCIÓN PRIMARIA SECTOR ZARAGOZA III	ATENCIÓN PRIMARIA SECTOR CALATAYUD	ATENCIÓN PRIMARIA SECTOR HUESCA	ATENCIÓN PRIMARIA SECTOR BARBASTRO	ATENCIÓN PRIMARIA SECTOR TERUEL	ATENCIÓN PRIMARIA SECTOR ALCAÑIZ	TOTAL CATEGORÍA
PORCENTAJE PLAZAS SIN ADJUDICAR SOBRE EL TOTAL PLANTILLA ORGÁNICA	26,67	10,71	41,67	26,09	35,71	33,33	16,67	8,57	25,56

Resulta llamativo que en algún Sector se quedaran sin cubrir un número de plazas de esta categoría que supera el 41% del total de plazas de la plantilla.

Como hemos indicado anteriormente, en las Zonas Básicas de Salud objeto del informe se quedaron sin cubrir 30 puestos de esta categoría ubicadas en los siguientes centros:

SECTOR	DESTINO PROVISIONAL ADJUDICADO CENTRO	CATEGORIA
Barbastro	11 AINSA 1001023621A	MAC
	12 AINSA 1001023620W	MAC
	13 ALBALATE 1001033620C	MAC
	14 ALBALATE 1001033621K	MAC
	25 PAC MONZON 1001003670Q	MAC
	26 PAC MONZON 1001003671V	MAC
	27 PAC MONZON 1001003672H	MAC
	28 PAC MONZON 1001003683Y	MAC
	30 BINEFAR-TTE-ALBALATE 1001003678R	MAC
	31 BINEFAR-TTE-ALBALATE 1001003679W	MAC
	32 SECTOR FRAGA-MEQUINENZA 1001003681G	MAC
	33 SECTOR GRAUS-BENABARRE 1001003677T	MAC
Huesca	56 BIESCAS 1001103622X	MAC
	57 BIESCAS 1001103620P	MAC
	58 BIESCAS EVENTUAL	MAC
	59 HECHO 1001173620L	MAC
	64 SABIÑÁNIGO EVENTUAL	MAC

SECTOR	DESTINO PROVISIONAL ADJUDICADO CENTRO	CATEGORIA
Alcañiz	6 EAP CANTAVIEJA 1002123623F	MAC EN A.P
	8 MAC MAS DE LAS MATAS 1002173620W	MAC
Teruel	94 MAC MONREAL 1002183620C	MAC
	95 MAC UTRILLAS 1002253623B	MAC
	96 MAC UTRILLAS 1002253620P	MAC
	97 MAC UTRILLAS 1002253621D	MAC
	98 MAC UTRILLAS 1002253622X	MAC
Calatavud	37 ARIZA 1004033620S	MAC
	40 ATECA SIN CIAS	MAC
	50 ILLUECA 1004183620D	MAC
Zaragoza III	181 SADABA 1004243620W	MAC
	182 SADABA SIN CIAS	MAC
	183 SOS 1004263621Q	MAC

Esto supuso tal y como indica el Departamento de Sanidad en su informe que durante el pasado verano se tuvieron que cerrar varios puntos de atención continuada en estas zonas.

A 31 de agosto de 2022 los efectivos de médico y enfermera de atención continuada en las zonas de salud objeto del informe eran los siguientes:

Sector		Médico de Atención Continuada en AP	Enfermera Atención Continuada en AP
<b>Barbastro</b>	EAP ABIEGO	2	2
	EAP AINSA	3	3
	EAP ALBALATE DE CINCA	1	2
	EAP BENABARRE	3	2
	EAP BERBEGAL	2	2
	EAP CASTEJON DE SOS	5	6
	EAP GRAUS	3	3
	EAP LAFORTUNADA	3	2
	EAP MEQUINENZA	1	2
	EAP TAMARITE DE LITERA	2	4
	<b>25</b>	<b>28</b>	
<b>Huesca</b>	EQ.ATEN.PRIM.ALMUDEVAR	3	4
	EQ.ATEN.PRIM.AYERBE	2	4
	EQ.ATEN.PRIM.BERDUN	2	2
	EQ.ATEN.PRIM.BROTO	2	5
	EQ.ATEN.PRIM.GRAÑEN	2	4
	EQ.ATEN.PRIM.HECHO	1	2
	EQ.ATEN.PRIM.SABIÑANIGO	5	7
	EQ.ATEN.PRIM.SARIÑENA	3	5
	EQ.ATEN.PRIMARIA-BIESCAS	5	6
	<b>25</b>	<b>39</b>	

Sector		Médico de Atención Continuada en AP	Enfermera Atención Continuada en AP
<b>Alcañiz</b>	EAP ALCORISA	1	3
	EAP ANDORRA	4	2
	EAP CALACEITE	1	2
	EAP CALANDA	1	1
	EAP CANTAVIEJA	4	2
	EAP HIJAR	4	2
	EAP MAELLA	1	3
	EAP MAS DE LAS MATAS	1	3
	EAP MUNIESA	2	3
	EAP VALDERROBRES	1	2
	<b>20</b>	<b>23</b>	
<b>Teruel</b>	CENTRO SALUD ALBARRACIN	7	3
	CENTRO SALUD ALFAMBRA	3	2
	CENTRO SALUD ALIAGA	2	2
	CENTRO SALUD BAGUENA	2	2
	CENTRO SALUD CALAMOCHA	4	2
	CENTRO SALUD CEDRILLAS	1	3
	CENTRO SALUD CELLA	2	2
	CENTRO SALUD MONREAL	1	2
	CENTRO SALUD MORA DE RUBIELOS	2	3
	CENTRO SALUD MOSQUERUELA	2	2
	CENTRO SALUD SANTA EULALIA	2	2
	CENTRO SALUD SARRION	4	2
	CENTRO SALUD UTRILLAS		3
CENTRO SALUD VILLEL	4	2	
	<b>36</b>	<b>32</b>	

Sector		Médico de Atención Continuada en AP	Enfermera Atención Continuada en AP
Calatayud	E.A.P. VILLARROYA	2	2
	EAP ALHAMA	6	1
	EAP ARIZA	2	3
	EAP ATECA	1	1
	EAP DAROCA	5	2
	EAP ILLUECA	2	1
	EAP MORATA	1	2
	EAP SAVIÑÁN	2	1
	<b>21</b>	<b>13</b>	
Zaragoza I	EAP-BUJARALUZ	1	2
	EAP-LUNA	1	1
	EAP-VILLAMAYOR	2	1
	<b>4</b>	<b>4</b>	
Zaragoza II	EAP - CAMPO DE BELCHITE	4	3
	EAP - SASTAGO	2	2
	<b>6</b>	<b>5</b>	
Zaragoza III	E.A.P, ZBS BORJA	4	
	E.A.P, ZBS CARIÑENA	4	2
	E.A.P, ZBS GALLUR	2	1
	E.A.P, ZBS HERRERA	4	3
	E.A.P, ZBS SADABA		2
	E.A.P, ZBS SOS DEL REY	1	2
	E.A.P, ZBS TAUSTE	2	1
	<b>17</b>	<b>11</b>	

Según los datos remitidos a 31 de agosto no había ningún médico de atención continuada en el centro de salud de Utrillas ni la zona básica de salud de Sádaba.

La no cobertura de las plazas de médico de atención continuada en los centros de salud de las zonas rurales conlleva por una parte la sobrecarga del trabajo del resto de los facultativos del centro de salud y por otra parte puede suponer una menor calidad en la atención prestada a los usuarios de dichos centros.

Respecto a la formación en atención urgente de los médicos de las zonas rurales, el Departamento de Sanidad señala que, dentro del Plan Formativo del Servicio Aragonés de Salud, se ofertan un número importante de cursos en atención a urgencias que incluyen actuaciones en emergencias sanitarias. Estos cursos son de carácter voluntario, aunque se recomienda repetirlos con una periodicidad mínima de 3 años. Adicionalmente, cada centro de salud puede organizar sus correspondientes talleres de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada, generalmente en colaboración con los dispositivos del 061 Aragón. Estos cursos se recomienda hacerlos en los centros con carácter anual.

En las zonas rurales al tener menor densidad de población la frecuencia con la que se dan casos graves es menor que en las zonas urbanas. Esto puede suponer una pérdida de habilidades en la realización de estas prácticas. Además, en las zonas rurales el tiempo necesario para el desplazamiento de la ambulancia, dotada con medios personales y materiales suficientes, al lugar donde se encuentre el paciente y de allí al hospital de referencia es mayor que en las zonas urbanas. Por ello, es necesario que el personal sanitario de los centros de salud ubicados en estas zonas tenga una buena formación en urgencias y emergencias para la atención adecuada, aunque sea poco frecuente, de aquellos casos que requieren una atención sin demora. Dado que en la actualidad la realización de cursos de formación en urgencia es voluntaria sería conveniente que el Servicio Aragonés de Salud incentivara la realización de los mismos.

Por otra parte, **el transporte sanitario urgente** de pacientes en las zonas rurales es fundamental para garantizar el derecho a la protección de la salud de las personas que residen en estas zonas.

El servicio de transporte sanitario terrestre urgente implica el desplazamiento del paciente y de los equipos técnicos y humanos necesarios para propiciar la asistencia sanitaria, diagnóstica o terapéutica, cuya demora pueda suponer un riesgo vital o un daño irreparable para la salud.

El transporte sanitario urgente de pacientes está diseñado teniendo en cuenta las características sociodemográficas, poblacionales y de dispersión de nuestra Comunidad, en función de estos factores se señalan los recursos necesarios tanto materiales como humanos para la realización de esta prestación sanitaria incluida en la cartera de servicios del sistema sanitario. En nuestra Comunidad Autónoma esta prestación sanitaria la realiza una empresa tras la realización del correspondiente procedimiento de licitación en cuyos pliegos de prescripciones técnicas y de cláusulas administrativas particulares se establecen los derechos y obligaciones de las partes, así como las pautas técnicas para la correcta realización de este servicio.

Las últimas quejas recibidas en la Institución en relación con el transporte sanitario urgente de pacientes no se presentan por ciudadanos individuales que exponen un problema puntual durante un traslado en este tipo de vehículos, sino que hacen referir a como la prestación del servicio afectaba al conjunto de la población. En un caso, los promotores de la queja hacían alusión a como las graves deficiencias del servicio de transporte sanitario urgente en Aragón

afectaban directamente a la calidad asistencial que recibe la ciudadanía, con especial incidencia en la población rural. En otra, se manifestaba que teniendo en cuenta la distancia que existe entre diversos municipios de una comarca aragonesa y el lugar en que se va a ubicar en el nuevo contrato el recurso era materialmente imposible cumplir con el tiempo de respuesta desde la recepción del aviso hasta la llegada del recurso al lugar de prestación del servicio establecido en el pliego de prescripciones técnicas publicado en 30 minutos.

En los casos en que la prestación sanitaria no la realiza el Servicio Aragón de Salud con sus propios medios se debe poner especial atención en el seguimiento de la ejecución del contrato no solo para controlar el gasto público sino fundamentalmente porque de la correcta ejecución del mismo depende el cumplimiento de la necesidad pública a satisfacer con su celebración, en este caso, el desplazamiento, en el menor tiempo posible, del paciente en vehículos de transporte sanitario dotados del material y personal suficiente para dar asistencia sanitaria en ruta.

#### **4.1.6. Inversiones**

Resulta llamativa la falta de información remitida sobre el presupuesto ejecutado en los últimos años en inversiones tecnológicas y de Tecnología de la Información y Comunicación (TICs) con destino a los centros de salud. Por ello, es difícil conocer el grado de implantación de tecnología en los centros de salud objeto del informe y en consecuencia el posible aumento de la capacidad resolutoria de la atención primaria.

No obstante, según los datos que aparecen en el Plan de Atención Primaria y Comunitaria de Aragón en 2018 se adquirieron ecógrafos para 40 centros de salud. Está previsto que en 2023 se adquirieran 70 ecógrafos y durante el periodo 2022 y 2023 se estudien las necesidades de dermatoscopias, otros aparatos (AMPA, MAPA, oftalmoscopia, otoscopia, POC, etc.) equipos de ECG y espirometría con integración de imagen al PACS corporativo y de equipos de retinografía no midriática para la dotación de los centros de salud de estos aparatos.

A la vista de esta información, parece que las inversiones en los últimos años en tecnología sanitaria se han realizado principalmente en equipos de alta tecnología con destino a los hospitales y que la dotación de los centros de salud de

equipamiento tecnológico está prevista para el próximo año una vez que se estudien las necesidades de los centros y se planifique su contratación.

Por ello, una vez finalizado el estudio de las necesidades de equipamiento tecnológico en los centros de Atención Primaria sería recomendable agilizar los procedimientos de adquisición para que los profesionales de este nivel asistencial pudieran disponer en el menor tiempo posible de este equipamiento y con ello aumentar su capacidad resolutive. También sería conveniente contar con un plan de inversiones tecnológicas específico para Atención Primaria.

#### **4.1.7. Tecnologías de la Información y la Comunicación-Telemedicina -Digitalización**

Las **tecnologías de la información y la comunicación** se han incorporado a nuestra vida cotidiana a lo largo de las últimas décadas teniendo cada vez más presencia en todos los ámbitos de nuestra actividad.

En el ámbito de salud, las Administraciones sanitarias llevan años implantando las tecnologías de la información y las comunicaciones en los centros sanitarios con el objetivo de acercar la sanidad al paciente y dotar a sus profesionales de herramientas informáticas que faciliten su labor.

En este sentido en nuestra comunidad autónoma, se ha invertido en tecnología implantado en los centros sanitarios una serie de herramientas que permitiesen una atención sanitaria más ágil como el anillo radiológico o la interconsulta virtual que además de acortar el proceso diagnóstico facilita la comunicación entre profesionales de los distintos niveles asistenciales mejorando con ello la continuidad asistencial de los pacientes. Según los datos aportados por el Departamento de Sanidad en las zonas de salud objeto del informe durante el año 2021 un total de 229.401 interconsultas virtuales han sido solicitadas por el médico de familia, de las cuales casi el 94% han sido valoradas por el servicio hospitalario, resolviéndose telemáticamente el 28,90%.

También la implantación de la receta electrónica interoperable y la historia clínica electrónica única que permite desarrollar una atención integral en un entorno de continuidad asistencial o la herramienta informática Salud Informa. En la que en 2007 se implantaron nuevos servicios que daban la posibilidad de solicitar, anular o modificar una cita o el envío de SMS, cuando va a caducar su receta y tiene que ir a la farmacia a renovarla.

La **telemedicina** fue definida por la Organización mundial de la Salud como *“El suministro de servicios de atención sanitaria, en los que la distancia constituye un factor crítico, por profesionales que apelan a las tecnologías de la información y de la comunicación con objeto de intercambiar datos para hacer diagnósticos, preconizar tratamientos y prevenir enfermedades y heridas, así como para la formación permanente de los profesionales de atención de salud y en actividades de investigación y evaluación, con el fin de mejorar la salud de las personas y de las comunidades en que viven.”*

La telemedicina, que utilizando las tecnologías de la información y la comunicación ofrece servicios e información médica remota, se considera una herramienta adecuada para garantizar a la población de las zonas rurales el acceso a un servicio público de calidad.

Así la Ley 45/2007, de 13 de diciembre, para el desarrollo sostenible del medio rural, que persigue la mejora de la situación socioeconómica de la población de las zonas rurales y el acceso a unos servicios públicos suficientes y de calidad establece lo siguiente en su artículo 30:

*“Para facilitar el acceso de la población rural a unos servicios públicos sanitarios de calidad, el Programa podrá establecer medidas que persigan:*

*b) La puesta a disposición de los profesionales del Sistema Nacional de Salud, que ejercen en el medio rural, de las más modernas tecnologías y medios y, en particular, de la telemedicina. “*

También el Decreto 165/2017, de 31 de octubre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba la Directriz Especial de Ordenación Territorial de Política Demográfica y contra la Despoblación establece entre sus medidas la creación e implementación amplia y detallada de una estrategia de E-Health (telesalud: salud + tecnologías de la información y comunicación) con el fin de garantizar la homogeneidad de la calidad del servicio de salud proporcionado, la equidad y la sostenibilidad del sistema en cualquier lugar del territorio aragonés

Las administraciones asumieron hace tiempo el papel fundamental de las tecnologías de la información y la comunicación en la prestación de una atención sanitaria de calidad basada en los principios de universalidad, equidad y eficiencia de nuestro Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, a raíz de la

pandemia provocada por la covid-19, que obligó al sistema sanitario a cambiar bruscamente la forma de atender a los pacientes, se incrementó el uso de herramientas tecnológicas como la telemedicina, la consulta telefónica, la cita por internet o las interconsultas virtuales.

Por ello, se solicitó información al Departamento de Sanidad sobre el nivel de implantación en los centros de salud de las zonas rurales de sistemas de video consulta y telemedicina.

Sobre estas cuestiones el Departamento de Sanidad informa que:

*“desde septiembre del año 2020 se han estado pilotando en pruebas diversos sistemas de videollamada entre dispositivos del ámbito de residencias de ancianos y diversos centros de salud de nuestra red, experiencias que han sido satisfactorias pero puntuales. Una vez analizados los resultados de dichas experiencias y dentro del Plan de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023 hemos incluido un capítulo dedicado a la digitalización y varios objetivos a desarrollar en este periodo entre los que se encuentra la puesta en marcha de herramientas para facilitar la atención sanitaria en centros sanitarios inteligentes a través de proyectos evaluados de teleconsulta, videoconsulta, acceso a imágenes médicas y “chatbots” para la mejora de la gestión de la demanda de la ciudadanía.*

*Se ha adjudicado la licitación del proyecto de incorporación de la videollamada a las herramientas habituales de consulta en la historia clínica electrónica. La puesta en marcha de esta herramienta está prevista para el próximo otoño y gracias a ella se dotará a los distintos centros y profesionales sanitarios de un servicio de atención y gestión de las consultas médicas por vídeo llamada, de modo que tanto profesionales como ciudadanos se beneficien de la posibilidad de establecer citas a distancia, pero con contacto cercano, evitando la necesidad del desplazamiento al centro médico. Esta nueva aplicación será un complemento a la atención presencial y se utilizará según las preferencias del profesional y del propio paciente.”*

Efectivamente la puesta en marcha de las tecnologías de la información y la comunicación necesita un estudio previo para su implantación en el que se identifiquen los recursos disponibles para su uso (ordenadores, cámaras,

auriculares, conexión a internet, sistema informático) y las características y necesidades de las personas (pacientes) a las que van dirigidas. Además, como todo cambio de modelo conlleva cierta resistencia por lo que necesario concienciar tanto a los profesionales como a los pacientes de las ventajas que ofrece su uso. Debemos aprender de la experiencia sufrida durante la pandemia en la que, precisamente las personas que más necesitaban el acceso a los servicios sanitarios, fueron las que encontraron una mayor dificultad en el uso de los medios puestos a su disposición: las personas mayores.

En las zonas rurales además de tener una población más envejecida, las líneas de alta velocidad de datos se encuentran menos implantadas.

El contrato de videollamada adjudicado el 4 de julio de este año y del que ya en el año 2020 el Departamento de Sanidad informo a esta Institución que se encontraba trabajando en su puesta en marcha, y cuyo objeto es, entre otros, el

*“-Análisis detallado de las necesidades de arquitectura de sistemas del SANIDAD.*

*- Diseño de la solución y los interfaces de integración. Desarrollo de las integraciones con los sistemas de citación o corporativos basados en el uso de la mensajería HL7 o FHIR [...]*

*-Desarrollo de la interfaz de integración con SALUDINFORMA[ ...]*

*-Gestión del proyecto y gestión del cambio durante la puesta en marcha del sistema.*

*-Desarrollo de un chatbot de soporte para profesionales [...]*

*-Desarrollo de las extracciones de datos [...]*

*[...]*”

No se hace referencia en el contrato a los medios técnicos de los que debe disponer el paciente para acceder a la aplicación ni de como el Servicio Aragonés de Salud va a posibilitar que los pacientes que no dispongan de ellos puedan acceder a la misma. Lógicamente hace referencia a la necesaria formación de los profesionales, pero ninguna a la necesaria formación de los usuarios que lo precisen y quizás se olviden de la brecha digital en el medio rural. Además, es

necesario formar a los profesionales no solo en el uso de las tecnologías también en la atención al paciente puesto que no es lo mismo una cita presencial que una cita a distancia y aunque los profesionales tienen la experiencia adquirida con las citas telefónicas esta nueva herramienta permite otras posibilidades.

Indica el Departamento que la videollamada será un complemento a la atención presencial y se utilizará según las preferencias del profesional y del propio paciente. Sería conveniente, al menos en un primer momento, que el Servicio de Salud estableciera, en que procesos y para qué pacientes está indicada la utilización de la misma.

Para que las tecnologías de la información sean efectivas es necesaria la formación de los profesionales y de los usuarios en la utilización de las mismas. Para la formación de los pacientes se podrían realizar colaboraciones con otras Administraciones como los Ayuntamientos o las comarcas. Además, para el funcionamiento de estas herramientas es necesario el despliegue de la banda ancha adecuada en las zonas rurales.

En estos momentos el Departamento de Sanidad está trabajando en la **digitalización** para reforzar el sistema sanitario con herramientas digitales que posibiliten nuevas formas de relación entre profesionales y pacientes. Entre los objetivos del Plan de Atención Primaria y Comunitaria de Aragón 2022-2023 está, en base a las medidas contempladas en la Estrategia de Salud Digital, dotar de tecnologías de la información y comunicación y sistemas de información que sirvan de apoyo directo a la gestión clínica y a la medición de resultados clínicos y en salud. Para hacer frente al reto de la digitalización y dotar a los servicios de salud de las herramientas tecnológicas necesarias se cuenta con los fondos europeos.

Para que los usuarios y profesionales puedan beneficiarse de las oportunidades que ofrecen estas tecnologías es necesario garantizar en todo el territorio aragonés una conexión a internet adecuada. A ello puede contribuir la Estrategia España Digital tiene como meta que el 100% de la población tenga cobertura de 100 Mbps en 2025.

Además, es necesaria la capacitación de los profesionales sanitarios en competencias digitales, así como la capacitación de los usuarios en las herramientas que ponga a su disposición el Servicio Aragonés de Salud.

Estamos en un primer paso que es el desarrollo e implementación de estas herramientas que sin duda pueden beneficiar a la población del medio rural y solucionar parte de los problemas existentes en esas zonas, pero es necesario que antes de su puesta en funcionamiento se realicen actuaciones por parte de las administraciones para un uso correcto de las mismas como pueden ser guías para los profesionales y los pacientes en las que se explique el servicio que se ofrece y los requisitos técnicos que precisa el paciente para su uso.

No podemos olvidar en este aspecto, como se analiza en otra parte de este informe, el problema existente en muchas consultas rurales por la carencia de medios materiales e infraestructuras técnicas de soporte, necesarias para poder tan siquiera acceder a la red. Tampoco, que las tecnologías no son neutras y que un mal uso de ellas podría suponer un distanciamiento definitivo del profesional sanitario de las zonas rurales

#### 4.2. Entidades Locales

Las entidades locales, si bien no tienen atribuidas por la Ley 7/1985, de 2 de abril, de Bases del Régimen Local, competencias en el ámbito sanitario (art. 25), en la práctica vienen asumiendo, en eso que se ha venido en llamar “competencias impropias” los costes de los gastos materiales, cuando no de algún tipo de personal, totales o parciales, de los denominados “consultorios locales”, dependientes de los distintos centros de salud, que son parte del Sistema de Salud de Aragón, como expresamente se indica en el artículo 25.1 de la Ley 6/2002, siendo como es que Texto Refundido de la Ley del Servicio Aragonés de Salud, en su artículo 7, establece la relación de éste con las corporaciones locales, y en el 43.1.b la adscripción al Servicio Aragonés de salud de los bienes y derechos de las corporaciones locales, que independientemente de su titularidad, se afecten al servicio; para ser el artículo 37 de dicha norma el que nos indica:

*“En la zona de salud podrán existir locales diferenciados del centro de salud para la prestación de atención sanitaria, denominados “consultorios locales” que son estructuras físicas y funcionales para la atención primaria en los municipios, localidades o barrios donde se asiente el centro de salud. Actúan como consultorio médico y enfermería, conexo, funcionalmente, al centro de salud correspondiente, y en las unidades asistenciales que puedan configurarse se posibilitarán también funciones de atención continuada”.*

Es por ello que resultaba necesario tener un directo conocimiento de la forma y modo en que las entidades locales asumen dichos recursos de ellas dependientes.

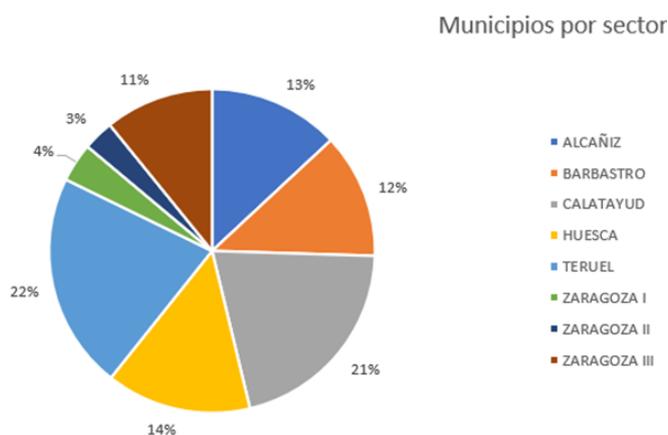
Para la elaboración del presente informe y con el objetivo de conocer de primera mano los datos que afectan a los municipios aragoneses, se dirigió un cuestionario a un total de 601 municipios, recibiendo respuesta de 402 de ellos.

Una vez depurados los datos remitidos, eliminando duplicidades y municipios con Centro de Salud, las respuestas tenidas en cuenta y que a continuación se analizan son 361, correspondientes a municipios y entidades singulares de población incluidas en 65 zonas básicas de salud objeto del informe, ello supone un alto grado de colaboración con la Institución.

En el cuestionario enviado se abordaban aspectos relacionados con el personal adscrito a los municipios, el número de horas que prestan sus servicios, así como la disponibilidad de medios materiales.

La información que se expone a continuación se ha obtenido de las respuestas facilitadas por los diferentes municipios que han colaborado en la elaboración del informe.

En la siguiente gráfica se detalla, de los 361 cuestionarios analizados, el porcentaje de municipios por sector que pertenecen a 65 zonas de salud, de las 66 objeto del informe.



#### 4.2.1 Resultados de la encuesta remitida

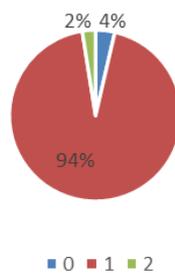
Los 361 municipios cuentan con un total de 390 consultorios a pesar de que el 4% de ellos no cuenta con ningún consultorio en su término municipal. Del 96% restante que si disponen de algún consultorio, el 88% cuenta con uno, el 5% dispone de dos y el 2% cuenta con hasta tres consultorios. Por otro lado se encuentran los municipios de Olba y Loarre que cuenta con cuatro consultorios, y los de la Puebla de Híjar y Loporzano que cuenta con cinco y seis consultorios respectivamente.

Número de consultorios locales	0	1	2	3	4	5	6
Número de municipios	15	319	17	6	2	1	1

#### 1. ¿Cuántos médicos de familia tiene asignado su municipio?

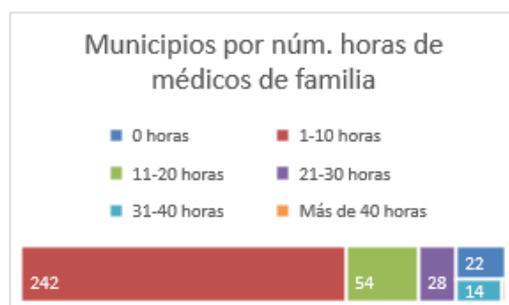
Entre los 361 municipios se dispone de un total de 357 médicos de familia. De todos los municipios, 13 de ellos no cuentan con ningún profesional asignado, 339, tienen uno, y solo 9 de ellos cuentan con dos médicos.

¿Cuántos médicos de familia tiene asignado su municipio?



#### 2. Número de horas totales semanales que pasan consulta los médicos de familia en su municipio

En lo que respecta al número de horas semanales asignadas, la mayoría de ellos tienen entre 1 y 10 horas, concretamente 242 municipios, lo que supone un 65% de todos ellos. En los extremos nos encontramos con un total de 22 municipios con cero horas asignadas, y en el lado opuesto, un único municipio con más de 40 horas que hace referencia a Albalate del Arzobispo.



### 3. ¿Cuántos profesionales de enfermería tiene asignado su municipio?

De los 357 enfermeros que disponen los municipios, 329 de ellos cuentan con un único enfermero, 14 con dos, mientras que 18 municipios no cuentan con ningún enfermero asignado.



### 4. Número de horas totales semanales que pasan consulta los profesionales de enfermería en su municipio

Al igual que sucede con los médicos, la mayoría de los municipios tienen asignado personal de enfermería que realiza entre 1 y 10 horas semanales, representando el 73% del conjunto de todos ellos. El 10% dispone ente 11 y 20 horas de enfermería, mientras que el 7% de los municipios no cuentan con ninguna hora asignada.



## 5. Equipamientos

Entre las cuestiones planteadas a los Ayuntamientos se encuentran aquellas relacionadas con los equipamientos de los que disponen en los consultorios.

### 5.1. Internet:

Internet se ha convertido actualmente en una herramienta necesaria para el desempeño de muchos puestos de trabajo. Es por ello por lo que interesaba conocer cuántos consultorios disponían de esta herramienta en. De los 346 consultorios analizados, únicamente en 5 de ellos no se disponía de conexión a internet, lo que representa el 1,44% del total.

Núm. Consultorios	Núm. Consultorios con							Total
	0	1	2	3	4	5	6	
0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	318	0	0	0	0	0	319
2	0	2	15	0	0	0	0	17
3	0	0	1	5	0	0	0	6
4	0	0	0	1	1	0	0	2
5	0	0	0	0	0	1	0	1
6	0	0	0	0	0	0	1	1
<b>Total general</b>	<b>1</b>	<b>320</b>	<b>16</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>346</b>

### 5.2. Consultorios con equipamiento informático:

En este apartado se busca conocer si los consultorios están dotados de equipamiento informático para que los profesionales sanitarios puedan llevar a cabo sus funciones.

De los 346 consultorios, en 10 de ellos no se dispone de ningún equipo informático. Destacar el caso de Loporzano que, teniendo 6 consultorios, únicamente dispone de equipos en 2 de ellos. Situación similar nos encontramos en Santaliestra y San Quilez que, con dos consultorios, ninguno de ellos cuenta con equipo informático.

Núm. Consultorios	Consultorios con equipo						Total
	0	1	2	3	4	5	
0	0	0	0	0	0	0	0
1	9	310	0	0	0	0	319
2	1	2	14	0	0	0	17
3	0	0	1	5	0	0	6
4	0	0	0	1	1	0	2
5	0	0	0	0	0	1	1
6	0	0	1	0	0	0	1
<b>Total general</b>	<b>10</b>	<b>312</b>	<b>16</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>346</b>

### 5.3. Consultorios con consultas de medicina

En lo que respecta a la disponibilidad de una consulta de medicina ubicada en los propios consultorios se ha informado que de los 346, en 7 de ellos no se dispone de este espacio de trabajo. Ello supone que el 98% de los consultorios cuentan con una consulta de medicina.

Núm. Consultorios	Consultorios con consulta medicina							Total
	0	1	2	3	4	5	6	
0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	5	314	0	0	0	0	0	319
2	0	2	15	0	0	0	0	17
3	0	0	0	6	0	0	0	6
4	0	0	0	0	2	0	0	2
5	0	0	0	0	0	1	0	1
6	0	0	0	0	0	0	1	1
<b>Total general</b>	<b>5</b>	<b>316</b>	<b>15</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>346</b>

### 5.4. Consultorios con consultas de enfermería

En el caso de las consultas de enfermería, nos encontramos con 10 municipios que a pesar de tener consultorio, no disponen de un espacio habilitado para la consulta de enfermería y hasta 4 municipios solo disponen de este espacio en la mitad de sus consultorios. También se dan situaciones como la de Loarre y

Loporzano que con 4 y 6 consultorios respectivamente, cuentan únicamente con una consulta de enfermería para todos ellos.

Núm. Consultorios	Consultorios con consulta						Total
	0	1	2	3	4	5	
0	0	0	0	0	0	0	0
1	10	309	0	0	0	0	309
2	0	4	13	0	0	0	17
3	0	2	0	4	0	0	6
4	0	1	0	0	1	0	2
5	0	0	0	0	0	1	1
6	0	1	0	0	0	0	1
<b>Total general</b>	<b>10</b>	<b>317</b>	<b>13</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>346</b>

### 5.5. Consultorios con sala de espera

Entre las cuestiones planteadas a los ayuntamientos, se encontraba la de conocer cuántos de los consultorios ubicados en su término municipal contaban con sala de espera hasta que sean llamados por el profesional sanitario. De los 346 consultorios, 18 de ellos no cuentan con este espacio, lo que supone el 5% del total. Se dan situaciones como la de Angüés, que con tres consultorios, solo dispone de sala de espera en uno de ellos.

Núm. Consultorios	Consultorios con sala de espera							Total
	0	1	2	3	4	5	6	
0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	12	307	0	0	0	0	0	319
2	0	4	13	0	0	0	0	17
3	0	1	1	4	0	0	0	6
4	0	0	0	1	1	0	0	2
5	0	0	0	0	0	1	0	1
6	0	0	0	0	0	0	1	1
<b>Total general</b>	<b>12</b>	<b>312</b>	<b>14</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>346</b>

## 6. ¿Tiene firmado el Ayuntamiento con el Departamento de Sanidad un convenio para el mantenimiento de los consultorios?

La finalidad de esta cuestión era conocer quién asumía el coste de mantenimiento de los consultorios y qué municipios contaban con un convenio con el Gobierno de Aragón al respecto. De los 361 municipios que han participado en el cuestionario, únicamente el 7% de ellos manifiesta contar con un convenio de colaboración, mientras que el 93% restante asumía los costes en su totalidad.

Tales convenios se basan especialmente en la colaboración del sostenimiento de los consultorios locales. Algunos convenios tienen como finalidad reembolsar a los ayuntamientos el gasto en limpieza de consultorio con cargo al hospital de referencia, otros, por el contrario, han optado por la cesión de los equipos informáticos al Gobierno de Aragón y que sea éste quien gestione el mantenimiento de los mismos.



## 7. Costes derivados de los consultorios

Mediante esta pregunta se buscaba conocer el coste anual que tiene en las arcas municipales el sostenimiento de los consultorios médicos en las zonas rurales. Tras el análisis de los datos y la información remitida, se ha podido comprobar que los datos han quedado distorsionados como consecuencia de que muchos de los consultorios se encuentran ubicados en la propia Casa Consistorial u otros edificios municipales, lo que impide segregar el coste de determinados servicios. Por ello los datos reflejados se basan en datos aproximados tras el análisis de la información remitida.

- Luz:** La mayoría de los municipios encuestados, manifiestan que el cargo por luz de los consultorios se encontraría entre los 500€ y los 2.000€.

- b. **Calefacción:** En este apartado manifiestan tener que realizar un desembolso entre los 500€ y los 3.000€ anuales.
- c. **Limpieza:** en cuanto a limpieza, el desembolso varía notablemente entre aquellos municipios que únicamente disponen de un consultorio, de aquellos que tienen varios o se trata de Puntos de Atención Continuada, donde llegan a disponer de personal a jornada completa. Por ello los datos varían entre los 250€ y los 5.000€ de media. Llegando en algunos casos a superar los 10.000€.
- d. **Teléfono:** Los servicios de telefonía de los consultorios para los ayuntamientos supone un coste que por lo general de media no suele superar los 600€.
- e. **Otros costes:** Dado que la finalidad de estas cuestiones era conocer el coste aproximado que para los ayuntamientos tienen los consultorios municipales, y ante la imposibilidad de poder disgregar todas las posibles partidas presupuestarias, se optó por plantear una pregunta de carácter residual. En ella se informa de posibles costes de mantenimiento o servicios de papelería, entre otros. Con carácter general, la media de estos servicios tiene un coste entre 500€ y 2.000€.

## 8. En caso de contar con personal de apoyo en los consultorios locales de su Ayuntamiento, ¿de cuántas personas dispone?

Tras el análisis de la información remitida por los ayuntamientos, se ha podido comprobar que algunos de ellos han incluido como personal de apoyo a trabajadores que prestan otro tipo de servicios como limpieza o mantenimiento o a trabajadores sociales comarcales que prestan sus servicios en dichas instalaciones. Este hecho ha podido distorsionar los datos, dado que este tipo de tareas se encuentra dentro de las competencias impropias que vienen realizando y que no era el objeto de la pregunta.

El personal de apoyo que ponen a disposición los ayuntamientos para los consultorios locales al que hacen referencia en sus respuestas se basa en gran medida en el personal de limpieza y mantenimiento que, entre sus cometidos, se encuentran destinar parte de su jornada laboral en dichas instalaciones. No es habitual contar con una persona a jornada completa para estas funciones, si bien,

y especialmente durante el periodo más intenso de la pandemia, el personal de limpieza vio aumentada las horas de trabajo destinadas en los consultorios.

En determinados municipios, como es el caso de Benasque al ser Punto de Atención Continuada, sí que dispone de una persona como auxiliar administrativo que entre sus competencias se encuentra la atención telefónica o la asistencia al personal sanitario en dedicación exclusiva.

Lo habitual en los consultorios locales es que buena parte de la plantilla municipal colabore en el sostenimiento del mismo ya sea en labores de limpieza, mantenimiento o tareas administrativas.

Personal de apoyo	0	1	2	3
Número de municipios	303	15	4	1

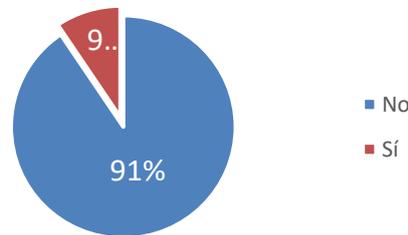
## 9. ¿El Ayuntamiento pone a disposición de los vecinos que lo necesiten un servicio de transporte para que puedan acudir a su centro de salud?

En aquellos municipios, como los que son objeto de este informe, en lo que no se dispone de centro de salud, es habitual que por parte de los pacientes se vean obligados a trasladarse a municipios próximas donde se encuentra en centro de referencia. Ello sumado a la idiosincrasia de la población que reside en estos municipios, provoca que en ocasiones se vean limitados para desplazarse a los mismos, ya sea por lo avanzado de su edad o por no disponer de vehículo propio. por ello interesaba conocer a esta Institución si algunos municipios disponían de algún servicio de transporte para el traslado de sus vecinos a los centros de salud.

De los 361 municipios, 34 de ellos disponían de algún tipo de servicio. Generalmente consisten en el autobús comarcal o en servicio de taxis. En este último caso se utiliza para trasladar a los pacientes a la realización de pruebas y analíticas o para el traslado de las pruebas de análisis al centro de salud, evitando de este modo el traslado de los pacientes. También existen convenios con las asambleas locales de Cruz Roja.

En algunos municipios es el propio personal del ayuntamiento el que traslada a los pacientes a los centros sanitarios previa solicitud.

Con servicio de transporte



**10. En los tres últimos años en época estival o durante las vacaciones del médico asignado a su municipio, la consulta del médico de familia se ha prestado en los consultorios de su municipio**

En épocas estivales o durante las vacaciones se reduce el personal que presta sus servicios en los consultorios. Ello puede provocar que algunos no dispongan de personal para atender el servicio, provocando el desplazamiento de los usuarios a otros municipios. Por ello se planteó dicha cuestión a los Ayuntamientos al objeto de conocer en qué medida se cubrían estas incidencias.

Tras analizar la información remitida se ha comprobado que en tres de cada cuatro municipios se sigue prestando el servicio con normalidad en épocas estivales o vacaciones y sin que los usuarios se vean obligados a desplazarse para ser atendidos.

Servicio en consultorio en época estival	Número de municipios
No	89
Sí	272
<b>Total general</b>	<b>361</b>

Tras el análisis de la información remitida por parte de los ayuntamientos se pueden desprender las siguientes conclusiones:

- Los ayuntamientos, con carácter general, cuentan con un único consultorio local, si bien en determinados municipios disponen de hasta seis dado su dispersión geográfica.
- El personal sanitario asignado generalmente se basa en un médico y un enfermero, si bien, en nueve municipios se dispone de dos médicos y hasta en catorce municipios en el caso de enfermeros los cuales realizan entre una y diez horas semanales.
- En lo referente a los equipamientos, el 98% de ellos cuenta con conexión a internet, cifras similares se dan en lo que se refiere a la instalación de equipos informáticos.
- Respecto a las instalaciones, únicamente el 2% no disponía de consulta para medicina y enfermería, cifra que aumenta al 5% en el caso de la sala de espera.
- El sostenimiento de los consultorios supone para las arcas municipales un coste que varía entre los 2.000€ hasta más de 10.000€ anuales. Ello incluye servicios como luz, calefacción y el personal de limpieza. Los ayuntamientos abonan estos servicios con cargo a su presupuesto municipal, salvo algunas excepciones, donde se cuenta con convenios firmados con el Gobierno de Aragón para colaborar en dichos gastos.
- El personal que ponen a disposición los ayuntamientos en los consultorios se centra en el personal de limpieza, el mantenimiento que se lleva a cabo por los operarios municipales y personal administrativo. Lo habitual es que este servicio se preste junto con la labor ordinaria municipal, siendo muy pocos ayuntamientos que cuentan con personal dedicado en exclusiva al consultorio.
- En lo que a los servicios de transporte se refiere, el 91% de los municipios encuestados no cuentan con ningún tipo de servicio para trasladar a los vecinos a su centro de salud, debiendo de hacer uso del vehículo privado en la gran mayoría de los casos.
- En el 25% de los municipios, en época estival o durante las vacaciones del médico asignado en su municipio, la consulta de médico de familia no se ha prestado en el consultorio local.

### 4.3. Visitas Centros de Salud

A lo largo del verano se realizaron por parte del equipo del Justiciazgo visitas a diversos centros de salud de las tres provincias aragonesas, con el objetivo de tener información de primera mano sobre la real situación en ellos, manteniendo entrevistas con los profesionales de los mismos, y aún con responsables de sectores sanitarios tanto de medicina como de enfermería.

Se tuvo conocimiento de los graves problemas de cobertura de plazas, principalmente en medicina, aunque también en enfermería, y, sobre todo respecto a los servicios de atención continuada, que en muchos momentos, ante la falta de personal, debe ser cubierto por el resto de profesionales del centro, situación que también se da en muchas ocasiones respecto a la cobertura de todos los puestos asistenciales por bajas, vacaciones, etc., siendo el compromiso y buena voluntad de los miembros de los equipos los que palian la citada falta de personal, incluso con redistribución de funciones entre personal médico y de enfermería.

El anterior problema se ve agravado, según refieren los distintos profesionales, en los casos de Atención Continuada, cuyas plazas se han convertido en las de más difícil cobertura, encontrándose vacantes en varios supuestos, con cierre de los Puntos de Atención Continuada (PAC) en varias localidades, pasándose a prestar los servicios de urgencia en los centros de salud directamente.

Se da una situación de falta de integración en el entorno social de las localidades, lo que conlleva al no residir en las localidades de prestación del servicio que se produzcan desplazamientos diarios a los puestos de trabajo desde normalmente las capitales de provincia, y ello en mayor medida en medicina que en enfermería.

No se producen quejas sobre el acceso a formación continuada, aunque en muchos casos la participación en ella choca con la necesidad de cubrir turnos de trabajo. De igual forma se traslada la inexistencia de rotaciones de personal MIR o EIR en los centros, que llevaría a que por las nuevas promociones se conociera y viviera en primera persona la sanidad rural, y quizás con ello despertar vocaciones de prestación de servicio en dicho entorno.

Se constata que las residencias de mayores, tanto públicas como privadas, carecen en general de servicios sanitarios propios o son de muy pequeña entidad, por lo que deben ser asistidas por los servicios de los correspondientes centros de

salud, lo que en algunas ocasiones, dado el número de usuarios en residencias en situadas en poblaciones con población escasa, desvirtúa las cargas de trabajo en las mismas.

Como cuestiones reivindicadas desde los propios centros de salud visitados destaca:

- Falta de una previsión adecuada para cubrir de forma fija y estable las distintas plazas de personal, y las incidencias habituales que se producen con motivo de vacaciones, licencias, bajas, etc. La problemática se intensifica en los servicios de asistencia continuada.
- La toma de posesión de puestos ofertados con inmediata petición de excedencia, normalmente al ocupar otro puesto en un servicio público, lleva a plantear situaciones sobrevenidas de falta de personal, en especial en zonas limítrofes con otras autonomías.
- El mantenimiento de los consultorios en pequeñas poblaciones, competencia de los distintos ayuntamientos, presenta en algunas ocasiones deficiencias.
- No existen incentivos, no sólo económico sino también profesionales y sociales, para que el personal destinado en centros de salud rurales opte por asentarse familiarmente en dichos territorios.
- La prestación del servicio con vehículos propios y sin retribución adecuada por ello. Los pocos vehículos públicos con los que se cuenta, suelen estar en malas condiciones.
- Problemas de seguridad en las guardias, en las que se encuentran solos los profesionales sin medio alguno que prevenga o ataje posibles situaciones de agresión. No se cuenta con un contacto directo con las fuerzas y cuerpos de seguridad, que además en las áreas rurales pueden actuar con tardanza. Se plantea incluso la necesidad de realizar cursos de autoprotección.
- Falta en algunos centros de una laboral técnica de triaje, que se realiza por personal de administración, lo que conlleva descompensaciones a la hora de prelación de asistencia.

La impresión del equipo redactor de este informe en cuanto a los problemas de falta de persona por complicaciones en la cobertura de plazas puede resumirse en

las propias manifestaciones de la coordinadora de uno de los centros visitados, cuando manifestó que el problema no se solucionaría *“ni aun poniendo todos los incentivos económicos o de otro tipo que se quiera, ya que lo que ocurre es que los profesionales no quieren venir al mundo rural”*. Quizás lamentable, pero es lo que se siente directamente en muchos de los centros de salud del Aragón rural.

#### 4.4. Colegios Profesionales

##### **Colegio nacional de ópticos-optometristas de Aragón**

En su [escrito](#) se deja constancia que en el ámbito rural aragonés se cuenta con 43 colegiados que desarrollan su actividad en el mismo, lo que supone un 9% del total de profesionales, y ello en 35 establecimiento abiertos al público, lo que supone un 13% de los establecimientos del territorio aragonés.

Cabe destacar en la información remitida el traslado de que *“En el año 2017 se creó la categoría estatutaria de óptico optometrista en el ámbito de los Centros Sanitarios del Servicio Aragonés de Salud mediante Orden SAN/95/2017, de 27 de enero, y, a finales de ese mismo año, con Resolución de 18 de diciembre, del Servicio Aragonés de salud, se incluyó esta categoría en la bolsa de empleo temporal, a la cual se han inscrito muchos de nuestros colegiados. Sin embargo, desde ese año no consta que ninguno de ellos se haya incorporado al Servicio Aragonés de salud mediante ese sistema...”*

Por último, desde la organización colegial se demanda lo positivo que sería, también en el mundo rural, que los ópticos optometristas pudieran entrar a formar parte de los equipos de profesionales que atienden en Atención Primaria., en los Centros de Salud.

##### **Colegio profesional de Psicología de Aragón**

Se dejó constancia en [escrito](#) de fecha 4 de abril que del total de 1.694 profesionales colegiados en dicha fecha, 285 tenían su domicilio en poblaciones menores a 10.000 habitantes, no disponiendo de datos sobre si ello correspondían con ejercer su actividad en dichas localidades.

##### **Colegios oficiales de farmacéuticos**



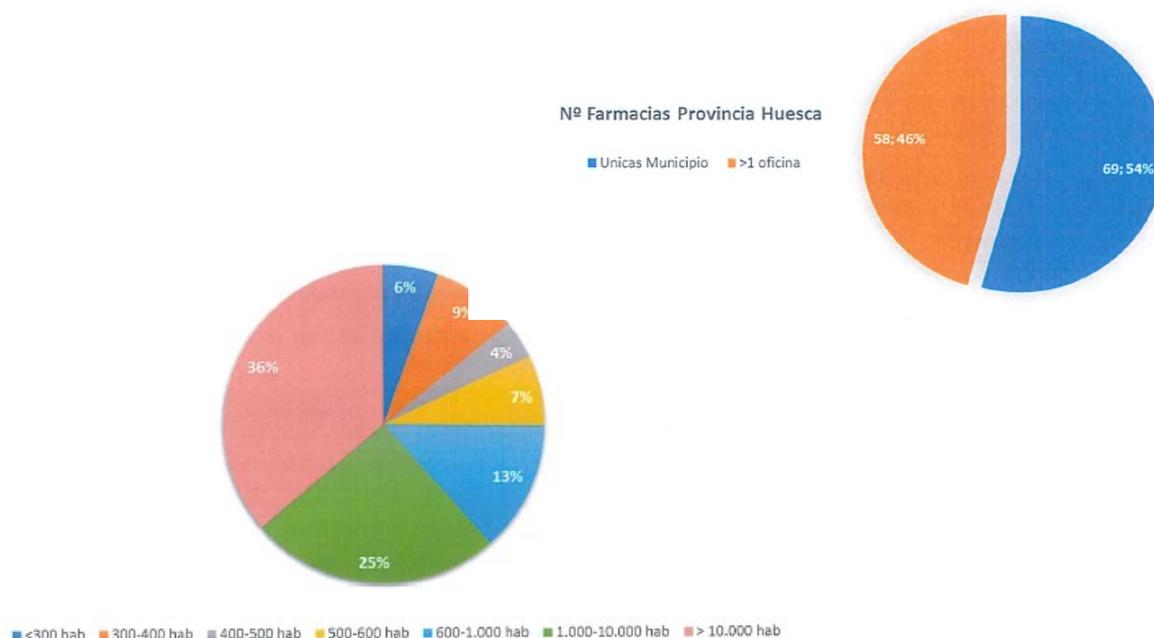
Los tres colegios provinciales de farmacéuticos: Huesca, Zaragoza y Teruel, procedieron a realizar un [informe](#) en los primeros días de abril de forma individualizada, aunque con una cierta coordinación entre ellos.

En todas ellas se aporta el denominado “Propuesta para la mejora de la viabilidad económica de la farmacia rural” que en su día fue remitido a las Cortes de Aragón por los colegios aragoneses.

## Huesca

Se constata la existencia de 81 oficinas de farmacia en municipios de menos de 10.000 habitantes, que a su vez

atienden a 122 botiquines, en las que ejercen 111 profesionales colegiados, que representan el 49,11% del total en la provincia, de ellos 83 son titulares propietarios/copropietarios y 28 farmacéuticos adjuntos. Se detalla en la información facilitada la distribución según la población de las localidades:



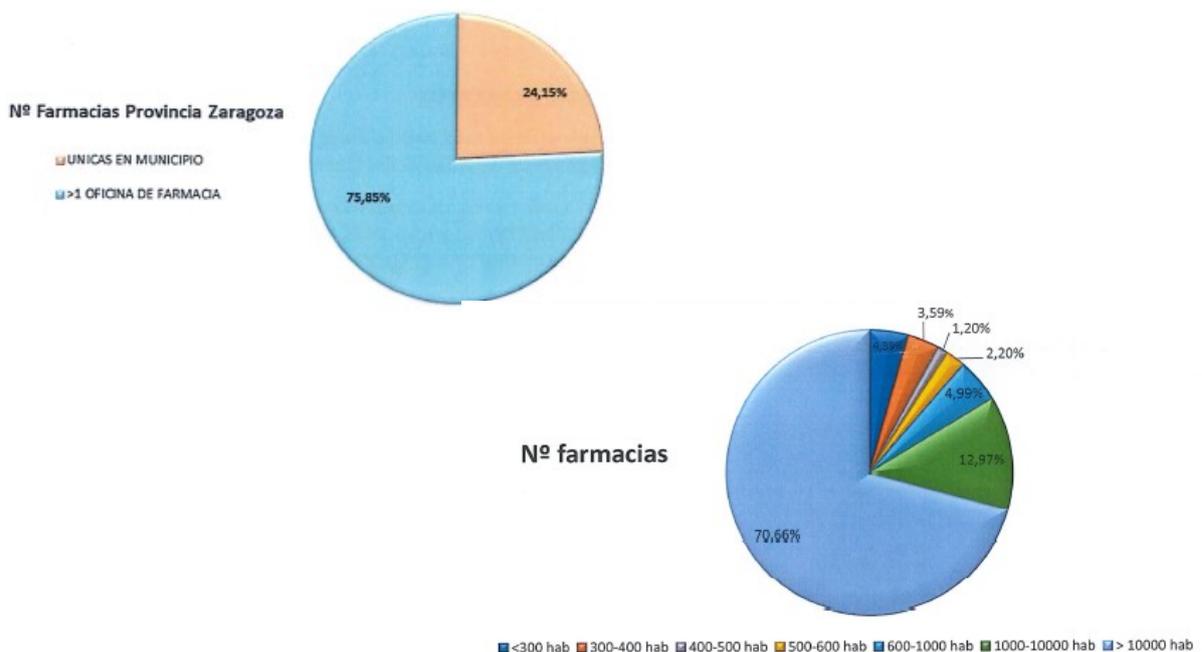
Como características fundamentales se señalan:

- La mayoría de titulares son mujeres (73,47%).
- No existe personal auxiliar en 12 farmacias.
- El horario mínimo a cumplir es de 30 h, si bien muchas realizan 32,5-35 h y 40 h/semana.
- Se realizan numerosas guardias al deber permanecer una farmacia por zona de salud.
- Únicamente 10 farmacias cierran por algún tipo de vacación

Se pormenoriza en las denominadas “farmacia de viabilidad económica comprometida” (VEC), que se indican son 9, en concreto: Villanúa, Formigal, Naval, Torla, Castillonroy, Alcubierre, Villanueva de Sigena, Ansó y Pozán de Vero.

## Zaragoza

Se constata la existencia de 147 oficinas de farmacia en municipios de menos de 10.000 habitantes, que a su vez atienden a 76 botiquines, en las que ejercen 198 profesionales colegiados, que representan el 21,15% del total en la provincia, de ellos 152 son titulares propietarios/copropietarios y 46 farmacéuticos adjuntos. Se detalla en la información facilitada la distribución según la población de las localidades:



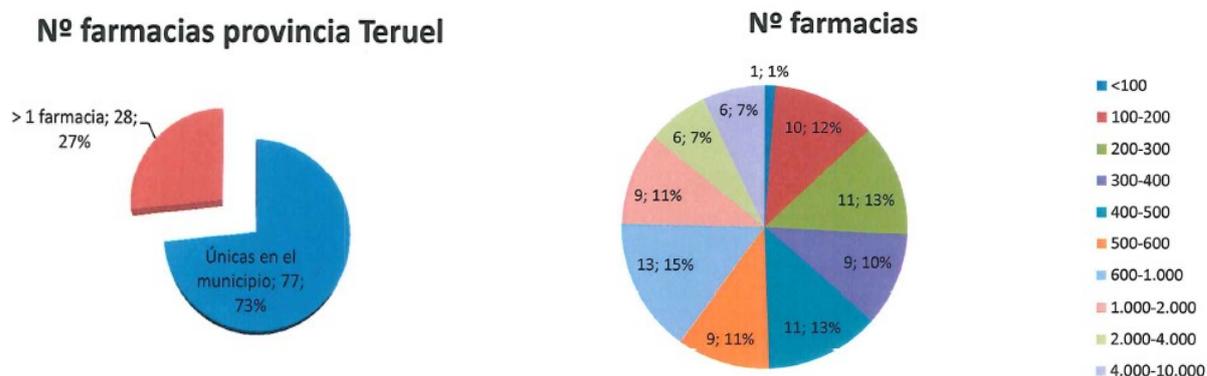
Como características fundamentales se señalan:

- La mayoría de titulares son mujeres (65,79%).
- No existe personal auxiliar en 29 farmacias.
- El horario mínimo a cumplir es de 30 h, si bien muchas realizan 32,5-35 h y 40 h/semana.
- Se realizan numerosas guardias al deber permanecer una farmacia por zona de salud.
- Únicamente 1 farmacia solicitó cierre por vacaciones en 2022, y en 2021 lo hicieron 4.

Se pormenoriza en las denominadas “farmacia de viabilidad económica comprometida” (VEC), que se indican son 9, en concreto: Castejón de Valdejasa, Aranda del Moncayo, Fuentes de Jiloca, Villarroya de la Sierra, Ibdes, Aguilón, Salvatierra de Escá, Mezalocha y Vera del Moncayo.

## Teruel

Se constata la existencia de 85 oficinas de farmacia en municipios de menos de 10.000 habitantes, que a su vez atienden 122 botiquines, en las que ejercen 103 profesionales colegiados, que representan el 49,28% del total en la provincia, de ellos 90 son titulares propietarios/copropietarios y 13 farmacéuticos adjuntos. Se detalla en la información facilitada la distribución según la población de las localidades:



Como características fundamentales se señalan:

- La mayoría de titulares son mujeres (71,84%).
- No existe personal auxiliar en 28 farmacias.
- El horario mínimo a cumplir es de 30 h, si bien muchas realizan 32,5-35 h y 40 h/semana.
- Malas comunicaciones tanto por carretera como por telecomunicaciones.
- Pérdida paulatina de población.
- Reducción de ingresos por política de precios a la baja.
- Se realizan numerosas guardias al deber permanecer una farmacia por zona de salud.
- Gastos no remunerados de desplazamientos a los botiquines.
- Dificultades de distribución

Se pormenoriza en las denominadas “farmacia de viabilidad económica comprometida”(VEC), que se indican son 16, lo que representa un 15,2 % del total.

### **Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Aragón**

En fecha 29 de julio se recibió la respuesta a la solicitud de información en su día remitida, indicándose por parte del secretario del Colegio lo siguiente.

*“...ante todo les pedimos mil disculpas por contestar tan tarde pues por circunstancias que no vienen al caso, sus escritos estaban traspapelados entre unos informes jurídicos que nada tenían que ver.*

*El asunto es que nuestro ámbito de trabajo in strictu sensu son los colegiados y no sus centros de trabajo propiamente dichos.*

*Para información como la que precisa utilizamos el siguiente buscador <http://regcess.mscbs.es/regcessWeb/inicioBuscarCentrosAction.do> y en su defecto, hablamos con Inspección de Centros del Gobierno de Aragón...”*

El acceso a otras fuentes de información ha permitido dejar constancia en este informe de la forma en que en el ámbito rural aragonés se prestan los servicios de odontología.

## **Colegios oficiales de Enfermería**

Con los tres colegios profesionales de enfermería de Aragón se mantuvo una reunión presencial en la sede del Justiciazgo, en la que se explicó la finalidad del informe y se recogió ya, in situ, la visión y reivindicaciones del colectivo profesional. Posteriormente se recibieron [escritos](#) de información de los tres colegios provinciales, Zaragoza y Teruel centrados en el Plan de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023 presentado por el Gobierno de Aragón en la última primavera.

De los escritos citados podemos extraer las siguientes consideraciones.

### **Huesca**

*“Actualmente, tal es la saturación de los profesionales, la mala organización y el bajo perfil de liderazgo, que todo se reduce a actuación a demanda de la población...”*

Esta frase extraída del informe remitido por el colegio oscense resume la percepción de los profesionales de enfermería.

El citado escrito plantea la necesidad de reorganización de los centros en base no sólo al número de personas de ellos dependientes, sino también teniendo en cuenta sus características personales.

En un concreto apartado de carencias/reivindicaciones, se plantean actuaciones y acciones concretas en cuanto a la estructura, los recursos materiales y humanos, la responsabilidad social corporativa y los procesos de actuación.

### **Zaragoza**

Se plantea un aumento o reorganización de plantillas, entendiéndose no conllevaría mayor gasto, en base a:

Identificación puesto de difícil cobertura y sus incentivos.

- Rotación de los EIR.
- Ratios no basadas únicamente en el número de pacientes.

- Protocolizar la relación con centros residenciales de mayores en el área de actuación.

Se plantea una nueva asignación de personal, poniendo en valor la creciente labor investigada de la enfermería, a la que se debe dotar de una mayor capacidad de resolución.

## **Teruel**

El colegio turolense plantea en su escrito una serie de cuestiones, problemas, reivindicaciones de índole práctico, como son:

- El acabar con la situación de que los desplazamientos sigan realizándose en los vehículos de los profesionales.
- La necesidad de una mayor movilidad de los recursos humanos.
- La mejor definición de las plazas de difícil cobertura.
- Las carencias de los recursos materiales en los distintos consultorios, principalmente en acceso a medios digitales.

Igualmente se plantea la necesidad de una coordinación sociosanitaria y la especial situación de las matronas en la provincia.

## **Colegios Oficiales de Médicos**

### **Huesca**

Con fecha 18 de abril se recibe la información del Colegio oficial de Médicos de Huesca, en la que se detalla el problema de inestabilidad en el trabajo, el hecho de que mucho colegiado de otras provincias realiza su actividad profesional en Huesca sin colegiación en ella, la existencia en muchos casos de simultaneidad entre actividad en medio urbano y rural.

Concluye el escrito recibo con una serie de reflexiones y reivindicaciones, en concreto:

- *“Falta de profesionales, en el último concurso oposición han quedado plazas sin cubrir, personal sanitario que ha aprobado ha renunciado a ellas.*

*Deben de valorarse las plazas de difícil cobertura y hacerlas más apetecibles para el profesional sanitario. Las plazas que han quedado sin cubrir son sobre todo en el medio rural de Huesca y Teruel.*

- *Valorar remunerar adecuadamente los desplazamientos que realizan los profesionales en el desarrollo de su trabajo en el entorno rural. En estos momentos no se compensan adecuadamente los desplazamientos ni la utilización de vehículo propio.*
- *Remunerar adecuadamente las plantillas, tener en cuenta la dispersión geográfica, el envejecimiento de la población y la feminización de la profesión. Este último punto es importante para la adecuada armonización de la convivencia familiar.*
- *Destinar al menos un 20%, del montante destinado a Sanidad, para la Atención Primaria. En este sentido sería interesante desdoblar las ahora gerencias únicas de los Sectores Sanitarios en dos gerencias, una para Hospitalaria y otra para Atención Primaria.*
- *Mejorar la comunicación con los centros de salud para que se puedan atender solicitudes de consulta adecuadamente. En estos momentos las centralitas están obsoletas y bloqueadas. Es muy difícil contactar telefónicamente con los Centros de Salud y Servicios Hospitalarios.*
- *Formar personal no sanitario, administrativos y celadores, en la recepción y clasificación de llamadas telefónicas, para que puedan realizar un primer triaje entre lo urgente, lo inmediato y lo que debe ser presencial o no presencial. Esto mejoraría mucho la accesibilidad a los Centros de Salud y a los Consultorios Locales.*
- *Dotar de medios de diagnóstico y mejorar el acceso a pruebas diagnósticas. En estos momentos todavía existen pruebas restringidas al medio Hospitalario y en ocasiones como sucede en Radiología, no siempre se informan de los resultados.*

*Son muchas las deficiencias que padecemos en la Medicina Rural de Aragón, pero se pueden resumir en dos: falta de personal e intrafinanciación”.*

## Zaragoza

Con fecha 5 de abril se recibe escrito del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Zaragoza, en que se traslada al Justiciazgo de forma objetiva los datos de los distintos centros de salud rurales de la provincia de Zaragoza, junto con los dispensarios de ellos dependientes, y cuantitativamente el número de facultativos en ellos, diferenciando medicina de familia y pediatría.

## Teruel

En fecha 25 de agosto se remite a esta Institución la información solicitada al Ilustre Colegio oficial de Médicos de Teruel, en la que se detallan los 114 facultativos que en el ámbito rural dicha provincia prestan sus servicios, en las especialidades de estomatología, farmacología clínica, geriatría, hematología y hemoterapia, hidrología médica, medica del trabajo, medicina de familia y comunitaria, medicina intensiva, medicina interna, medicina legal y forense, médico general acreditado, obstetricia y ginecología, oftalmología, pediatría y psiquiatría.

Se puede acceder a los escritos en [anexo](#).

## 4.5. Entidades con prestaciones sanitarias

### 4.5.1. Cruz Roja

Es un hecho constatable la labor que Cruz Roja desarrolla a lo largo de toda la geografía aragonesa con múltiples servicios, proyectos y campañas específicas en el ámbito de la salud. Fue por ello que desde el Justiciazgo se consideró necesario poder contar con la visión de dicha organización, por lo que, tras una reunión presencial con sus técnicos, se les solicitó informasen sobre sus actividades en el ámbito de este informe especial, lo cual diligentemente se produjo en el trabajo que se acompaña en [anexo](#) y que podemos resumir en los siguientes puntos:

Una de las líneas de actuación de la Estrategia 2020 de la Federación Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja tiene que ver con la promoción de la salud en base a las siguientes prioridades:

- Ampliar el acceso a los servicios básicos y públicos de salud, y promover la adquisición de competencias básicas en primeros auxilios y de cara a la prevención de enfermedades e infecciones.
- Mejorar la atención sanitaria durante el tratamiento, incluyendo el apoyo educativo y psicosocial; facilitando una intervención integral e individualizada con la persona/comunidad.
- Adoptar medidas que influyan en los factores subyacentes de índole social, ambiental y comportamental que determinan un buen estado de salud.

En su informe nos detallan una serie de programas, desarrollados en distintos ámbitos territoriales aragoneses, que, directa o indirectamente tienen que ver con el fomento de la salud física, psíquica o emocional:

- a) El programa para personas en situación de extrema vulnerabilidad trata de evitar la exclusión escolar en estos tiempos de crisis, atender las necesidades básicas con carácter urgente, prevenir la exclusión residencial y atender al bienestar personal y la activación de la mujer por ser víctimas de exclusión en mayor grado.
- b) El Plan específico para la Juventud incide en la educación para la salud promoviendo hábitos de vida saludables en materia alimentaria, sexual y conducta para evitar procesos adictivos. Al mismo tiempo educa para la prevención de conductas violentas y fomenta la inclusión social para niños y niñas en riesgo
- c) El programa de inmigrantes busca la integración de éstos e incide en el ámbito de la salud ya que la población migrante cuenta con riesgos inherentes tanto en la parte emocional como en la física
- d) El programa de personas mayores se desdobra en la atención a personas con funciones cognitivas deterioradas y la atención a las personas cuidadoras que muchas veces ven comprometida su salud física y emocional. La promoción el envejecimiento saludable es otra de las patas del programa, junto con la red social para personas mayores (enred@te) para paliar la situación de las personas mayores en situación de soledad no elegida
- e) Dentro del programa de Infancia en dificultad social nos hablan de su intervención socioeducativa en medio abierto con menores bajo medidas de

responsabilidad penal y sus acciones de intervención familiar con infancia en situación de riesgo

- f) Por último, señalan una serie de proyectos que posibilitan el acceso a la sanidad pública en el ámbito rural como es el de transporte en vehículos adaptados para personas con discapacidad; o el de Ayuda a domicilio complementaria para personas mayores que ofrecen apoyo mediante acompañamientos personales o traslados a centros sociosanitarios.

Mención aparte merecen una serie de Proyectos de Salud Comunitaria que tiene puestos en marcha en la localidad de Andorra (Teruel), como son el “*Disfruta de la Experiencia*” que llevan a cabo desde el año 1998 realizando actividades intergeneracionales; o el programa “Por tu salud” en el que un equipo interdisciplinar planifica actividades de educación y promoción de la salud con jóvenes entre 12 y 16 años del IES Pablo Serrano.

Destacar por último que en la estrategia elaborada por la Cruz Roja Española centrada en la llamada España despoblada señalan como principales problemas de salud los siguientes:

- Escasa Atención sanitaria Especializada.
- Atención sanitaria adecuada
- Dificultades relacionadas con la adherencia terapéutica
- Imposibilidad de realizar las actividades de la vida diaria para numerosos grupos de personas.
- Problemas de salud mental y falta de recursos para atenderlos.
- Hábitos saludables inadecuados.

Señalando los objetivos a conseguir y los indicadores adecuados para hacer el seguimiento de las actividades emprendidas.

#### **4.5.2. Los ESAD: Salud y Hospital de San Juan de Dios**

Los equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) en Aragón, realizan la atención paliativa y crónica avanzad, se dividen entre los directamente asumidos por el Salud y los prestados desde el Hospital San Juan de Dios de

Zaragoza cubriéndose por esta última entidad los Sectores de Alcañiz, Calatayud, Sector I Zaragoza, Huesca y Barbastro, y ello por convenio suscrito con el Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón, quedando el resto de sectores en gestión directa por parte del Salud.

La atención está centrada en pacientes pluripatológicos que necesitan cuidados complejos en pacientes de Cuidados Paliativos oncológicos/no oncológicos, dando soporte durante el proceso de enfermedad.

Los equipos están formados por médico y enfermera, atendiendo al paciente y su familia en el propio domicilio, apoyados en los seguimientos por personal experto a través de nuevas tecnologías de la información (Plataforma CASA). El objetivo es proporcionar las mejores condiciones de atención al paciente y familia, evitando ingresos innecesarios.

Mantenida una reunión presencial con la gerencia, dirección médica y dirección de enfermería del citado Hospital San Juan de Dios de Zaragoza, se nos facilitó los datos de las actuaciones de dichos equipos en los últimos años, que ha alcanzado a 231 localidades.

MUNICIPIO	2019	2020	2021	2022
<b>mas de 10.000 hab</b>	<b>573</b>	<b>580</b>	<b>659</b>	<b>388</b>
ESAD-Alcañiz	39	34	50	21
ESAD-Barbastro	83	87	73	44
ESAD-Calatayud	51	54	40	33
ESAD-Huesca	186	157	202	107
ESAD-Sector 1 (Mañana)	214	176	145	81
ESAD-Sector 1 (Tarde)		72	149	102
<b>menos de 10.000 hab</b>	<b>387</b>	<b>314</b>	<b>354</b>	<b>235</b>
ESAD-Alcañiz	78	77	115	59
ESAD-Barbastro	94	77	63	42
ESAD-Calatayud	84	55	55	31
ESAD-Huesca	90	77	84	71
ESAD-Sector 1 (Mañana)	41	17	22	19
ESAD-Sector 1 (Tarde)		11	15	13
<b>Total general</b>	<b>960</b>	<b>894</b>	<b>1.013</b>	<b>623</b>

FUENTE: PADRON IAE 1/1/2021 PUBLICADO EN DICIEMBRE 2021

Datos años 2019-2020-2021 de enero a diciembre

Dato año 2022: de enero a julio

La revista “Noticias de Enfermería” del Colegio Oficial de Enfermería de Zaragoza, pública en su número 131 (julio-octubre de 2022), el sistema de cuidados paliativos implantado en nuestra comunidad, de especial incidencia en el ámbito rural, que incluimos en el [anexo](#).

#### 4.6. Prestaciones sanitarias privadas en el ámbito rural.

Es notorio que el grueso de la asistencia sanitaria en el ámbito rural aragonés es soportado por la sanidad pública, pero hoy día el auge de los **seguros sanitarios privados** es una evidencia, con más de trescientas setenta mil personas con pólizas de seguros sanitarios privados, y un 20% de las camas hospitalarias aragonesas radicadas en el sector privado, y por ello cabe ver si nuestro Aragón rural tiene acceso o no a estos servicios.

Evidentemente las capitales de provincia y las principales cabeceras de comarca con una población superior a 10.000 habitantes, cuentan con, en mayor o menor medida, con servicios sanitarios privados, pero cabría saber si por debajo de ese umbral habitación existe algún tipo de prestación en este sector. Analizados los cuadros médicos que aparecen en sus respectivas webs´s, de las principales compañías que ofrecen seguros médicos privados, se consta su poca presencia en localidades aragonesas de menos de 10.000 habitantes, en concreto únicamente del conjunto de cuadros médicos ofertados, y desconociendo la disponibilidad real de los mismos, se puede determinar:

##### Huesca

- Binéfar: Familia, pediatría, enfermería, análisis clínicos, cardiología, cirugía, dermatología, diagnóstico por imagen, fisioterapia, neurología, obstetricia y ginecología, oftalmología, podología, preparación al parto, psiquiatría, reumatología, traumatología, urología, psicoterapia, logofonatría.
- Graus: Odontología, fisioterapia.
- Sabiñánigo: Familia, enfermería, traumatología, odontología, podología, análisis clínico
- Bellver de Cinca: Fisioterapia.
- Sariñena: Fisioterapia.

- Tamarite de Litera: Odontología.

## **Teruel**

- Andorra: Familia, odontología, fisioterapia, traumatología, psicoterapia.
- Calamocha: Familia, análisis clínico, odontología, fisioterapia.
- Cella: Odontología.
- Monreal del Campo: Odontología.
- Albalate del Arzobispo: Odontología.
- Utrillas: Odontología.

## **Zaragoza**

- Alagón: Oftalmología, odontología.
- Caspe: Familia, enfermería, cardiología, cirugía, odontología, fisioterapia, traumatología.
- La Almunia de Doña Godina: Familia, pediatría, enfermería, alergología, análisis clínicos, digestivo, dermatología, diagnóstico por imagen, fisioterapia, obstetricia y ginecología, oftalmología, traumatología, urología.
- Daroca: Odontología.
- Tauste: Fisioterapia.
- María de Huerva: Odontología.
- Borja: Medicina general.
- Cariñena: Medicina general.

No debemos olvidar que este tipo de sanidad privada en algunos casos, principalmente en el de los mutualistas de distintas procedencias del sector público, se convierte en ocasiones en su único sistema de atención sanitaria.

#### 4.7. **Ámbito residencial**

Dada la proliferación en el ámbito rural de centros residenciales para personas dependientes resulta indispensable la coordinación del Sistema Aragonés de Salud con los servicios sociales y sus recursos sociosanitarios para garantizar la continuidad y la idoneidad de los cuidados a las personas dependientes, tal como exige la Ley 6/2002, de 15 de abril, de salud de Aragón y por ello nos hemos dirigido tanto al Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales por las competencias en esta materia ejercidas mediante el Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS), como a las principales asociaciones de entidades gestoras de Centros Residenciales de personas Mayores: la Asociación Aragonesa para la Dependencia (ARADE) y la Asociación Aragonesa de Residencias y Servicios de atención a los mayores -Sector solidario. (LARES)

##### 4.7.1. **Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales**

Tras recordar que el Departamento competente para la autorización de servicios sanitarios integrados en organización no sanitaria es el Departamento de Sanidad, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud en Aragón, en el Decreto 106/2004, de 27 de abril, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el reglamento que regula la autorización de centros y servicios sanitarios en Aragón y en el Decreto 122/2020, de 9 de diciembre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba la estructura orgánica del Departamento de Sanidad y del Servicio Aragonés de Salud, nos recuerda la normativa que resulta de aplicación:

- Decreto 106/2004, de 27 de abril, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el reglamento que regula la autorización de centros y servicios sanitarios en Aragón.
- Decreto 92/2019, de 27 de junio, del Gobierno de Aragón, por el que se regula la atención farmacéutica en los centros sociales de Aragón y se establece el modelo de gestión de la prestación farmacéutica para los usuarios con derecho a la misma, siendo requisito previo que el centro social haya obtenido la autorización de funcionamiento previa comprobación de las condiciones mínimas exigidas en el Decreto 111/1992, de 26 de mayo, del Gobierno de Aragón, por el que se regulan las condiciones mínimas que han de reunir los servicios y establecimientos sociales especializados.

No obstante, insisten en que las personas residentes cuentan con la prestación de asistencia sanitaria y farmacológica de referencia en sus respectivos centros de salud, consultorios locales o farmacias de las localidades donde están asignadas las residencias.

Por otra parte, consultado IAEST para tener las cifras oficiales de población a 1 de enero de 2021 (Padrón municipal de habitantes) y el sistema de información que ha sido diseñado entre el Departamento de Sanidad y de Ciudadanía y Derechos sociales, nos han facilitado los siguientes datos:

RESIDENCIA DE MAYORES			
PERSONAS MAYORES	CON SERVICIO SANITARIO	CON SS MEDICINA	CON SS ENFERMERÍA
142	48	24	48
RESIDENCIA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD			
PERSONAS DISCAPACIDAD	SERVICIO SANITARIO	CON SS MEDICINA	CON SS ENFERMERÍA
12	4	2	4
<b>154</b>	<b>52</b>	<b>26</b>	<b>52</b>

\*Se han excluido: las tres capitales de provincia y Calatayud, Utebo, Monzón, Barbastro, Ejea de los Caballeros, Alcañiz, Fraga, Cuarte de Huerva, Jaca, Tarazona y Caspe.

#### **4.7.2. Arade**

La información que nos traslada ARADE (Asociación Aragonesa para la Dependencia) en su [informe](#) hace referencia a 36 Centros Residenciales gestionados por alguna de sus entidades asociadas en municipios de hasta 10.000 habitantes (58% de los cuales están en la provincia de Zaragoza, 28% en la de Huesca y 14% en la de Teruel), si bien han obtenido información del 90% de los centros consultados.

En lo relativo al personal sanitario de dichos centros, coordinados todos ellos con los Centros de Salud de su Zona Sanitaria, el 45% de los consultados dispone de servicio propio de enfermería y el 20% de servicio médico propio. Todos señalan la gran dificultad existente para realizar la contratación de personal sanitario en estos Centros.

En relación a la coordinación con los Centros de Salud el 90% de las Entidades consideran que es excelente si bien difieren en los sistemas de organización:

- En el 89% de los Centros existen días y horas concretas de visita y además atención urgente
- En el 11% tan sólo se presta el servicio de Urgencia
- El centro de salud realiza un seguimiento de curas en el 5% de los casos
- La Coordinación se hace a través de la dirección, la enfermería o la supervisión de gerocultoras también en el 5% de los casos
- Los servicios de urgencia de la zona sanitaria atienden el 100% de los supuestos fuera del horario de los Centros de Salud
- Y en el 3% de los casos son los residentes los que van personalmente al Centro de Salud al estar contiguo a la Residencia.

Por lo que hace referencia a los materiales necesarios para prestar asistencia sanitaria todos los Centros tienen lo necesario para cubrir la medición de constantes vitales y en relación a los equipos de oxigenoterapia tan sólo el 30% de los que se utilizan son propios de los centros, el resto lo cubren los centros de salud a través de prescripción facultativa. En cuanto a desfibriladores propios tan sólo disponen el 14% de los centros

Todos los centros disponen de sala de enfermería para visitas, curas y preparación de dispensación de medicamentos, así como de botiquín. La asistencia farmacológica la prestan farmacias de la población o el entorno.

Por último destacan que, en general existe una buena coordinación con los Centros de Salud y que las dificultades suelen surgir por problemas de comunicación y entendimiento entre los distintos equipos.

Nos aportan una serie de conclusiones que se pueden consultar en el informe obrante en anexo.

#### **4.7.3. Lares**

Por su parte, desde Lares Aragón (Asociación Aragonesa de Residencias y Servicios-Sector Solidario) nos informan en su carta que tan sólo 16 residencias

de las 44 que tienen asociadas, se encuentran en municipios de menos de 10.000 habitantes y, entre estas 16, tan sólo 8 cuentan con personal de enfermería contratado señalando, además, la gran dificultad que existe para contratar personal de enfermería en el ámbito residencial que se agrava en zonas rurales.

En cuanto a las relaciones con los Centros de Salud de referencia señala que son, en general buenas, siendo frecuente la asistencia del personal médico y de enfermería de dichos Centros a los residentes. No obstante señalan que no existe una colaboración institucional pautada entre las Residencias y el Sistema Público de Salud por lo que la disposición personal de los profesionales tiene una incidencia excesiva.

Refieren, también, que existen buenas relaciones con los Ayuntamientos y los Servicios Sociales locales (o Comarcales) pero insisten en que no se trata de relaciones institucionalizadas, lo que sería aconsejable.

## 5. CONCLUSIONES

### General

El derecho constitucional a la protección de la salud (art. 43 de la Constitución española de 1978), en su vertiente de acceso a las prestaciones sanitarias, se ve mermado en el ámbito rural aragonés, tanto en sus medios personales como materiales. Todo ello a la vista de las obligaciones que el marco normativo aplicable impone a las distintas administraciones públicas.

La actual situación, con verdaderos –y reconocidos- problemas objetivos en el acceso a las prestaciones sanitarias en el ámbito rural, ha llevado a una toma de conciencia por parte de las administraciones competentes, que quizás podría haberse producido hace tiempo de ponerse en práctica una planificación adecuada respecto de los medios personales y materiales.

Las condiciones orográficas y demográficas de Aragón, este último punto marcado por un gran envejecimiento poblacional, condiciona en gran medida el análisis y búsqueda de soluciones a los problemas diagnosticados.

Este menoscabo en el cumplimiento de dicho derecho se plasma, a la vista de lo expuesto en el texto que antecede, y de la información obtenida por las diversas fuentes expuestas:

#### 1. Personal

Se constata y resulta altamente preocupante la falta de cobertura de plazas de personal sanitario en el ámbito rural. Los incentivos aprobados por la administración sanitaria resultan actualmente insuficientes para cubrir las plazas vacantes de médico de familia, médico de atención continuada y pediatría de atención primaria, con problemas puntuales en enfermería.

Debido a la falta de profesionales disponibles en las bolsas de empleo temporal de la categoría de médico de familia es bastante común en los centros rurales sobre todo en periodo vacacional la autocobertura entre los facultativos del Equipo de Atención Primaria. Esto conlleva una sobrecarga de trabajo para los profesionales y puede suponer una disminución de la calidad asistencial que reciben los usuarios.

No disponer del dato relativo al porcentaje de vacaciones y ausencias por enfermedad o permisos de médicos de familia que se cubren contratando a otros facultativos puede dificultar la toma de decisiones para la planificación y organización de los recursos disponibles.

La especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria es una de las especialidades más envejecidas. En las Zonas Básicas de Salud objeto del informe el 12,39 % de los médicos de familia son mayores de 64 años y el 38,90% tienen entre 55 y 64 años, por lo que en los próximos años será necesario un relevo generacional importante.

## **2. Acreditación unidades docentes Atención Familiar y Comunitaria y formación MIR**

De los treinta y tres centros de salud acreditados para la docencia en medicina familiar y comunitaria solo tres de ellos son en centros ubicados en Zonas Básicas de Salud objeto del informe.

En las convocatorias de los años 2017 a 2021 para la formación sanitaria especializada el número de plazas ofertadas de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en nuestra Comunidad Autónoma fue menor al número de plazas acreditadas. No ha sido hasta la convocatoria de este año cuando se han ofertado las 82 plazas acreditadas de esta especialidad.

De las 246 plazas MIR ofertadas en Aragón en la última convocatoria se adjudicaron 242. Las cuatro plazas que quedaron sin adjudicar eran de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, evidenciando que el ejercicio de la medicina de familia no resulta atractivo para los nuevos médicos internos residentes.

Una vez que acaban la formación son muchos los médicos que abandonan la especialidad para incorporarse a los servicios de urgencias hospitalarios o a la sanidad privada. Aquellos que optan por ejercer en la atención primaria eligen en primer lugar centros de salud ubicados en zonas urbanas.

## **3. Atención continuada y urgente**

El Servicio Aragonés de Salud tiene dificultades para cubrir las plazas de médico de atención continuada no solo en las zonas rurales sino también en zonas intermedias. La existencia de plazas vacantes de médicos de atención continuada

supone en unos casos que sean otros profesionales quienes voluntariamente atiendan esos puestos, lo que siempre será una incógnita y podrá producir situaciones de falta de cobertura, y en otros casos que se tenga que cerrar el Punto de Atención Continuada.

Los ciudadanos de las zonas rurales trasladan a esta Institución su preocupación por las carencias o ineficacias que pueden existir en la organización de los recursos para una atención urgente.

#### **4. Inversiones**

En la actualidad se están estudiando las necesidades de los centros de atención primaria, y está prevista la compra de equipamiento y tecnología a lo largo de 2022 y 2023. No obstante, no nos consta que exista un plan de inversiones tecnológicas específico para atención primaria.

#### **5. Tecnologías de la Información y la Comunicación-Telemedicina-Digitalización**

Actualmente nos encontramos en fase de implantación de herramientas como la video llamada, como un complemento a la atención presencial que está previsto se utilice según las preferencias del profesional y del propio paciente.

Según refieren los profesionales en las zonas rurales existen problemas de conectividad que dificultarían el uso de estas tecnologías.

#### **6. Atención comunitaria**

El 80 % de los Equipos de Atención Primaria de las Zonas Básicas de Salud objeto del informe tienen grupos activos de atención comunitaria. Sin embargo, el número total de proyectos de atención comunitaria en estas zonas disminuyó cada año en el periodo 2017-2019, y en el año 2019 solo en el 18 % de los proyectos estaban involucrados los Consejos de Salud.

#### **7. Prestaciones farmacéuticas**

Se evidencian los problemas de mantener estos servicios básicos en el ámbito rural, con verdaderos problemas de viabilidad económica para sus titulares, pero también respecto a la falta de profesionales que puedan dar apoyo y sustituir en situaciones concretas.

Las reivindicaciones que desde el conjunto del colectivo de la farmacia rural se realizan deben ser objeto de rápida respuesta.

## **8. Asistencia sanitaria en entornos residenciales**

Se constata que en la mayoría de los casos los centros residenciales de mayores o discapacitados carecen de medios sanitarios propios, lo que lleva a una total dependencia, y consiguiente sobrecarga de trabajo, de los servicios sanitarios ordinarios.

## **9. Consultorios locales**

En las zonas rurales de Aragón los municipios disponen de media con un único consultorio local. Este a su vez tiene asignado un médico y un enfermero que prestan entre 4 y 40 horas mensuales. El consultorio dispone de equipos informáticos con conexión a internet, sala de espera y consultas para el personal médico y de enfermería.

El coste del consultorio oscila entre los 170€ y 1.000€ mensuales. Son los ayuntamientos, con cargo a su presupuesto en la mayoría de los casos, los que deben asumir el total de gastos de conservación y mantenimiento. Son las entidades locales las que además asumen el coste de todo el personal no sanitario que realiza funciones en los consultorios.

En lo referente al transporte de los usuarios del municipio a los centros de salud, deben hacerlo por medios propios al no existir servicio municipal al respecto.

En la mayoría de los municipios, en época estival, la consulta del médico de familia se presta en el consultorio local.

## **10. En relación con los ciudadanos**

Para los ciudadanos que residen en las zonas rurales la falta de cobertura de las plazas de médico de familia conlleva demoras para obtener cita presencial, reducción de las horas que pasa consulta el médico en el consultorio local de su municipio o el desplazamiento al municipio en el que se ubica el centro de salud al concentrarse en dicho centro la atención médica.

Cuando las plazas que no se cubren por no haber profesionales disponibles en las bolsas de empleo temporal son las de Pediatría de Atención Primaria la consulta

de pediatría en los centros de salud la atiende médicos especialistas en medicina familiar y comunitaria y para ser atendidos por un Pediatra los menores deben desplazarse a otros municipios fuera de su Zona Básica de Salud.

Las carencias o ineficacias que pueden existir en la organización de los recursos para una atención urgente generan gran preocupación a los ciudadanos de las zonas rurales por las consecuencias que para su salud pueda tener la demora en la asistencia sanitaria.

Las Tecnologías de la Información y la Comunicación pueden suponer una barrera en el acceso a los servicios sanitarios para las personas de avanzada edad que residen en las zonas rurales debido a la falta de conocimientos en la utilización de herramientas digitales.

El hecho de vivir en el medio rural aragonés lleva a que los ciudadanos que han decido realizar su proyecto vital en el mismo, tenga menos servicios sanitarios (médicos y de enfermería, pero también farmacéuticos, ópticos, odontológicos, de fisioterapia o psicológicos), que los que deciden vivir en el medio urbano, salvo que, con los conocidos de movilidad se acuda a centros en entornos urbanos, lejos de su residencia.

Los desplazamientos estacionales (vacaciones) al medio rural agravan las carencias en medios personales y materiales en la prestación de los servicios sanitarios, sin que existan planes paliativos al respecto.

## 6. PROPUESTAS

Desde el Justiciazgo, y a la vista de toda la información recopilada para la realización del presente Informe especial, siendo partícipes de las conclusiones emitidas desde las XXXV Jornadas de Coordinación de Defensores del Pueblo, y con el deseo de que este trabajo, como todos los informes que se han venido realizando desde el Justicia de Aragón, pueda servir de base a las administraciones con competencias en la materia, por lo que:

**Primero.- Recordamos** desde el Justiciazgo que todos los agentes con responsabilidad en la promoción y mejora de la salud de la población deben tener muy presente que el acceso al sistema sanitario público es también un derecho de las personas que residen en el medio rural, que tienen derecho a disponer de un sistema sanitario público fundado en los principios de equidad, calidad, proximidad y presencialidad, constituido por personal sanitario estable y dotado de medios suficientes; y que la atención sanitaria debe garantizar la atención médica primaria, la atención continuada, unos servicios de urgencias efectivos y suficientes en tiempos razonables y el acceso a la atención especializada de forma adecuada, junto a los demás servicios sanitarios que puedan ser necesarios, en especial los farmacéuticos.

**Segundo.-** Aunque como bien dice el profesor Fernando López Ramón: *“las leyes no modifican la realidad”*, **recomendamos** que las Administraciones competentes, y en su caso el órgano legislativo aragonés, implementen de manera efectiva, mediante el instrumento que se estime pertinente, nuevas medidas legislativas o reglamentarias dirigidas a dar una respuesta adecuada a los problemas específicos detectados en la asistencia sanitaria en el medio rural, especialmente las concernientes al personal sanitario.

**Tercero.-** Ante las dificultades para cubrir plazas vacantes de medicina de familia y comunitaria, así como de pediatría en atención primaria, especialmente en las zonas rurales, **sugerimos** se realice una acción coordinada entre las Universidades y el Ministerio de Sanidad para lograr ajustar, tanto las plazas del grado de medicina como las de formación especializada MIR, a las necesidades de recursos humanos de la Administración Sanitaria

Hasta que estas medidas puedan empezar a desplegar sus efectos, y dado que las medidas adoptadas actualmente no están dando los resultados deseados, se

deben explorar nuevas medidas urgentes que posibiliten la efectiva cobertura de las plazas de médico de familia, médico de atención continuada y pediatra de atención primaria, para asegurar la correcta prestación del servicio sanitario público en el medio rural.

**Cuarto.-** Ante la gravedad del déficit de especialistas que atraviesa el Sistema Nacional de Salud en la actualidad, **sugerimos** se adopten medidas para evitar que las plazas MIR de todas las especialidades, y en particular las de medicina de familia y comunitaria, se queden sin cubrir. Sería aconsejable, además, valorar por parte de la Administración competente para ello la adopción de medidas que favorezcan que los médicos especialistas, una vez terminado su periodo de residencia, se incorporen al sistema sanitario autonómico donde se han formado, al menos durante un período de tiempo determinado

**Quinto.-** Ante la dificultad detectada para gestionar las sustituciones de bajas laborales, permisos y vacaciones de los profesionales y con el objetivo de garantizar la calidad del servicio que se presta en las zonas rurales, **recomendamos** que se cuente con un Sistema de Información de Recursos Humanos que permita disponer de datos relativos al personal de forma ágil con la finalidad de planificar adecuadamente las acciones a realizar de modo que el recurso a la autocobertura se limite únicamente a situaciones no previstas y por el tiempo imprescindible.

**Sexto.- Sugerimos** se aumente el número de centros de salud acreditados para la docencia en medicina y enfermería de familia y comunitaria, en los programas MIR e EIR, en zonas rurales para que los profesionales en formación conozcan la realidad de la medicina en ese medio.

Además, para que el ejercicio de las profesiones sanitarias en estas zonas resulte atractivo, **recomendamos** se dote a los centros de salud sitios en las mismas del material y la tecnología que faciliten, a quienes en ellos desempeñan su labor, la posibilidad de un mayor desarrollo profesional.

Así mismo, **sugerimos** se realicen campañas desde las enseñanzas medias hasta los ámbitos formativos específicos, que pongan en valor y hagan atractiva la práctica de las profesiones sanitarias en el medio rural, a fin de crear vocaciones para prestar servicio en el territorio.

**Séptimo.- Sugerimos** que, con la participación activa de todos los agentes que tienen un papel en el complejo ámbito de la Salud en el medio rural aragonés, y contando con la opinión de la población, se proceda, liderados por el Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón, a realizar una profunda evaluación sobre las necesidades actuales de quienes viven en las zonas rurales en relación con los medios necesarios para mantener la atención sanitaria, en todos sus ámbitos, servicios y prestaciones, adecuada a sus especiales circunstancias y especialmente a factores como el envejecimiento, la despoblación y dispersión que tanto afectan al medio rural y tienen especial incidencia en la prestación del servicio público de salud en este ámbito.

Dicha evaluación, **sugerimos** vaya acompañada de un estudio que contemple los recursos económicos precisos para la implementación de las medidas que se determinen, para asegurar la financiación de todas las administraciones que en ello contribuyen, y en particular para que las entidades locales, titulares de los consultorios locales puedan llevar a cabo un adecuado mantenimiento y conservación de los edificios y sus instalaciones.

**Octavo.- Mantenemos**, con el resto de defensorías españolas, que en la prestación de servicios sanitarios, y en especial en las zonas rurales dado el nivel de envejecimiento y la dispersión existente, el contacto humano entre profesionales y pacientes del sistema es fundamental.

El uso de la videollamada y la telemedicina permiten una atención a distancia evitando desplazamientos y mejorando la accesibilidad, si su uso es el adecuado. Para que los profesionales y pacientes puedan beneficiarse de las ventajas que ofrecen estas herramientas **recomendamos** que las Administraciones competentes adopten medidas antes de su puesta en funcionamiento para evitar la brecha digital que pueda producirse tanto por la falta de habilidades digitales de los usuarios, como por la falta de conectividad suficiente y adecuada.

**Noveno.-** Sería **recomendable** asegurar que el personal sanitario de los centros de salud ubicados en zonas rurales tenga una buena formación en urgencias y emergencias para la atención adecuada, aunque sea poco frecuente, de aquellos casos que requieren una atención sin demora. Dado que en la actualidad la realización de cursos de formación en urgencias es voluntaria sería conveniente que el Servicio Aragonés de Salud incentivara la realización de los mismos.

**Recomendamos** que se asegure que el servicio de transporte de los pacientes en los casos de urgencias y emergencias se presta utilizando para ello los medios adecuados, tanto terrestres como en su caso aéreos, con las necesidades logísticas que unos y otros requieren.

En la prestación del servicio de transporte sanitario urgente, **sugerimos** que se debe poner especial atención en la correcta ejecución del contrato para garantizar el desplazamiento del paciente, en el menor tiempo posible, en vehículos de transporte sanitario dotados de los medios humanos y técnicos necesarios para dar asistencia sanitaria en ruta.

**Décimo.- Sugerimos** se analicen los factores que dificultan la realización de actividades de atención comunitaria por parte de los equipos de atención primaria y se adopten medidas que favorezcan su desarrollo.

Teniendo en cuenta que la atención comunitaria y el fortalecimiento de las redes comunitarias son claves para la salud y la equidad de la población sería **recomendable** aumentar el número de proyectos comunitarios en los cuales estén involucrados los Consejos de Salud de la zona como órgano de participación cercano y próximo a los ciudadanos.

**Undécimo.- Sugerimos** se asegure, a través de más medidas positivas de ordenación y fomento, el servicio de atención farmacéutica en el medio rural, al ser un componente imprescindible de la atención sanitaria integral. Como servicio de interés público, debe prevalecer la garantía de su prestación continua, su calidad y proximidad por encima de los factores puramente económicos. En todo caso, debe evitarse que en varios kilómetros de distancia no haya puntos de suministro de medicamentos.

**Duodécimo.- Recomendamos** que se adopten medidas a fin de garantizar la seguridad y la integridad del personal sanitario y administrativo de los centros sanitarios del medio rural ante posibles agresiones por parte de las personas usuarias, teniendo en cuenta la soledad y las diversas dificultades a las que se enfrenta este personal en su labor, facilitando la comunicación directa y urgente con las fuerzas y cuerpos de seguridad del territorio que puedan prestar una atención inmediata.



## 7. BIBLIOGRAFÍA / WEBGRAFÍA





- Informe Oferta-Necesidad de Especialistas Médicos 2021-2035, realizado por Patricia Barber Pérez y Beatriz González López-Valcárcel, publicado en enero de 2022.

[https://www.sanidad.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/2022InformeOfertaNecesidadEspecialistasMedicos2021\\_2035.pdf](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/2022InformeOfertaNecesidadEspecialistasMedicos2021_2035.pdf)

- Resolución de 26 de abril de 2019, de la Secretaría General de Sanidad y Consumo, por la que publica el Marco estratégico para la atención primaria y comunitaria. BOE nº 109, de 7 de mayo de 2019.

[https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2019-6761](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2019-6761)

- Plan de Atención Primaria y Comunitaria de Aragón 2022-2023.

[https://www.aragon.es/documents/20127/91222034/Plan+de+Atenci%C3%B3n+Primaria+y+Comunitaria+de+Arag%C3%B3n+2022\\_2023.pdf/5cbbacb4-7e80-3896-43e0-103f986c758a?t=1649261164348](https://www.aragon.es/documents/20127/91222034/Plan+de+Atenci%C3%B3n+Primaria+y+Comunitaria+de+Arag%C3%B3n+2022_2023.pdf/5cbbacb4-7e80-3896-43e0-103f986c758a?t=1649261164348)

- Adjudicación de nombramientos temporales de Médico de Familia de Atención Primaria. Acto centralizado 9 de junio de 2022

[https://www.aragon.es/documents/20127/91695201/20220610\\_Relac\\_adjudicat\\_acto\\_centraliz\\_adjud\\_destin\\_Med\\_Familia\\_AP.pdf/9b25eca8-3453-be3a-9230-4fbbc57256c6](https://www.aragon.es/documents/20127/91695201/20220610_Relac_adjudicat_acto_centraliz_adjud_destin_Med_Familia_AP.pdf/9b25eca8-3453-be3a-9230-4fbbc57256c6)

- Orden SAS/2448/2010, de 15 de septiembre, por la que se aprueba la convocatoria de pruebas selectivas 2010 para el acceso en el año 2011, a plazas de formación sanitaria especializada para Médicos, Farmacéuticos y otros graduados/licenciados universitarios del ámbito de la Psicología, la Química, la Biología y la Física. [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2010-14540](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2010-14540)

- Orden SPI/2549/2011, de 19 de septiembre, por la que se aprueba la convocatoria de pruebas selectivas 2011 para el acceso en el año 2012, a plazas de formación sanitaria especializada para Médicos, Farmacéuticos y otros graduados/licenciados universitarios del ámbito de la Psicología, la Química, la Biología y la Física. <https://www.boe.es/boe/dias/2011/09/26/pdfs/BOE-A-2011-15139.pdf>

- Orden SSI/1998/2012, de 18 de septiembre, por la que se aprueba la convocatoria de pruebas selectivas 2012 para el acceso en el año 2013, a plazas de formación sanitaria especializada para Médicos, Farmacéuticos y otros graduados/licenciados universitarios del ámbito de la Psicología, la Química, la Biología y la Física. <https://www.boe.es/boe/dias/2012/09/22/pdfs/BOE-A-2012-11914.pdf>

- Orden SSI/1695/2013, de 12 de septiembre, por la que se aprueba la convocatoria de pruebas selectivas 2013 para el acceso en el año 2014, a plazas de formación sanitaria especializada para Médicos, Farmacéuticos y otros graduados/licenciados universitarios del ámbito de la Psicología, la Química, la Biología y la Física. <https://www.boe.es/boe/dias/2013/09/23/pdfs/BOE-A-2013-9826.pdf>

- Orden SSI/1674/2014, de 10 de septiembre, por la que se aprueba la oferta de plazas y la convocatoria de pruebas selectivas 2014 para el acceso en el año 2015, a plazas de formación sanitaria especializada para Médicos, Farmacéuticos, Enfermeros y otros graduados/licenciados universitarios del ámbito de la Psicología, la Química, la Biología y la Física. <https://www.boe.es/boe/dias/2014/09/17/pdfs/BOE-A-2014-9474.pdf>



- Orden SSI/1892/2015, de 10 de septiembre, por la que se aprueba la oferta de plazas y la convocatoria de pruebas selectivas 2015 para el acceso en el año 2016, a plazas de formación sanitaria especializada para Médicos, Farmacéuticos, Enfermeros y otros graduados/licenciados universitarios del ámbito de la Psicología, la Química, la Biología y la Física. <https://www.boe.es/boe/dias/2015/09/18/pdfs/BOE-A-2015-10053.pdf>
- Orden SSI/1461/2016, de 6 de septiembre, por la que se aprueba la oferta de plazas y la convocatoria de pruebas selectivas 2016 para el acceso en el año 2017, a plazas de formación sanitaria especializada para Médicos, Farmacéuticos, Enfermeros y otros graduados/licenciados universitarios del ámbito de la Psicología, la Química, la Biología y la Física. <https://www.boe.es/boe/dias/2016/09/13/pdfs/BOE-A-2016-8391.pdf>
- Orden SSI/876/2017, de 12 de septiembre, por la que se aprueba la oferta de plazas y la convocatoria de pruebas selectivas 2017 para el acceso en el año 2018, a plazas de formación sanitaria especializada para Médicos, Farmacéuticos, Enfermeros y otros graduados/licenciados universitarios del ámbito de la Psicología, la Química, la Biología y la Física. <https://www.boe.es/boe/dias/2017/09/15/pdfs/BOE-A-2017-10580.pdf>
- Orden SCB/947/2018, de 7 de septiembre, por la que se aprueba la oferta de plazas y la convocatoria de pruebas selectivas 2018 para el acceso en el año 2019, a plazas de formación sanitaria especializada para Médicos, Farmacéuticos, Enfermeros y otros graduados/licenciados universitarios del ámbito de la Psicología, la Química, la Biología y la Física. <https://www.boe.es/boe/dias/2018/09/14/pdfs/BOE-A-2018-12537.pdf>
- Orden SCB/925/2019, de 30 de agosto, por la que se aprueba la oferta de plazas y la convocatoria de pruebas selectivas 2019 para el acceso en el año 2020, a plazas de formación sanitaria especializada para las titulaciones universitarias de grado/licenciatura/diplomatura de Medicina, Farmacia, Enfermería y ámbito de la Psicología, la Química, la Biología y la Física. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2019-12897>
- Orden SND/1158/2020, de 2 de diciembre, por la que se aprueba la oferta de plazas y la convocatoria de pruebas selectivas 2020 para el acceso en el año 2021, a plazas de formación sanitaria especializada para las titulaciones universitarias de grado/licenciatura/diplomatura de Medicina, Farmacia, Enfermería y ámbito de la Psicología, la Química, la Biología y la Física. <https://www.boe.es/boe/dias/2020/12/04/pdfs/BOE-A-2020-15628.pdf>
- Orden SND/948/2021, de 8 de septiembre, por la que se aprueba la oferta de plazas y la convocatoria de pruebas selectivas 2021 para el acceso en el año 2022, a plazas de formación sanitaria especializada para las titulaciones universitarias de grado/licenciatura/diplomatura de Medicina, Farmacia, Enfermería y ámbito de la Psicología, la Química, la Biología y la Física. <https://www.boe.es/boe/dias/2021/09/11/pdfs/BOE-A-2021-14809.pdf>
- Orden SND/840/2022, de 26 de agosto, por la que se aprueba la oferta de plazas y la convocatoria de pruebas selectivas 2022 para el acceso en el año 2023, a plazas de formación sanitaria especializada para las titulaciones universitarias de grado/licenciatura/diplomatura de Medicina, Farmacia, Enfermería y del ámbito de la Psicología, la Química, la Biología y la Física. <https://www.boe.es/boe/dias/2022/09/02/pdfs/BOE-A-2022-14414.pdf>

# Informe Especial del Justicia sobre Sanidad en el Medio Rural

# Informe Especial del Justicia sobre Sanidad en el Medio Rural

# ANEXOS



## ANEXO I

### CONCLUSIONES XXXV JORNADAS COORDINACIÓN DE DEFENSORES DEL PUEBLO





## Conclusiones de las XXXV Jornadas de Coordinación de Defensores del Pueblo

### La prestación del servicio público de salud en el medio rural León, 20 y 21 de octubre de 2022

**Primera.** Considerando que las personas que residen en el medio rural deben ser atendidas mediante un sistema sanitario público fundado en los principios de equidad, calidad, proximidad y presencialidad, constituido por personal sanitario estable y dotado de medios suficientes, dicho sistema sanitario debe garantizar la atención médica primaria, la atención continuada, unos servicios de urgencias efectivos y suficientes en tiempos razonables y el acceso a la atención especializada de forma adecuada.

**Segunda.** Las Administraciones sanitarias del Estado y de las Comunidades Autónomas han de establecer mecanismos de colaboración y cooperación permanentes, a fin de atender los problemas específicos que plantea la prestación sanitaria en el medio rural, asegurando la existencia de un modelo acorde a las necesidades de las personas que residen habitualmente en los municipios de menor población.

En ese marco de colaboración y cooperación, las Administraciones sanitarias podrían, si así se considera pertinente, impulsar y elaborar una estrategia común y conjunta sobre la prestación de este servicio público, sin perjuicio de analizar y, consecuentemente, atender de forma particular las especificidades que concurren en los diferentes ámbitos territoriales.

**Tercera.** A la vista de la experiencia adquirida, se ha de realizar una evaluación profunda y rigurosa sobre las necesidades actuales de las personas que residen en las zonas rurales en relación con la atención sanitaria, así como de las ineficiencias que existen en el modelo actual de atención urgente y continuada, para la posterior adopción de medidas que, en su caso, den respuesta adecuada a las necesidades detectadas.

**Cuarta.** Se han de adoptar las medidas oportunas para dotar al sistema sanitario público de los recursos económicos precisos que permitan la prestación de una asistencia sanitaria de calidad a las personas que residen en el medio rural, acorde

---

Procurador del Común de Castilla y León  
C/ Sierra Pambley nº 4, León. 24003 (León). Tfno. 987270095. Fax: 987270143

con los principios de equidad, según proclama la legislación vigente.

**Quinta.** Tras la amarga experiencia padecida a causa de la pandemia generada por la Covid-19, se hace más necesario todavía reforzar los recursos humanos y los medios de la atención sanitaria primaria en el medio rural, de tal modo que toda la población pueda disfrutar del derecho de acceso a dicha atención en condiciones de igualdad, para lo que resulta necesario la total recuperación de las consultas presenciales en los centros de salud, en su caso tras un primer contacto telefónico o por otro medio que sea eficaz. No obstante, consideramos que la falta de atención sanitaria presencial en muchos casos castiga especialmente a la población en situación de vulnerabilidad, como es una parte importante de la que reside en el medio rural.

**Sexta.** En ningún caso en detrimento de la esencial atención presencial, se han de implementar las medidas precisas para, cuando la o el paciente lo solicite y el personal sanitario y asistencial lo considere oportuno, utilizar la "telemedicina", entendida como el conjunto de técnicas y recursos telemáticos o electrónicos que permiten una comunicación interactiva, en tiempo real y a distancia, realizada con el fin de mejorar la atención sanitaria.

Para ello ha de reforzarse la tecnología de las comunicaciones que permita una prestación sanitaria, por parte de los profesionales sanitarios, de calidad, accesible, humanizada y complementaria a la atención presencial.

**Séptima.** Se ha de intensificar la adopción de medidas de promoción de la salud y de prevención de las enfermedades y patologías involucrando al conjunto de las personas que residen en los municipios de menor población en el mantenimiento de su salud.

**Octava.** Se ha de promover la adopción de las medidas necesarias que permitan asegurar la atención sanitaria de calidad en caso de urgencias y emergencias, así como la atención especializada, particularmente en relación con aquellos servicios que, dadas las circunstancias específicas del medio rural, son más relevantes, como la geriatría, la geriatría y dependencia, la pediatría, la fisioterapia y la salud mental.

**Novena.** Se ha de establecer y fomentar la colaboración y coordinación entre los servicios públicos sanitarios y sociales para abordar de modo multidisciplinar los problemas de carácter sociosanitario de las personas usuarias del sistema, así como en interés de los profesionales que atienden a la población del medio rural.

En ese sentido, se hace preciso definir un modelo de intervención basada en una planificación integral que implique a la red comunitaria, de salud y de servicios sociales, también que tenga como ejes promover el envejecimiento activo, y que favorezca la implantación y el desarrollo de nuevos servicios de proximidad para las personas en situación de fragilidad o dependencia y sus personas cuidadoras.

Es de especial interés el desarrollo de las iniciativas que fomenten la asistencia integral de las personas dependientes en el marco sociosanitario teniendo muy en cuenta las características particulares del ámbito rural.

**Décima.** El servicio de transporte sanitario de pacientes, desde su población a los centros hospitalarios donde se presta la atención especializada, debe contar con los

medios precisos y bien dotados; igualmente se deben tener en cuenta las necesidades personales de los pacientes y la situación que padecen por razón de su patología. El traslado debe priorizar, en todo caso, el servicio adecuado a las personas y el respeto a su dignidad, sobre los criterios organizativos o de eficiencia en la asignación de recursos que puedan condicionar dicho servicio.

Asimismo, debe garantizarse que el servicio de transporte de los pacientes en los casos de urgencias y emergencias se presta en condiciones adecuadas y en un tiempo razonable.

**Undécima.** Se ha de asegurar, a través de medidas positivas de ordenación y fomento, el servicio de atención farmacéutica en el medio rural. Como servicio de interés público, debe prevalecer la garantía de su prestación continua, de calidad y proximidad por encima de los factores puramente económicos. En todo caso, debe evitarse que en varios kilómetros de distancia no haya puntos de suministro de medicamentos.

**Duodécima.** Las Administraciones competentes han de implementar los instrumentos que estimen oportunos para dar una respuesta adecuada y efectiva a los problemas específicos del personal sanitario y asistencial que presta sus servicios en el medio rural.

**Decimotercera.** Se han de establecer incentivos profesionales, administrativos y económicos con el objeto de facilitar la cobertura de plazas de difícil acceso y para fomentar la permanencia en las mismas por parte del personal sanitario y asistencial, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 45/2007, de 13 de diciembre, para el desarrollo sostenible del medio rural.

**Decimocuarta.** Se han de elaborar planes específicos de formación del personal sanitario y asistencial que presta servicios en el medio rural, a fin de asegurar una atención sanitaria pública adecuada a las circunstancias de las personas que residen en los pequeños municipios. Asimismo, debe impulsarse la realización de cursos de formación a distancia para el personal sanitario mediante la utilización de medios telemáticos, o contemplando el acercamiento del personal formador al medio rural.

**Decimoquinta.** Se han de adoptar medidas a fin de garantizar la seguridad y la integridad del personal sanitario y administrativo de los centros sanitarios del medio rural ante posibles agresiones por parte de las personas usuarias, teniendo en cuenta el aislamiento, soledad y las diversas dificultades a las que se enfrenta este personal en su trabajo diario.



## ANEXO II

### FORMULARIO ENVIADO A LOS AYUNTAMIENTOS



## Formulario para las Entidades Locales Aragonesas sobre el Informe Especial de la Sanidad en el ámbito rural

\*Obligatorio

1. Correo \*

---

2. Persona de contacto \*

---

3. Teléfono \*

---

*Salta a la pregunta 4*

### DATOS DEL MUNICIPIO

4. 1. Nombre del municipio: \*

---

5. 2. Número de habitantes: \*

---



6. 3. Zona de salud a la que pertenece su municipio (en caso de pertenecer a varias, indicar la de la capital del municipio): \*

Marca solo un óvalo.

- ABIEGO
- AÍNSA
- ALAGÓN
- ALBALATE DE CINCA
- ALBARRACÍN
- ALCAÑIZ
- ALCORISA
- ALFAJARÍN
- ALFAMBRA
- ALHAMA DE ARAGÓN
- ALIAGA
- ALMUDÉVAR
- ANDORRA
- ARIZA
- ATECA
- AYERBE
- AZUARA
- BÁGUENA
- BARBASTRO
- BELCHITE
- BENABARRE
- BERBEGAL
- BERDÚN
- BIESCAS-VALLE DE TENA
- BINÉFAR
- BORJA
- BROTO
- BUJARALUZ
- CALACEITE
- CALAMOCHA
- CALANDA

- CALATAYUD RURAL
- CALATAYUD URBANA
- CANTAVIEJA
- CARIÑENA
- CASETAS
- CASPE
- CASTEJÓN DE SOS
- CEDRILLAS
- CELLA
- DAROCA
- ÉJEA DE LOS CABALLEROS
- ÉPILA
- FRAGA
- FUENTES DE EBRO
- GALLUR
- GRAÑÉN
- GRAUS
- HECHO
- HERRERA DE LOS NAVARROS
- HÍJAR
- HUESCA PERPETUO SOCORRO
- HUESCA RURAL
- HUESCA SANTO GRIAL
- HUESTA PIRINEOS
- ILLUECA
- JACA
- LA ALMUNIA DE DOÑA GODINA
- LAFORTUNADA
- LUNA
- MAELLA
- MARÍA DE HUERVA
- MÁS DE LAS MATAS
- MEQUINENZA
- MONREAL DEL CAMPO
- MONZÓN RURAL

- MONZÓN URBANA
- MORA DE RUBIELOS
- MORATA DE JALÓN
- MOSQUERUELA
- MUNIESA
- SABIÑÁNIGO
- SÁDABA
- SANTA EULALIA
- SARIÑENA
- SARRIÓN
- SÁSTAGO
- SAVIÑÁN
- SOS DEL REY CATÓLICO
- TAMARITE DE LITERA
- TARAZONA
- TAUSTE
- TERUEL RURAL
- TERUEL URBANO
- UTEBO
- UTRILLAS
- VALDERROBLES
- VILLAMAYOR
- VILLARROYA DE LA SIERRA
- VILLEL
- ZARAGOZA ACTUR NORTE
- ZARAGOZA ACTUR OESTE
- ZARAGOZA ACTUR SUR
- ZARAGOZA ALMOZARA
- ZARAGOZA ARRABAL
- ZARAGOZA AVENIDA CATALUÑA
- ZARAGOZA BOMBARDA
- ZARAGOZA CASABLANCA
- ZARAGOZA DELICIAS NORTE
- ZARAGOZA DELICIAS SUR
- ZARAGOZA FERNANDO EL CATÓLICO

- ZARAGOZA HERNÁN CORTÉS
- ZARAGOZA INDEPENDENCIA
- ZARAGOZA LAS FUENTES NORTE
- ZARAGOZA MADRE VEDRUNA-MIRAFLORES
- ZARAGOZA OLIVER
- ZARAGOZA REBOLERÍA
- ZARAGOZA ROMAREDA
- ZARAGOZA SAGASTA-RUISEÑORES
- ZARAGOZA SAN JOSÉ CENTRO
- ZARAGOZA SAN JOSÉ NORTE
- ZARAGOZA SAN JOSÉ SUR
- ZARAGOZA SAN PABLO
- ZARAGOZA SANTA ISABEL
- ZARAGOZA TORRE RAMONA
- ZARAGOZA TORRERO LA PAZ
- ZARAGOZA UNIVÉRSITAS
- ZARAGOZA VALDEFIERRO
- ZARAGOZA VENECIA
- ZARAGOZA ZALFONADA
- ZGZ MIRALBUENO-GARRAPINILLOS
- ZUERA

7. 4. Municipio en el que se ubica su centro de salud: \*

---

8. 5. ¿Cuántos médicos de familia tiene asignado su municipio? \*

*Marca solo un óvalo.*

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

9. 6. Número de horas totales semanales que pasan consulta los médicos de familia en su municipio: \*

---

10. 7. ¿Cuántos profesionales de enfermería tiene asignado su municipio? \*

Marca solo un óvalo.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

11. 8. Número de horas totales semanales que pasan consulta los profesionales \*  
de enfermería en su municipio:

\_\_\_\_\_

Salta a la pregunta 12

DATOS DE CONSULTORIOS LOCALES - I



12. 9. Número de consultorios locales: \*

Marca solo un óvalo.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

13. 10. Espacios y equipamiento: [BORRAR] \*

Selecciona todos los que correspondan.

	SI	NO
Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipamientos informáticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consulta de medicina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consulta de enfermería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sala de espera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Espacios y equipamiento

¿Cuántos de los consultorios disponen de los siguientes servicios?

14. 10a. Internet \*

*Marca solo un óvalo.*

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

15. 10b. Equipamientos informáticos \*

*Marca solo un óvalo.*

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

16. 10c. Consulta de medicina \*

*Marca solo un óvalo.*

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

17. 10d. Consulta de enfermería \*

*Marca solo un óvalo.*

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

18. 10e. Sala de espera \*

Marca solo un óvalo.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

19. 11. ¿Tiene firmado el Ayuntamiento con el Departamento de Sanidad un convenio para el mantenimiento de los consultorios? \*

Marca solo un óvalo.

- SI
- No

#### DATOS DE CONSULTORIOS LOCALES - II

##### 12. Coste aproximado anual a cargo del Ayuntamiento

Indique el coste aproximado anual a cargo del Ayuntamiento de los gastos de mantenimiento de los consultorios (luz, calefacción, limpieza, teléfono u otros):

20. 12a. Luz \*

---

21. 12b. Calefacción \*

---

22. 12c. Limpieza \*

---

23. 12d. Teléfono: \*

---

24. 12e. Otros costes:

---

25. 13. Indique la cuantía total del presupuesto aprobado para su municipio en el \*  
año 2021:

---

DATOS DE CONSULTORIOS LOCALES - III

26. 14. En caso de contar con personal de apoyo en los consultorios locales de su  
Ayuntamiento, ¿de cuántas personas dispone?

Marca solo un óvalo.

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

27. 15. ¿El Ayuntamiento pone a disposición de los vecinos que lo necesiten un servicio de transporte para que puedan acudir a su centro de salud? \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

28. 16. En caso afirmativo, especificar el servicio prestado:

\_\_\_\_\_

29. 17. En los tres últimos años en época estival o durante las vacaciones del médico asignado a su municipio, la consulta del médico de familia se ha prestado en los consultorios de su municipio: \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

30. 18. En caso negativo especifique a qué municipio se tiene que desplazar sus vecinos para recibir asistencia médica:

\_\_\_\_\_

31. 19. ¿Con qué otros servicios sanitarios (farmacia, odontólogo, fisioterapeuta u otros) cuenta su municipio?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

32. 20. Para cualquier aclaración:

---

---

---

---

---

## Información al Departamento de Sanidad





Exp: Q22/343/05

Sra. Consejera de Sanidad  
eljusticiatramitesdgrj@aragon.es

**ASUNTO:** Solicitud de información sobre la asistencia sanitaria en el ámbito rural

En relación con el Informe especial sobre sanidad en el ámbito rural que se esta realizando en esta Institución como complemento al trabajo conjunto que en el año 2022 se realiza entre los distintos Defensores del Pueblo, y una vez mantenida una reunión explicativa con personal de ese Departamento, les rogamos nos trasladen la información sobre las cuestiones indicadas en el documento adjunto, referidas a los centros de salud y Equipos de Atención Primaria de cada una de las Zonas de Salud en las que se atiende a una población total de hasta 10.000 habitantes.

Dada la complejidad del asunto quedamos a su disposición para cualquier aclaración.

Agradecemos la atención que, estamos seguros, dispensará a este escrito y quedamos a la espera de sus prontas noticias, solicitando nos las remitan en un plazo no superior a cuarenta y cinco días naturales.



Javier Hernández García  
Lugarteniente del Justicia

Le rogamos que en las sucesivas comunicaciones que nos dirija sobre el asunto planteado, **haga mención al número de expediente** indicado en la parte superior de este escrito.

- Nombre de la zona de salud
- Municipio en el que se ubica el centro de salud
- Número de consultorios locales de la zona de salud
- Población de cada municipio y entidad que componen la zona de salud
- Población de la zona de salud

	N.º de Mujeres	N.º de Hombres
Menores de 14 años		
De 14 a 64 años		
De 65 a 79 años		
Mayores de 80 años		
Total		

- Personal

	N.º de plazas en Plantilla Organica	N.º de efectivos a fecha de emision del informe
Médico de Familia		
Médico de Atención Continuada		
Pediatra de Atención Primaria		
Otros Facultativos		
Enfermero/a		
Enfermero/a especialista en obstetrico-ginecológico		
Enfermero/a especialista en pediatria		
Enfermero/a especialista en Enfermería familiar y comunitaria		
Enfermero/a Salud Mental		
Enfermero/a de Atención Continua		
Administrativo		
Auxiliar administrativo		
Trabajador Social		
Otro personal (fisioterapia, auxiliar de enfermería, odontólogo, psicólogo...)		

- Ubicación de los siguientes dispositivos en la zona de salud

	Centro sanitario	Municipio
Puntos de Atención Continuada		
Salas de fisioterapia		
Unidades de salud mental		
Puntos de atención a la mujer		
Servicio de odontología		
Trabajo Social		
Equipos de soporte de atención domiciliaria		

- ¿Tiene constituido grupo de atención comunitaria?

Si		No	
----	--	----	--

En caso afirmativo indicar el número de iniciativas o proyectos propios realizados por el Equipo de Atención Primaria

- Número de iniciativas o proyectos de promoción de la salud y prevención en los que participan el personal del Equipo de Atención Primaria promovidos o pilotados por otras entidades. Señalar las entidades con las que se colabora.
- En los últimos cinco años promedio anual de urgencias atendidas en ese centro de salud
- Media de los últimos cinco años del presupuesto ejecutado en inversiones tecnológicas con destino a ese centro de salud
- Media de los últimos cinco años del presupuesto ejecutado en inversiones realizadas en ese centro de salud en comunicaciones y tecnologías de la información
- ¿Cuántos cursos se han realizado para los usuarios de ese centro de salud sobre la utilización de las herramientas informáticas que el Departamento de Sanidad pone a su disposición?
- ¿Porcentaje de pruebas diagnósticas de la cartera de servicios de Atención Primaria se realizan en ese centro de salud?
- El Departamento de Sanidad informaba a esta Institución en noviembre de 2020 que se estaba trabajando en la puesta en marcha del sistema de telemedicina y video consulta. ¿Se ha implantado en ese centro de salud el sistema de videoconferencia con pacientes?

Si		No	
----	--	----	--

- En el último año, de las interconsultas realizadas por los profesionales de atención primaria, ¿qué porcentaje han sido resueltas en el centro de salud por esta vía y no ha sido necesario consulta presencial del paciente con atención especializada sobre el total de interconsultas realizadas?

- En los últimos cinco años ¿han recibido los miembros del Equipo de Atención Primaria formación específica en atención urgente?

Si		No	
----	--	----	--

En caso afirmativo, indicar el número de horas

- En los últimos cinco años ¿Qué porcentaje de las vacaciones o bajas de los facultativos del Equipo de Atención Primaria se han cubierto contratando otros profesionales?
- El centro de salud tiene acreditación docente para la formación de especialistas en enfermería familiar y comunitaria y en medicina familiar y comunitaria

Si		No	
----	--	----	--

- Cuantos miembros del equipo de atención primaria que son tutores o colaboradores en unidades docentes multiprofesionales para la formación de especialistas en enfermería familiar y comunitaria y en medicina familiar y comunitaria



## INFORME AL JUSTICIA DE ARAGÓN DEL EXPEDIENTE Q22/343/05 RELATIVO A ASISTENCIA SANITARIA EN EL ÁMBITO RURAL.

En relación con la petición de información del Justicia de Aragón sobre la organización de la Atención Primaria en la red de centros de salud del Servicio Aragonés de Salud en zonas básicas con población inferior a 10.000 habitantes, se remite la siguiente información:

1. Nombre de las zonas básicas de salud (ZBS) de menos de 10.000 habitantes: existe un total de 63 ZBS de esas características en Aragón. Se adjunta un documento anexo (20220704 Datos población BDU\_ZBS menos de diez mil.xlsx – Pestaña "Población por edad y sexo) donde se detallan las zonas, el municipio en el que se ubica el centro de salud (primera columna) y la población de dicha zona por los tramos de edad requeridos (se adjuntan todos los tramos por sexo y en las columnas del final los 4 concretos: menores de 14 años, 14-64 años, 65-79 años y mayores de 80 años).
2. Consultorios locales adscritos a cada ZBS: el Decreto 168/2021, de 26 de octubre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba y regula el mapa sanitario de Aragón recoge las 123 zonas de salud que componen la red completa de equipos de Atención Primaria del Servicio Aragonés de Salud. En el mismo se adjunta el enlace al visor del Instituto Geográfico de Aragón donde se pueden consultar todos los núcleos de población asignados a cada ZBS además del centro de salud de su cabecera (<https://idearagon.aragon.es/visor/>). En Aragón existen en total 864 consultorios locales.  
  
El detalle de las zonas básicas de salud con los municipios o entidades singulares adscritas a cada una de ellas se adjunta igualmente en documento anexo (20220704 ZBS con núcleos adscritos.xls).
3. Personal que trabaja en la red de equipos de Atención Primaria del Servicio Aragonés de Salud a fecha 30 de junio de 2022: se adjunta en el archivo denominado 20220704 Plantillas de MF\_MAC y Pediatría en red de EAP.xlsx la situación de las plantillas de médicos de familia, médicos de atención continuada y pediatras de equipo de Atención Primaria de la red del Servicio Aragonés de Salud. En la primera pestaña se puede observar la plantilla orgánica autorizada y en la siguiente la situación de la plantilla real a 31 de marzo de 2022, fecha del último corte oficial realizado por nuestra Dirección de Recursos Humanos.

Esta situación de la plantilla real ya ha cambiado dado que se ha producido el pasado mes de junio la incorporación de los facultativos procedentes del procedimiento de movilidad voluntaria y de la oposición correspondiente a la Oferta Pública de Empleo de



## IV

2020 y 2021, así como el llamamiento centralizado para la cobertura de vacantes posteriores con carácter temporal, todos estos procesos tanto para medicina de familia como pediatría. Hasta que no se realice el siguiente corte de situación real a 31 de julio de 2022 no podremos tener el dato actualizado.

4. En relación con la pregunta sobre ubicación de dispositivos en las distintas zonas básicas de salud de menos de 10.000 habitantes ésta es la distribución:

Puntos de atención continuada: todas estas ZBS cuentan con apertura del centro de salud en la cabecera 24 horas, 7 días a la semana en horario de 15 h.- 8 h. de lunes a viernes y 24 horas los sábados, domingos y festivos. Por tanto, cada centro de salud del listado que se detalla en el apartado 1 de este informe cuenta con atención continuada con estos horarios. Además, contamos con puntos de atención continuada adicionales en Azuara (ZBS Belchite), Villar del Cobo (ZBS Albarracín), Canfranc (ZBS Jaca) y Escarilla (ZBS de Biescas), estos dos últimos cerrados durante este periodo vacacional del 1 de julio al 31 de agosto de 2022. Estos puntos de atención continuada se suman a los de sus correspondientes cabeceras.

Por lo que respecta a las unidades de fisioterapia, unidades de atención a la salud gineco-obstétrica y unidades de salud bucodental, igualmente se ubican en los centros de salud de las cabeceras de cada ZBS. En estos casos, prestan atención no solo a los pacientes de su ZBS, sino que acogen pacientes de hasta 3 ZBS diferentes. Esta organización también se da en el medio urbano, es decir, que las denominadas "unidades de apoyo" prestan atención a pacientes de su zona y, normalmente, de hasta otras 2 zonas colindantes.

Los trabajadores sociales en zonas con menos de 10.000 habitantes no suelen ser profesionales del Servicio Aragonés de Salud. En virtud de un acuerdo con la Federación de Municipios, Comarcas y Provincias, este servicio lo prestan los trabajadores sociales comarcales. En las zonas con más de 10.000 habitantes los trabajadores sociales sí son personal nuestro. En estos casos, al igual que ocurría con las unidades de apoyo, prestan atención a pacientes de hasta 3 ZBS distintas.

Los equipos de soporte de atención domiciliaria (ESAD) se ocupan de los cuidados paliativos de los pacientes. Existen 8 en Aragón, 1 por Sector Sanitario. 3 de ellos son propios (personal del SALUD) y se ubican en el Centro de Salud Seminario (sectores de Zaragoza II y Zaragoza III) y en el Centro de Salud Teruel Ensanche (Sector Teruel). Los otros 5 ESAD de los sectores Zaragoza I, Huesca, Barbastro, Alcañiz y Calatayud están conveniados con el Hospital San Juan de Dios de Zaragoza desde el año 2002 y se ubican físicamente en las dependencias de dicho hospital desplazándose diariamente a los sectores mencionados.

Por último, hay que decir que las unidades de Salud Mental ambulatorias, tanto de adultos como infantojuveniles, NO forman parte de los dispositivos de Atención Primaria ni en el medio rural ni en el urbano. Dependen orgánica y funcionalmente de los servicios de Psiquiatría de los hospitales de la red del SALUD y muchas de ellas se ubican físicamente en centros de salud de la red de Atención Primaria pero no forman parte de la misma.

5. Equipos de Atención Primaria que tienen constituido grupo de atención comunitaria: en el archivo anexo (20220704 ZBS con referentes actividades comunitarias.xlsx) se detalla la relación de EAP con grupos activos a 30 de junio de 2022.



## XV

El detalle de los proyectos de actividades comunitarias que cada uno de los equipos desarrolla en su ámbito es enormemente exhaustivo y cambia cada año reflejando cuáles se van a desarrollar en concreto en el correspondiente Acuerdo de Gestión Clínica del Equipo. Adjuntamos el informe resumen realizado en enero de 2020 y correspondiente al año 2019 (2022704 Proyectos de actividades comunitarias 2019.pdf) porque durante los años pandémicos muchos de los proyectos tuvieron que suspenderse.

6. Urgencias atendidas en los últimos 5 años en estos equipos de Atención Primaria: hay que tener en cuenta que los pacientes que acuden de urgencia a un centro de salud lo pueden hacer en cualquier horario, el ordinario o el de atención continuada. En este apartado nosotros contabilizamos únicamente las urgencias atendidas en el horario de atención continuada, es decir, a partir de las 5 de la tarde en días laborables y sábados, domingos y festivos las 24 horas.

La información detallada puede observarse en el archivo adjunto 20220704 Urgencias atendidas 2021.xlsx

7. Información sobre sistemas de telemedicina y videollamada en centros de salud: desde septiembre del año 2020 se han estado pilotando en pruebas diversos sistemas de videollamada entre dispositivos del ámbito de residencias de ancianos y diversos centros de salud de nuestra red, experiencias que han sido satisfactorias pero puntuales.

Una vez analizados los resultados de dichas experiencias y dentro del Plan de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023 hemos incluido un capítulo dedicado a la digitalización y varios objetivos a desarrollar en este periodo entre los que se encuentra la puesta en marcha de herramientas para facilitar la atención sanitaria en centros sanitarios inteligentes a través de proyectos evaluados de teleconsulta, videoconsulta, acceso a imágenes médicas y "chatbots" para la mejora de la gestión de la demanda de la ciudadanía.

Se ha adjudicado la licitación del proyecto de incorporación de la videollamada a las herramientas habituales de consulta en la historia clínica electrónica. La puesta en marcha de esta herramienta está prevista para el próximo otoño y gracias a ella se dotará a los distintos centros y profesionales sanitarios de un servicio de atención y gestión de las consultas médicas por vídeo llamada, de modo que tanto profesionales como ciudadanos se beneficien de la posibilidad de establecer citas a distancia pero con contacto cercano, evitando la necesidad del desplazamiento al centro médico. Esta nueva aplicación será un complemento a la atención presencial y se utilizará según las preferencias del profesional y del propio paciente.

8. Situación de la interconsulta virtual en centros de salud: en el año 2017 se incluyó por primera vez en los contratos de gestión de los centros la implantación de la interconsulta virtual entre Atención Primaria y el hospital de referencia de cada centro de salud.

De esta manera, la interconsulta realizada por el médico de familia llega al buzón del Servicio Hospitalario correspondiente que, una vez valorada la información remitida, en un plazo máximo de 72 horas comunica al centro de salud la decisión sobre el paciente:



## XX

o bien emite un informe de tratamiento y/o seguimiento del caso o bien informa que se citará al paciente de forma presencial en el hospital.

En el archivo anexo 20220704 Interconsultas virtuales EAP 2021.xlsx se pueden observar los porcentajes de resolución de interconsultas para cada uno de los centros de salud en el año 2021.

9. Formación específica en atención a urgencias: dentro del Plan Formativo del Servicio Aragonés de Salud que se planifica con carácter anual, se incluyen siempre un número importante de cursos en atención a urgencias que incluyen actuaciones en emergencias sanitarias con reanimación cardiopulmonar básica y avanzada (con simuladores). Estos cursos tienen carácter voluntario, aunque se recomienda repetirlos con una periodicidad mínima de 3 años.

Adicionalmente, cada centro de salud puede organizar sus correspondientes talleres de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada, generalmente en colaboración con los dispositivos del 061 Aragón que imparten dichos cursos e incluyen el material necesario para su realización (maniqués, monitores de arritmias, miembros para infusión endovenosa, etc.). Estos cursos se recomienda hacerlos en los centros con carácter anual.

No hemos podido obtener los datos por equipo de Atención Primaria porque los cursos de formación se adjudican a profesionales concretos, no a equipos al completo, pero podemos afirmar sin duda que en todos estos centros se han ofertado tanto los cursos del plan formativo y los talleres.

10. Sustituciones de permisos al personal de plantilla orgánica de los equipos de Atención Primaria: en relación con esta petición tenemos que decirles que nos resulta materialmente imposible tener este dato. Los movimientos de sustituciones por permisos, licencias, excedencias, vacaciones, etc. en nuestra red de centros de salud son muy numerosos y los propios centros tienen cierto grado de autonomía para poder resolver estas eventualidades que acontecen a diario.

No obstante, sí podemos informar que desde hace años tenemos contemplada en nuestra regulación laboral la posibilidad de que se produzcan autocoberturas en los centros cuando las bolsas de empleo correspondientes se encuentran vacías. Esta contingencia suele ser bastante común en estos centros rurales sobre todo en periodo vacacional. Cuando se produce lo que llamamos un "acúmulo de consultas", es decir, un profesional asume la consulta de otro compañero al que no se puede sustituir, se le abona en nómina el importe correspondiente al 75% de su salario si la jornada finaliza antes de las 17 horas y del 100% de su salario si por la necesidad de prolongar finaliza su jornada más allá de las 17 horas.

11. Centros de salud con acreditación docente para la formación de médicos y enfermeras especialistas en Atención Familiar y Comunitaria y en Pediatría: en el documento anexo con el título 20220704 Centros de salud acreditados para la docencia MIR\_EIR.pdf se pueden observar los centros acreditados para la docencia MIR/EIR en medicina familiar y comunitaria y pediatría en Aragón.

GOBIERNO DE ARAGÓN. Oficina de Registro 1 RRII - SERVICIO DE RELACIONES INSTITUCIONALES Y CON LAS CORTES DE ARAGÓN firmado con sello de órgano por DIRECCIÓN GENERAL DE PATRIMONIO Y ORGANIZACIÓN. El 21/07/2022.  
Documento verificado en el momento de la firma y verificable a través de la dirección <http://www.aragon.es/verificadoc> con CSV CSV781HET97QB161REFL.



FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE por María Sira Repollés Lasheras, Consejera, DEPARTAMENTO DE SANIDAD el 20/07/2022.  
Documento verificado en el momento de la firma y verificable a través de la dirección <http://www.aragon.es/verificadoc> con CSV CSVVVEZAV0BF160PFI.

XX

12. Como puede verse, del total de centros de salud con poblaciones inferiores a los 10.000 habitantes únicamente los centros de salud de Andorra, Cariñena y Daroca tienen acreditación para la docencia en Medicina de Familia o Enfermería de Familia. Dentro del Plan de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023 hay otro capítulo dedicado a la formación de postgrado en el que incluimos una petición expresa a la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria para que revise los procedimientos y requisitos de acreditación docente de los centros de salud. Se trata de poder incluir como centros docentes un mayor número de equipos del medio rural ya que la rotación de los residentes por estos centros hará que conozcan más en profundidad la atención sanitaria en el medio rural y, cuando finalicen su período formativo, puedan incorporar estos centros a sus posibilidades de elección de puesto de trabajo.

Zaragoza, a fecha de firma electrónica

Sira Repollés Lasheras

LA CONSEJERA DE SANIDAD



## INFORME DE ANÁLISIS DE LOS PROYECTOS DE 2019 INCLUIDOS EN LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN COMUNITARIA.

Enero de 2020.

### Índice

1. CONTEXTO Y JUSTIFICACIÓN .....	2
2. OBJETIVO .....	4
3. METODOLOGÍA .....	4
4. ANÁLISIS DE RESULTADOS .....	6
Número de proyectos por sector .....	6
Proyectos según el índice de privación .....	6
Tipología de los proyectos .....	7
Distribución de los proyectos según el tipo de intervención .....	10
Distribución de los proyectos según el lugar de intervención .....	10
Distribución de los proyectos según la edad y tipo de destinatario .....	11
Profesión de los coordinadores y colaboradores de los proyectos .....	12
5. BIBLIOGRAFÍA .....	15

## 1. CONTEXTO Y JUSTIFICACIÓN

La vida de las personas y las poblaciones está condicionada por múltiples factores (económicos, sociales, culturales, etc.) que influyen en su salud en mayor medida que los sistemas sanitarios. Por ello, es necesario evolucionar de la atención sanitaria centrada exclusivamente en el abordaje de la enfermedad a una atención centrada en la persona y en su contexto social. Con esta visión, la participación de las personas y las comunidades se hace imprescindible y se reconoce el derecho de los ciudadanos a participar en la gestión del sistema sanitario, así como la necesidad de que la acción comunitaria y la promoción de la salud fortalezca sus habilidades, capacidades y redes sociales.

El Servicio de Atención Comunitaria recogido en la Cartera de Servicios de Atención Primaria de Aragón (1), aprobada en 2007 en el Decreto 65/2007 del Gobierno de Aragón (2), viene definido por el "conjunto de actuaciones con participación de la comunidad, orientadas a la detección y priorización de sus necesidades y problemas de salud, identificando los recursos comunitarios disponibles, priorizando las intervenciones y elaborando programas y protocolos orientados a mejorar la salud de la comunidad". En Aragón, el Servicio de Atención Comunitaria se concreta en Atención Primaria a través de la participación de los profesionales de los Equipos de Atención Primaria en Actividades Comunitarias y Consejos de Salud de Zona, ambos con un desarrollo desigual en el territorio de Aragón.

Los proyectos de atención comunitaria implican un proceso de reflexión y cambio en la organización de los EAP para dar una respuesta adecuada a las necesidades identificadas en su Zona Básica de Salud. Los proyectos de atención comunitaria responden al análisis de los modos de enfermar y de vivir de la población de la Zona básica y son una oportunidad para integrar de forma normalizada la atención comunitaria en la actividad del centro de salud.

La Estrategia de Atención Comunitaria potencia las acciones sobre problemas y necesidades de salud detectados prevalentes en un territorio, a través de las Actividades comunitarias dirigidas a promover la salud, incrementar la calidad de vida y el bienestar de la población, potenciando la participación y la capacidad de las personas y grupos para el abordaje de sus propios problemas o necesidades.

El marco en que se encuadra esta estrategia no es otro que los tres pilares básicos para afrontar el proceso salud-enfermedad: La Participación Comunitaria, la Atención Primaria de Salud y la Acción Intersectorial (3), así como el impacto de lo social en la salud y la reorientación comunitaria de la asistencia (4,5). Estos pilares son esenciales para realizar un abordaje integral orientado a los determinantes de la salud, mejorar la equidad en el acceso a la atención y la eficacia en la prestación de los servicios.

Esta Estrategia agrupa las Actividades comunitarias teniendo en cuenta los diferentes tipos de factores abordados (problemas de salud, determinantes de salud y transiciones vitales). De esta manera, las acciones que se describen están orientadas a mejorar la salud y el bienestar de las personas de la zona, promover la autonomía y las competencias para la gestión de la propia salud, reducir la medicalización de los problemas personales y sociales, visibilizar y potenciar los recursos y activos comunitarios y reducir las desigualdades sociales en la salud.

Por otra parte, los Consejos de Salud son los órganos de participación de la población de la zona de salud y tiene entre sus funciones la de promover la participación de la comunidad en las actividades de promoción y protección de la salud. La Estrategia de Atención Comunitaria pretende un papel activo de los consejos de salud de zona, siendo conocedores de todas las actividades comunitarias en las que participa el EAP y participando en la identificación de recursos comunitarios que influye favorablemente en el bienestar y la salud de las personas.

La Estrategia de Atención Comunitaria ha sido elaborada por un grupo interdisciplinar de profesionales de Atención Primaria en Aragón. Este Comité Técnico participa en el diseño, seguimiento y evaluación. Propone una hoja de ruta con tres vías de acción y una serie de apoyos, con el fin de que cada Equipo de Atención Primaria oriente el desarrollo de las acciones según las características de su zona y del propio equipo. Para ello identificará un pequeño núcleo de personas referentes de la atención comunitaria, interlocutores dentro del equipo y con el exterior.

En primer lugar, el EAP plantea proyectos de atención comunitaria como herramienta de cambio desde una situación detectada desfavorable para la salud a otra que incida de forma positiva en la salud y el bienestar. Estos proyectos están incluidos en el Acuerdo de gestión clínica de cada equipo en el Contrato programa del sector.

En segundo lugar, el EAP identifica todas las iniciativas de promoción de salud grupales e intersectoriales en las que interviene, como promotor o colaborador, y aquellas otras que tienen lugar en la zona de salud, con el fin de conocer, afianzar y mantener las redes colaborativas con otros servicios públicos y tejido asociativo.

En tercer lugar, los profesionales del EAP incorporan tanto en su práctica de atención individual como colectiva el trabajo con activos de salud, así como la dinamización de los mismos, como recursos generadores de bienestar y salud.

La Estrategia de Atención Comunitaria acompaña estas acciones con una serie de apoyos formativos, técnicos y científicos: un plan de sensibilización y formación que incluye la presentación de la Estrategia en los 8 sectores y la realización de cursos que doten de herramientas metodológicas para el desarrollo de Actividades Comunitarias. Otras actuaciones de apoyo se concretan a través del Sistema de Asesoramiento y Recursos en Educación para la Salud (SARES), las redes de promoción de salud, los sistemas de información sanitaria y las estrategias y programas de salud. Por último, apoyos científicos proporcionados por el Programa de Actividades comunitarias en atención primaria (PACAP) y el Grupo de Investigación Consolidado B-46 de Atención Primaria.

La Evaluación valorará la implantación del Servicio de Atención comunitaria en Atención Primaria, a través del desarrollo de proyectos comunitarios, elaboración de agenda comunitaria y recomendación de activos comunitarios; así como la participación de los Consejos de Salud de Zona.

## 2. OBJETIVO

El objetivo del presente informe es el análisis detallado del conjunto de proyectos de 2019 incluidos en la estrategia de Atención Comunitaria de Servicio Aragonés de Salud.

## 3. METODOLOGÍA

Se realizó una exportación de los datos de los proyectos recibidos de Atención Primaria en 2016 a una tabla Excel.

Las variables obtenidas de la exportación y que sirvieron para el análisis fueron las siguientes: *(algunas de ellas no se analizaron directamente para el análisis estadístico, pero sí que sirvieron para la creación de nuevas variables o para la clasificación en algunas categorías)*

- Número de registro: número asignado al proyecto
- Título del proyecto (texto libre)
- Coordinador del proyecto: Se exportaron varias variables con datos del coordinador del proyecto. Estas variables son: "Nombre y apellidos", "Profesión", "Centro de Salud", "Sector", "servicio", "e-mail".
- Colaboradores (hasta 7 personas): Para cada colaborador del proyecto se obtuvieron las siguientes variables: "Nombre y apellidos", "profesión", "Centro de Salud", "Servicio" y "sector".
- Problema: Justificación de proyecto (texto libre)
- Respuesta esperada: Objetivos del proyecto (texto libre)
- Método: Actividades programadas para cada proyecto (texto libre)
- Indicadores: Indicadores para la evaluación y seguimiento del proyecto (texto libre)
- Duración del proyecto (texto libre)
- Recursos necesarios: recursos materiales, humanos y variados como "ilusión", "tiempo", etc. (Texto libre)
- Edad diana: Edad de los destinatarios a la que va dirigido el proyecto. Se divide en varias categorías: "lactantes", "niños", "adolescentes/jóvenes", "adultos", "ancianos" o "todas las edades".
- Sexo diana: sexo al que van dirigidos los proyectos
- Línea estratégica: En la selección se exportó únicamente "Atención comunitaria".
- Tipo de proyecto: Se divide en "Acuerdo de gestión", "Contrato Programa", "Programa de apoyo" y "otros".
- Otra línea: Como ejemplos podemos destacar "diabetes", "alteraciones cognitivas", "continuidad asistencial", etc.
- Participación de la población: Se divide la variable entre una participación activa o pasiva de la población.
- Localidad
- Atención comunitaria: En la selección se exportó únicamente "Atención comunitaria".
- Atención: Se divide en el ámbito de aplicación del proyecto, es decir, "atención primaria", "atención especializada" y "Salud mental"
- Ámbito: Se divide en "atención primaria", "hospital" y "servicios sociales"

- Seleccionados: Se dividen los proyectos recibidos en seleccionados para los acuerdos de gestión clínica y contratos programa de 2019 y los no seleccionados.

A partir de las variables exportadas automáticamente a Excel, se crearon una serie de categorías nuevas. Se analizaron los proyectos para crear nuevas variables muy útiles para el estudio del conjunto de proyectos y para el análisis de resultados. Las nuevas variables obtenidas se exponen a continuación:

- Clase de intervención: Se clasificó cada proyecto en tres categorías de forma excluyente dependiendo de la clase de intervención siendo éstas "Educación para la Salud", "Comunicación" y "Acción social en salud y planes comunitarios".
- Lugar de intervención: Se clasificó cada proyecto según el lugar de intervención pudiendo estar en varias categorías simultáneamente. Por ello, se trata de 6 variables categorizadas cada una de ellas "Si/No" en función de la intervención del proyecto. Los lugares de intervención serían: "Centro de salud", "Escuela/IES", "Residencias, centros de día, etc.", "Entorno", "Servicios municipales: Ayuntamiento, Centro cívico, servicios sociales, juventud, deportes, etc" y "Otros".
- Grupal: Se especificó si las actividades del proyecto contenían actividades de grupo o no.
- Nº de participantes en el proyecto: Se calculó en número de participantes incluyendo coordinador y colaboradores.
- Tipología del proyecto: Se clasificó cada proyecto en tres categorías de forma excluyente dependiendo de la temática del proyecto siendo éstas "Estilos de vida", "Problemas de salud" y "transiciones vitales".
- Subcategorías: Se dividieron los proyectos en una serie de categorías no excluyentes. Cada categoría supone una variable. Si el proyecto aborda la subcategoría en cuestión se indica con "si". Las subcategorías realizadas son las siguientes: Artrosis y otros problemas locomotores, EPOC, Diabetes, Cardiovascular, Cáncer, Salud Mental, Discapacidad, Violencia, Alimentación, Actividad física, Bienestar emocional, Tabaco, alcohol y otras drogas, Primeros auxilios, Autocuidados (higiene, cuidados personales), Sexualidad, Salud bucodental, Equidad de género, Convivencia, Salud ambiental, Crianza (parentalidad positiva), Adolescencia, Inmigración, Salud de la mujer madura, Personas cuidadoras, Envejecimiento, Lactancia, Otros y General.

Tras la obtención de todas las variables necesarias, se realizó un filtro donde se seleccionaron únicamente los proyectos de Atención Primaria seleccionados para los acuerdos de gestión clínica y contratos programa de 2019.

Para la adjudicación de un proyecto a un sector determinado se utilizó la variable "sector" del coordinador del proyecto.

Para el análisis de los proyectos en función del índice de privación fue necesario obtener los índices de privación oficiales por zona de salud y su distribución en cuartiles. A cada zona de salud se le asignó un cuartil para posteriormente proceder al análisis. Esta información fue extraída del documento "Construcción de un índice de privación por zona básica de salud en Aragón a partir de datos de censo de 2011" (6) disponible en <http://aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SanidadBienestarSocialFamilia/Sanidad/Profesionales/13 SaludPublica/17 Informacion sobre enfermedades/Inf Ind priv Ar C 2011.pdf>.

Posteriormente, se realizó el análisis de resultados que se expone a continuación.

#### 4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

##### Número de proyectos por sector

En el año 2019 fueron seleccionados 170 proyectos de Atención Primaria en Aragón. Los sectores de Zaragoza 1, Zaragoza 2 y Zaragoza 3 fueron los sectores con mayor número de proyectos (Tabla 1 y Figura 1).

SECTOR	Nº de proyectos
ALCAÑIZ	16
BARBASTRO	21
CALATAYUD	12
HUESCA	15
TERUEL	10
ZARAGOZA 1	30
ZARAGOZA 2	27
ZARAGOZA 3	39
<b>Total</b>	<b>170</b>

Tabla 1. Número de proyectos por sector

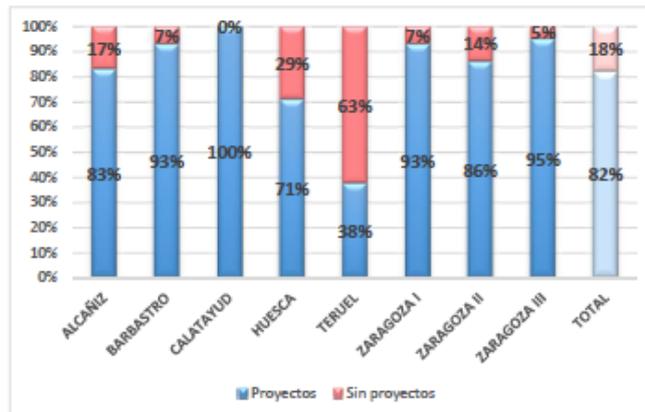


Figura 1. Porcentaje de proyectos por sector

##### Proyectos según el índice de privación

El 82% de los Equipos de Atención Primaria tienen proyectos comunitarios. Si dividimos los Equipos de Atención Primaria por índice de privación, podemos observar que los equipos con un índice de privación más alto tienen un mayor número de proyectos (Figura 2).

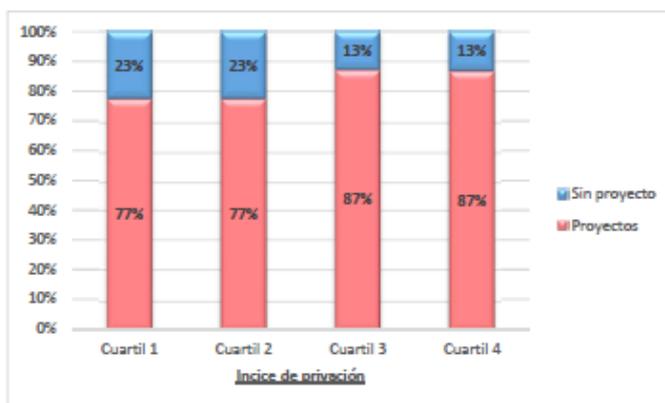


Figura 2. Porcentaje de proyectos según el índice de privación

### Tipología de los proyectos

Entre los proyectos de Atención Primaria seleccionados para la estrategia, el 62% están clasificados en "Determinantes de Salud" (Estilos de vida y otros factores), el 18% en "Problemas de Salud" y el 20% en "Transiciones vitales". En las figuras 3 y 4 podemos ver la distribución de la tipología del proyecto en cada uno de los diferentes sectores.

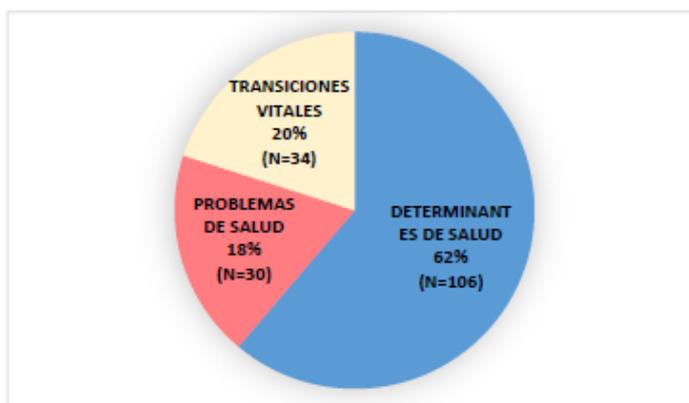


Figura 3. Distribución de los proyectos según la tipología

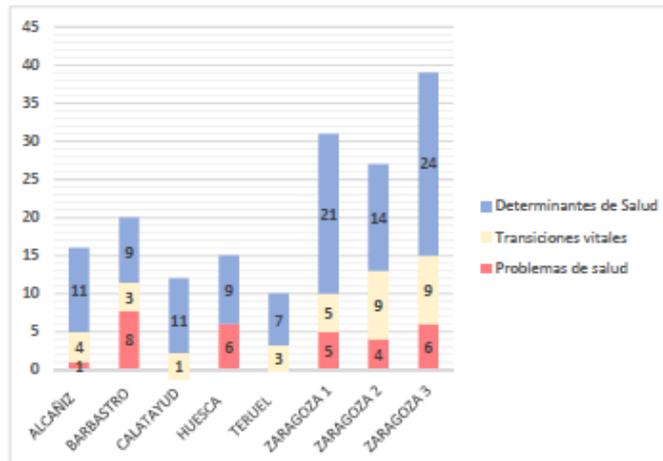


Figura 4. Distribución de los proyectos según la tipología por sector

Se estableció una subcategoría para cada una de las tres tipos de proyectos mencionados para analizar qué temas son los más abordados. De forma general, hemos visto que "Determinantes de salud" (estilos de vida y otros factores) es el tema más abordado, siendo primeros auxilios, alimentación y actividad física los temas más tratados en Atención Primaria (figura 6). El problema de salud más frecuente dentro de los temas tratados en los proyectos fue la diabetes (figura 5) y la crianza y lactancia lo más frecuente dentro de las transiciones vitales (figura 7).

En 21 proyectos se trataron otros temas no pertenecientes a estas categorías. En 15 proyectos el tema tratado no era específico sino que el proyecto podía abordar la salud como tema genérico. (ej: creación de un blog de salud, fomento del consejo de salud de la zona, consulta telefónica, etc.)

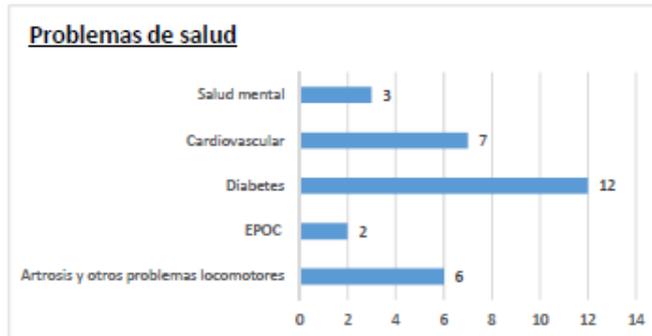


Figura 5. Número de proyectos por temática sobre problemas de salud

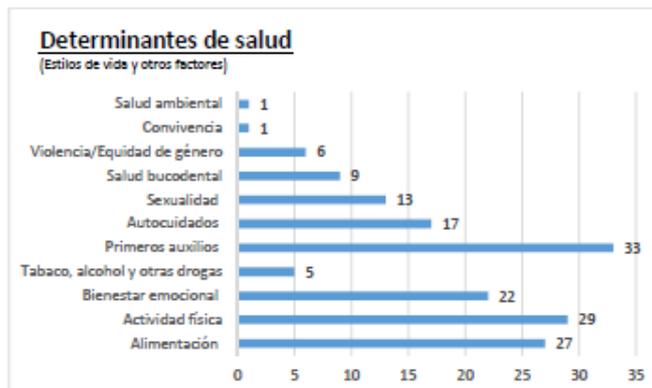


Figura 6. Número de proyectos por temática sobre estilos de vida

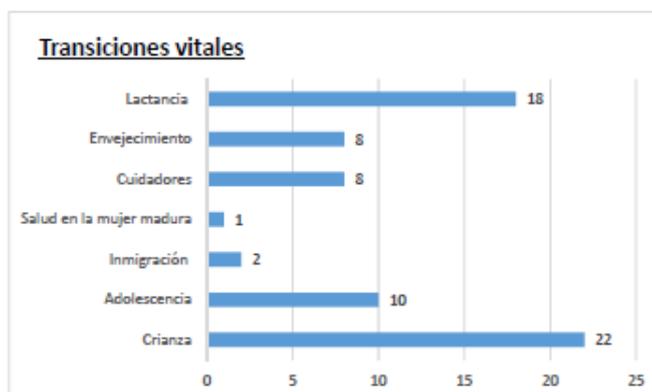


Figura 7. Número de proyectos por temática sobre transiciones vitales

#### Distribución de los proyectos según el tipo de intervención

Cada proyecto tiene como objetivo la realización de una serie de actividades que puede ser clasificada en tres clases de intervención. En la figura 8 podemos apreciar como la mayoría de los proyectos tiene dentro de sus objetivos, actividades de educación para la salud (charlas, formación, sesiones, etc.). Como actividades de algunos proyectos se pueden destacar actividades en medios de comunicación (folletos informativos, blogs, páginas web, radio, etc.) y planes de acción social y comunitaria.



Figura 8. Distribución del tipo de intervención

#### Distribución de los proyectos según el lugar de intervención

El lugar de intervención de los proyectos incluidos en la estrategia es variado y puede clasificarse como podemos apreciar en la figura 9. El lugar de intervención más habitual es el Centro de Salud seguido ya en menor medida de la escuela o instituto de educación secundaria. El 87% de los proyectos seleccionados para la estrategia tienen actividades de educación grupal.

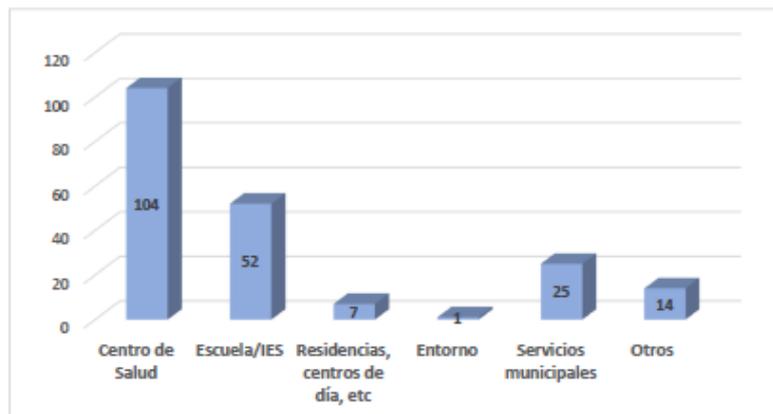


Figura 9. Lugar de intervención

#### Distribución de los proyectos según la edad y tipo de destinatario

Si agrupamos los destinatarios de los proyectos según grupos de edad, en su mayor parte, los proyectos están destinados a adultos o a todas las edades (Figura 10) y en cuanto al tipo de destinatario la mayor parte van dirigidos a toda la población, a pacientes y a escolares (Figura 11).

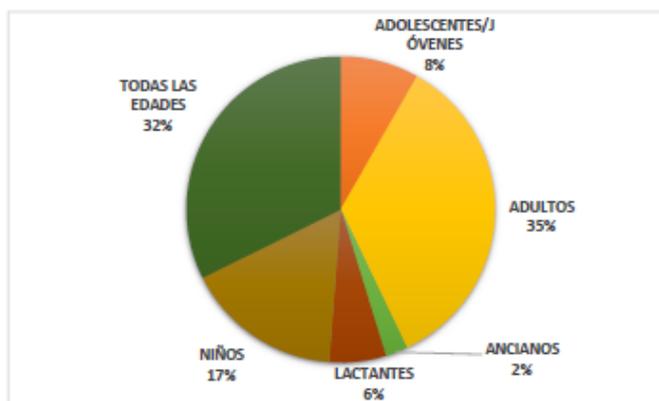


Figura 10. Edad de los destinatarios

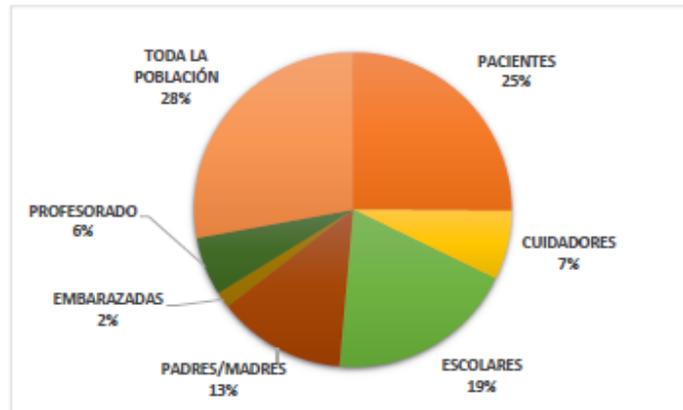


Figura 11. Tipo de destinatarios

#### Profesión de los coordinadores y colaboradores de los proyectos

La mayor parte de los proyectos están coordinados por un enfermero/a seguido muy de cerca por médico/a. Entre los dos suponen un 78,8% de los proyectos. Peditras, matronas, personal administrativo y otros profesionales coordinan estos proyectos (Figura 12).

PARTICIPANTES EN LOS PROYECTOS	
CELADOR/A	3
EIR	8
ENFERMERO/A	366
FISIOTERAPEUTA	13
HIGIENISTA DENTAL	3
MATRONA	28
MEDICO/A	303
MIR	23
ODONTOESTOMATOLOGO/A	3
PEDIATRA	42
PERSONAL ADMINISTRATIVO	27
TRABAJADOR/A SOCIAL	18
FARMACEUTICO/A	1
PROFESOR/A DE ENSEÑANZA PRIMARIA	4
PSICOLOGO/A CLINICO	2
VOLUNTARIO/A	1
TCAE	1
PERSONAL DE MANTENIMIENTO	1
CONCEJAL	1
<b>TOTAL</b>	<b>848</b>

Tabla 2. Número de participantes en los proyectos por profesión (Coordinador + colaboradores)

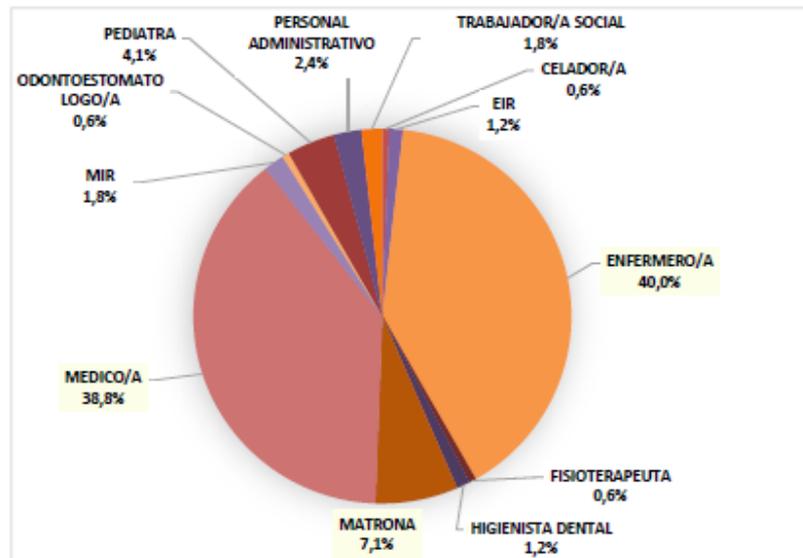


Figura 12. Distribución de la profesión de los coordinadores de proyecto

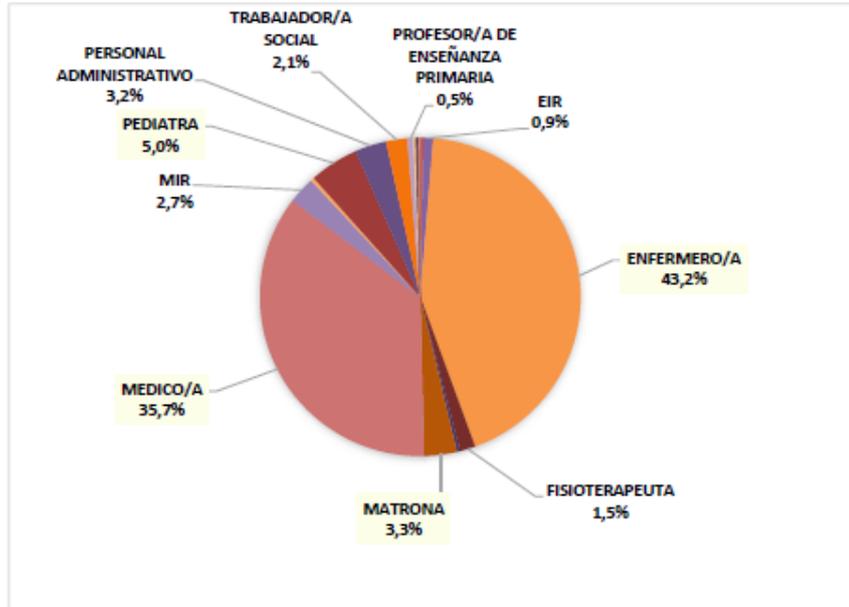


Figura 13. Distribución de la profesión de los integrantes de los proyectos

La composición general de los equipos, teniendo en cuenta todos los integrantes que los componen, se distribuyen de una forma similar siendo médicos y enfermeras los profesionales más numerosos (Figura 13).

Los Consejos de salud tienen un importante papel conociendo, colaborando y promoviendo iniciativas promotoras de la salud de la población y en el 18% de los proyectos, están involucrados.

## 5. BIBLIOGRAFÍA

1. Departamento de Salud y Consumo. Gobierno de Aragón. Cartera de Servicios de Atención Primaria del Sistema de Salud de Aragón. p. 1–15.
2. Departamento Salud y Consumo. Gobierno de Aragón. DECRETO 65/2007, de 8 de mayo, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba la cartera de servicios sanitarios del Sistema de Salud de Aragón. 2007 p. 35747–64.
3. Salud OM de la. Declaración de Alma Ata 1978 Salud para Todos. Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud [Internet]. 1978. p. 4. Available from: <https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2006/12/alma-ata.pdf>
4. Grupo APOC: Grupo de Trabajo en Atención Primaria Orientada a la Comunidad [Internet]. Available from: <http://www.apoc-copc.org/cast/home.htm>
5. de Peray JL et al. APOC en la encrucijada. 2000;(2):5–7. Available from: [http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/3/noticias\\_recursos\\_jornadas.pdf](http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/3/noticias_recursos_jornadas.pdf)
6. Sección de Información e investigación sanitaria (DG Salud Pública). Instituto Aragonés de Estadística. Universidad de Zaragoza. Construcción de un índice de privación por zona básica de salud en Aragón a partir de datos de censo de 2011". Abril 2017. Available from: [http://aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SanidadBienestarSocialFamilia/Sanidad/Profesionales/13\\_SaludPublica/17\\_Informacion\\_sobre\\_enfermedades/Inf\\_ind\\_priv\\_Ar\\_C\\_2011.pdf](http://aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SanidadBienestarSocialFamilia/Sanidad/Profesionales/13_SaludPublica/17_Informacion_sobre_enfermedades/Inf_ind_priv_Ar_C_2011.pdf)

**CENTROS ACREDITADOS PARA LA DOCENCIA  
DICIEMBRE 2021**

MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA/ENFERMERIA DE FAMILIA Y COMUNITARIA		
<b>HUESCA AFYC</b> HOSPITAL SAN JORGE CS PERPETUO SOCORRO CS PIRINEOS CS SANTO GRIAL  <b>BARBASTRO AFYC</b> HOSPITAL DE BARBASTRO CS BARBASTRO  <b>TERUEL MFYC</b> HOSPITAL OBISPO POLANCO CS TERUEL-CENTRO CS TERUEL-ENSANCHE  <b>ALCAÑIZ MFYC</b> HOSPITAL DE ALCAÑIZ CS ALCAÑIZ CS ANDORRA	<b>ZARAGOZA I AFYC</b> HOSPITAL ROYO VILLANOVA CS ACTUR NORTE CS ACTUR OESTE CS ACTUR SUR CS ARRABAL CS LA JOTA  <b>ZARAGOZA II AFYC</b> HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET CS ALMOZARA CS FUENTES NORTE CS SAN JOSE CENTRO CS SAN PABLO CS SAN JOSE NORTE CS TORRE RAMONA CS TORRERO LA PAZ	<b>ZARAGOZA III MFYC</b> HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA CS BOMBARDA CS CARINENA CS DELICIAS NORTE CS DELICIAS SUR CS EPILA CS MIRALBUENO CS OLIVER CS UNIVERSITAS CS UTEBO CS VALDEFIERRO  <b>CALATAYUD</b> HOSPITAL RENEST LLUCH CS CALATAYUD NORTE CS CALATAYUD SUR CS DAROCA
PEDIATRÍA	MATRONAS	
H. UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET CS ACTUR OESTE CS ACTUR SUR CS ALMOZARA CS ARRABALCS CTUR NORTE CS FUENTES NORTE CS REBOLERIA CS SAGASTA MIRAFLORES CS SAGASTA RUISEÑORES CS TORRE RAMONA CS TORRERO LA PAZ  HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA CS DELICIAS SUR CS MIRALBUENOENFERMERÍA PEDIÁTRICA22 CS OLIVER CS VALDEFIERRO	<b>ZARAGOZA II</b> H. UNIVESITARIO MIGUEL SERVET CS ACTUR SUR CS ALMOZARA CS ARRABAL CS CTUR NORTE CS FUENTES NORTE CS LA JOTA S MUÑOZ FERNÁNDEZ- MIRAFLORES CS PICARRAL CS SAN JOSE CENTRO CS SAN PABLO CS SAN JOSE NORTE CS TORRE RAMONA CS TORRERO LA PAZ CS ZUERA	<b>ZARAGOZA III</b> CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA CS BOMBARDA CS DELICIAS NORTE CS DELICIAS SUR CS MIRALBUENO CS OLIVER CS UNIVERSITAS CS UTEBO CS VALDEFIERRO
SALUD MENTAL		GERIATRÍA
HOSPITAL GENERAL SAN JORGE GENERAL OBISPO POLANCO CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL NTRA. SRA. DEL PILAR CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA H. ROYO VILLANOVA Y CSM ACTUR SUR HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA DEL H. PROVINCIAL NTRA. SRA. DE GRACIA CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL NTRA. SRA. DEL PILAR		H. GENERAL OBISPO POLANCO CS TERUEL-CENTRO H. REAL Y PROVINCIAL NTRA. SRA. DE GRACIA H. SAN JOSE



**Información al Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales**



## Solicitud de información Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales



Exp: Q22/343/05

Sra. Consejera de Ciudadanía y  
Derechos Sociales  
eljjusticiatramitesdgri@aragon.es

**ASUNTO:** Solicitud de información sobre la asistencia sanitaria en el ámbito rural

En relación con el Informe especial sobre sanidad en el ámbito rural que se está realizando en esta Institución como complemento al trabajo conjunto que en el año 2022 se realiza entre las distintas Defensorías del Pueblo estatal y autonómicas, tal y como ya adelantamos en conversación telefónica con la Directora Gerente del IASS, les rogamos nos trasladen información sobre el personal sanitario -médico y de enfermería -, así como los medios materiales para prestar la asistencia sanitaria y farmacológica, con los que cuentan las Residencias de Personas Mayores y de personas con diversidad funcional en municipios aragoneses con una población total de hasta 10.000 habitantes.

Dada la complejidad del asunto quedamos a su disposición para cualquier aclaración. Se pueden poner en contacto con nuestro asesor, Juan Campos, en su teléfono 675.57.01.56.

Agradecemos la atención que, estamos seguros, dispensará a este escrito y quedamos a la espera de sus prontas noticias, solicitando nos las remitan en un plazo no superior a cuarenta y cinco días naturales.



Javier Hernández García  
Lugarteniente del Justicia

Le rogamos que en las sucesivas comunicaciones que nos dirija sobre el asunto planteado **haga mención al número de expediente** indicado en la parte superior de este escrito.



Plaza del Pilar, 3  
50071 Zaragoza (Zaragoza)

Ref.: Justicia de Aragón  
Expte.: Q22/343/05

En relación con la solicitud de información efectuada por El Justicia de Aragón, nº Q22/343/05, relativa a la asistencia sanitaria en el ámbito rural, se informa:

1. El Departamento competente para la autorización de servicios sanitarios integrados en organización no sanitaria es el Departamento de Sanidad, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud en Aragón, en el Decreto 106/2004, de 27 de abril, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el reglamento que regula la autorización de centros y servicios sanitarios en Aragón y en el Decreto 122/2020, de 9 de diciembre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba la estructura orgánica del Departamento de Sanidad y del Servicio Aragonés de Salud.

La normativa que resulta de aplicación:

- Decreto 106/2004, de 27 de abril, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el reglamento que regula la autorización de centros y servicios sanitarios en Aragón.
- Decreto 92/2019, de 27 de junio, del Gobierno de Aragón, por el que se regula la atención farmacéutica en los centros sociales de Aragón y se establece el modelo de gestión de la prestación farmacéutica para los usuarios con derecho a la misma, siendo requisito previo que el centro social haya obtenido la autorización de funcionamiento previa comprobación de las condiciones mínimas exigidas en el Decreto 111/1992, de 26 de mayo, del Gobierno de Aragón, por el que se regulan las condiciones mínimas que han de reunir los servicios y establecimientos sociales especializados.

No obstante, lo anterior, las personas residentes cuentan con la prestación de asistencia sanitaria y farmacológica de referencia en sus respectivos centros de salud, consultorios locales o farmacias de las localidades donde están asignadas las residencias.

2. Consultado IAEST: Comunicado de cifras oficiales de población a 1 de enero de 2021 (Padrón municipal de habitantes. Cifras oficiales de población) y el sistema de información que ha sido diseñado entre el Departamento de Sanidad y de Ciudadanía de Derechos sociales, se ha obtenido el siguiente resultado:

FRMADO ELECTRONICAMENTE por NAVICTORIA BORTO COSCULLUELA, Consejera, DEPARTAMENTO DE CIUDADANÍA Y DERECHOS SOCIALES el 01/06/2022.  
Documento verificado electrónicamente de la firma y verificable a través de la dirección <http://www.aragon.es/verificado> con CSV: CSV:VE210D9637B91301PFI.





FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE por MVICTORIA BROTO COSCULLUELA, Consejera, DEPARTAMENTO DE CIUDADANÍA Y DERECHOS SOCIALES e 10/06/2022.  
 Documento verificado en el momento de la firma y verificable a través de la dirección <http://www.aragon.es/verificadococ> con CSV: CSV5EQ10N9378613011FEL

RESIDENCIA DE PERSONAS MAYORES	RESIDENCIA DE MAYORES CON SERVICIO SANITARIO	RESIDENCIA DE MAYORES CON SS MEDICINA	RESIDENCIA DE MAYORES CON SS ENFERMERÍA
142	48	24	48
RESIDENCIA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD	RESIDENCIA DE DISCAPACIDAD CON SERVICIO SANITARIO	RESIDENCIA DE DISCAPACIDAD CON SS MEDICINA	RESIDENCIA DE DISCAPACIDAD CON SS ENFERMERÍA
12	4	2	4
TOTAL: 154	TOTAL: 52	TOTAL 26	TOTAL: 52

Se han excluido: las tres capitales de provincia y Calatayud, Utebo, Monzón, Barbastro, Ejea de los Caballeros, Alcañiz, Fraga, Cuarte de huerva, Jaca, Tarazona y Caspe.

LA CONSEJERA DE CIUDADANÍA Y  
DERECHOS SOCIALES,  
M<sup>a</sup> Victoria Broto Cosculluela  
FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE

EXCMA. SRA. CONSEJERA DE PRESIDENCIA Y RELACIONES INSTITUCIONALES





## ANEXO III – COLEGIOS PROFESIONALES





**COLEGIO NACIONAL DE ÓPTICOS ÓPTOMETRISTAS DE ARAGÓN**





■ C/ Cadena, 15, local  
■ 50001 ZARAGOZA

■ Teléfono 976 28 29 52  
■ e-mail: dr11@cnoo.es



SR. JAVIER HERNÁNDEZ GARCÍA  
LUGARTENIENTE DEL JUSTICIA  
C/ Don Juan de Aragón, 7  
50001 - ZARAGOZA

Zaragoza, 31 de marzo de 2022

Muy Sr. Nuestro:

En respuesta a su carta solicitando información de este Colegio Profesional para la elaboración de un informe sobre la situación de la Sanidad en el mundo rural de Aragón, teniendo en cuenta los **municipios de menos de 10.000 habitantes**, le informamos de lo siguiente:

- **Colegiados que prestan su actividad en dichos municipios: 43**

Si tenemos en cuenta que el total de ópticos optometristas ejercientes colegiados en Aragón a fecha de hoy es de 467, el porcentaje que está ejerciendo en ese mundo rural de menos de 10.000 habitantes es tan solo en torno al **9 %**.

- **Establecimientos ópticos abiertos al público en dichos municipios: 35**

Igualmente, teniendo en cuenta que el total de establecimientos abiertos al público en Aragón a fecha de hoy es de 269, solo el **13 %** de dichos establecimientos se encuentra en los municipios de menos de 10.000 habitantes.

(Se adjunta informe detallado, por provincias y localidades, incorporando también al final el número de establecimientos y colegiados de dos localidades con poco más de 10.000 habitantes, lo cual, de tenerse en cuenta, tampoco supondría mucha variación respecto a los datos indicados anteriormente...).

- **Otra información interesante para el informe:**

En el año 2017 se creó la **categoría estatutaria de óptico optometrista** en el ámbito de los Centros Sanitarios del Servicio Aragonés de Salud mediante la Orden SAN/95/2017, de 27 de enero, y, a finales de ese mismo año, con la Resolución de 18 de diciembre, del Servicio Aragonés de Salud, se incluyó esta categoría en la **bolsa de empleo temporal**, a la cual se han inscrito muchos de nuestros colegiados. Sin embargo, desde ese año, no nos consta que ninguno de ellos se haya incorporado al Servicio Aragonés de Salud mediante este sistema. Sí que hay algunos ópticos optometristas colegiados trabajando en la sanidad pública aragonesa, pero no contratados directamente como "ópticos optometristas". Y tampoco hay fechas previstas a la vista para la convocatoria de oposiciones...

Pensando también en el mundo rural, sería muy positivo que **los ópticos optometristas pudieran entrar a formar parte de los equipos de profesionales que atienden en Atención Primaria**, en los Centros de Salud, próximos al ciudadano, ya que muchas veces, desde la Atención Primaria se derivan pacientes a oftalmología, que podrían ser atendidos por un profesional óptico optometrista en el Centro de Salud, quien derivaría a oftalmología solo aquellos casos necesarios, con lo que se reducirían considerablemente las listas de espera en dicho servicio.

Le rogamos que, una vez esté elaborado el Informe, nos indiquen forma de acceso al mismo. ¡Muchas gracias! Quedamos a su disposición si necesitan más información. Un cordial saludo,

Carlos Serrano Bernal  
Colegio de Ópticos Optometristas de Aragón





COLEGIO NACIONAL DE  
ÓPTICOS-OPTOMETRISTAS  
DE ARAGÓN

■ C/ Cadena, 15, local  
■ 50001 ZARAGOZA

■ Teléfono 976 28 29 52  
■ e-mail: dr11@cnoo.es

**ESTABLECIMIENTOS DE ÓPTICA Y NÚMERO DE COLEGIADOS ÓPTICOS  
OPTOMETRISTAS QUE DESARROLLAN SU TRABAJO EN EL MUNDO RURAL**  
(poblaciones con menos de 10.000 habitantes)

	LOCALIDAD	Nº ESTABLECIMIENTOS	Nº COLEGIADOS
<b>HUESCA</b>	Biescas	1	2
	Binéfar	2	2
	Graus	1	1
	L'Ainsa	1	2
	Sabiñánigo	2	3
	Sariñena	1	2
	Tamarite de Litera	1	1
	<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>13</b>
<b>TERUEL</b>	Alcorisa	1	1
	Andorra	3	3
	Calamocha	2	2
	Calanda	1	2
	Más de las Matas	1	1
	Utrillas	1	1
	Valderrobres	1	1
	<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>11</b>
<b>ZARAGOZA</b>	Alagón	2	4
	Borja	1	1
	Cariñena	1	1
	Daroca	1	1
	Épila	1	1
	Fuentes de Ebro	1	1
	Illueca	1	1
	La Almunia de Doña Godina	2	2
	Mallén	1	1
	Tauste	2	2
	Villanueva de Gállego	1	2
	Zuera	2	2
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>19</b>	
<b>ARAGÓN</b>		<b>35</b>	<b>43</b>
	<b>Localidades con poco más de 10.000 habitantes</b>	<b>Nº ESTABLECIMIENTOS</b>	<b>Nº COLEGIADOS</b>
	Caspe	2	2
	Tarazona	3	5

Zaragoza, 31 de marzo de 2022



**COLEGIO DE PSICOLOGÍA DE ARAGÓN**





Colegio Profesional de  
Psicología de Aragón

EL JUSTICIA DE ARAGÓN  
202200001698  
20-04-2022  
REGISTRO DE ENTRADA

EL JUSTICIA DE ARAGÓN  
Att. D. Javier Hernández García  
Lugarteniente del Justicia  
C/ D. Juan de Aragón, 7  
50001 – ZARAGOZA

Zaragoza, 4 de abril de 2022.

Estimado Lugarteniente:

En respuesta a su escrito fechado el 16 de marzo de 2021, con entrada en este Colegio el 31 de marzo, en el que nos solicitan datos en relación con la elaboración de un informe sobre la situación de la sanidad en el mundo rural en Aragón, los datos que podemos facilitar son los siguientes:

Del total de las 1694 personas colegiadas en nuestro Colegio al día de la fecha:

- 1409 tienen su domicilio postal en una localidad aragonesa de 10.000 habitantes o más.
- 285 tienen su domicilio en localidades de menos de 10.000 habitantes, de los cuales, 90 están domiciliados en localidades de entre 3.000 y 9.999 habitantes.

En cuanto al dato de los establecimientos abiertos al público en los que se pueda realizar la actividad profesional de nuestras colegiadas y colegiados, no disponemos de él, pero quizá puedan obtenerlo del Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón, ya que todos los centros y servicios sanitarios de Aragón tienen que ser autorizados y quedar inscritos en el Registro de Centros y Servicios Sanitarios de la Comunidad Autónoma.

Esperando que esta información pueda servirles de ayuda, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo,

Fdo. Santiago Boira Sarto  
Presidente COPPA

Página 1 de 1

San Vicente de Paúl, 7 dpdo, 1ª planta - 50001 Zaragoza  
976 201 982 - daragon@cop.es - www.coppa.es





## COLEGIOS DE FARMACEÚTICOS DE ARAGÓN





C/ Caspe, 3 - 1.º I  
Tlf. 974 244 734 • Fax 974 225 769  
22002 - HUESCA



Huesca, 4 de abril de 2022

**Sr. D. JAVIER HERNANDEZ**  
Lugarteniente del Justicia de Aragón

Muy Sr. nuestro:

En contestación a su escrito de 16 marzo, le remitimos la información solicitada.

Quedamos en todo caso a su disposición para cualquier aclaración o ampliación sobre lo informado, o para comentar cualquier consideración que pudiera resultarle de interés.

Atentamente,



Fdo. Angel Mas Farré  
*PRESIDENTE*  
*Colegio Oficial de Farmacéuticos de Huesca*





## INFORMACIÓN FARMACIAS EN EL MEDIO RURAL

En la provincia de Huesca hay **127 farmacias** de las que 69 son únicas en la localidad en la que se encuentran.

Los farmacéuticos titulares de 40 farmacias, además de prestar el servicio en la farmacia, con todas las obligaciones inherentes al mismo (guardias, horarios mínimos de apertura, etc.), atienden **122 botiquines en pequeñas localidades**. Adjuntamos Anexo en el que se relacionan las farmacias de esta provincia que tienen vinculados estos botiquines.



### FARMACIAS EN MUNICIPIOS CON MENOS DE 10.000 HABITANTES

De las 127 farmacias de nuestra provincia, **81 están ubicadas en municipios con menos de 10.000 habitantes** de acuerdo con la siguiente distribución:

Habitantes Municipio	N.º Farmacias	Municipios
< 300	7	Pozán de Vero, Puente la Reina, El Grado, Abiego, Naval, Plan, Torla.
300-400	11	Salas Altas, Aren, Vencillón, Castillonroy, Berdún, Berbegal, Angües, Capella, Alcubierre, Villanueva de Sigena, Ansó.
400-500	5	Campo, Bielsa, Villanua, Frula, Velilla.
500-600	9	Sena, Ontiñena, Castejón de Monegros, Loporzano, Robres, Broto, San Esteban de Litera, Canfranc, Peralta de Alcofea.
600-1.000	17	Alcampell, Esplus, Peñalba, Almunia de San Juan, Osso de Cinca, Albelda, Castejón de Sos, Pomar de Cinca, Tierz, Estadilla, Panticosa, Hecho, Ballobar, Fonz, Bolea, Lalueza, Tardienta.
1.000-2.000	17	Ayerbe, Boltaña, Albalate de Cinca, Benabarre, Lanaja, Alcolea de Cinca, Belver de Cinca, Torrente de Cinca, Altorricón, Biescas, Gurrea de Gállego, Sallent de Gállego (también farmacia en Formigal), Binaced, Grañen, Zaidin, Benasque
2.000-4.000	7	Aínsa, Almudévar, Graus, Tamarite de Litera (2 farmacias), Sariñena (2 farmacias).
4.000-10.000	8	Sabiñánigo (4 farmacias) y Binéfar (4 farmacias).

### FARMACÉUTICOS EJERCIENTES

En el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Huesca actualmente están colegiados con ejercicio 274 farmacéuticos de los que 226 ejercen en oficina de farmacia.

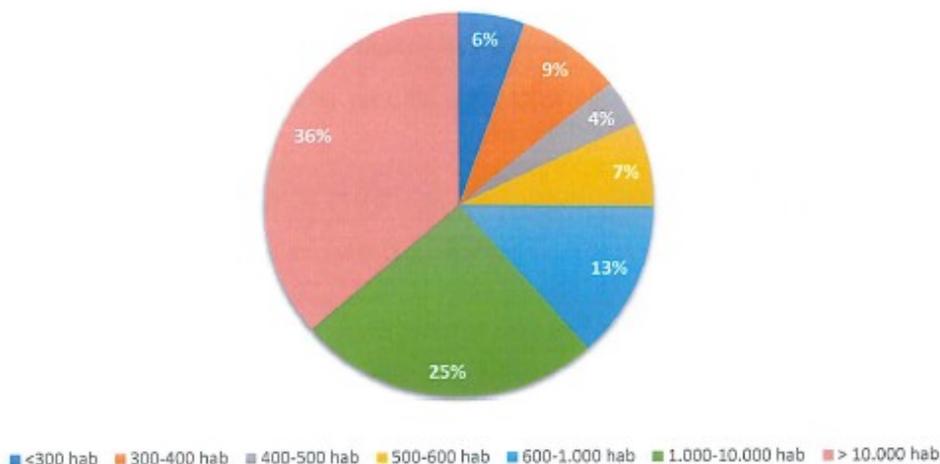
En las 81 oficinas de farmacia ubicadas en municipios con menos de 10.000 habitantes ejercen un total de 111 profesionales colegiados (49,11 % del total):

- 83 farmacéuticos titulares propietarios/copropietarios de estas farmacias
- 28 farmacéuticos adjuntos contratados para ejercer bajo la dirección del farmacéutico titular colaborando en las funciones propias de su profesión que se desarrollan en la oficina de farmacia.

### DISTRIBUCIÓN DE LAS FARMACIAS RURALES

La farmacia rural tiene una serie de características muy concretas que la diferencia de farmacias que se encuentran en ámbitos con mayor densidad de población.

Dentro del grupo de farmacias rurales, destacamos las 50 que están situadas en zonas escasamente pobladas (menos de 1.000 habitantes) y que, en la mayoría de los casos, se convierten en los únicos establecimientos sanitarios al alcance de la población.



Se trata de un número elevado de farmacias (39%), que desarrollan su actividad en municipios con reducida población, y en muchos casos, atendiendo a través de botiquines a la población que vive en pequeñas localidades.

El servicio farmacéutico que prestan cumple con las mismas exigencias de calidad y obligaciones impuestas por la regulación de su actividad que las farmacias ubicadas en poblaciones con elevado número de habitantes: dispensación electrónica, verificación de medicamentos a través del identificador único, cumplimiento de la ley de protección de datos., .etc., con los costes que conllevan en equipos informáticos, y conexión a internet.

La farmacia rural garantiza una atención sanitaria integral en núcleos poblacionales amenazados por el despoblamiento. La capilaridad de la red de farmacias permite llegar a puntos geográficos en los que la atención médica está alejada y no es inmediata, y eso las convierte en un servicio esencial.

Estas farmacias esenciales garantizan un servicio de interés público básico, ayudan al mantenimiento de la población en el medio rural (mayoritariamente envejecida), y contribuyen, por tanto, a revertir o frenar fenómenos tan negativos como la despoblación.

#### **Características relevantes de la farmacia rural en municipios de menos de 1.000 habitantes**

- **Titularidad:** la mayoría de los titulares son mujeres (73.47%)
- **Personal auxiliar:** 12 farmacias no disponen de personal auxiliar asumiendo toda la labor asistencial el titular de la farmacia. También el personal auxiliar es mayoritariamente femenino.
- **Horario semanal:** el horario mínimo a cumplir es de 30 h si bien muchas realizan 32,5 – 35 h y hasta 40 h/semana.
- **Servicio de Guardia:** de acuerdo con la normativa en Aragón en esta materia “debe permanecer de guardia al menos una oficina de farmacia por zona de salud”, que obliga a muchas de estas farmacias a realizar numerosas guardias.
- **Cierre por vacaciones:** solamente 10 farmacias cierran para poder disfrutar de algún día de vacación. El resto (40 farmacias) permanecen abiertas todos los días laborales del año.

**Especial atención merecen las farmacias de viabilidad económica comprometida-VEC:** Estas farmacias tienen una cifra de facturación al Sistema Nacional de Salud y de venta libre que no alcanzan el mínimo establecido por el RD 823/2008 y la Administración autonómica compensa con una aportación económica que por encomiable que sea, resulta insuficiente y que desde el año 2012 no se ha actualizado.

En 2022, las 9 oficinas de farmacia de nuestra provincia reconocidas por la Administración como de viabilidad económica comprometida (VEC) son las de Villanúa, Formigal, Naval, Torla, Castillonroy, Alcubierre, Villanueva de Sigüenza, Ansó, y Pozán de Vero.

En los últimos años se han cerrado 11 farmacias en Aragón, una de ellas en la provincia de Huesca (Castejón del Puente).

Por su interés en la búsqueda de soluciones para mejorar la sanidad en el mundo rural, se adjunta documento remitido por los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Aragón al Presidente de Las Cortes de Aragón con las “Propuestas para la mejora de la viabilidad económica de la farmacia rural”.

-31 de marzo de 2022-

Página | 3



## FARMACIAS - BOTIQUINES VINCULADOS

LOCALIDAD FARMACIA	BOTIQUINES	TOTAL
ABIEGO	ADAHUESCA	
	ALBERUELA DE LA LIENA	
	ALQUEZAR	
	AZARA	
	BIERGE	
	COLUNGO	
	RADIQUERO	7
AÍNSA-SOBRARBE	TIERRANTONA	1
ALCAMPPELL	CAMPORRELLS	1
ALCOLEA DE CINCA	SANTA LECINA	1
ALMUDÉVAR	ALCALA DE GURREA	
	ARTASONA DEL LLANO	
	SAN JORGE	
	VALSALADA	4
ALMUNIA DE SAN JUAN	ALFANTEGA	
	AZANUY	
	CALASANZ	
	CASTEJÓN DEL PUENTE	
	PUEYO DE SANTA CRUZ	5
ANGÜÉS	ANTILLON	
	BESPEN	
	BLECUA	
	CASBAS DE HUESCA	
	IBIECA	
	JUNZANO	
	LABATA	
	PANZANO	
	SIESO	
	TORRES DE MONTES	
	VELILLAS	11
ARÉN	PUENTE MONTAÑANA	1
AYERBE	LOARRE	1
BARBASTRO	COSTEAN	1
BENABARRE	ESTOPIÑAN DEL CASTILLO	
	TOLVA	2
BENASQUE	CERLER	
	ERISTE	
	LASPAULES	
	SAHÚN	4
BERBEGAL	BARBUÑALES	
	FORNILLOS	
	ILCHE	
	LAGUNARROTA	
	LALUENGA	
	LAPERDIGUERA	
	MONESMA	
	MORILLA	
	PERMISAN	9
BERDÚN	SALVATIERRA	1
BOLEA	LUPIÑÉN	1
BROTO	FISCAL	1
CANFRANC	CANDANCU	1
CAPELLA	BERANUY	
	CAJIGAR	
	CASTIGALEU	
	LA PUEBLA DE RODA	
	LAGUARRES	
	LASCUARRE	
	RODA DE ISABENA	
	SERRADUY	8
EL GRADO	ARTASONA	
	COSCOJUELA DE FANTOVA	
	ENATE	3



## PROPUESTAS PARA LA MEJORA DE LA VIABILIDAD ECONOMICA DE LA FARMACIA RURAL

La farmacia rural es un establecimiento básico de interés público que provee a las poblaciones rurales de un servicio sanitario de proximidad y esencial, garantizando la distribución y asegurando la equidad en el acceso del paciente al medicamento y al profesional farmacéutico.

En defensa de este modelo de farmacia asistencial, urge la necesidad de que existan más recursos o al menos se mantengan los existentes para garantizar el futuro de cualquiera de estas farmacias que conforman la vertebración del territorio. Por ello, se debe asegurar su sostenibilidad y viabilidad económica en el tiempo.

A fin de que las oficinas de farmacia rural alcancen el umbral de sostenibilidad oportuno, consideramos necesario un cambio en la forma de retribución actual de estas oficinas de farmacia así como mejoras y ayudas directas por parte de instituciones. Sin perjuicio, de otros, estas propuestas pueden ser:

### 1.- Creación de un Servicio Social de Atención Farmacéutica que integre las siguientes prestaciones sociales:

- a. **Servicios Personalizados de Dosificación (SPDs)** a personas que, por sus circunstancias personales y/o familiares, carezcan de la capacidad para tomar de forma correcta su farmacoterapia para garantizar la adherencia al tratamiento farmacológico y por tanto, prevenir y/o evitar Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a los Medicamentos (RNM). Se entiende por Sistema Personalizado de Dosificación, el conjunto de actuaciones profesionales farmacéuticas post dispensación desarrolladas en la oficina de farmacia a solicitud del paciente, que confluyen en el proceso de reacondicionamiento de todos o de parte de los medicamentos de un paciente poli medicado en dispositivos multidosis y/o multicompartimentales, con la finalidad de asegurar la utilización correcta de los mismos mediante una buena información al paciente y una adecuada preparación.
- b. **Seguimiento farmacoterapéutico (SFT):** Es un servicio profesional que aborda de manera global los problemas de salud y los medicamentos que utiliza el paciente, centrándose en la valoración de la necesidad, efectividad y seguridad de su farmacoterapia. En la actualidad, el aumento de la esperanza de vida, las mejoras en salud pública y atención sanitaria, así como la adopción de determinados estilos de vida han propiciado que el patrón epidemiológico dominante esté representado por las enfermedades crónicas y pacientes polimedicados. Los farmacéuticos, deben de garantizar el uso seguro, efectivo y eficiente de los servicios, intervenciones sanitarias y medicamentos, de forma que el SFT, puede contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad relacionada con el uso de medicamentos.
- c. **Atención farmacéutica domiciliaria (AFD):** enfocado a mejorar el estado de salud de los pacientes que tienen dificultades para desplazarse a las farmacias comunitarias garantizando así la continuidad asistencial de la prestación farmacéutica. Este servicio debiera basarse en la entrega y revisión de la medicación

1

a pacientes vulnerables y/o frágiles dentro de la misma localidad donde se ubique la farmacia, rigiéndose por criterios sociales y sanitarios establecidos por la entidad proveedora de esta prestación y de forma consensuada con los profesionales sanitarios. Desde un punto de vista asistencial, el farmacéutico debe ser el responsable de las necesidades farmacoterapéuticas de los pacientes que no estén ingresados en un hospital, contribuyendo de esta manera a la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. AFD pretende dar respuesta en el ámbito domiciliario a las necesidades farmacoterapéuticas de la población de las próximas décadas, que estarán marcadas por el envejecimiento de la misma y el aumento de la cronicidad de enfermedades. Así, se permitiría satisfacer las necesidades farmacoterapéuticas del paciente a través de la mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico, así como la prevención, detección y resolución de problemas y resultados negativos asociados a medicación. LA AFD persigue también disminuir el número de ingresos y reingresos hospitalarios y fomentar la prestación de los cuidados paliativos.

- d. **Conciliación de la medicación:** se define como un proceso formal consistente en cotejar la medicación habitual del paciente con la medicación prescrita después de una transición asistencial o de un traslado dentro del propio nivel asistencial, con el objetivo de analizar y resolver las discrepancias detectadas. Las discrepancias encontradas se deben comentar con el prescriptor para valorar su justificación y, si se requiere, se deben corregir. El objetivo de la conciliación es disminuir los errores de medicación a lo largo de toda la atención sanitaria, garantizando que los pacientes reciben todos los medicamentos necesarios que estaban tomando previamente en la dosis, vía y frecuencias correctas y que se adecúan a la situación del paciente y/o a la nueva prescripción realizada en otro punto del sistema sanitario (hospital, urgencias, consultas externas, atención primaria...). Los errores de conciliación se derivan de problemas organizativos como la descoordinación entre niveles asistenciales, la falta de comunicación eficaz de la información farmacoterapéutica entre profesionales sanitarios o la ausencia de un registro adecuado, actualizado y accesible de la medicación del paciente. Factores como la pluripatología, la polimedicación, la automedicación, la situación clínica y personal del paciente en las transiciones asistenciales, pueden condicionar la aparición de errores de conciliación.

## **2.- Desarrollo de programas de salud pública y actividades formativas y educativas a la población:**

La promoción de la salud es el proceso que permite a la población incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud. La existencia de un proceso de capacitación (empowerment o empoderamiento) de personas y comunidades puede ser un signo para determinar si una intervención es de promoción de salud o no.

La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente destinadas a mejorar la alfabetización sanitaria que incluye la mejora del conocimiento de la población y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la mejora de la salud. Es un proceso educativo que tiene como finalidad responsabilizar a los ciudadanos en la defensa de la salud propia y colectiva. Es un instrumento de la promoción de salud y por tanto una función importante de los profesionales sanitarios, sociales y de la

educación. Asimismo, la educación para la salud es una parte del proceso asistencial, incluyendo la prevención, el tratamiento y la rehabilitación.

Por ello es importante desarrollar en colaboración con las Autoridades competentes y agentes del medio rural una atención socio sanitaria integral con programas de servicios profesionales asistenciales farmacéuticos, programas de salud pública y actuaciones relacionadas con servicios sociales.

- a) **Promoción de la salud:**
- Atención a los problemas de salud de la mujer
  - Programas de cribado de diferentes enfermedades
  - Consejos dietéticos y nutricionales.
  - Atención dermofarmacéutica
  - Consejo orto protésico.
  - Educación y promoción del autocuidado
- b) **Servicios de Información a la Población:**
- Campañas específicas de prevención
  - Días mundiales
  - Sensibilización a la población de determinados problemas.
- c) **Impartición de actividades formativas, charlas y talleres por parte del farmacéutico a la población local:** Creación de un fondo económico específico para la retribución de estas formaciones destinado al personal farmacéutico que las imparta. Elaboración de una serie de guías, protocolos de trabajo y formaciones consensuadas por parte de los COF, de manera que la formación impartida en la materia de salud deseada sea siempre uniforme para cualquier tipo de población y en cualquier circunstancia. Algunos ejemplos de formación a impartir, sin perjuicio de otros, pueden ser los siguientes:
- Cómo protegerse del sol, mayores, niños. Medicamentos fotosensibles.
  - Conoce los medicamentos que utilizas y aprovecha su mejor uso. Taller práctico: antibióticos, antiinflamatorios, tiroides, hierro, protector gástrico, antiácidos...
  - Medicamentos en internet.
  - Información y manejo de medicamentos complejos, tu farmacéutico te ayuda: inhaladores, insulinas, suspensiones, colirios...
  - Alimentación en las distintas etapas de la vida: educación nutricional.
  - Insomnio, medidas higiénico- saludables y medicamentos relacionados.
  - Tratamiento de síntomas menores en la farmacia: Estreñimiento, Piernas cansadas. Problemas de circulación. Incontinencia urinaria...
  - Medicamentos y viajes. Medicamentos que afectan a la conducción.
  - Primeros auxilios y prevención de accidentes domésticos. Revisión del botiquín.
  - Ayudas técnicas para la movilidad: ayudas en el día a día
  - Como prevenir contagios: resfriado, gripe, Covid...
  - Qué debes saber sobre plantas medicinales.
  - Prebióticos, probióticos y simbióticos.

### **3.- Freno en la brecha digital de la Farmacia Rural y dotación con los recursos necesarios:**

Convertir a la farmacia en un instrumento de apoyo para salvar la brecha digital en zonas envejecidas. Se debe emprender una mejora inmediata del acceso a internet, conexiones y

recursos suficientes con despliegue de fibra de los operadores telefónicos en poblaciones pequeñas a través de fondos de reto demográfico que disponga la CCAA, que facilite el desempeño de su correcta labor asistencial diaria.

De igual manera, se debe considerar a la farmacia como un punto de salud de referencia, más allá de la dispensación de medicamentos, acercando a la población aquellos servicios sanitarios de los que carece el medio rural.

Algunos ejemplos a implementar en esta cartera pueden ser:

- Dotar a las farmacias de un desfibrilador
- Creación de un punto de salud digital en la farmacia rural: en el que los pacientes que utilizan medicamentos del ámbito hospitalario puedan tener consultas por videollamada con el farmacéutico hospitalario, favoreciendo de esta manera una Atención Farmacéutica de proximidad, sin necesidad de desplazamientos del paciente al hospital de referencia.

#### **4.- Creación de ayudas y/o subvenciones para estas farmacias:**

---

La farmacia rural, se encuentra en una situación llena de adversidades donde le resulta muy complicada su supervivencia a corto, medio y largo plazo. Además, hay que añadir la baja demografía de estas zonas rurales, que hace que sea prácticamente imposible para algunas farmacias obtener un beneficio sostenible. La retribución que reciben se basa en un margen fijado por el Estado y aplicado sobre el precio de los medicamentos, siendo los beneficios anuales de una farmacia rural media menores que el sueldo base según convenio para los farmacéuticos adjuntos.

Asimismo, se debe tener en cuenta que los gastos fijos de estas boticas son los mismos que los de cualquier otra farmacia urbana y con mayor facturación (dícese cuota de autónomos, cuota colegial, receta electrónica, telefonía, software, programa de gestión, agua y basura, alquiler de local, calefacción y electricidad, seguros, asesoría, seguridad, protección de datos, antivirus, prevención de riesgos laborales, equipos informáticos...)

Por todo lo anterior, se propone la creación de subvenciones específicas para estas farmacias, facilidades para poder optar a ayudas europeas tipo LEADER, y/o incluir a estas farmacias en las ayudas destinadas a negocios localizados en municipios con pocos habitantes. Esto ayudaría a paliar ligeramente el escenario actual de estas boticas.

#### **5.- Gastos de desplazamiento a botiquines vinculados a la oficina de farmacia:**

---

Muchas de estas farmacias rurales llevan asignados botiquines en pequeños municipios con el fin de ofrecer una capilaridad plena de atención sanitaria a todas estas localidades, por muy pequeñas que sean, consiguiendo así que la farmacia rural se convierta en uno de los pilares básicos que sustenta nuestro actual modelo de farmacia mediterránea.

Por ello, otra propuesta a implantar es la de poder optar al pago del kilometraje de desplazamiento entre farmacia y botiquines, además de permitir la desgravación del automóvil y/o kilometraje cuando se atiendan estos botiquines farmacéuticos.

El que estos botiquines permanezcan abiertos y bien atendidos, es fundamental para reducir los desplazamientos de sus habitantes a localidades más cercanas. Este punto también ayudará a reducir emisiones ambientales innecesarias y disminuir la huella de carbono. El evitar desplazamientos innecesarios, aprovechando los recursos locales, es una manera de frenar

4

emisiones, fijar población en estos municipios y lo más importante: prestar una atención sociosanitaria de calidad en estas pequeñas poblaciones.

**6.- Remuneración de guardias:**

---

Remuneración de las guardias, localizadas o no. Por servicio y/o acto farmacéutico o por horas "obligatorias" para evitar que los pacientes deban recorrer más de 30 km para encontrar una farmacia de guardia.

**7.- Concurso de traslados previo a autorizaciones de Oficinas de Farmacia:**

---

El fin de esta medida será el de promocionar la carrera profesional de los farmacéuticos rurales, al igual que se hace con otros sanitarios en ramas de medicina, enfermería, etc. De esta manera se incentivaría la permanencia de estas OF. Si no hay incentivos en el medio rural, la farmacia rural acabará desapareciendo a largo plazo.

Con todas estas propuestas, hemos querido exponer distintas soluciones viables que podrían ayudar a solventar la situación económica actual tan delicada que atraviesa la farmacia rural en Aragón. Esperando que sirvan de inicio para futuras actuaciones por parte de las instituciones, creando así un futuro fructífero y esperanzador para que estas farmacias sigan garantizando la misma calidad en la prestación del servicio independientemente del lugar de residencia del paciente.



Teruel, a 31 de marzo de 2022

Excelentísimo Sr. D. Javier Hernández:

En relación con su solicitud de información recibida sobre la situación de la Sanidad en el mundo rural en Aragón, adjunto les remitimos un informe con los datos relativos a poblaciones de menos de 10.000 habitantes de la provincia de Teruel.

Queremos aprovechar esta oportunidad para poner de manifiesto la realidad de las farmacias de Teruel que distarían mucho del perfil de 10.000 habitantes donde solo la capital de Teruel y Alcañiz sobrepasarían ese límite.

Quedo a su entera disposición para las aclaraciones que considere oportunas.

Aprovecho la ocasión para transmitirle mis más cordiales saludos.

*Le informamos de que este documento ha sido firmado digitalmente. Puede validar la autenticidad de la firma en la URL indicada en la parte inferior.*



Documento firmado digitalmente por:  
LA PRESIDENTA: M<sup>a</sup> José Villafranca Doiz (01/04/2022 19:36 CEST)  
<https://services.viafirma.com/inbox/app/cofteruel/wO90A-Z0GA-VMRT-YNMK>





## INFORME FARMACIAS EN EL MEDIO RURAL

En la provincia de Teruel hay un total de **105 farmacias** abiertas al público de las que **77 son únicas** en la localidad en la que se encuentran (73%).

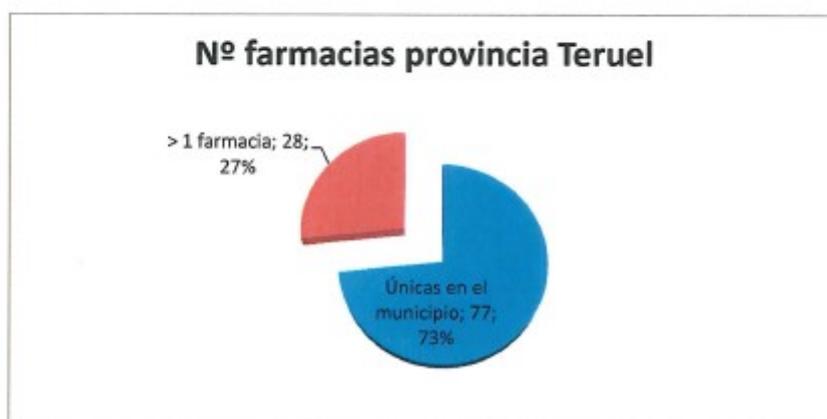


Gráfico 1. Nº farmacias provincia de Teruel

Los farmacéuticos titulares de 51 farmacias, además de prestar el servicio en la farmacia, con todas las obligaciones inherentes al mismo (guardias, horarios mínimos de apertura, etc.), atienden a **120 botiquines en pequeñas localidades**.

**FARMACIAS EN MUNICIPIOS CON MENOS DE 10.000 HABITANTES:**

De las 105 farmacias de nuestra provincia, **85 están ubicadas en municipios con menos de 10.000 habitantes** y se distribuyen de la siguiente forma:

Habitantes Municipio	Nº farmacias	Municipios
<100	1	Huesa del Común
100-200	10	Puertomingalvo, Arcos de las Salinas, Torrelacárcel, Villar del Cobo, Palomar de Arroyos, Alba del Campo, Villarroya de los Pinares, Ejulve, Torrelilla, Argente
200-300	11	Estercuel, Bello, Perales del Alfambra, Linares de Mora, Molinos, Burbáguena, Albentosa, Valdeltormo, Fuentespalda, Báguena, Villafranca del Campo
300-400	9	Villel, La Codoñera, Monroyo, Aliaga, Alcalá de la Selva, Oliete, Gea de Albarracín, Ojos Negros, Celadas
400-500	11	Martín del Río, La Iglesuela del Cid, Bronchales, Torrecilla de Alcañiz, Urrea de Gaén, La Fresneda, Peñarroya de Tastavins, Torrijo del Campo, La Puebla de Valverde, Fuentes Claras, Orihuela del Tremedal
500-600	9	Villastar, Alfambra, Aguaviva, Mazaleón, Manzanera, Mosqueruela, Beceite, Alloza, Muniesa
600-1.000	13	Valdeatorrada, Caminreal, Rubielos de Mora, Cedrillas, Castellote, Cantavieja, Ariño, Samper de Calanda, Castelserás, Escucha, Villarquemado, La Puebla de Híjar, Calaceite
1.000-2.000	9	Albarracín, Santa Eulalia, Sarrión, Montalbán (2 farmacias), Más de las Matas, Mora de Rubielos, Híjar, Albalate del Arzobispo
2.000-4.000	6	Valderrobres, Monreal del Campo, Cella, Utrillas, Alcorisa, Calanda
4.000-10.000	6	Calamocha (2 farmacias), Andorra (4 farmacias)

Tabla 1. Distribución farmacias ubicadas en municipios con menos de 10.000 habitantes

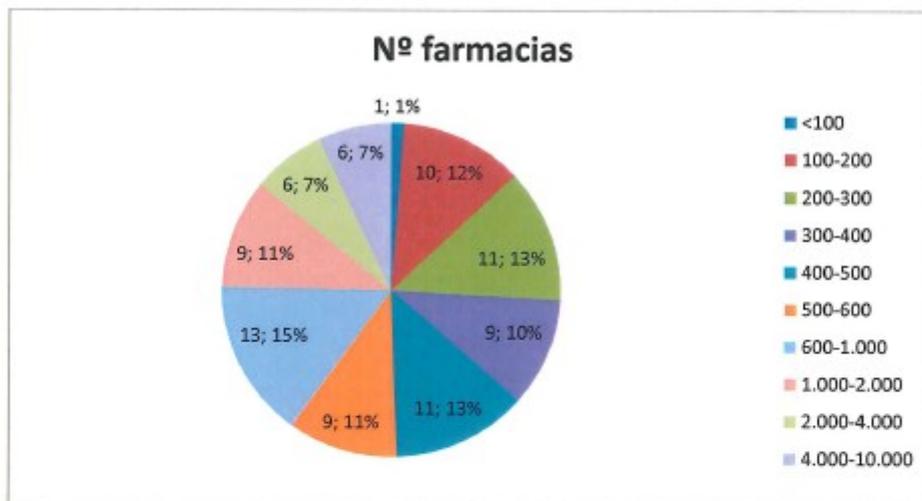


Gráfico 2. Distribución farmacias ubicadas en municipios con menos de 10.000 habitantes

**FARMACÉUTICOS COLEGIADOS QUE PRESTAN SU ACTIVIDAD EN MUNICIPIOS CON MENOS DE 10.000 HABITANTES:**

Actualmente en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Teruel se hallan colegiados 209 farmacéuticos.

**En las 85 oficinas de farmacia ubicadas en municipios con menos de 10.000 habitantes ejercen un total de 103 profesionales colegiados (49,28% del total):**

- 90 farmacéuticos titulares titulares/cotitulares de estas farmacias
- 13 farmacéuticos adjuntos o sustitutos contratados.

De estas 85 farmacias, 28 de ellas con el titular como trabajador único (autoempleo). El empleo es mayoritariamente femenino (71,84%).

### INFORMACIÓN RELEVANTE DE LA FARMACIA RURAL

Las principales dificultades a las que se enfrentan las oficinas de farmacia en el mundo rural son las siguientes:

- Sustituciones por vacaciones o bajas médicas: La mayoría de titulares tienen dificultades a la hora de conseguir profesionales que quieran acudir a estas zonas a realizar suplencias, incluso para casos de bajas maternales.
- Servicio de guardias: Realizan numerosas guardias con muy poca rentabilidad, turnos de guardia semanales con el farmacéutico titular como único profesional.
- Malas comunicaciones tanto por carretera como de telecomunicaciones.
- Pérdida paulatina de población lo que conlleva a la falta de viabilidad de la farmacia, lo que se traduce en la pérdida de servicios básicos. En los casos de cierre, las oficinas de farmacia pasan a ser botiquín de una localidad cercana que no presta el servicio a diario, por lo que la calidad de la atención farmacéutica se ve reducida tanto para la población de ese municipio como para el turismo rural.
- Reducción de los ingresos: La política de precios de los medicamentos a la baja para contener el gasto sanitario se traduce en una reducción de los ingresos. En las farmacias rurales los ingresos se limitan prácticamente a la dispensación de medicamentos y no se pueden compensar estas bajadas de precios con la venta de otros productos como en las ciudades o poblaciones más grandes.
- Gastos de desplazamiento a los botiquines no remunerados: En los casos de tener que atender botiquines, hay que asumir gastos de desplazamiento y, en ocasiones, es necesario la contratación de personal para poder seguir dando el servicio en la farmacia.

- Condiciones desfavorables con las empresas distribuidoras: Existen oficinas de farmacia pequeñas ubicadas en poblaciones de difícil acceso en las cuales las empresas distribuidoras no quieren realizar la distribución, puesto que no sale rentable, y se ven obligadas a trabajar con almacenes que les cobran el transporte y les ofrecen un servicio mínimo.
- Cumplimiento con la regulación de la actividad: El servicio farmacéutico que prestan cumple con las mismas exigencias de calidad y obligaciones que las farmacias ubicadas en poblaciones con elevado número de habitantes: dispensación electrónica que requieren unos equipos informáticos con unas características concretas y conexión a internet, verificación de medicamentos a través del identificador único para el cumplimiento de la normativa SEVEM (sistema de verificación de medicamentos a nivel europeo) que precisó adquirir un escáner nuevo, cumplimiento de la normativa de protección de datos, etc.

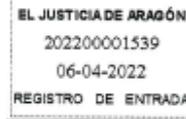
La delicada situación de muchas farmacias se ha visto agravada durante la pandemia debido a diversos factores como la falta de movilidad de la ciudadanía que ha restado afluencia a estas localidades, la necesidad de inversión en autoprotección y protección del local evitando el riesgo de contagio, la regulación de precios de mascarillas y test de autodiagnóstico que se habían adquirido a un precio mayor al de venta fijado, etc.

Existen oficinas de farmacia especialmente vulnerables calificadas como Viabilidad Económica Comprometida (VEC) que tienen una cifra de facturación al Sistema Nacional de Salud y de venta libre que no alcanzan el nivel mínimo establecido por el RD 823/2008 y la Administración Autónoma compensa con una aportación económica, en ocasiones insuficiente, y que desde el año 2012 no se ha actualizado. En el año 2022, hay 16 oficinas de farmacia de nuestra provincia reconocidas por la Administración como de viabilidad económica comprometida (el 15,2%).

-Marzo 2022-



Presidencia



Sr. D. Javier Hernández García  
Lugarteniente del Justicia de Aragón  
Palacio de Armijo  
C/ Don Juan de Aragón, 7  
50001 Zaragoza

Zaragoza, 4 de abril de 2022

Estimado Sr. Lugarteniente:

En contestación a su escrito de 16 marzo, recibido en este colegio el 25 de marzo, le remitimos la información solicitada, en relación a las farmacias y colegiados que desarrollan su labor en el ámbito rural:

- Farmacias en municipios con menos de 10.000 habitantes.
- Farmacéuticos ejercientes.
- Distribución farmacias rurales.
- Características relevantes de la farmacia rural en municipios de menos de 1000 habitantes.
- Farmacias de viabilidad económica comprometida-VEC y farmacias cerradas.

Dada la importancia de la farmacia en el medio rural, asegurando la equidad en el acceso al medicamento y como agente vertebrador del territorio, añadimos también unas propuestas para la mejora de la viabilidad económica de la farmacia rural. Propuestas elaboradas por el Consejo de Colegios de Farmacéuticos de Aragón.

Quedamos en todo caso a su disposición para cualquier aclaración o ampliación sobre lo informado, o para comentar cualquier consideración que pudiera resultarle de interés.

Atentamente,

16293077S  
RAQUEL GARCIA  
(R: Q5066003D)

Firmado digitalmente  
por 16293077S RAQUEL  
GARCIA (R: Q5066003D)  
Fecha: 2022.04.04  
13:58:43 +02'00'

Raquel García Fuentes  
Presidenta Colegio Oficial de Farmacéuticos  
de la Provincia de Zaragoza





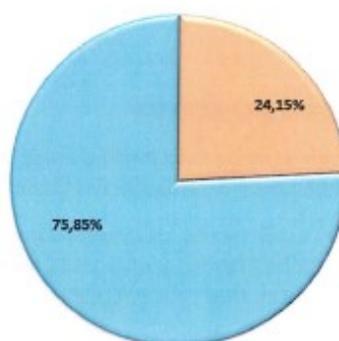
## INFORMACIÓN FARMACIAS EN EL MEDIO RURAL

En nuestra provincia hay **501 farmacias** de las que 121 son únicas en la localidad en la que se encuentran.

Los farmacéuticos titulares de estas 501 farmacias, además de prestar el servicio en la farmacia, con todas las obligaciones inherentes al mismo (guardias, horarios mínimos de apertura, etc.), atienden **76 botiquines en pequeñas localidades**. Adjuntamos **Anexo<sup>1</sup>** en el que se relacionan las farmacias de esta provincia que tienen vinculados estos botiquines.

**Nº Farmacias Provincia Zaragoza**

■ UNICAS EN MUNICIPIO  
■ >1 OFICINA DE FARMACIA



### FARMACIAS EN MUNICIPIOS CON MENOS DE 10.000 HABITANTES

De las 501 farmacias de nuestra provincia, 147 están ubicadas en municipios con menos de 10.000 habitantes de acuerdo con la siguiente distribución:

Habitantes Municipio	Nº Farmacias	Municipios
< 300	22	Mainar, Acered, Mara, Monreal de Ariza, Torrijo de la Cañada, Añón de Moncayo, Tobed, Lucena de Jalón, Bulbueite, Almonacid de la Cuba, Torrellas, Alcalá de Ebro, Bardallur, Maleján, Cervera de la Cañada, Used, Arándiga, Jaulín, Jaraba, Villalengua, Bárboles y Nuevalos.
300-400	18	Moros, Gotor, Rueda de Jalón, Vera de Moncayo, Tabuenca, Cosuenda, Mores, Salillas de Jalón, Sestrica, Luesia, Letux, Munebrega, Malón, Farlete, Fayón, Monegrillo, El Frasno y Osera de Ebro.
400-500	6	Jarque de Moncayo, Miedes de Aragón, La Zaida, Mediana de Aragón, Cabañas de Ebro y Herrera de los Navarros.
500-600	11	Novillas, Chiprana, Botorrita, Terrer, Pradilla de Ebro, Azuara, La Almolida, Paracuellos de Jiloca, Perdiguera, Sos del Rey Católico y Cetina.
600-1.000	25	Alpartir, Grisén, Paniza, Aguarón, Uncastillo, Pinoso, Lécera, Aniñón, Sabiñán, Luna, Fuendejalón, Almonacid de la Sierra, Boquiñeni, Ontinar de Salz, Novallas, Lumpiaque, Villafranca de Ebro, Longares, Nuez de Ebro, Biota, Maluenda, Bujaraloz, Luceni, Gelsa de Ebro y Nonaspe.
1.000-2.000	22	Alhama de Aragón, Remolinos, Ainzón, Ariza, Morata de Jalón, Fabara, Escatrón, Sástago, La Joyosa, Leciñena, Magallón, Sobradiel, Fiqueruelas, Pastriz, Sádaba, Muel, Torres de Berrellén, Belchite, Brea de Aragón, Ateca, Daroca y Quinto de Ebro.
2.000-4.000	15	Maella, Mequinena, Alfajarín, Alfamén, Pina de Ebro, El Burgo de Ebro, Gallur (2 farmacias), Illueca, Calatorao, Ricla, Mallén, Cariñena, San Mateo de Gállego y Pedrola.
4.000-10.000	28	Pinseque, Cadrete, Épila (2 farmacias), Fuentes de Ebro (2 farmacias), Villanueva de Gállego (2 farmacias), Borja (2 farmacias), María de Huerva, La Muela (2 farmacias), La Puebla de Alfindén (2 farmacias), Tauste (3 farmacias), Alagón (3 farmacias), La Almunia de Doña Godina (4 farmacias), Villanueva de Huerva y Zuera (2 farmacias).

### FARMACÉUTICOS EJERCIENTES

En el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Huesca actualmente están colegiados con ejercicio 1104 farmacéuticos de los que 936 ejercen en oficina de farmacia.

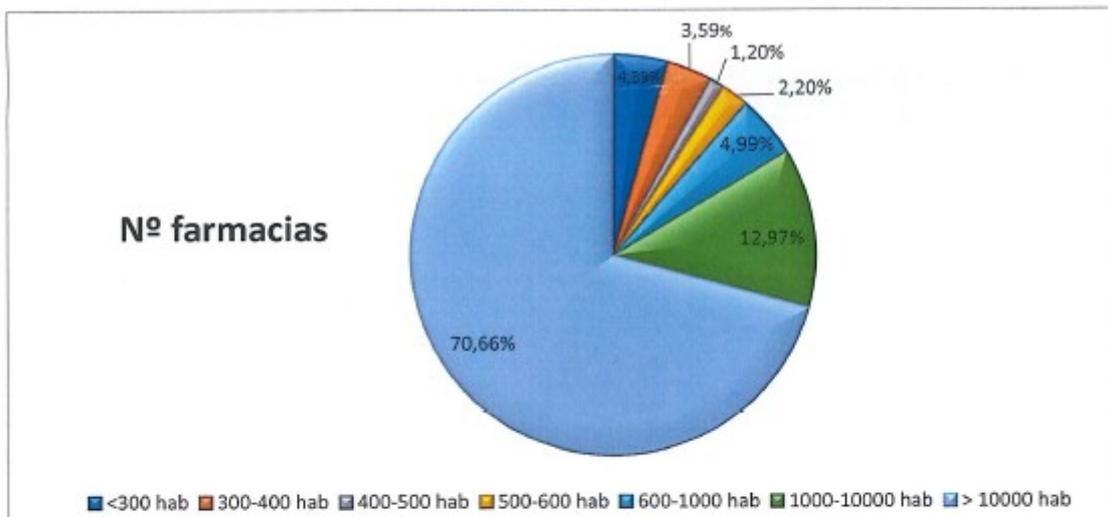
En las 147 oficinas de farmacia ubicadas en municipios con menos de 10.000 habitantes ejercen un total de 198 profesionales colegiados (21,15 % del total):

- 152 farmacéuticos titulares propietarios/copropietarios de estas farmacias
- 46 farmacéuticos adjuntos contratados para ejercer bajo la dirección del farmacéutico titular colaborando en las funciones propias de su profesión que se desarrollan en la oficina de farmacia.

### DISTRIBUCIÓN DE LAS FARMACIAS RURALES

La farmacia rural tiene una serie de características muy concretas que la diferencia de farmacias que se encuentran en ámbitos con mayor densidad de población.

Dentro del grupo de farmacias rurales, destacamos las 82 que están situadas en zonas escasamente pobladas (menos de 1.000 habitantes) y que, en la mayoría de los casos, se convierten en los únicos establecimientos sanitarios al alcance de la población.



Se trata de un número elevado de farmacias, que desarrollan su actividad en municipios con reducida población, y en muchos casos, atendiendo a través de botiquines a la población que vive en pequeñas localidades.

El servicio farmacéutico que prestan cumple con las mismas exigencias de calidad y obligaciones impuestas por la regulación de su actividad que las farmacias ubicadas en poblaciones con elevado número de habitantes: dispensación electrónica, verificación de medicamentos a través del identificador único, cumplimiento de la ley de protección de datos., .etc., con los costes que conllevan en equipos informáticos, y conexión a internet.

La farmacia rural garantiza una atención sanitaria integral en núcleos poblacionales amenazados por el despoblamiento. La capilaridad de la red de farmacias permite llegar a puntos geográficos en los que la atención médica está alejada y no es inmediata, y eso las convierte en un servicio esencial.

Estas farmacias esenciales garantizan un servicio de interés público básico, ayudan al mantenimiento de la población en el medio rural (mayoritariamente envejecida), y contribuyen, por tanto, a revertir o frenar fenómenos tan negativos como la despoblación.

#### **Características relevantes de la farmacia rural en municipios de menos de 1.000 habitantes**

---

- **Titularidad:** la mayoría de los titulares son mujeres (65,79 %)
- **Personal auxiliar:** 29 farmacias no disponen de personal auxiliar asumiendo toda la labor asistencial el titular de la farmacia. También el personal auxiliar es mayoritariamente femenino.
- **Horario semanal:** el horario mínimo a cumplir es de 30 h si bien muchas realizan 32,5 – 35 h y hasta 40 h/semana.
- **Servicio de Guardia:** de acuerdo con la normativa en Aragón en esta materia “debe permanecer de guardia al menos una oficina de farmacia por zona de salud”, que obliga a muchas de estas farmacias a realizar numerosas guardias.
- **Cierre por vacaciones:** en 2022 solamente 1 farmacia ha solicitado cierre por vacaciones y en 2021 cerraron 4 farmacias para poder disfrutar de algún día de vacación. El resto permanecen abiertas todos los días laborales del año.

**Especial atención merecen las farmacias de viabilidad económica comprometida-VEC:** Estas farmacias tienen una cifra de facturación al Sistema Nacional de Salud y de venta libre que no alcanzan el mínimo establecido por el RD 823/2008 y la Administración autonómica compensa con una aportación económica que por encomiable que sea, resulta insuficiente y que desde el año 2012 no se ha actualizado.

En 2022, las 23 oficinas de farmacia de nuestra provincia reconocidas por la Administración como de viabilidad económica comprometida (VEC) son las de Sestrica, Acered, Terrer, Farlete, Torrijo de la Cañada, Tabuena, Almonacid de la Cuba, Moros, Nuévalos, Chiprana, Cosuenda, Botorrita, Mediana de Aragón, Rueda de Jalón, Añón de Moncayo, Maleján, Osera de Ebro, Monegrillo, Monreal de Ariza, Villalengua y 3 oficinas de farmacia de Zaragoza capital.

**Farmacias Cerradas:** Facilitar la viabilidad económica y profesional de estas farmacias con medidas prácticas, reales y efectivas ha de convertirse en una prioridad para todos los agentes implicados y evitar así el cierre de más farmacias.

En los últimos años han cerrado en la provincia de Zaragoza 9 farmacias (Castejón de Valdejasa, Aranda del Moncayo, Fuentes de Jiloca, Villarroya de la Sierra, Ibdes, Aguilón, Salvatierra de Escá, Mezalocha y Vera del Moncayo)

-4 de abril 2022-

ANEXO<sup>1</sup>

FARMACIA	POBLACION FARMACIA	POBLACION BOTIQUIN
BUENO PEREZ, CONSUELO	ALHAMA DE ARAGON	BUBIERCA
BUENO PEREZ, CONSUELO	ALHAMA DE ARAGON	CONTAMINA
SERRES SERRES, MARIA-TERESA	ALMONACID DE LA CUBA	LA PUEBLA DE ALBORTON
SERRES SERRES, MARIA-TERESA	ALMONACID DE LA CUBA	VALMADRID
ARIÑO SERRANO, ANA	AÑON DE MONCAYO	ALCALA DE MONCAYO
MILIAN MARTIN, JESUS	ARIZA	CABOLAFUENTE
MILIAN MARTIN, JESUS	ARIZA	SISAMON
TILVE LOPEZ, SILVIA-MARIA	AZUARA	MOYUELA
TILVE LOPEZ, SILVIA-MARIA	AZUARA	PLENAS
JIMENEZ PEREZ, JUAN	BARDALLUR	URREA DE JALON
GIMENO PORQUET, JOSE-TOMAS	BUJARALUZ	VALFARTA
GARCIA BUSTAMANTE, MONICA	BULBUENTE	AMBEL
GARCIA BUSTAMANTE, MONICA	BULBUENTE	TALAMANTES
COBOS ROBRES, PALOMA-SOFIA	CALATAYUD	HUERMEDA
RUBIO SANCHEZ, ROCIO	CARIÑENA	ENCINACORBA
SALDIAS CIFUENTES, FRANCISCO-JAVIER	CERVERA DE LA CAÑADA	CLARES DE RIBOTA
SALDIAS CIFUENTES, FRANCISCO-JAVIER	CERVERA DE LA CAÑADA	MALANQUILLA
SALDIAS CIFUENTES, FRANCISCO-JAVIER	CERVERA DE LA CAÑADA	TORRELAPAJA
SALDIAS CIFUENTES, FRANCISCO-JAVIER	CERVERA DE LA CAÑADA	VILLARROYA DE LA SIERRA
ESCURA DIEGO, BERNARDO	CETINA	EMBED DE ARIZA
OLIVA EGEA, ROMUALDO	DAROCA	MURERO
OLIVA EGEA, ROMUALDO	DAROCA	VILLANUEVA DE JILOCA
ARNER NAVARRO JOSE-ANTONIO	EJEA DE LOS CABALLEROS	RIVAS
MONREAL DE ARIZA	EJEA DE LOS CABALLEROS	CASTEJON DE VALDEJASA
PELLICER HERNANDEZ, ANTONIO	EJEA DE LOS CABALLEROS	BARDENAS
PELLICER HERNANDEZ, ANTONIO	EJEA DE LOS CABALLEROS	EL SABINAR
PELLICER HERNANDEZ, ANTONIO	EJEA DE LOS CABALLEROS	SANTA ANASTASIA
MILLAN ARGUEDAS, DAVID	ILLUECA	TIERGA
MILLAN ARGUEDAS, DAVID	ILLUECA	TRASOBARES
ENGUITA CANET, DARIO	JARABA	CAMPILLO DE ARAGON
ENGUITA CANET, DARIO	JARABA	IBDES
COLOMO DE GRANDA, JOSE-LUIS	JARQUE DE MONCAYO	ARANDA DE MONCAYO
COLOMO DE GRANDA, JOSE-LUIS	JARQUE DE MONCAYO	CALCENA
MOLINA LOMBA, PATRICIA	JAULIN	FUENDETODOS
GUTIERREZ DE LA FUENTE, MONICA	LUESIA	ASIN
GUTIERREZ DE LA FUENTE, MONICA	LUESIA	BIEL
GUTIERREZ DE LA FUENTE, MONICA	LUESIA	FUENCALDERAS
GUTIERREZ DE LA FUENTE, MONICA	LUESIA	ORES
CATALAN DUARTE, INES	LUNA	ERLA



## COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS DE ARAGÓN





Ilustre Colegio Oficial  
de Médicos de Zaragoza



El Justicia de Aragón  
Oficina Lugarteniente del Justicia  
A.A. D. Javier Hernández García  
Palacio de Armijo – C/ D. Juan de Aragón nº7  
50001 Zaragoza

Zaragoza a 31-3-22

Estimado Sr.:

Desde el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Zaragoza, acusamos recibo de su escrito, con registro de entrada en esta Institución nº 1523, de fecha 25-3-22, referente a la solicitud de informe sobre la situación de la Sanidad en el mundo rural de Aragón.

A este respecto, cumpíenos comunicarle que el ámbito de actuación de esta Corporación se circunscribe a la provincia de Zaragoza, por lo que para recabar información sobre la medicina en el área rural de Huesca y Teruel, si lo estima pertinente, puede dirigir su consulta al Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón o a los Ilustres Colegios Oficiales de Médicos de las citadas provincias.

No obstante, con mucho gusto, adjunto les enviamos informe elaborado por la Vocalía de la sección de Médicos de Atención Primaria Rural de este Colegio, en relación a la situación sanitaria del citado ámbito de nuestra provincia.

Quedando a su disposición para cualquier aclaración que precise y dándole las gracias por la atención prestada, nos despedimos muy atentamente.

Fdo.- Dr. D. Francisco Javier García Tirado  
PRESIDENTE

Fdo.- Dra. Dña. Belén Lomba García  
SECRETARIA



Ilustre Colegio Oficial  
de Médicos de Zaragoza

### Atención primaria (Centros de salud Rurales Zaragoza)

#### **Sector Calatayud (41.267 hab.—61 mf)**

##### **Alhama de Aragón 6. (MAC 4) 2504 hab. 6MF**

- Plaza Marquesa de Squilache, s/n. 50230 - Alhama de Aragón
  - Cita previa: 976 840 536
  - Fax: 976 840 004
  - Pac Nuévalos: 976 849 136
- CAMPILLO DE ARAGON, CIMBALLA, LLUMES, ABANTO (1004020105R) 177
- JARABA, CALMARZA (1004020107A) 263
- IBDES, GODOJOS (1004020106W) 323
- ALHAMA DE ARAGON, BUBIERCA (1004020101C) 954
- CETINA, EMBID DE ARIZA, CASA DE LA VEGA, CONTAMINA (1004020103E) 492
- NUEVALOS, MONASTERIO DE PIEDRA, LUGAR NUEVO, LA TRANQUERA, MONTERDE (1004020109M) 295
  - Pediatra (1004020201M)

##### **Ariza 3. (MAC2). 1219 hab. - 3 Mf**

- C/ La Paz, s/n. 50220 - Ariza
  - Cita previa: 976 845 234
  - Fax: 976 845 534
- MONREAL DE ARIZA, GRANJA DE SAN PEDRO, ALCONCHEL DE ARIZA, TORREHERMOSA (1004030104H) 274
- ARIZA, CABOLAFUENTE Y SISAMÓN (1004030103V) 502
- ARIZA, BORDALBA (1004030102Q). 443

##### **Ateca 5. MAC 1) 2407 hab. -5 mf**

- Paseo Manubles, 4. 50200 - Ateca
  - Cita previa: 976 842 018
  - Fax: 976 842 610
- MOROS (1004040103N) 258
- VILLALENGUA (1004040105Z) 251
- ATECA I, CARENAS (1004040101X) 840
- CASTEJON, VALTORRES, ATECA II (1004040102B) 917
- TORRIJO DE LA CAÑADA (1004040104J) 141



Ilustre Colegio Oficial  
de Médicos de Zaragoza

**Calatayud Norte 12. 18644 hab. -12 mf**

- Paseo Cortes de Aragón, 29. 50300 - Calatayud
    - Urgencias: 976 881 000 / 976 881 001
    - Cita previa: 976 885 543
    - Fax: 976 885 911
    - Desde 1004070101H a 1004070112Y)
    - 2 pediatras (1 con Daroca y Villarroya)
- TIS:1504, 1439, 1515, 1472, 1408, 1338, 1405, 1391, 1402, 1454, 1396, 1416

**Calatayud Sur 10 . 3812 hab. – 10 mf**

- Paseo Cortes de Aragón, 29. 50300 - Calatayud
  - Urgencias: 976 881 000 / 976 881 001
  - Cita previa: 976 885 543
  - Fx: 976 885 911
  - Desde 1004080101J a 1004080112R)
- FUENTES DE JILOCA, VILLAFELICHE(1004080105V) 302
- MUNEBREGA, LA VILUEÑA (1004080110E) 294
- TERRER, HUÉRMEDA (1004080112R) 435
- MORATA DE JILOCA, MONTON (1004080109K) 286
- BELMONTE, VILLALBA, MARA (1004080104Q) 323
- MALUENDA (1004080106H) 790
- PARACUELLOS DE JILOCA, TORRES (1004080111T) 450
- MIEDES, ORERA, RUESCA (1004080108C) 395
- VELILLA, SEDILES, OLVES (1004080113W) 187
- ACERED, ALARBA, ATEA, CASTEJON DE ALARBA (1004080101J) 350
  - Pediatra 1004080201K

**Daroca 7. MAC 4) 3304 hab. -7 mf**

- C/ Luchente, s/n. 50360 - Daroca
  - Cita previa: 976 800 928
  - Fax: 976 800 311
  - Pac Used: 976 809 092
- DAROCA, VALDEHORNIA, VAL DE SAN MARTIN (1004110103T) 928
- LANGA DEL CASTILLO, TORRALBILLA, VILLANUEVA DE J., MANCHONES, MURERO (1004110105W) 223
- DAROCA, RETASCON, NOMBREVILLA (1004110102E) 1010

2





Ilustre Colegio Oficial  
de Médicos de Zaragoza

- MAINAR, VILLARROYA DEL CAMPO, VILLARREAL DE HUERVA, CERVERUELA, VILLADOZ (1004110106A) 424
- GALLOCANTA, BERRUECO, LAS CUERLAS, SANTED, ALDEHUELA DE LIESTOS, TORRALBA DE LOS FRAILES (1004110104R) 184
- BADULES, FOMBUENA, ROMANOS, VILLAHERMOSA DEL CAMPO, LECHON, BALCONCHÁN, ORCAJO (1004110101K) 217
- USED, CUBIEL (1004110108M) 318

**Illueca 6. MAC 2) 4740 hab. - 6mf**

- C/ Barón de la Torre, 2. 50250 - Illueca
  - Urgencias: 976 821 426
  - Cita previa: 976 82 2 496
  - Fax: 976 82 2 441
- ARANDA DE MONCAYO, JARQUE DE MONCAYO (1004180105J) 409
- BREA DE ARAGON (1004180102X) 890
- TIERGA, GOTOR, OSEJA (1004180106Z) 653
- ILLUECA (1004180104N) 1336
- CALCENA, PURUJOSA, TIERGA, TRASOBARES 81004180107S) 217
- ILLUECA 2 (1004180103B) 1235
  - Pediatra: Illueca, Brea, Saviñan, Morata: 1004180201V

**Morata de Jalón 5. (MAC 0) 1758 hab.- 5 mf**

- Barranco de las Eras, s/n. 50260 Morata de Jalón.
  - Cita previa: 976 818 124 / 976 818 121
  - Fax: 976 818 136
- ARÁNDIGA (1004210101V) 231
- MORATA DE JALON I, CHODES (1004210104C) 438
- SANTA CRUZ DE G., ALDEHUELA DE STA.C., MORATA DE JALON (1004210106E) 546
- MESONES DE ISUELA, NIGÜELLA (1004210103L) 217
- CODOS, TOBED (1004210102H) 326

**Saviñan 4. (mac 2). 1526 hab. -4 mf**

- Plaza de España, s/n. 50299 - Saviñan.
  - Cita previa: 976 826 323
  - Fax: 976 826 323
- PARACUELLOS R, EL FRASNO, INOJES, PIETAS, ALUENDA (1004250103E) 345
- MORES, PURROY, EMBID DE LA RIBERA (1104250102K) 287
- SESTRICA, VIVER (1004250105R) 273



Ilustre Colegio Oficial  
de Médicos de Zaragoza

- SABIÑÁN (1004250104T) 621

**Villarroya de la Sierra 3. (MAC 2). 1333 hab.-3 mf**

- C/ Gasca, s/n. 50310 - Villarroya de la Sierra.
  - Cita previa: 976 899 429
  - Fax: 976 896 298
- BIJUESCA, BERDEJO, TORRELAPAJA, MALANQUILLA, CLARES, TORRALBA DE RIBOTA (1004320102D) 210
- ANIÑON, CERVERA CAÑADA (1004320101P) 773
- VILLARROYA 81004320104B) 350

Total MF sector Calatayud: 61

Pediatras sector Calatayud: 5

MAC 24 (4 calat n y s, 2 Illueca y 3 calat con alha-ate, illueca y sabi-mora)

EAC 11

**Sector Zaragoza 1. (188.500 Hab)-29191 hab.- 28 mf**

- **Alfajarín 6:** La Puebla de Alfindén (1003020104V-1859, 1003020103Q-1641), Alfajarín (1003020101Z-1291, 1003020106L-1630), Nuez de Ebro (1003020102S-752, Villafranca de Ebro, Osera de Ebro (Aguilar) (1003020105H-921). Pediatras (1003020201E, 1003020202T). MAC 1---8094 hab.- 6 mf
- **Bujaraloz 5:** Castejón de Monegros (1003080104X-383), La Almolda, Valfarta (1003080101F-444), Peñalba (1003080105B-518), Candasnos (1003080103D-349) Bujaraloz (1003080102P-772). MAC 1. (pobla T 2466—5 mf)
- **Luna 4 :** Biel, El Frago y Fuencalderas (1003160101J-109), Valpalmas, , Puendeluna, Piedratayada, Marracos (1003160106H-228) ,Erla, Sierra de Luna, Las Pedrosas (1003160102Z-459), Luna (1003160103S-484). MAC 1. (Pobl T: 1280- 4mf)
- **Villamayor 4:** Villamayor(1003330104T-1337), Perdiguera/Villa (100333103E-1232), Leciñena (100333101C-814), Farlete, Monegrillo (1003330102K-537). Pediatra (100333201M). MAC 2. (Pob. 3920 hab.- 4 mf)
- **Zuera 9:** San Mateo de Gállego (1003350101X-1367), Villanueva de Gállego (1003350102B-1621, 1003350103N-1448), Zuera (1003350106S-1740), El



**Ilustre Colegio Oficial  
de Médicos de Zaragoza**

Turrullón, El Campillo (1003350104J-1717), Ontinar de Salz, El Temple, Las Lomas (1003350107Q-920), Azuz del rabal, Esc Familiar, Campillo, Zuera (1003350105Z-1739, 1003350108V-1161, 1003350109H-1718). Pediatría (1003350201H, 100350202L) con Luna y Bujaraloz. MAC 2. 13431 hab.- 9 mf

Total MF sector 1: 28  
Pediatras sector 1: 5  
MAC : 7  
EAC: 6

**Sector Zaragoza 2. 15266 hab.- 20 mf**

**Belchite 7: MAC 4—G4**

- **Dirección Centro de Atención Primaria:** Portal de la Villa, 3
- **C.P:** 50130
- **Localidad:** Bechite
- **Teléfono de citaciones:** 902 555 321
- **Teléfono centro de salud:** 976 83 05 50
- **Teléfono avisos a domicilio:** 976 83 05 50
- **Fax:** 976 83 05 25
- **Horarios:** 8 a 17
- **Localidades:** Valmadrid, Puebla de Albortón, Belchite, Fuendetodos, Azuara, Almonacid de la Cuba, Letux, Samper de Saz, Lagata, Lécera, Moyuela, Plenas, Moneva.



Ilustre Colegio Oficial  
de Médicos de Zaragoza

**Fuentes de Ebro 9: MAC 2—G3**

- **Dirección Centro de Atención Primaria:** Pº del Justicia de Aragón, 69
- **C.P:** 50740
- **Localidad:** Fuentes de Ebro
- **Teléfono de citaciones:** 902 555 321
- **Teléfono centro de salud:** 976 16 09 20
- **Teléfono avisos a domicilio:** 976 16 09 04
- **Fax:**
- **Horarios:** 8 a 17
- **Localidades:** Burgo de Ebro, Mediana, Fuentes de Ebro, Pina de Ebro, Quinto de Ebro, Gelsa, Velilla de Ebro.

1003120101X	1711
1003120102B	1680
1003120103N	1421
1003120104J	819
1003120105Z	1183
1003120106S	1114
1003120107Q	908
1003120108V	946
1003120110L	835



Ilustre Colegio Oficial  
de Médicos de Zaragoza

Pobla T: 10617 – 9 mf

Sástago 4: MAC 2

- **Dirección Centro de Atención Primaria:** Mayor, 75
- **C.P:** 50780
- **Localidad:** Sástago
- **Teléfono de citaciones:** 902 555 321
- **Teléfono centro de salud:** 976 17 20 20
- **Teléfono avisos a domicilio:** 976 17 20 20
- **Fax:** 976 17 80 76
- **Horarios:** 8 a 17

Localidades: La Zaida, Alborque, Alborge, Cinco Olivas, Escatrón, Sástago

1003290102H	802	
1003290103L	601	
1003290104C	471	
1003290105K	507	



Ilustre Colegio Oficial  
de Médicos de Zaragoza

Urrea de Jalón y La Venta (1004010110B- 561), Alagón (1004010104M-1605, 1004010101W-1511, 1004010102A-1657, 1004010112J-1559), Pedrola (1004010108D-1519, 1004010109X-1546). Pediatras (1004010201X y 1004010202B). MAC 2

**Borja 10: C/ Barbalanca, s/n - 976 867 259**

- Localidades: El Buste, Bureta y Albeta (1004060108F-305), Frescano, Agón, Bisimbre (1004060101T-345), Alberite de San Juan, Magallón (1004060113N-941), , Bulbiente, Maleján, Ambel, Talamantes (1004060107Y-620), Ainzón (1004060102R-889), Fuendejalón (1004060109P-694), Borja (1004060106M-1417, 1004060104A-1325, 1004060105G-1314), Tabuena y Pozuelo (1004060112B-506) Pediatra (1004060201P). MAC 3

**Cariñena 9: Avda. Goya, s/n - 976 621 026—G4**

- Localidades: Alfamén (1004090102D)---1359, Longares (1004090107Z)--656, Villanueva de Huerva y Tosos (1004090109Q)---411, Paniza, Aladrén, Vistabella (1004090108S)---490, Encinacorba (1004090106J)--76, Aguarón(1004090101P)--463, Cosuenda (1004090105N)--254, Cariñena (1004090104B, 1004090103X)---1708-1338. Pediatra Car/Alm (1004090201Q). Mac 4

**Casetas 9: C/ Baleares, 2 - 976 771 347**

- Localidades: Torres de Berrellén (1004100103M-1182), La Joyosa, Pinseque 1 (1004100109B-1063), Pinseque 2 (1004100101A-2186), Sobradiel/Casetas (1004100102G-1682), Casetas (1004100104Y-1554, 1004100107D-1430, 1004100106P-1435, 1004100108X-1504, 1004100105F-1544)). Pediatras (1004100201B, 1004100202N). Mac 3

**Ejea de los caballeros 11 : Pº Constitución, s/n - 976 661 861**

- Localidades: Luesia, Asín, Orés y Farasdués (1004140111Q-342) Ejea de los C.(1004140105X-1689, 1004140106B-1679, 1004140104D-1647, 1004140107N-1624, 1004140103P-1615, 1004140102F-1612, 100414011S); Castejón de Valdejasa/Ejea (10041450101Y-1491), Santa Anastasia, Bárdenas y Bayo (1004140109Z-1010), Pinsoro, sabinar, Valareña (1004140108J-936). pediatras Ejea/sád (1004140201Z y 1004140202S). Mac 2

**Épila 7: Pza. Constitución, 27 - 976 603 363—G3**

- Localidades: Rueda de jalón y Lumpiaque (1004150104G--848), Salillas de Jalón, Lucena de Jalón y. Berbedel (1004150107F--413) La Muela (1004150101R y 1004150106Y)—1236--1235), Épila(1004150103A,



**Ilustre Colegio Oficial  
de Médicos de Zaragoza**

1004150105M, 1004150102W)---1360—1430--1200. Pediatra (1004150201D).  
Mac 4

**Gallur 6 : Avda. Pirineos, s/n, bajo - 976 864 500—G3**

- Localidades: Mallén (1004160106R, 1004160105T)---1338--1331, Boquiñeni (1004160101L9)---695, Lueeni (1004160104E)---783, Gallur (1004160103K, 1004160102C)---1090--1094. Pediatra (1004160201G). Mac 1

**Herrera de los Navarros 3: Avda. Zaragoza, 50 - 976 143 059**

- Localidades: Aguillón, Villar de los N (1004170101Z-120), Herrera de los N, Luesma (1004170102S-419), Nogueras, Sta Cruz, Bádenas, Loscos, Monforte de Moyuela (100470104V-146). Mac 2. (Pobl T: 685)

**La Almunia de Dña G-11.: C/ Laviaga Castillo, 18 - 976 813 115—G2**

- Localidades: Riela (1004190108B, 1004190109N)---1297--1434, Calatorao (1004190106D, 1004190107X)---1338--1139, Almonacid de la Sierra (1004190101G)---533, 1)), Alpartir (1004190105P), 477. La Almunia(1004190104F, 1004190102M, 1004190103Y, 1004190110J, 1004190111Z)---1565—1662—1497—1481--1401. Pediatra (1004190201N, 1004190202J)-3 MAC

**María de Huerva 9: Ctra. N-330 Zaragoza-Teruel, 25 - 976 124 121**

- Localidades: Muel, Mozota, Mezalocha (1004200105A-1259), Jaulín, Botorrita (1004200102T-475), Cuarte de H (1004100108Y-1778, 1004200106G-1800, 1004200101E-1732), Cadrete y Santa Fe ( 1004200103R-1331), María de Huerva (1004200107M-2030, 1004200109F-1621, 1004200104W-2037). Peditras (1004200201F, 1004200202P, 1004200203D). Mac 2

**Sádaba 4 : Pº Urruti Castejón, s/n - 976 667 388**

- Localidades: Uncastillo y Layana (1004240106F-545), Castilliscar/Sádaba (1004240102A-709), Biota (1004240101W-800), Sádaba (1004240105Y-731). Mac 1

**Sos del Rey Católico 3: C/ Pons Sorolla, 10 - 948 888 286**

- Localidades: Longás, Lobera de Onsella (1004260101S-124), Navardún, Bagüés, Los Pintanos, Urriés, Undués de Ierda (10044260102Q-136), Sos (1004260103V-468). Mac 2. (Pobl T: 728)



Ilustre Colegio Oficial  
de Médicos de Zaragoza

**Tarazona 12: Joaquina Zamora, 2 - 976 641 285**

- Localidades: Novallas (1004270103N-666), Malón, Vierlas (1004270102B-376), , Grisel/Tar (1004270108V-1420), Vera de Moncayo, Veruela Trasmoz, Añón de Moncayo y Alcalá de Moncayo (1004270112K-548), , Los Fayos, Torrellas y Sta Cruz (1004270111C-335), Lituénigo, Litago y San Martín de la Vera (1004270101X-354) Tarazona (1004270109H-1259, 1004270105Z-1255, 1004270104J-1283, 1004270107Q-1398, 1004270106S-1253, 1004270110L-1260). Pediatras (1004270201H, 1004270202L). Mac 3

**Tauste 6: C/ General Ortega, s/n - 976 859 000—G3**

- Localidades: Novillas (1004280101M)---681, Pradilla de Ebro (1004280102Y)--532 y Tauste (1004280103F, 1004280104P, 1004280105D, 1004280106X)---1167—1643—1746--1147. Pediatra (1004280201J). Mac 1

**Utebo 8: Avda. de Navarra, s/n - 976 785 168**

- Utebo (1004300101H-2019, 1004300102L-2031, 1004300103C-1448, 1004300104K-2003, 1004300106T-1995, 1004300108W-1944, 1004300107R-1995), Monzalbarba, Alfocea (1004300105E-1593). Pediatras (1004300201A, 1004300202G, 1004300203M). Mac 2

Total MF sector 3: 119

Pediatras sector 3: 21

MAC 37

EAC 13

Total MF Rural: 228

Total Pediatras: 35

MAC: 69

EAC: 36

Plaza de menos de 250 TIS

LUNA: Biel, El Frago y Fuencalderas (1003160101J-109),

Valpalmas, , Puendeluna, Piedratajada, Marracos (1003160106H-228)





**Ilustre Colegio Oficial  
de Médicos de Zaragoza**



EL JUSTICIA DE ARAGÓN  
202200001801  
27-04-2022  
REGISTRO DE ENTRADA



**COLEGIO OFICIAL DE  
MÉDICOS DE HUESCA**

COLEGIO OFICIAL  
DE MÉDICOS  
REGISTRO DE SALUDA  
N.º 029 - 2022  
Fecha 18-IV-2022

Don. Javier Hernández García  
Lugarteniente del Justicia  
Edificio Pignatelli. Paseo María Agustín,36  
50.004-ZARAGOZA

Huesca, 18 de abril de 2022

En contestación a su solicitud de información acerca del censo de profesionales médicos que ejercen en el medio rural en la provincia de Huesca, antes que nada, queremos aclarar algunas cuestiones, puesto que no es posible dar una cifra cerrada por diferentes motivos:

1. Ni siquiera el Gobierno de Aragón, principal contratador de profesionales, puede dar número exacto dada la inestabilidad laboral, contratos por días, plazas sin cubrir, etc.
2. Un número considerable de profesionales no están colegiados en la provincia de Huesca, debido a la tolerancia legal que hay al respecto, lo que dificulta el control por nuestra parte.
3. Otros ejercen en varias zonas a la vez dadas las condiciones laborales a que antes he hecho mención.
4. Aun habiendo un registro de profesionales del ámbito rural, muchos profesionales simultanean rural y urbano, teniendo su actividad principal en este último.
5. Huesca es una provincia eminentemente rural.
6. Las zonas de salud de Jaca, Fraga y Barbastro, municipios todos ellos de más de 10.000 habitantes, son zonas urbanas, pero sus médicos también atienden a todos los municipios y núcleos de los alrededores. Igual sucedería con Huesca Rural, cuya sede está en la capital. Monzón es sede de un centro de salud rural y otro urbano, que comparten edificio e incluso actividades, dando cobertura a todos los municipios de la comarca.
7. Binéfar o Sabiñánigo, aun siendo menores de 10.000 habitantes, se han considerado funcionalmente urbanos.



En definitiva, centrándonos en números, podemos decir que:

- La plantilla del sector sanitario de Huesca estaría conformada por 63 médicos rurales, 7 pediatras y 20 médicos de atención continuada (MAC).
- En el sector de Barbastro serían 86 plazas de médicos rurales, 12 pediatras y 31 MAC. Habría que ¿sumar? 9 médicos de Monzón urbano y 3 pediatras.
- En ninguno de los casos figuran los MAC de apoyo extra que se buscan los distintos centros para cubrir horas.
- Hay, pues, 158 médicos de familia, 19 pediatras y 55 MAC, teniendo en cuenta que hay otros 31 médicos de familia y 12 pediatras, urbanos, que en parte también ejercen en rural.

Con respecto a otras especialidades, estarían los que trabajan en centros médicos privados. Los de Jaca, Fraga, Monzón y Barbastro, nuevamente trabajan en localidades mayores de 10.000 habitantes, pero atienden a todas sus comarcas. Los de Sabiñánigo, Binéfar o Sariñena, mayormente trabajan a tiempo parcial en rural pues se desplazan desde el medio urbano. Rurales puros no llegarían a la docena.

Finalmente, adjunto una serie de reflexiones que aporta nuestro vocal de medicina rural:

#### **Problemas de la AP en la Provincia de Huesca y en Aragón.**

Falta de profesionales, en el último concurso oposición han quedado plazas sin cubrir, personal sanitario que ha aprobado ha renunciado a ellas. Deben de valorarse las plazas de difícil cobertura y hacerlas más apetecibles para el profesional sanitario. Las plazas que han quedado sin cubrir son sobre todo en el medio rural de Huesca y Teruel.

Valorar remunerar adecuadamente los desplazamientos que realizan los profesionales en el desarrollo de su trabajo en el entorno rural. En estos momentos no se compensan adecuadamente los desplazamientos ni la utilización del vehículo propio.

Remunerar adecuadamente a los profesionales, estamos por debajo de la media Nacional en retribuciones, aunque en ocasiones se hayan tomado acuerdos con la Consejería de Sanidad de adecuarlas a la media Nacional, pero no se ha llegado a materializar.

Dimensionar adecuadamente las plantillas, tener en cuenta la dispersión geográfica, el envejecimiento de la población y la feminización de la profesión. Este último punto es importante para la adecuada armonización de la convivencia familiar.

Destinar al menos un 20%, del montante destinado a Sanidad, para la Atención Primaria. En este sentido sería interesante desdoblar las ahora gerencias únicas de los Sectores Sanitarios en dos gerencias, una para Hospitalaria y otra para Atención Primaria.

Mejorar la comunicación con los centros de salud para que se puedan atender las solicitudes de consulta adecuadamente. En estos momentos las centralitas

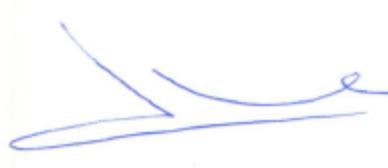
están obsoletas y bloqueadas. Es muy difícil contactar telefónicamente con los Centros de Salud y Servicios Hospitalarios.

Formar personal no sanitario, administrativos y celadores, en la recepción y clasificación de llamadas telefónicas, para que puedan realizar un primer triaje entre lo urgente, lo inmediato, y lo que debe de ser presencial o no presencial. Esto mejoraría mucho la accesibilidad a los Centros de Salud y a los Consultorios Locales.

Dotar de medios de diagnóstico y mejorar el acceso a pruebas diagnósticas. En estos momentos todavía existen pruebas restringidas al medio Hospitalario y en ocasiones como sucede con Radiología, no siempre se informan los resultados.

Son muchas las deficiencias que padecemos en la Medicina Rural de Aragón, pero se pueden resumir en dos: falta de personal e infrafinanciación.

Reciba un cordial saludo,



José María Borrel Martínez

Presidente del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Huesca



Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Teruel



Sr. D. Javier Hernández Garcia

Lugarteniente del Justicias

ZARAGOZA

Estimado Sr.:

Como continuación a su escrito en el que nos solicitan relación de médicos colegiados que ejercen su actividad en poblaciones de menos de 10.000 habitantes, adjuntamos listado de los mismos.

Teruel, 25 de agosto de 2022



EL PRESIDENTE

Fdo. Ismael Sánchez Hernández

Joaquín Arnáu, 2. 1º. Apartado de Correos nº 78, Teléf. 978 61 72 10, Fax 978 61 72 11, 44080 TERUEL,  
E-mail: [comte@comteruel.org](mailto:comte@comteruel.org), [www.comteruel.org](http://www.comteruel.org)

**Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Aragón**





COLEGIADO PROFESIONAL DE  
FISIOTERAPEUTAS DE ARAGÓN

EL JUSTICIA DE ARAGÓN  
202200002094  
16-05-2022  
REGISTRO DE ENTRADA

Paseo Calanda, 80 Local Interior  
50010 Zaragoza  
Tel. 976325798 – 689810469  
[administracion@colfisioaragon.org](mailto:administracion@colfisioaragon.org)

REG. SALIDA s955-2022

Zaragoza, a 09 de mayo de 2022

A/A: D. Javier Hernández García – Lugarteniente del Justicia de Aragón  
C/ Don Juan de Aragón, 7  
50001 Zaragoza

Asunto: Informe sobre la situación de la Sanidad en el mundo rural en Aragón.

Estimado Sr. Hernández,

En atención a su escrito de fecha 16 de marzo de 2022, donde solicitaba información relacionada con nuestro colectivo en relación al desarrollo de su actividad profesional en municipios de menos de 10.000 habitantes, le facilitamos la información recopilada.

Destacar que para extraer esta información hemos tenido en consideración los municipios que según el Padrón Municipal superan los 10.000 habitantes.

Además de los datos que conforman nuestra base de datos de colegiados, tanto personales como profesionales. Esta información es facilitada por el propio colegiado, quién tiene la obligación de mantenerla actualizada, no obstante no podemos garantizar esto sea así en su totalidad.

**Municipios con más de 10.000 habitantes, año 2021:**

Fuente: Padrón Municipal de Habitantes. IAEST (consultado a 22/04/2022)

[https://bi.aragon.es/analytics\\_pub/saw.dll?Go&path=/shared/IAEST-PUBLICA/Estadistica%20Local/03/030001TM&Action=Navigate&Options=df&P0=1&P1=eq&P2=Territorio.%22Provincia%20codigo%22&P3=](https://bi.aragon.es/analytics_pub/saw.dll?Go&path=/shared/IAEST-PUBLICA/Estadistica%20Local/03/030001TM&Action=Navigate&Options=df&P0=1&P1=eq&P2=Territorio.%22Provincia%20codigo%22&P3=)

Población	Municipio código	Municipio nombre	Fisioterapeutas con domicilio en este municipio. (Registro CPFA 09/05/2022)
675.301	50297	Zaragoza	1.024
53.429	22125	Huesca	133
35.994	44216	Teruel	58
19.870	50067	Calatayud	32
18.856	50272	Utebo	26
17.362	22158	Monzón	19
17.146	22048	Barbastro	30
17.036	50095	Ejea de los Caballeros	20
16.029	44013	Alcañiz	19
15.250	22112	Fraga	13
13.773	50089	Cuarte de Huerva	18
13.344	22130	Jaca	28
10.494	50251	Tarazona	9
10.183	50074	Caspe	6



Página 1 de 5



el Justicia de Aragón



COLEGIO PROFESIONAL DE  
FISIOTERAPEUTAS DE ARAGÓN

Paseo Calanda, 80 Local Interior  
50010 Zaragoza  
Tel. 976325798 – 689810469  
[administracion@colfisisoaragon.org](mailto:administracion@colfisisoaragon.org)

REG. SALIDA s955-2022

**Datos sobre el domicilio personal de nuestros colegiados:**

\*Datos a 09 de mayo de 2022.

- Total número de colegiados 1.821.
- Residen en municipios de más de 10.000 habitantes: 1.435 colegiados
- Residen en municipios de menos de 10.000 habitantes: 386 colegiados

**Datos profesionales REGCESS centros con U.59 Fisioterapia:**

Fuente: Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios. Ministerio de Sanidad, datos extraídos con fecha 09/05/2022.

<http://regcess.mschs.es/regcessWeb/inicioBuscarCentrosAction.do>

**Unidades de Fisioterapia (U.59) abiertas en Aragón:**

Total de Unidades de Fisioterapia (U.59) abiertos en Aragón 820, de los cuales 200 se encuentran ubicados en municipios de menos de 10.000 habitantes.

- HUESCA provincia: 158 centros.
  - o Municipios con más de 10.000 hab. = 106 centros
  - o Municipios con menos de 10.000 hab. = 52 centros
- TERUEL provincia: 99 centros.
  - o Municipios con más de 10.000 hab. = 52 centros
  - o Municipios con menos de 10.000 hab. = 47 centros
- ZARAGOZA provincia: 563 centros.
  - o Municipios con más de 10.000 hab. = 462 centros
  - o Municipios con menos de 10.000 hab. = 101 centros

**Datos de U.59 Fisioterapia ubicados en municipios de más de 10.000 habitantes:**

Población	Municipio código	Municipio nombre	Datos REGCSS 09/05/2022
675.301	50297	Zaragoza	407
53.429	22125	Huesca	57
35.994	44216	Teruel	42
19.870	50067	Calatayud	14
18.856	50272	Utebo	7
17.362	22158	Monzón	12
17.146	22048	Barbastro	14
17.036	50095	Ejea de los Caballeros	11
16.029	44013	Alcañiz	10
15.250	22112	Fraga	9
13.773	50089	Cuarte de Huerva	5
13.344	22130	Jaca	14
10.494	50251	Tarazona	10
10.183	50074	Caspe	8





COLEGIO PROFESIONAL DE  
FISIOTERAPEUTAS DE ARAGÓN

Paseo Calanda, 80 Local Interior  
50010 Zaragoza  
Tel. 976325798 – 689810469  
[administracion@colfisioaragon.org](mailto:administracion@colfisioaragon.org)

REG. SALIDA s955-2022

### Prestación del servicio asistencial por fisioterapeutas:

#### Ambito privado:

Conforme a datos profesionales comunicados por nuestros propios colegiados, aproximadamente el 79% de nuestros profesionales en activo desarrollan su actividad profesional en el sector privado.

Los diferentes puestos de trabajo se engloban en:

- Centros y consultas sanitarias de Fisioterapia.
- Centros sanitarios multidisciplinares con servicio asistencial de Fisioterapia.
- Hospitales.
- Residencias y Centros de Día.
- Gimnasios y Centros Deportivos.
- Establecimientos de Hostelería como Balnearios.
- Peluquerías o centros de belleza con unidades de servicio asistencial autorizado de Fisioterapia.
- Asistencia al domicilio de los pacientes.

#### Ambito público:

El fisioterapeuta presta su servicio dentro del sector público en estos puestos:

- Centros de Salud del Servicio Aragonés de Salud.
- Hospitales del Servicio Aragonés de Salud.
- Colegios de Educación Especial e Integración.
- Residencias y Centros de Día del IASS.

En Aragón hay 55 fisioterapeutas en Atención Primaria y 144 en Atención Especializada, lo que supone unas ratios de **un fisioterapeuta por cada 24.169,43 habitantes en Atención Primaria y de un fisioterapeuta por cada 9.231,88 habitantes en Atención Especializada.**

\*Fuente: Plantillas Orgánicas del SALUD, última actualización 17/08/2021.

<https://www.aragon.es/-/plantillas-organicas#anchor2>

Teniendo en cuenta estos datos, el aumento de las enfermedades crónicas debido al envejecimiento de la población, las alertas nacionales e internacionales sobre el consumo de fármacos para el dolor y los avances científicos sobre los resultados en salud del ejercicio terapéutico en estos aspectos, el Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Aragón ha elaborado el “Plan de mejora del servicio de Fisioterapia en el Servicio Aragonés de Salud” que contempla las siguientes propuestas para que se inicie una estrategia clara, progresiva y coherente destinada a optimizar el recurso sanitario de la fisioterapia y mejorar la atención a los ciudadanos tanto en atención primaria como en atención especializada:





COLEGIO PROFESIONAL DE  
FISIOTERAPEUTAS DE ARAGÓN

Paseo Calanda, 80 Local Interior  
50010 Zaragoza  
Tel. 976325798 – 689810469  
[administracion@colfisioaragon.org](mailto:administracion@colfisioaragon.org)

REG. SALIDA s955-2022

Mejorar el acceso de los ciudadanos al fisioterapeuta:

- **Adecuar el número de fisioterapeutas en Atención Primaria** para mejorar la atención a los usuarios, tanto a nivel urbano como en zonas más despobladas, para aumentar la capacidad resolutoria de la AP en general y en el medio rural en particular.
- **Poner en marcha el acceso directo a las Unidades de Fisioterapia en patologías de alta prevalencia y baja complejidad**, abordables en Atención Primaria, para incrementar la capacidad de actuación en promoción de la salud, educación para la salud y prevención de la enfermedad.
- **Establecer en los centros de especialidades un nivel de atención de patologías especializadas que no precisan ser atendidas en el hospital**. Facilitando así la atención del paciente próxima a su domicilio, reduciendo el gasto de transporte sanitario y facilitando los grupos locales de paciente experto.
- **Incorporar la derivación directa de los recursos de Fisioterapia hospitalaria en la atención de los pacientes hospitalizados de todas las especialidades que precisen que sean tratados en el hospital**.
- Siguiendo el principio de equidad adecuar los recursos, para que en todos los hospitales de la Comunidad Autónoma todos los pacientes que lo precisen tengan acceso a tratamiento de Fisioterapia en todas las áreas asistenciales, traumatología, neurología, cardiorrespiratorio, uroginecología, pediatría y neonatología, oncología.

Incorporación de la evidencia científica en Fisioterapia en el sistema sanitario:

- **Actualización de la cartera de servicios del SALUD acorde con las necesidades de tratamiento fisioterápico de la población y con las funciones de los fisioterapeutas establecidas en la Orden CIN** de la titulación de Fisioterapia así como con los avances en conocimiento científico de esta disciplina.  
En la actualidad, consideramos imprescindible el desarrollo de la competencia de los fisioterapeutas de gestionar el alta del paciente, una vez conseguido el objetivo terapéutico, o cuando este sea inalcanzable con terapia física.
- **Creación de Unidades de Estrategias de Afrontamiento Activo para el Abordaje del Dolor, en Atención Primaria, así como otras unidades específicas según las características de la población**. Así, se maximizan los beneficios en el paciente de la terapia no farmacológica, disminuyendo el consumo de medicación y favoreciendo la responsabilidad y autonomía para el paciente en su proceso.
- **Facilitar la investigación autónoma en las Unidades de Fisioterapia tanto hospitalarias como de Atención Primaria**, para conseguir avanzar en el conocimiento científico y en los resultados en salud de la población.



Página 4 de 5





COLEGIO PROFESIONAL DE  
FISIOTERAPEUTAS DE ARAGÓN

Paseo Calanda, 80 Local Interior  
50010 Zaragoza  
Tel. 976325798 – 689810469  
[administracion@colfisioaragon.org](mailto:administracion@colfisioaragon.org)

REG. SALIDA s955-2022

Mejorar la comunicación y coordinación entre profesionales:

- **Integrar a los Fisioterapeutas como miembros, a todos los efectos, en los Equipos de Atención Primaria** garantizando su presencia en todos ellos.
- **Desarrollar un plan sólido de Atención Comunitaria** en el que participen los fisioterapeutas como miembros de los equipos multidisciplinares, para garantizar la utilización del ejercicio terapéutico como herramienta en grupos de riesgo y en la población en general.
- **Crear la figura del Coordinador/supervisor de Fisioterapia de Atención Primaria** en cada Área de Salud y un Coordinador regional de Fisioterapia de Atención Primaria.
- **Establecer una coordinación real entre niveles asistenciales para garantizar la continuidad asistencial.** Asegurar una relación directa entre fisioterapeutas de ambos niveles asistenciales o, a través de la supervisora del servicio de rehabilitación del hospital y la figura homóloga que debería crearse en AP (supervisor/coordinador de las UFAP).
- **Aumentar y mejorar los canales de e-diálogo e interconsultas virtuales** para que sean realmente resolutivos.

Este Plan ha sido presentado a la Consejería de Sanidad del Gobierno y Aragón y posteriormente a los distintos Grupos Parlamentarios de Las Cortes de Aragón. Actualmente estamos a la espera de una comparecencia ante Las Cortes de Aragón para exponerlo con la esperanza de que se consiga aprobar una Proposición No de Ley que contemple lo expuesto.



Fdo. Aitor Garay Sánchez  
DECANO del CPFA





COLEGIO PROFESIONAL DE  
FISIOTERAPEUTAS DE ARAGÓN

Paseo Calanda, 80 Local Interior  
50010 Zaragoza  
Tel. 976325798 – 689810469  
[administracion@colfisioaragon.org](mailto:administracion@colfisioaragon.org)

REG. SALIDA s955-2022

Mejorar la comunicación y coordinación entre profesionales:

- **Integrar a los Fisioterapeutas como miembros, a todos los efectos, en los Equipos de Atención Primaria** garantizando su presencia en todos ellos.
- **Desarrollar un plan sólido de Atención Comunitaria en el que participen los fisioterapeutas** como miembros de los equipos multidisciplinares, para garantizar la utilización del ejercicio terapéutico como herramienta en grupos de riesgo y en la población en general.
- **Crear la figura del Coordinador/supervisor de Fisioterapia de Atención Primaria** en cada Área de Salud y un Coordinador regional de Fisioterapia de Atención Primaria.
- **Establecer una coordinación real entre niveles asistenciales para garantizar la continuidad asistencial.** Asegurar una relación directa entre fisioterapeutas de ambos niveles asistenciales o, a través de la supervisora del servicio de rehabilitación del hospital y la figura homóloga que debería crearse en AP (supervisor/coordinador de las UFAP).
- **Aumentar y mejorar los canales de e-diálogo e interconsultas virtuales** para que sean realmente resolutivos.

Este Plan ha sido presentado a la Consejería de Sanidad del Gobierno y Aragón y posteriormente a los distintos Grupos Parlamentarios de Las Cortes de Aragón. Actualmente estamos a la espera de una comparecencia ante Las Cortes de Aragón para exponerlo con la esperanza de que se consiga aprobar una Proposición No de Ley que contemple lo expuesto.



Fdo. Aitor Garay Sánchez  
DECANO del CPFA



## Colegios de Enfermería de Aragón





# CONSIDERACIONES SOBRE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Grupo de trabajo de  
Atención Primaria

Colegio de **Enfermería de HUESCA**





Organización Colegial de Enfermería  
Colegio Oficial de Huesca

Tal y como fue concebida la Atención Primaria cerca de los años 80, los profesionales encargados de tan importante trabajo debían cubrir de forma sistemática tanto la asistencia de urgencia en los recién llamados Centros de Salud, como la que pudiera surgir en los domicilios del paciente, como para la demanda y atención programada, igualmente en el centro o en el domicilio. El cambio fundamental fue el incorporar la atención a la población sana, es decir, fomentar la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

Estamos hablando de lo que llegó a ser en el inicio, pero todo aquello se esfumó. Actualmente, tal es la saturación de los profesionales, la mala organización y el bajo perfil de liderazgo, que todo se reduce a actuación a demanda de la población, al individuo, no Familia, y al enfermo, y no a la Comunidad. Los que se empezaron a llamar Centros de SALUD, en muchos casos ya no lo son, son consultorios, ambulatorios, etc.

Las funciones propias del personal de enfermería en Atención Primaria están dirigidas a la consecución de la promoción de la salud, la prevención, la recuperación y la rehabilitación de las enfermedades, de forma tal que sitúe los servicios al alcance del individuo, la familia y la comunidad, para satisfacer así las demandas de salud a lo largo del ciclo vital.

En general, y más en la provincia de Huesca, tenemos unos factores que implican la necesidad de revisar tanto los recursos humanos y materiales, como de revisar y replantear la organización de los centros y del engranaje que lo sustenta. Esos factores son la edad de los pacientes, cada vez más mayores, con pluripatología, polimedicaados, y más dependientes. Y otro factor importante es la dispersión de la población, y la baja densidad de ocupación: muchos pueblos dispersados por la provincia y con pocos habitantes.

Consideramos que los profesionales enfermeros están capacitados para dar mucho más a la población, pero el sistema de funcionamiento actual no deja tiempo para ello. Todos estos recursos humanos están, por un lado, infrautilizados, y por otro, saturados. Esta es la paradoja.



Organización Colegial de Enfermería  
Colegio Oficial de Huesca

La población no se merece, en muchos casos, la atención que da tiempo a darle iría mucho más allá con una buena organización y un número de recursos humanos adecuado.

Los resultados de la inversión necesaria se ven siempre a largo plazo, lo cual dificulta la priorización de las administraciones. Se ha invertido mucho en atención especializada y muy poco en la puerta de entrada al sistema, que a la larga disminuiría la presión en hospitales. Está claro.

Se entiende y se considera necesaria una reorganización amplia y profunda de la Atención Primaria.

Recogemos en el siguiente documento las carencias/reivindicaciones del personal de Atención Primaria.

Vamos a dividir estas cuestiones en varios apartados:

- **Relacionadas con la ESTRUCTURA**

- Necesidad de espacios adecuados:
  - para tanto pase de consulta de enfermería, como
  - para clases de educación maternal (matronas)
  - o grupos de crónicos,
  - salas de consultas polivalentes
  - para urgencias, que debería haber mínimo dos, para poder dejar a pacientes en observación mientras se sigue atendiendo a otros

Ante la escasez de salas, puede darse el caso de tener que dejar a medias un tratamiento o cura, por ejemplo, para dar paso a una urgencia. Esto no se lo merece la población.

En los centros de cabecera, en muchas ocasiones, no hay consultas para los profesionales de otros puntos, ni tampoco para los profesionales de apoyo (matrona, pediatra, psicólogo...), lo cual dificulta una buena atención.





Organización Colegial de Enfermería  
Colegio Oficial de Huesca

- **Relacionadas con los Recursos MATERIALES**
  - Programas informáticos. Actualmente, el OMI, que no deja trabajar a dos profesionales que lo necesiten a la vez. Dobles registros de actuaciones, etc. con la consiguiente pérdida de tiempo que podría emplearse en atender a las personas.
  - Mobiliario: renovación de sillas (para profesionales y usuarios), mesas, etc., y aumento de disponibles.
  - Material para la realización de pruebas diagnósticas: espirómetros, electrocardiógrafos.
  - Medios audiovisuales como soporte a charlas de educación (ordenador, proyector, altavoces, medios para hacer charlas online). Para hacer una adecuada atención a la Comunidad, está claro que se necesitan materiales.
  - Para educación maternal: espejos en la pared, maquetas como pelvis, musculatura pélvica o muñecos de simulación.
  - Uniformes de los profesionales.
- **Relacionadas con los Recursos HUMANOS**
  - Redistribución de los cupos de población y aumento de los profesionales enfermeros para poder llevar a cabo todas sus competencias en Atención Primaria. Como hemos dicho anteriormente, no se puede atender de forma integral a la población.
  - Sustituciones de bajas laborales, vacaciones, etc. Que se sustituyan en vacaciones, bajas u otras incidencias. especialidades no suelen sustituir nunca o casi nunca, las de la zona oriental se quejan especialmente y lo achacan a su situación geográfica (Fraga, Graus...).
  - Desplazamientos con vehículo propio. Plazas de difícil cobertura: Pensar en incentivos de algún tipo para las sustituciones en estas plazas: contratos más largos, plus económico, plus de puntuación en bolsas, etc.
- **Relacionadas con la Responsabilidad Social Corporativa**
  - Gasto de energía. No se controla. Puede haber centros que para disponer de agua caliente deban tener encendida la calefacción incluso cuando no haría falta.
  - Residuos (enfermeros).



Organización Colegial de Enfermería  
Colegio Oficial de Huesca

- **Relacionadas con los PROCESOS de Atención**

- Enfermería de enlace, y enfermera gestora de casos, tanto para procesos generales como para especializados como puede ser el caso de las matronas.
- Relación con especializada. Por un lado, facilitar la comunicación para consulta con enfermeras en servicios especiales, por ejemplo, de ostomías, o para la atención a procesos complicados, y por otro intercambio de formación conjunta para procesos comunes.
- Valoraciones geriátricas.

Huesca, mayo 2022





### Aportaciones para el Justicia de Aragón del colegio de **Enfermería de Zaragoza** sobre el Plan de Atención Primaria y Comunitaria de Aragón 2022-2023

El Colegio de Zaragoza presentó en el momento de la presentación del documento una serie de alegaciones, en el presente documento hacemos un resumen de estas, por lo que las siguientes consideraciones van al hilo de las mismas.

#### PLANTILLAS

La necesidad de plantilla sanitaria es general, pero mucho más perentoria en lo que se denominan plazas de difícil cobertura, las acciones para cubrir estas plazas no siempre pasan por grandes cambios ni siquiera por ningún gasto extra, solo por ser consciente de su carencia y facilitar su solución, y el ejemplo que ponemos a continuación lo evidencia.

- Nos parece importante el planteamiento de identificar los puestos de difícil cobertura y los incentivos (económicos y no económicos) para la atracción y retención en dichos puestos. Un incentivo no económico es valorar estos puestos de forma que haga posible un futuro traslado, ahora mismo uno de los problemas que tienen es la dificultad que existe del cambio de plaza.
- Nos parece que la rotación en las especialidades EIR por estas plazas es importante, considerándose la especialidad de geriatría en estas rotaciones que no se ha planteado hasta el momento.
- La dimensión de las ratios de plantilla debe tener criterios que vayan más allá del mero número de pacientes asignados, ya que la edad, multimorbilidad o de complejidad de la población hace que el volumen del trabajo enfermero sea muy superior, así mismo los



ORGANIZACIÓN  
COLEGIAL DE ENFERMERÍA  
Colegio Oficial de Zaragoza

desplazamientos para esta atención implican que los recursos humanos tengan un menor aprovechamiento asistencial de su tiempo.

Las ratios que existen actualmente en A.P. Son:

Un médico de familia por cada 1.160 habitantes; un pediatra por cada 1.003 niños y una enfermera por cada 1.350 habitantes. Existe una clara infradotación de personal en la categoría de Enfermería.

Al comienzo del documento se describe la plantilla estructural reconocida en los centros de salud de Aragón (datos a 1 de enero de 2021): 960 profesionales de Medicina de Familia, 180 profesionales de Pediatría, 958 profesionales de Enfermería. Por lo tanto, en Aragón hay.

Aun considerando el incremento de esas 106 plazas ya tipificadas como especialistas, el número de profesionales que ejercen la medicina en AP es de 1.140, el número de enfermeras seguirá quedando por debajo quedando en 1.064 enfermeras/os.

Este déficit conlleva que los médicos tengan que realizar funciones que puede realizar las enfermeras lo que supone un mayor coste para el sistema.

Ocurre lo mismo con el profesional auxiliar, lo que implica que parte del tiempo que utilizan las enfermeras sean tareas asumibles por otros perfiles profesionales.

No solo el número de pacientes y sus características determinan la necesidad de plantilla.

- Otro aspecto para valorar es el número y tipo de internos de las residencias que se encuentran en una zona básica. La atención de las enfermeras en una residencia no debe limitarse a la atención puntual



ORGANIZACIÓN  
COLEGIAL DE ENFERMERÍA  
Colegio Oficial de Zaragoza

de un usuario que se encuentra en ella, si no de tener una visión global de la misma.

Esta figura que ya está planteada por el SALUD, que exista una responsable de residencias de la zona, tiene el problema que pretende realizarse con los mismos recursos existentes, y el trabajo que plantea esta labor, si se quiere realizar bien, implica mucho tiempo profesional.

No olvidemos que muchas de ellas no cuentan con enfermeras ni médicos.

Esta pandemia ha demostrado la importancia de realizar un buen aislamiento con circuitos adecuados. Lejos de ser un tema superado, debería tenerse en cuenta en momentos de epidemias de gripe o en distintos brotes que pueden aparecer en las residencias.

- El suministro de materiales y la cantidad de los mismos, no está supervisado aunque si financiado por el SALUD, y supone coste importante.
- Por estas razones, aunque entendemos el esfuerzo presupuestario que supone el incremento de la ratio de enfermeras, creemos que en próximos años debería seguir siendo una prioridad para el sistema público.

#### ASIGNACION DE POBLACIÓN.

Otra petición histórica desde la profesión enfermera es la asignación de población por profesional, este es un punto que nunca se ha podido conseguir, aunque no conlleve coste presupuestario y que dificulta muchas acciones y evaluaciones del trabajo.

Un ejemplo concreto: Es un hecho constatado desde hace varios años que las enfermeras también investigan (y de hecho es una parte importante de su labor). Hasta ahora no tenemos acceso a los datos de pacientes ya que tienen solo CIAS de médico.



ORGANIZACIÓN  
COLEGIAL DE ENFERMERÍA  
Colegio Oficial de Zaragoza

Esto se suma a la dificultad de conseguir datos para poder realizar estudios, ya que el sistema no nos permite acceder a ellos sin pasar por un servicio el de informática que siempre ententece o lo impide por su alta carga de saturación.

### **Capacidad de resolución**

- De la misma manera que se contempla para los profesionales médicos, deberían incorporarse la posibilidad de que las enfermeras realicen interconsultas, virtuales o no, entre niveles asistenciales. Esto mejoraría la capacidad de resolución de las enfermeras en la atención a los pacientes, así como la coordinación con la atención hospitalaria.  
Tengamos en cuenta que estos pacientes salen con un nivel de cuidados complejos y que las distancias complican la comunicación y revisión hospitalaria.
- El otro punto es agilizar en la medida de lo posible la indicación enfermera, como herramienta para poder ser más resolutivas, en estos momentos tenemos que recurrir a la receta de un compañero médico de una indicación valorada por una enfermera, toda la indicación de apósitos y material de curas es un claro ejemplo. Todos los pasos se han realizado y se ha pilotado en varios puntos tanto de Hospital como de Primaria, por lo que se necesita el impulso final para que se convierta en una generalidad.
- Contamos, no solo con una población muy envejecida, si no que nuestro saldo vegetativo en Aragón es negativo. Hemos de preparar una Atención Primaria que responda a la actualidad y que sea capaz de abordar un escenario a 20 años vista. El Plan requiere esa visión, dotada con los profesionales en cantidad y perfil adecuados.
- En este sentido se habla de las 106 plazas de nueva creación para EFYC, pero no se hace ninguna referencia a la reconversión del resto de las plazas de enfermera en AP en plazas de especialista, ni a corto ni a medio-largo



ORGANIZACIÓN  
COLEGIAL DE ENFERMERÍA  
Colegio Oficial de Zaragoza

plazo. Sería conveniente que el plan contemple y establezca plazos y fórmula para dicha reconversión.

Para ello habrá que realizar una identificación precoz de personas con necesidad de atención paliativa; seguimiento de personas con enfermedades crónicas avanzadas; con pronóstico de vida limitado; planificación compartida de la atención; cuidados paliativos y la atención de apoyo a los cuidadores.

Para finalizar debería ser de precepto proponer un documento y que este sea la línea o el camino organizativo y conceptual que se espera, no podemos discrepar sobre nada ni poner en valor nada si estamos hablando solo de teorías que nunca pretende ponerse en práctica ni tener visos de ser una organización real.

Eso es lo que se está dando en estos momentos.

Desde la presentación del documento se ha dado el caso que se contempla en el mismo para que la coordinación del equipo pueda ser asumida por un profesional sanitario. El nombramiento de este profesional ha sido frenado por la misma institución que emitió el documento parece ser sin contar con que se podía producir en la realidad. Y por lo tanto habilitar los mecanismos para que se pueda llevar a cabo

Zaragoza, 25 de mayo de 2022



Fdo. Teresa Tolosana Lasheras  
Presidenta

## ANEXO IV – ENTIDADES





## CRUZ ROJA



 Cruz Roja

 Cruz Roja

**INFORME  
INTERVENCIÓN EN SALUD  
EN EL ÁMITO RURAL  
CRUZ ROJA EN ARAGÓN**





## Índice

### 1.-Introducción

### 2.-Proyectos que contienen acciones de salud y mapa de localización por comarcas

#### 2.1.-PROGRAMA: PERSONAS EN SITUACIÓN DE EXTREMA VULNERABILIDAD

- 2.1.1.-Prevención de la Exclusión Escolar en tiempos de crisis
- 2.1.2.-Atención urgente a necesidades básicas
- 2.1.3.-Bienestar personal y activación de la mujer
- 2.1.4.-Prevención de la exclusion residencial.

#### 2.2.- PLAN: CRUZ ROJA JUVENTUD.

- 2.2.1.-Educación para las salud.
- 2.2.2.-Prevención de conductas violentas.
- 2.2.3.-Inclusión Social para niños y niñas en riesgo social.

#### 2.3.-PROGRAMA: INMIGRANTES

- 2.3.1.-Integración de inmigrantes

#### 2.4.-PROGRAMA: PERSONAS MAYORES

- 2.4.1.-Atención a personas con funciones cognitivas deterioradas.
- 2.4.2.-Atención a personas cuidadoras.
- 2.4.3.-Promoción del envejecimiento saludable (Salud Constante)
- 2.4.4.-Red social para personas mayores (Enréd@te)

#### 2.5.-PROGRAMA: INFANCIA EN DIFICULTAD SOCIAL

- 2.5.1.-Intervención socioeducativa en medio abierto con menores bajo medidas de responsabilidad penal
- 2.5.2.-Intervención familiar con infancia en riesgo



3.- Proyectos que posibilitan el acceso a la Sanidad Pública en el ámbito rural.

- 3.1.-PROGRAMA: PERSONAS CON DISCAPACIDAD
  - o 3.1.1.-Transporte en Vehículos Adaptados.
- 3.2.-PROGRAMA: PERSONAS MAYORES.
  - o 3.2.1.-Ayuda a Domicilio Complementaria.

4.- Proyectos de Salud Comunitaria.

5.- Campañas.

6.- Mapa de posicionamiento de ambulancias de Cruz Roja Española en Aragón

7.- Conclusiones.



## 1.-Introducción.

España tiene un sistema sanitario que es considerado como uno de los mejores en el entorno, lo cual no excluye su limitación en determinadas coberturas. De acuerdo con el INE, a uno de cada diez hogares españoles le resulta "difícil" o "muy difícil" pagar los servicios sanitarios incluyendo los medicamentos, y tres de cada diez en los que vive una persona dependiente que necesita recibir cuidados a domicilio no tiene cubierta esa asistencia por no poder pagarla.

Es bien sabido que los estados de pobreza y exclusión social deterioran la salud y merman la esperanza de vida. La pobreza y la exclusión social están asociadas a padecer, no solo necesidades básicas de alimentación, limitaciones de acceso a bienes y servicios, desempleo o condiciones precarias de trabajo, sino adicionalmente a otras dificultades como pueden ser las enfermedades. La enfermedad es un fenómeno complejo que no se puede definir solo desde el punto de vista biológico, debido a que éste deriva de un conjunto articulado de procesos culturales y políticos, cargado de connotaciones sociales. La salud depende de factores ambientales, genéticos, socioculturales, que se reúnen en una misma persona y se manifiestan de forma particular en cada caso.

La Federación Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, a partir de la Estrategia 2020, centrada en "Salvar vidas, cambiar mentalidades", gira en torno a tres objetivos estratégicos:

- Salvar vidas, proteger los medios de sustento y apoyar la recuperación después de desastres y crisis.
- Posibilitar una vida sana y segura.
- Promover la inclusión social y una cultura de no violencia y paz.

En relación con el segundo objetivo, las acciones de promoción de la salud tendrán como fin la reducción de la vulnerabilidad de las personas y las comunidades de las que éstas forman parte, consiguiéndose que disfruten plenamente de sus



derechos. Por ello, las acciones deben desarrollarse en base a las siguientes prioridades:

- Ampliar el acceso a los servicios básicos y públicos de salud, y promover la adquisición de competencias básicas en primeros auxilios y de cara a la prevención de enfermedades e infecciones.
- Mejorar la atención sanitaria durante el tratamiento, incluyendo el apoyo educativo y psicosocial; facilitando una intervención integral e individualizada con la persona/comunidad.
- Adoptar medidas que influyan en los factores subyacentes de índole social, ambiental y comportamental que determinan un buen estado de salud.

Cruz Roja Española parte del concepto de "Promoción de la salud", dando fuerza a la idea de capacitar y dotar de poder a las personas para controlar su salud, centrando sus actuaciones en el desarrollo de estrategias de prevención, la educación para la salud y la asistencia centrada en los factores sociales de las personas y colectivos que se encuentra en situación de vulnerabilidad.

El presente informe se elabora a petición del Lugarteniente del Justicia de Aragón y pretende reflejar las principales intervenciones y recursos dedicados por Cruz Roja Española en Aragón a la estrategia de la Federación Internacional de la Cruz Roja la Media Luna Roja antes mencionada centrada en " Salvar vidas, cambiar mentalidades", fijándonos especialmente en el etno rural aragonés y ejecutada principalmente a través de nuestros planes de intervención de Salud e Intervención Social.





## 2.-Proyectos que contienen acciones de salud y mapa de localización por comarcas.

### 2.1.-PROGRAMA: PERSONAS EN SITUACIÓN DE EXTREMA VULNERABILIDAD.

#### 2.1.1.-Prevención de la Exclusión Escolar en tiempos de crisis.

La intervención que realizamos con los niños, niñas y adolescentes pertenecientes a familias especialmente vulnerables a través de este proyecto pretende favorecer el acceso a la educación en igualdad de condiciones que el resto de sus compañeros, apoyándoles en el soporte de gastos relacionados con el ámbito educativo, contribuyendo así a que sus familias fortalezcan sus capacidades y reduzcan su situación de extrema vulnerabilidad o de exclusión social; y a que se aminoren los riesgos que estos niños y niñas sufren de fracaso/abandono escolar, al favorecer la integración escolar y la prevención de la exclusión educativa.

Una de las principales actuaciones de este proyecto es la entrega a los niños, niñas y adolescentes, de los libros de texto o de lectura, del material escolar, actividades extraescolares y vestuario requeridos por cada centro educativo. Se complementa con el vestuario necesario, los costes de becas de comedor, cuotas de AMPAS, guardería, actividades extraescolares... Mejorar el acceso a las ayudas educativas que puedan existir para familias en situaciones de vulnerabilidad es otro pilar básico del presente proyecto. Para ello, se han puesto en marcha actuaciones de orientación, acompañamiento, asistencia y mediación. También se realizan asistencia psicológica individual para mitigar el estrés provocado por la difícil situación en la que se encuentran sus familias y facilitar sus habilidades de relacionarse con sus compañeros y compañeras.

La salud emocional de los niños, niñas y jóvenes es un factor determinante del éxito escolar y académico.

Dentro del proyecto tratamos de suplir la carencia de hábitos saludables en la familia y riesgo en el desarrollo bio-psico-social de los niños/as como consecuencia





### 2.1.2.-Atención urgente a necesidades básicas.

Con este Proyecto se contribuye a la cobertura de las necesidades básicas, de personas y colectivos en situación de vulnerabilidad que se encuentran empadronados en el territorio aragonés.

Se da respuesta con diferentes actuaciones a las necesidades económicas y materiales, y también a las necesidades sociales y emocionales de personas que, por diferentes motivos, no pueden tenerlas cubiertas en su totalidad.

Las principales actuaciones del proyecto son:

1. Cobertura de las necesidades básicas con productos alimenticios; productos de higiene; productos para la limpieza del hogar; productos sanitarios; productos de ahorro doméstico; menaje; herramientas, luz, agua, gasoil...
2. Talleres, capacitación y acciones formativas sobre mejora de las competencias personales y técnicas; sobre economía y ahorro doméstico.
3. Apoyo humano tanto individual como grupal para amortiguar los efectos que la situación produce en su salud emocional.
4. Orientación e Información social, acompañamiento y asistencia, mediación y seguimiento.

En ese caso, también se establece como criterio para ser beneficiario del proyecto la valoración de la situación personal que aborda, entre otras, las situación de salud de la persona y/o familia a atender.

Dentro del proyecto se trabajan distintos aspectos tales como la compra, alimentación y salud, vivienda (alquiler, hipotecas, derechos y deberes), renta, ayudas de la administración (solicitud de becas, ayudas de alquiler, etc.) facturas de luz, gas y agua, así como algunas acciones de ahorro doméstico, teniendo en cuenta el riesgo de malnutrición en los miembros de las familias más vulnerables.

Asimismo, se realizan orientaciones, acompañamientos, asistencias y mediaciones en el acceso a derechos sociales, educativos o de salud.

Este proyecto genera un notable beneficio para la sociedad: el hecho de reducir o limitar las personas que se encuentran en situación de especial vulnerabilidad





### 2.1.3.-Bienestar personal y activación de la mujer.

A través de este proyecto pretendemos fortalecer las capacidades de las mujeres en situación de exclusión social, promocionando hábitos de vida saludables y su participación social. La intervención va dirigida a que las mujeres tomen conciencia sobre sus potencialidades personales y las oportunidades que les brinda su entorno para volver a ser parte activa de la sociedad. Se desarrollan actividades encaminadas a la adquisición o fortalecimiento de competencias y destrezas vinculadas con la salud tanto a nivel físico como a nivel emocional.

Se trabaja para implicar a las mujeres en una participación activa en su entorno más cercano, promoviendo actitudes solidarias y generando una sociedad más inclusiva y con menor fractura social. Se les acompaña en los procesos de aprendizaje para el desarrollo de actividades de ocio y culturales, facilitando la creación y mantenimiento de redes sociales y el intercambio solidario de su disponibilidad para con otros.

En definitiva es un proyecto dirigido a promover la salud integral de las mujeres. Se busca cubrir la mejora de su estado de salud tanto en el aspecto físico como en el emocional, las relaciones sociales, la participación ciudadana, etc...

Nuestro equipo técnico trata de identificar situaciones de carencia de salud y emocional en las personas para que nuestra actuación les refuerce y acompañándolas en la recuperación de su bienestar, su capacidad de relación y su salud física y emocional.

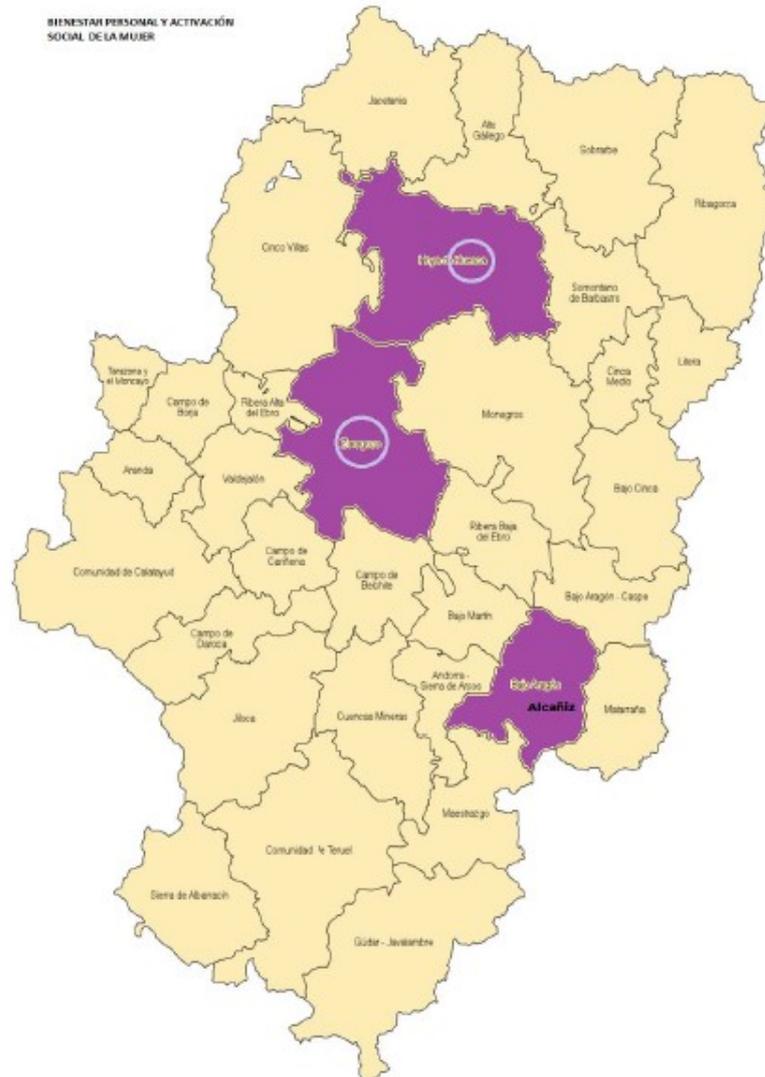
Se realizan sesiones formativas en las que se trabajan hábitos saludables: salud emocional, alimentación, higiene, sueño, sexualidad, beneficios del ejercicio físico.

Se realiza en coordinación con los servicios sociales municipales, servicios de salud, Instituto Aragonés de la Mujer y otras organizaciones implicadas con la mujer y del ámbito socio-sanitario. En ese sentido, es prioritario establecer canales de comunicación y de colaboración con otros agentes sociales de la localidad (Ayuntamiento, asociaciones, centros de enseñanza, servicios de salud, etc.)

Desde hace varios años, Cruz Roja Española, con ayuda de financiación del IRPF, ha venido realizando diversos programas de intervención social dirigidos hacia el



colectivo de mujer (acogimiento, atención y asesoramiento a mujeres en situación de riesgo social) y desde el año 2016 comenzamos a trabajar con este colectivo en una línea más relacionada con la salud y el bienestar, a través de este proyecto. El proyecto lo llevamos a cabo en siguiente ámbito territorial/comarcal:



Aragón  
C/ Sancho y Gil, 8  
50001 Zaragoza

976 218 401  
www.cruzroja.es

10



el Justicia de Aragón



#### 2.1.4.-Prevención de la exclusion residencial

Las líneas de intervención de este Proyecto se basan en facilitar el mantenimiento o la consecución de un espacio habitacional digno; a través del apoyo técnico de los profesionales (valoración, análisis, orientación, asesoramiento, acompañamiento y mediación) y la mejora de la capacitación de las personas en competencias para la gestión de la economía doméstica y la eficiencia energética.

Cruz Roja apoya a personas y unidades de convivencia que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad. El proyecto para prevenir la exclusión residencial trata de asegurar una vivienda digna para dichas personas y unidades de convivencia, ajustando la carga económica que esta supone a las posibilidades reales de la unidad familiar.

Se trata de tener una visión integral de las necesidades habitacionales, incluyendo desde la búsqueda de vivienda, el acompañamiento a recursos y servicios, el asesoramiento legal y en procedimientos administrativos, la valoración y orientación sobre casos concretos, así como la mediación, si fuera necesario.

El proyecto incluye las entregas económicas, siempre y cuando conduzcan a la sostenibilidad de la solución residencial o a imprevistos puntuales que puedan ponerla en riesgo: recibos de alojamiento en situaciones de urgencia (pérdida de vivienda), pago de recibos de alquiler y la realización de mejoras que propicien el mantenimiento de la vivienda al incrementar la habitabilidad de las mismas.

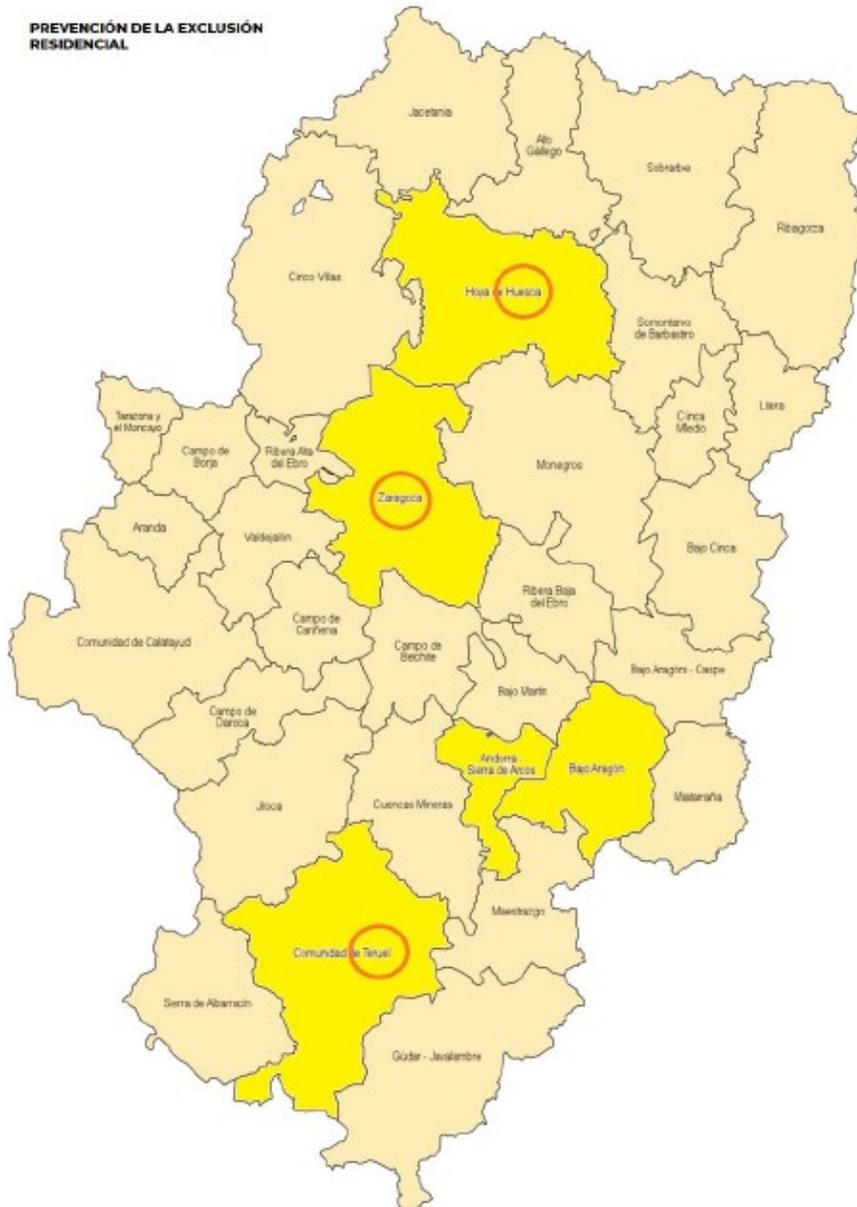
Todas estas actuaciones, se complementan con formación en la gestión económica del hogar y en eficiencia energética, así como en el asesoramiento en optimización de facturas de suministros.

Asimismo, se ofrece apoyo psicológico/emocional para amortiguar los efectos que la vulnerabilidad produce en la salud emocional de las personas.



El proyecto lo llevamos a cabo en siguiente ámbito territorial/comarcal:

**PREVENCIÓN DE LA EXCLUSIÓN  
RESIDENCIAL**



Aragón  
C/ Sancho y Gil, 8  
50001 Zaragoza

976 218 401  
[www.cruzroja.es](http://www.cruzroja.es)

12



el Justicia de Aragón



## 2.2.- PLAN: CRUZ ROJA JUVENTUD

### 2.2.1.-Educación para las salud.

El Proyecto se realiza en el entorno educativo y con niños, niñas y adolescentes, se fomentan y trabajan hábitos de vida saludables con relación a la conducta alimentaria, salud sexual y conducta ante el riesgo de posibles procesos adictivos. Se establecen actuaciones en la prevención de enfermedades de transmisión sexual, trastornos de la conducta alimentaria, y embarazos no deseados.

El presente proyecto tiene un enfoque de promoción de la salud, orientado hacia la capacitación para ejercer el control sobre los factores determinantes de salud y enfermedad.

Las temáticas abordadas en el mismo responden a una sensibilización integral de todos los contenidos que consideramos imprescindibles para que los/las jóvenes obtengan los conocimientos básicos sobre los factores determinantes de la salud.

El proyecto de Educación para la Salud es un proyecto que busca el acercamiento a la población infantil, adolescente y juvenil y, por ende, a sus familias y educadores y educadoras de referencia.

El proyecto lo llevamos a cabo en prácticamente la totalidad del territorio, teniendo en cuenta que se accede fundamentalmente a través de RRSS

EDUCACIÓN PARA LA SALUD





### 2.2.2.-Prevención de conductas violentas.

En este proyecto, abordamos una serie de talleres formativos presencial y online (envío de material interactivo) para la población infanto-juvenil y con un mínimo de dos horas de duración sobre las siguientes temáticas: prevención de conductas violentas, violencia de género, acoso escolar y ciberacoso, discriminación por identidad y/ u orientación sexual y discriminación racial. De manera transversal se trabajan competencias tales como habilidades sociales, la gestión emocional, convivencia y relaciones sociales saludables.

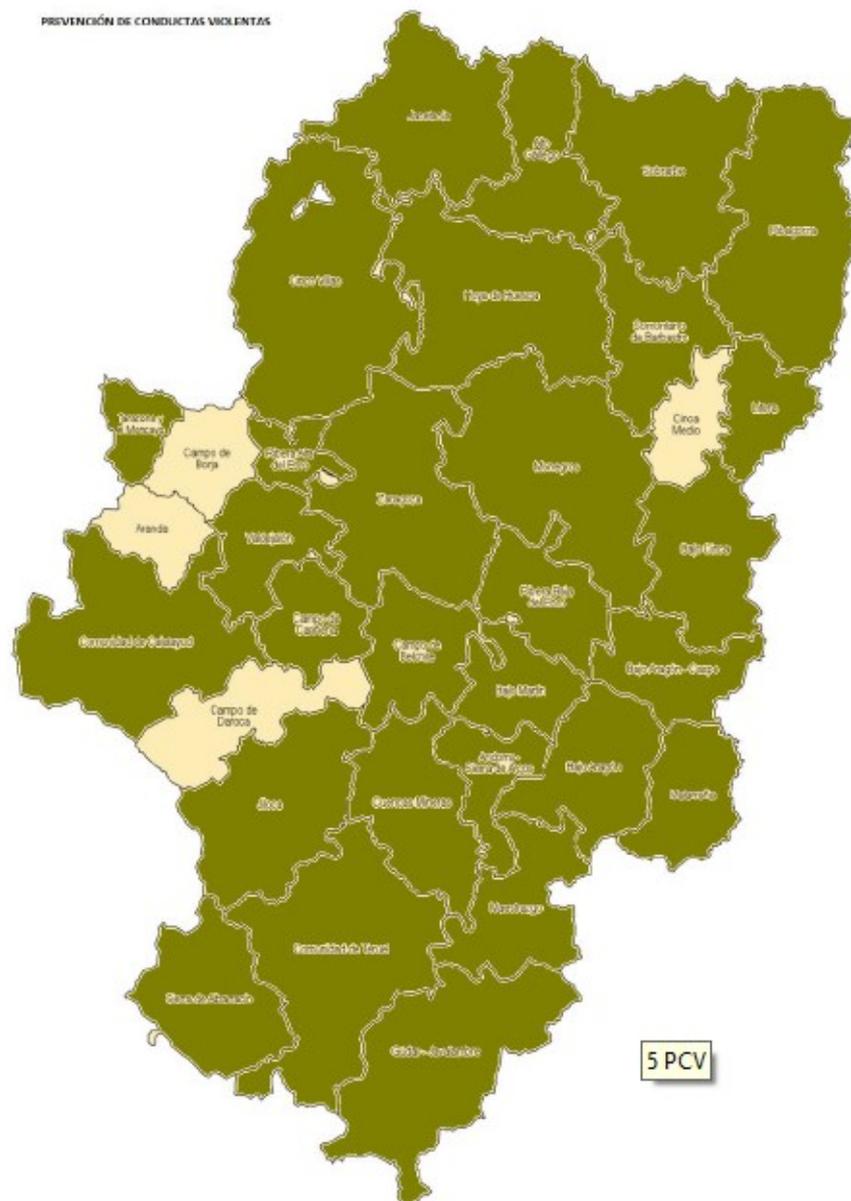
Si bien desde los centros educativos, según la Ley, se trabajará la educación para el consumo responsable y el desarrollo sostenible, la educación para la salud, incluida la afectivo-sexual. Se pondrá especial atención a la educación emocional y en valores, entre los que se incluye la igualdad entre hombres y mujeres, el respeto mutuo y la cooperación entre iguales. Desde Cruz Roja Juventud, queremos asegurarnos del desarrollo integral del alumnado, por eso completamos el currículo escolar con talleres sobre prevención de conductas violentas.

El perfil de la persona voluntaria que participa en este proyecto es un marcado perfil de estudiante del ámbito social y de la salud: Trabajo Social, Psicología, educación social, etc.

Además, están personas han realizado un itinerario formativo orientado a la intervención en el ámbito de la salud, esta formación consta de parte teórica y parte práctica.



El proyecto lo llevamos a cabo en siguiente ámbito territorial/Comarcal en prácticamente la totalidad del territorio, al igual que en Educación para la Salud, y teniendo en cuenta que se accede fundamentalmente a través de RRSS)



Aragón  
C/ Sancho y Gil, 8  
50001 Zaragoza

976 218 401  
[www.cruzroja.es](http://www.cruzroja.es)

15





### 2.2.3.-Inclusión Social para niños y niñas en riesgo social

Se trata de un proyecto incluido en el grupo de programas de promoción de la educación, hábitos saludables y calidad de vida infantil y protección de los derechos de la infancia.

La intervención se realiza para favorecer la inclusión de los niños y niñas se enmarca dentro del ámbito socioeducativo a través de actividades que giran en torno a cuatro ejes: salud, ocio, social y educativo, siendo el hilo conductor, las habilidades sociales.

Se trabaja de manera coordinada y/o complementaria con las entidades del tercer sector, tales como, el área de Servicios Sociales de los Ayuntamientos de Huesca, Zaragoza y Teruel, Unidad de Salud Mental infanto-juvenil del Hospital Miguel Servet de Zaragoza, Escuela de Igualdad del Ayuntamiento de Huesca, Centros de enseñanza primaria y secundaria tanto públicos, como privados y concertados.

Se realizan sesiones socioeducativas de promoción de habilidades sociales y de educación en valores, promoción de la salud y refuerzo educativo. Entrega de Meriendas Saludables, con el objetivo de compensar las carencias nutricionales que puedan presentar los niños y niñas.

Asimismo, pretendemos informar y transmitir conocimientos sobre higiene, hábitos de vida saludables, etc...

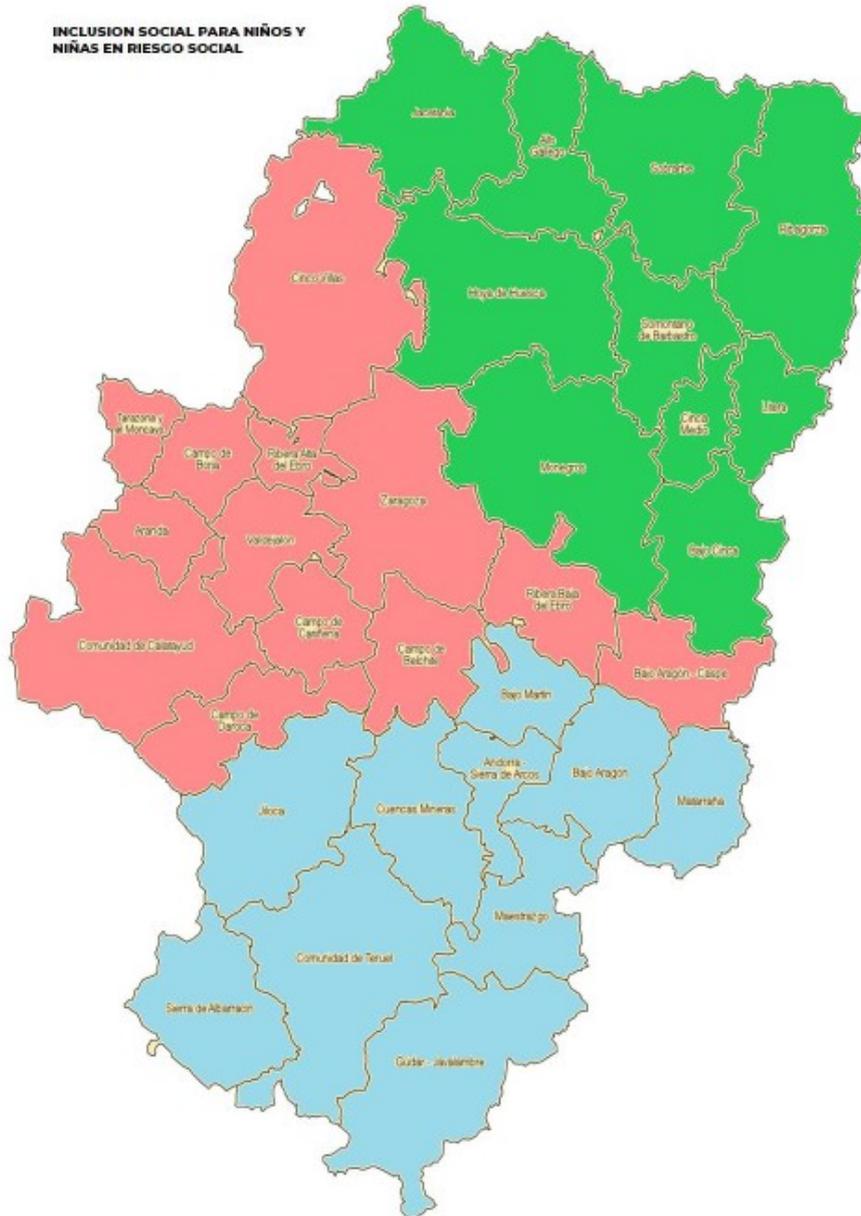
Trabajamos en cinco ámbitos principales:

- ✓ Social.
- ✓ Ocio y tiempo libre.
- ✓ Salud,
- ✓ Académico.
- ✓ Familiar y comunitario.



El proyecto lo llevamos a cabo en la totalidad del territorio aragonés.

INCLUSION SOCIAL PARA NIÑOS Y  
NIÑAS EN RIESGO SOCIAL



Aragón  
C/ Sancho y Gil, 8  
50001 Zaragoza

976 218 401  
[www.cruzroja.es](http://www.cruzroja.es)

17





### 2.3.-PROGRAMA: INMIGRANTES

#### 2.3.1.-Integración de inmigrantes

El programa está diseñado siguiendo la estructura de un itinerario integral de inserción social y pre laboral con medidas específicas en materias como género o acceso a derechos y se aplica en base a los déficits de cada una de las personas participantes ( Aquellas personas migrantes que no han conseguido su integración en nuestra sociedad debido al idioma o a barreras culturales, o necesitan ayuda para algunas actividades como la tramitación de documentación, orientación o acompañamiento para acudir a distintos recursos sociales, sanitarios, administrativos....)

El proyecto contempla acciones de orientación e información y es complementario a los establecidos por las autoridades con carácter general para toda la población. Fundamentalmente esa complementariedad es clara con el área de migraciones, pero también lo es con el área de salud, educación, con INAEM, así como con los programas de igualdad y fomento de la diversidad de los distintos departamentos. Transversalmente se trabaja la promoción de la salud física y emocional, mediante la búsqueda de activos de salud positiva, es decir, factores o recursos que mejoren las capacidades de las personas para mantener y sostener su salud y bienestar, así como el fomento de actitudes relacionadas con la diversidad y eliminación de estereotipos, claves para culminar su proceso en inclusión social y laboral.

Los estudios realizados por Cruz Roja recogen la situación crítica de umbral de pobreza y tasa de paro de los migrantes, que les arrastra a la privación material, economía sumergida, exclusión residencial, problemas de documentación y mala salud.

El proceso migratorio puede, además, conllevar desarraigo, situaciones de inseguridad, desconocimiento del nuevo entorno, riesgo de ser víctimas de conductas xenófobas, discriminación social y laboral, explotación, exclusión social e incluso serios riesgos para la salud y la vida. En todo este contexto, el grado de incidencia es muy diferente entre hombres y mujeres, por lo que es una variable a tener muy en cuenta en el desarrollo de la intervención. Los datos son concluyentes





y justifican la necesidad de acompañar a las personas migrantes en todo su ciclo migratorio, ayudándoles a combatir los factores de vulnerabilidad con proyectos que amortigüen su fragilidad.

Tal y como se establece en el plan de salud de Aragón 2030 "La óptica salud génica pone énfasis en aquello que genera salud y no en lo que genera enfermedad". Persigue un desarrollo saludable integral, potenciando líneas de trabajo tales como la de las habilidades para la vida (autoconocimiento, empatía, comunicación asertiva, etc.) y de los valores (sentido de coherencia, responsabilidad, solidaridad, compromiso).

Desde el equipo técnico se realiza un esfuerzo para unificar, simplificar y facilitar la información contenida en las diferentes estrategias de promoción y educación para la salud vigentes, dada la dispersión de documentos y de criterios emitidos a lo largo del tiempo.

Para ello contamos con protocolos de comunicación con otras entidades como CMSS, SALUD, entre otras.

Llevamos a cabo sesiones dirigidas a la mejora de la salud emocional (sentimiento de pérdida, prevención síndrome Ulises, prevención sintomatología de estrés, ansiedad y depresión...) y sesiones de promoción de hábitos saludables (alimentación, sueño, salud sexual y reproductiva, beneficios del ejercicio físico...) (Orientación, asistencia, acompañamiento, capacitación / salud).

La atención en salud emocional a personas en situación de vulnerabilidad social requiere de una especialización, y un enfoque integral, interdisciplinario e interseccional que muchas veces no ofrece el Sistema. La salud física y la psíquica, se retroalimentan porque no se trata de compartimentos estancos, ni de instancias separadas, sino de un todo bio-psico-social. Estudios, en el ámbito de la psico-neuro-inmunología resaltan la importancia del ambiente social y los estilos de vida como factores modeladores del estrés, y cómo cuando tienen un efecto negativo sobre éste pueden propiciar el desarrollo o agravamiento de enfermedades de carácter sistémico. El deterioro en la salud es el resultado del proceso permanente de comunicación multidireccional a través del cerebro (estrés percibido), el sistema nervioso autónomo, el sistema endocrino y el sistema inmune.





## 2.4.-PROGRAMA: PERSONAS MAYORES

### 2.4.1.-Atención a personas con funciones cognitivas deterioradas.

Este proyecto va dirigido a personas mayores de 65 años que sufren un deterioro en fases incipientes, (leve/moderado) de las funciones cognitivas, fundamentalmente dependientes de grado I y en menor medida a mayores "frágiles" no dependientes y dependientes de grado II.

El deterioro cognitivo supone una de las principales quejas de las personas mayores en el ámbito de la atención primaria.

Los trastornos cognitivos son uno de los principales problemas de salud en los mayores, por el impacto que tienen en el propio enfermo, en sus cuidadores, en sus familias y en el sistema sanitario. El presente programa amplía el alcance de servicios similares ofertados por distintas Administraciones Públicas. Las especiales características demográficas y geográficas de nuestra Comunidad Autónoma hacen que los recursos tanto públicos como privados dirigidos a contener el deterioro cognitivo tengan una desigual implantación, de ahí la necesidad de complementarlos. La fuerte capilaridad territorial de la Institución (más de treinta oficinas abiertas al público distribuidas por toda la geografía aragonesa) unida a la malla social que conforman nuestros miembros y a las herramientas tecnológicas propias nos permiten dar respuesta a necesidades no cubiertas actualmente.

Se potencia la integralidad de la intervención por el respaldo de un equipo multidisciplinar, la coordinación interinstitucional y la derivación a otros de nuestros programas. Se ha detectado la necesidad de establecer una figura que acompañe a los beneficiarios y a sus familias durante todo el proceso; esa figura, el voluntariado social de acompañamiento debidamente formado y capacitado permitirá complementar nuestra intervención mediante el trabajo en red. Por último, el tejido social que conforma nuestra Institución (socios, donantes, voluntarios y colaboradores esporádicos) facilita la detección temprana de posibles beneficiarios y el fortalecimiento de la intervención comunitaria.

Atendiendo al vigente Plan de Salud Mental de Aragón que establece la asistencia psicogeriátrica como eje prioritario se establece que esta va dirigida, entre otros



colectivos, a la atención a las personas mayores que presentan enfermedades mentales activas, así como a su entorno. Incluye a los pacientes que desarrollan enfermedades mentales de aparición tardía, entre las que se encuentra el deterioro cognitivo. Según el mismo plan la asistencia psicogeríátrica se caracteriza por "ser comunitaria, global, interdisciplinar, integral, atendiendo también a las actividades preventivas, la formación y la investigación".

La trayectoria de complementariedad con las políticas públicas permite a Cruz Roja Española en Aragón contar con canales colaborativos permanentes con la mayoría de servicios públicos implicados: centros de salud, centros de servicios sociales comarcales y municipales, centros, servicios y recursos dependientes de direcciones provinciales tanto del ámbito sanitario como del ámbito social e interlocución continuada tanto con el Instituto Aragonés de Servicios Sociales como con el Servicio Aragonés de Salud. Contamos con convenios de colaboración tanto generalistas como específicos con la mayoría de Administraciones Públicas enumeradas.

Para acceder a formar parte del proyecto como persona usuaria, los posibles beneficiarios deben responder a un breve cuestionario del ámbito de la salud, tras el cual, si es derivada al programa, se mantiene una entrevista personal donde se valoran las circunstancias y las dificultades de la persona atendida, apoyándonos en escalas como con Mini-examen Cognoscitivo de Lobo (MEC) el cual evalúa el estado mental y permite observar la progresión del estado cognitivo.

Se realizan actividades tanto individuales (evaluación de su situación personal y orientación sobre recursos o actividades que pueden seguir para mantener o mejorar sus funciones cognitivas y que les faciliten la realización de las ABVD, entrevistas presenciales o telefónicas encaminadas a verificar la evolución de su deterioro, así como a motivar para participar en las actividades propuestas y llevar un seguimiento de su evolución o agendas personalizadas para dar pautas que ejerciten la memoria); como grupales (basadas en una metodología abierta y adaptada al usuario y pretenden capacitar a los usuarios en diferentes aspectos que tienen que ver no sólo con el mantenimiento de sus capacidades sino también con





su situación personal: alimentación y vida saludable, pautas de alimentación, técnicas de relajación o actividades de entrenamiento y estimulación cognitiva).

El proyecto lo llevamos a cabo en siguiente ámbito territorial/comarcal:



Aragón  
C/ Sancho y Cill, 8  
50001 Zaragoza

976 218 401  
[www.cruzroja.es](http://www.cruzroja.es)

23





#### 2.4.2.-Atención a personas cuidadoras.

El programa pretende mejorar la calidad de vida de las cuidadoras y cuidadores no profesionales mediante varias líneas de trabajo:

- ✓ Descargando a la persona cuidadora de la tarea del cuidado.
- ✓ Capacitando en las habilidades técnicas y personales del cuidado y autocuidado.
- ✓ Intervención psicoterapéutica, en modalidad grupal y/o individual.
- ✓ Intervención en domicilios.
- ✓ Llamadas telefónicas
- ✓ Orientación y apoyo
- ✓ Ocio saludable.

Los/as cuidadores/as presentan problemas de tipo familiar, de orden laboral, dificultades económicas, disminución del tiempo libre y de las actividades sociales, y con ello se ve afectada la participación social y minoradas las redes sociales de apoyo.

Al mismo tiempo se han detectado problemas de salud: síntomas de ansiedad, tristeza, irritabilidad, síntomas cardiovasculares, inmunológicos, y psicosomáticos, alteraciones del sueño y/o apetito, aumento del consumo de fármacos, olvidos, sentimientos de culpabilidad, pensamientos repetitivos y/o anticipatorios etc.

La mayoría de las personas cuidadoras no tiene información de la situación a la que se tienen que enfrentar y por tanto no están debidamente capacitadas y preparadas, el presente programa viene a cubrir esas necesidades.

La inmensa mayoría de las personas que necesitan cuidados de larga duración los reciben a través del sistema informal de atención y dentro de éste, de las familias, con un peso abrumador sobre las mujeres. Así, el acceso a la información es esencial en los inicios de la labor del cuidado para entender cómo afecta ésta al cuidador y en consecuencia para afrontarla apropiadamente. Las carencias más comunes que presentan los cuidadores al asumir tal rol son: desconocimiento de la dolencia que



afecta al familiar y la forma en que se deben prestar los cuidados que éste necesita, falta de habilidades para minimizar el impacto del cuidado en la salud y bienestar del propio cuidador, falta de destrezas para apoyar las actividades de la vida diaria y las necesidades concretas del familiar e ignorancia del alcance de los cuidados. El presente programa responde a esas necesidades, complementando la labor desarrollada por el Gobierno de Aragón.

Cruz Roja prevé la coordinación y derivación con servicios sociales de base, el Instituto Aragonés de Servicios Sociales, Centros de salud y hospitales, así como otras entidades relacionadas con la atención a personas dependientes. El pasado año tuvo lugar la puesta en marcha del acuerdo de colaboración entre el Instituto Aragonés de Servicios Sociales y Cruz Roja Española para la prestación de la asistencia técnica en el marco de la estrategia de atención y protección social para las personas mayores en Aragón. Este acuerdo, en su cláusula primera refleja como uno de los objetos del mismo “La coordinación contra los malos tratos y la promoción del buen trato a las personas mayores de nuestra Comunidad Autónoma de Aragón”.

Las definiciones coinciden en que el maltrato a mayores hace referencia a actos, omisiones o negligencias, que causen daño o vulneren la integridad física, psíquica, económica, atenten contra su dignidad, autonomía o los derechos fundamentales del individuo. El proyecto de buen trato a las personas mayores, complementario a este programa, tiene como objetivo incorporar en la sociedad los principios y valores necesarios para identificar y reducir las barreras sociales que sufren las personas mayores, promoviendo el Buen Trato y poniendo en valor la aportación de las personas mayores a la sociedad, incide en la capacitación tanto de cuidadores profesionales como de cuidadores informales para minimizar esas omisiones o negligencias causadas por el desconocimiento de las herramientas necesarias para afrontar la labor del cuidado.

Las personas que participan en el proyecto mejoran considerablemente su estado de salud, les permite paliar los sentimientos y pensamientos negativos, la comunicación entre ellos es de calidad, puesto que implica poder dar y recibir mensajes verbales, no verbales, gestuales ... Supone la constitución de una malla de



apoyo que posibilita el intercambio de afectos, información, destrezas para cuidar, ideas nuevas, etc.

Dentro del proyecto se proponen sesiones formativas para mejorar la capacitación personal respecto a:

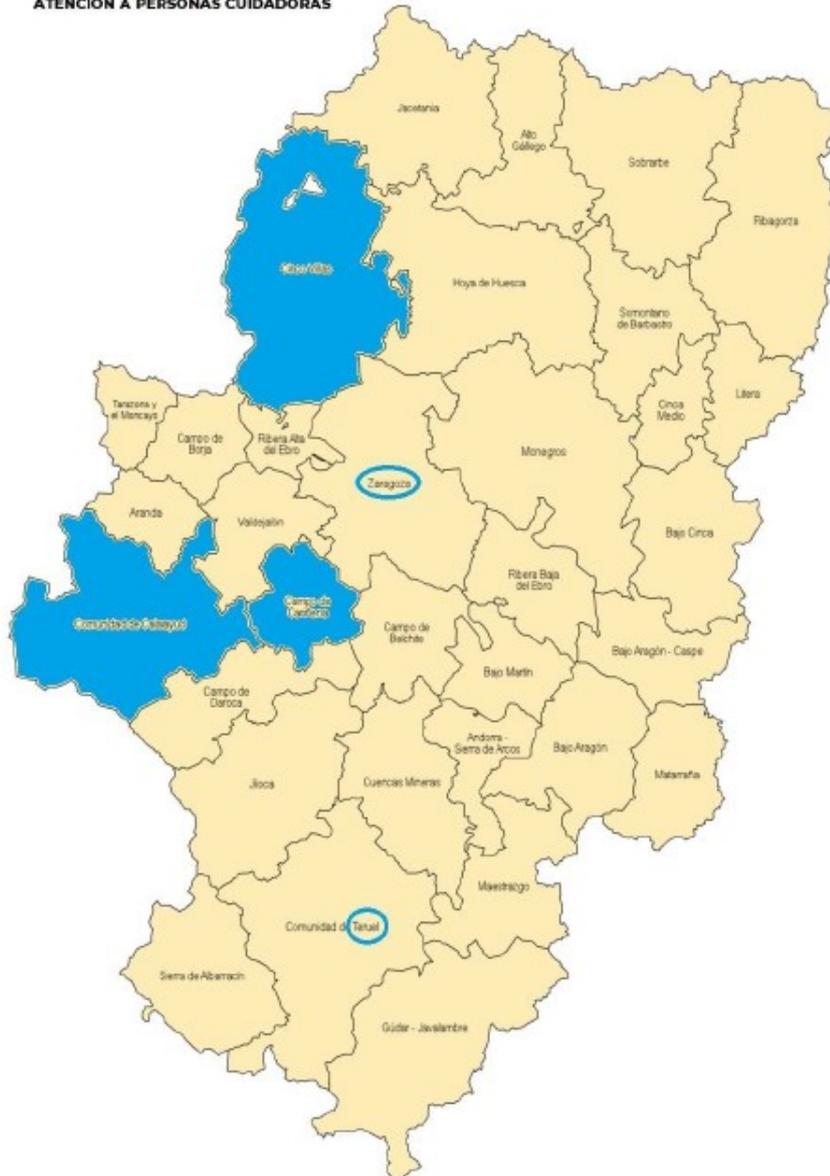
- ✓ Higiene Postural y movilizaciones.
- ✓ Prevención de accidentes domésticos.
- ✓ Prevención de caídas.
- ✓ Alimentación saludable.
- ✓ Higiene del sueño.
- ✓ Importancia del deporte en la salud física y mental.
- ✓ El duelo.
- ✓ El cuidado de la piel.
- ✓ Nutrición y recomendaciones actuales: ¿Qué necesitamos suplementar en la dieta?
- ✓ Aprender a cuidarse.

Todo ello con el objetivo de conocer y mantener hábitos de vida saludables y seguros, así como estimular y fomentar la prevención de caídas y accidentes domésticos e instruir en pautas y acciones para actuar de forma tranquila y adecuada en caso de caída y/o accidente.



El proyecto lo llevamos a cabo en siguiente ámbito territorial/comarcal:

**ATENCIÓN A PERSONAS CUIDADORAS**



Aragón  
C/ Sancho y Gil, 8  
50001 Zaragoza

976 218 401  
www.cruzroja.es

27





### 2.4.3.-Promoción del envejecimiento saludable (Salud Constante)

Este proyecto pretende facilitar la permanencia en el domicilio de las personas mayores, intentando reducir el impacto negativo del deterioro físico que se produce a medida que aumenta la edad, posibilitando que la persona mayor pueda tener un mejor control de su enfermedad y pueda incorporar hábitos de vida saludables. Los principales objetivos del programa se centran en aspectos relacionados con la mejora de los hábitos saludables, la mejora del seguimiento de la pauta médica y la adaptación de la vivienda para reducir los posibles riesgos que puedan incidir en un empeoramiento de la salud física de la persona mayor.

Para la consecución de estos objetivos mejoraremos la capacidad de la persona para la prevención o control de determinadas enfermedades.

Aprovechando la situación de incertidumbre creada por la crisis sanitaria que venimos arrastrando desde hace más de dos años aumentamos la información y asesoramiento sobre otras enfermedades respiratorias, así como en la orientación sobre la mejor forma de prevenir dichas enfermedades y cómo gestionar los contactos con el centro de salud, en función de cómo evolucione la actual situación. El objetivo del proyecto es mejorar la calidad de vida de las personas mayores de 65 años con un inadecuado cuidado de su salud en su proceso de envejecimiento. Para lo cual intentamos reducir el impacto negativo del deterioro físico de las personas mayores de 65 años con dificultades en la adquisición y/o mejora de hábitos saludables, en el seguimiento de pauta médica y/o adoptan conductas de riesgo en la vivienda que suponen un riesgo para su salud.

Desde Cruz Roja Española se ha llevado a cabo un profundo análisis sobre las principales vulnerabilidades, fortalezas y capacidades del colectivo, que redefinen los diferentes programas de esta área. Así, se han detectado tres causas principales que inciden directamente en una alteración de la salud y que no están suficientemente trabajadas. El programa responde a esa necesidad detectada.

**1.- Causa “No lo sé”,** donde las líneas de trabajo serían aumentar el conocimiento a través de la mejora del acceso a la información, favorecer la comprensión de la



 Cruz Roja

información y concienciar a la persona en la necesidad de estar asesorada con pautas marcadas por profesionales.

**2.- Causa “Lo sé, quiero hacerlo, pero no puedo”,** donde el objetivo es facilitar que la persona pueda compensar sus capacidades limitantes (físicas o psicológicas), bien facilitando el desplazamiento, bien realizando un acompañamiento tanto físico como psicosocial y consiguiendo los recursos y capacitando a la persona de la que depende.

**3.- Causa “Lo sé, podría hacerlo, pero no lo hago”,** donde nuestro trabajo es adecuar la valoración coste-beneficio, mejorar el control del estado emocional, adecuar la percepción del riesgo y adoptar opciones distintas a la opción personal inicial.

A esto hay que unir el trabajo de la salud emocional, una necesidad que no queda recogida en muchas intervenciones con personas mayores y que desde Cruz Roja creemos indispensable.

A la hora de evaluar las necesidades de nuestros mayores este programa se alinea con lo reflejado en el Plan de Salud 2030 del Gobierno de Aragón: *“En Aragón, otra etapa de la vida sobre la que hay que prestar especial atención es el grupo de las personas mayores. El envejecimiento de la población está provocando importantes cambios sociales y económicos de tal manera que conseguir años de vida libres de discapacidad es uno de los mayores retos.*

*El concepto de fragilidad cobra gran trascendencia, porque no supone trabajar con la enfermedad sino con conservar la función mientras se envejece. Para reducir la fragilidad una vez cribada hay que actuar sobre su principal factor de riesgo que es la inactividad. Los programas de actividad física habitual o actividad física multi-componente deben considerarse como una auténtica recomendación (prescripción) sanitaria y revisarse periódicamente para evaluar los resultados funcionales. Este hecho requiere una importante adaptación organizativa y tecnológica de los Servicios de salud y sobre todo de los Servicios comunitarios, que deben disponer y adecuar en los próximos años las instalaciones y equipamientos deportivos para desarrollar la actividad física prescrita.”*



Las enfermedades crónicas más destacadas están relacionadas con determinantes de la salud comunes, sobre los que se puede actuar mediante medidas de promoción de la salud y actividades preventivas.

La Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud, recoge entre sus objetivos temas tan importantes y tan alineados con nuestras iniciativas, como impulsar los programas de voluntariado en el abordaje de la cronicidad, promover la participación de la persona enferma en su proceso, siendo formado en autocuidado y estilos de vida saludables, disminuir la prevalencia de factores de riesgo modificables, prevenir la aparición de las patologías crónicas y detectarlas precozmente, incorporar iniciativas para mantener al paciente en su domicilio, o aumentar la utilización de las tecnologías de la información y comunicación.

La coordinación interinstitucional entre las áreas de Salud Pública y Servicios Sociales comunitarios en el ámbito de las personas mayores no dependientes presenta dificultades, especialmente en el ámbito de prevención de la enfermedad. Este Proyecto pretende plantear la intervención en ese espacio.

Colaboramos activamente mediante mecanismos de coordinación y derivación tanto con el servicio aragonés de salud, el Instituto Aragonés de Servicios Sociales y los servicios sociales de base, así como con otras entidades del territorio que trabajan con personas mayores.

Entre los criterios para su incorporación al programa, destacan: ser mayor de 65 años, considerando como especialmente vulnerables a las personas mayores "frágiles"; presentar varias patologías médicas y mostrar un inadecuado seguimiento de la pauta terapéutica; llevar una vida sedentaria y hábitos de alimentación y actividad física deficientes y mostrar indicios de conductas de riesgo para la salud en la valoración psicosocial.

Entre las actividades que realizamos para la consecución de los objetivos planteados podemos destacar los asesoramientos adaptados a las circunstancias personales para informar y capacitar sobre hábitos saludables, el adecuado seguimiento de la pauta médica y minimizar conductas de riesgo en la vivienda y las actividades de promoción de la participación: Individuales o grupales, de

## Cruz Roja

carácter periódico y centradas en mejorar la salud física y emocional (Yoga, paseos saludables, educación postural, baile, actividades físicas en parques de mayores, salud mental, talleres de cocina, etc.), así como acompañamientos a la persona mayor en el seguimiento de la pauta médica, a recursos sanitarios y/o la realización de trámites o gestiones sanitarias.

En Cruz Roja contamos con el servicio Cuídate + que, basado en la tecnología, fomenta el autocuidado de la salud para prevenir enfermedades, vigila las pequeñas dolencias cotidianas o controla las enfermedades crónicas, mediante el seguimiento de algunas constantes (peso y tensión arterial). Estos datos se trasladan automáticamente a un sistema de seguimiento constante.

El servicio incluye, además, un análisis del modelo de vida de la persona usuaria en su domicilio en función de sus hábitos cotidianos, detectando así situaciones de riesgo que puedan producirse (caídas, falta de movimiento, no regreso al domicilio...). En este caso, el sistema de forma proactiva avisa al Centro de Atención de Cruz Roja para que, en caso necesario, avise a los familiares, personas del entorno o servicios de emergencia.

Mediante una atención personalizada 365 días al año 24 horas al día por parte de profesionales de Cruz Roja, existen tres modalidades de servicio: "Cuídate +" Salud / "Cuídate +" Seguridad / "Cuídate +" Integral.

Este proyecto, por el simple hecho de estar dirigido a personas mayores de 65 años, integra en sí mismo el programa de Buen Trato a Personas Mayores.





#### 2.4.4.-Red social para personas mayores ( Enréd@te)

El proyecto va dirigido a paliar la situación de las **personas mayores en situación de soledad no elegida**. Atendiendo a lo descrito en el Plan de Salud 2030 de la Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Aragón: *"El aislamiento involuntario puede generar problemas vinculados a la salud mental. La reducción de las relaciones sociales, familiares y culturales, no solo afecta al comportamiento, sino que modifica las hormonas del estrés, la función inmune y la función cardiovascular. La soledad puede desencadenar una serie de eventos fisiológicos que aceleran el proceso de envejecimiento y aumentan los riesgos de morir prematuramente"*.

El proyecto va dirigido a personas mayores de 65 años que se sienten solas por no disponer de una red social acorde a sus necesidades y/o sufrir una situación de aislamiento involuntario o con poca participación social. Podemos considerar persona en situación de soledad, aquella que expresa falta de vínculos significativos con otras personas y se encuentran en situación de soledad no deseada. Ese sentimiento puede ser fruto de su enfermedad o de su situación vital.

*"Es una experiencia que surge ante situaciones no elegidas, que puede provocar aislamiento y sentimientos negativos que pueden afectar a la salud de las personas mayores que la viven. Cuando hablamos de soledad, nos estamos refiriendo al hecho de vivir y sentirse solo, a la experiencia psicológica desagradable que surge cuando la persona percibe que no tiene a nadie con quien poder hablar para compartir sus necesidades socioemocionales, y por otro lado, al aislamiento social que pueden vivir por estar solo la mayor parte del tiempo al carecer de redes familiares y sociales con las que poder interactuar socialmente"* (Estrategia de Atención y Protección Social para las Personas Mayores en Aragón)

En tanto en cuanto parte de la solución de este problema pasa por la creación de redes comunitarias y profesionales de detección y atención y esto requiere a su vez de una intervención coordinada de la sociedad civil y las distintas Administraciones Públicas mediante mecanismos de participación ciudadana y estas estructuras



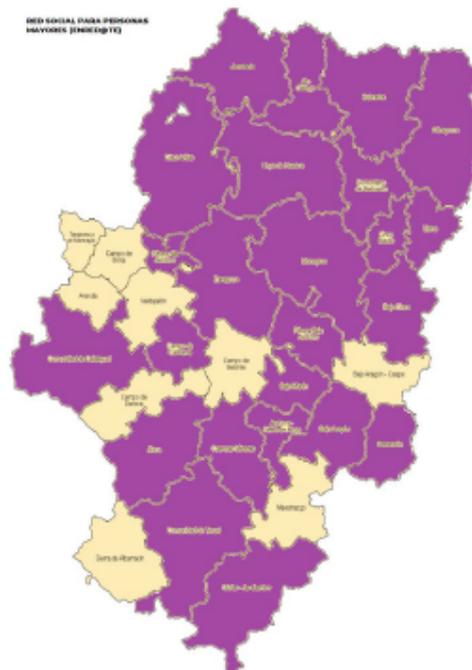
están en una fase incipiente de implantación. entendemos que los objetivos previstos en este programa contribuyen de manera significativa a amplificar las políticas públicas en esta materia. En esde sentido, debemos decir que existe un alto grado de colaboración con las administraciones públicas.

Si bien no cuenta con financiación está suponiendo un incremento en el alcance de nuestra intervención. Además, Cruz Roja prevé la coordinación con hogares y centros de mayores y centros de salud.

Esta coordinación con el resto de instituciones sociales y sanitarias, se está produciendo de forma óptima, traduciéndose en una mejora de en las intervenciones que se realizan con las personas mayores.

Un ejemplo de esta colaboración ha sido que durante la situación de pandemia se ha trabajado muy estrechamente para intentar dar solución a las diferentes problemáticas que iban apareciendo, sobre todo con personas mayores que vivían solas, sin red social o familiar.

El proyecto lo llevamos a cabo en siguiente ámbito territorial/comarcal:



Aragón  
C/ Sancho y Gil, 8  
50001 Zaragoza

976 218 401  
www.cruzroja.es

34



el Justicia de Aragón



## 2.5.-PROGRAMA: INFANCIA EN DIFICULTAD SOCIAL

### 2.5.1.-Intervención socioeducativa en medio abierto con menores bajo medidas de responsabilidad penal

Este programa complementa la **acción socioeducativa y la reparación social** en materia de **justicia juvenil (en el tramo 14 - 18 años)** que lleva a cabo la administración pública competente, ofreciendo desde nuestra Organización el **desarrollo de las medidas** de carácter socio-educativo **en medio abierto**, reconocidas en las Ley 5/2000 de Responsabilidad Penal del Menor.

La finalidad de los contenidos del programa siempre será la ejecución de medidas reconocidas en el marco de la ley 5/2000.

Se identifican **puestos de actividad** en nuestra Organización que los jóvenes sometidos a Trabajos en Beneficio a la Comunidad y Medidas Educativas puedan llevar a cabo.

Estas medidas se realizan desde diferentes servicios y programas de nuestra Institución (Cruz Roja Juventud, Puestos de Actividad de Voluntariado Social, Salud y Socorros, Centros de Formación, Departamento de Intervención Social...).

Se pretende llevar a cabo el **seguimiento en medio abierto de la libertad vigilada** y del cumplimiento de las medidas educativas y además desarrollar **intervenciones integrales** de carácter terapéutico y socio-educativo, **tanto con el menor como con su unidad familiar y red social**.

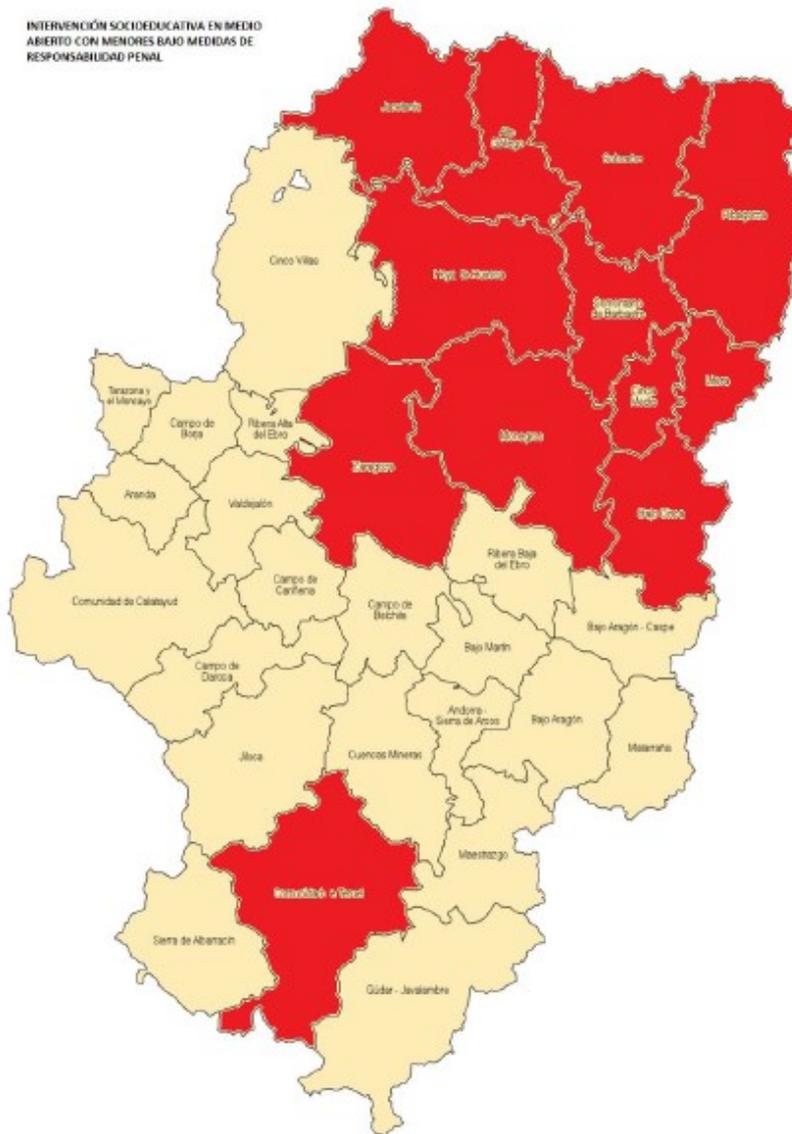
**La familia es importante en el desarrollo de una persona (del menor) y en su salud, pero hay familias que se consideran tóxicas por su influencia dañina a causa de sus patrones relacionales. La buena salud de la familia afecta positivamente a sus miembros.**

El proyecto lo llevamos a cabo en siguiente ámbito territorial/comarcal, las tres capitales de provincias, su entorno comarcal, ampliable a otras localidades con Asambleas, Oficinas o Puestos de Cruz Roja, que puedan demandar el servicio o en el que se puedan llevar a cabo esas medidas de prestación de servicios a la comunidad, (en el caso de Huesca se atienden a demandas en todo el ámbito



provincial), bien sea con: Personas Mayores, Infancia, Salud y Socorros, Lucha contra la Pobreza (Reparto de Alimentos, Kits,), Cruz Roja Juventud... Acompañamientos.

INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA EN MEDIO  
ABIERTO CON MENORES BAJO MEDIDAS DE  
RESPONSABILIDAD PENAL



Aragón  
C/ Sancho y Gil, 8  
50001 Zaragoza

976 218 401  
www.cruzroja.es

36



el Justicia de Aragón



### 2.5.2.-Intervención familiar con infancia en riesgo.

En este Proyecto tratamos de llevar a cabo una promoción de habilidades parentales positivas y relaciones intrafamiliares saludables.

Esto es posible a través de una atención integral a las familias, promoviendo estilos de vida saludables y facilitando a las personas que ejercen las responsabilidades parentales pausas positivas de educación de los niños y niñas, y adolescentes a su cargo, atendiendo al interés superior de los mismos y promoviendo climas familiares no violentos.

Se realiza un análisis de los factores de vulnerabilidad y los factores de protección que envuelven a las familias en base a los siguientes indicadores: integración social de las familias, Integración escolar del/la niño/a, salud infantil, economía familiar y capacidades educativas y de crianza de las personas de referencia.

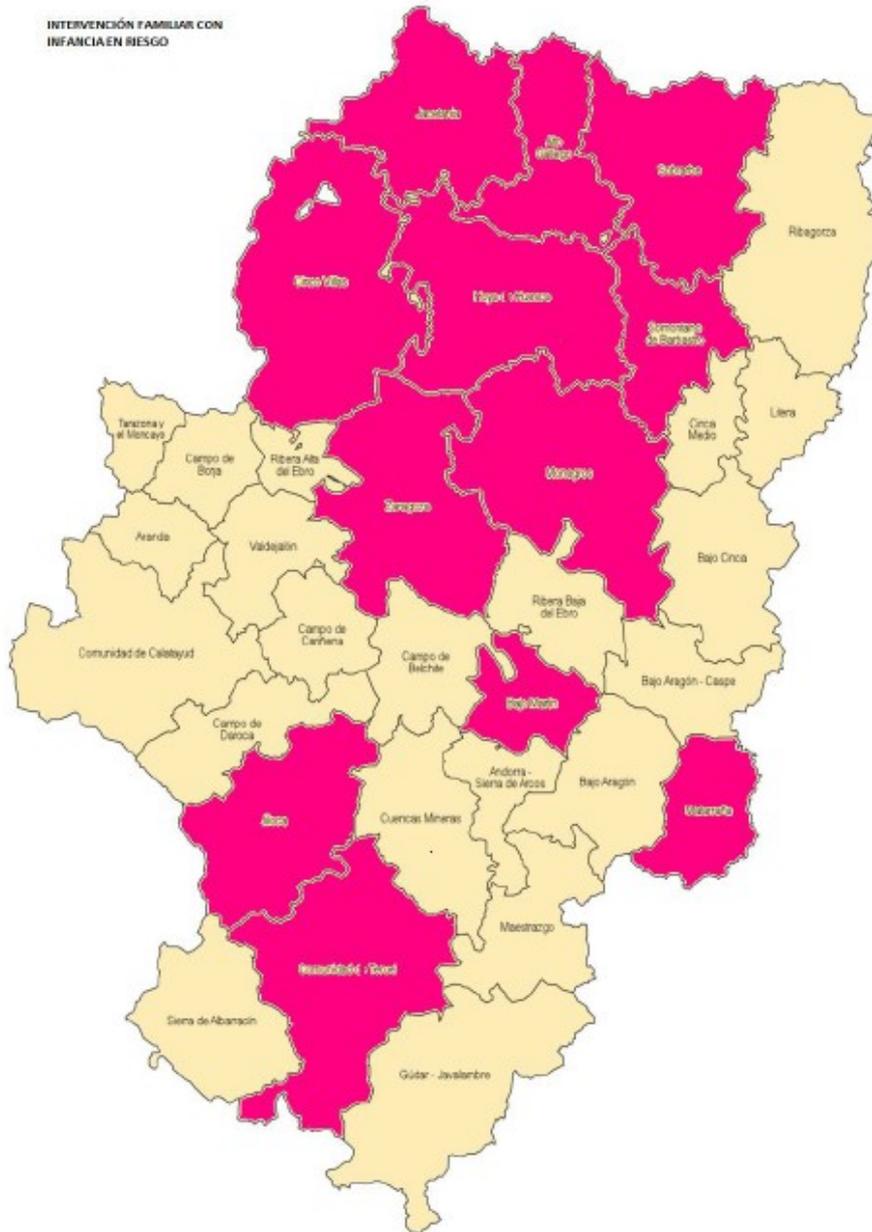
Como criterios de valoración para ser personas beneficiarias del proyecto serán, entre otras, las deficiencias relacionadas con la salud y carencia de hábitos de vida saludables.

El proyecto da respuesta a la compleja problemática de la infancia en riesgo social: salud, higiene, nutrición, sexualidad y se realizan orientaciones sobre temas de salud, sociales, ocio, psicológicos según la familia y la necesidad del momento.



El proyecto lo llevamos a cabo en siguiente ámbito territorial/comarcal:

INTERVENCIÓN FAMILIAR CON  
INFANCIA EN RIESGO



Aragón  
C/ Sancho y Gil, 8  
50001 Zaragoza

976 218 401  
[www.cruzroja.es](http://www.cruzroja.es)

38



el Justicia de Aragón



### 3.-Proyectos que posibilitan el acceso a la Sanidad Pública en el ámbito rural.

#### 3.1.-PROGRAMA: PERSONAS CON DISCAPACIDAD

##### 3.1.1.-Transporte en Vehículos Adaptados.

Pertenece al grupo de "Proyectos de atención integral a las personas mayores a través de servicios que facilitan su permanencia en el domicilio y en su entorno social y familiar, así como los dirigidos al apoyo de sus familias y cuidadores", aunque el presente proyecto solamente aborda, en cuanto a necesidades de la vida diaria, la del transporte, es un servicio comunitario que cobra máxima importancia en el medio rural y está coordinado con Servicios Sociales de Base, así como con Centros de Salud, contando con el personal específico y suficiente para el desarrollo del mismo.

Desde un punto de vista cuantitativo, las dificultades de movilidad están en la base de los problemas más frecuentemente referidos por las personas de edad, a lo que hay que unir que el 10% de la población aragonesa declara alguna discapacidad o limitación para actividades de la vida diaria y relacional, para las cuales el transporte adaptado se torna en recurso imprescindible.

Las personas beneficiarias del proyecto reciben servicios relacionados con:

**Traslados a centros de rehabilitación, centros de salud, hospitales.** Existe la posibilidad de que las personas usuarias contacten por teléfono o sean usuarios/as derivados de centros de rehabilitación, centros de salud, hospitales en tal caso coordinamos con ellos los servicios, pactando horarios de atención y recogida de documentación.

**Traslados para la realización de gestiones comerciales o bancarias u otras.** Se da respuesta a la necesidad de desplazamientos en vehículo de las personas usuarias a distintas actividades vinculadas a gestiones comerciales o bancarias, derecho a voto u otras gestiones administrativas.

Para la realización de estos traslados se valora su estado físico, las posibles barreras arquitectónicas y se pactan las fechas y los horarios de atención.



Para el ejercicio del derecho al voto coordinamos con Ayuntamientos y distintas entidades los dispositivos para las jornadas electorales recibiendo por su parte derivaciones de usuarios.

**Traslados a centros de día y centros ocupacionales.** Se da respuesta a la necesidad de desplazamientos en vehículo de las personas usuarias a distintas actividades vinculadas a centros de día.

Para la realización de estos traslados se valora su estado físico, las posibles barreras arquitectónicas y se pactan las fechas y los horarios de atención.

Realizamos el transporte de nuestro Centro de Día de personas mayores con deterioro cognitivo situado en Teruel y existe la posibilidad de que sean usuarios/as derivados de otros centros de día, en tal caso coordinamos con ellos los servicios y la recogida de documentación.

**Traslados a centros educativos, centros de ocio, cultura y/o deporte.** Se da respuesta a la necesidad de desplazamientos en vehículo de las personas usuarias a distintas actividades vinculadas a centros educativos (colegios, universidad...), centros de ocio, cultura y/o deporte.

Para la realización de estos traslados se valora su estado físico, las posibles barreras arquitectónicas y se pactan las fechas y los horarios de atención.

Existe la posibilidad de que sean usuarios/as derivados de centros de educación especial, en tal caso coordinamos con ellos los servicios y la recogida de documentación.

Se trata de un proyecto que tiene gran impacto sobre el colectivo de personas que trasladamos en el entorno rural a centros de salud, hospitales y centros de rehabilitación.

En numerosas ocasiones, las distancias a cubrir, las difíciles comunicaciones y los tiempos de atención por usuario en los hospitales de referencia o centros de salud hacen que nuestro trabajo sea muy costoso. El impacto que genera en los entornos rurales es determinante. Las personas mayores sin apoyos familiares y sin un transporte público con horarios compatibles para sus pruebas médicas, terminan dependiendo de este servicio. A veces, se convierte en determinante a la hora de

 Cruz Roja

mantener a la persona mayor en su domicilio habitual, por lo tanto, contribuye a asentar población en las localidades aragonesas más pequeñas.

El grado de intensidad del proyecto de transporte Adaptado se considera muy alto realizando el mayor volumen de intervenciones en actividades de traslados a rehabilitación, traslados a centros de día y educativos siendo estas de larga duración y continuadas en el tiempo hasta la recuperación de la persona usuaria, el fin del servicio o la derivación a otra entidad o medio.

Desde sus inicios, Cruz Roja se ha ido adaptando a los tiempos, y ha ido pasando de tener en el foco de su atención a los heridos de guerra a ampliarlo a cualquier persona que por su condición de vulnerabilidad necesite apoyo. De hecho, una vez que los sistemas públicos de salud se hicieron cargo del transporte sanitario, nuestra Institución fue derivando hacia una atención con un perfil más social que sanitario.

No obstante, el transporte en Cruz Roja, ya sea sanitario, socio sanitario, social o adaptado, ha sido y es una de las principales señas de identidad a lo largo de la historia.

El proyecto de transporte en vehículos adaptados, definido tal y como está en la actualidad, se viene desarrollando desde el año 1990. Pasó de estar integrado en el Programa de Personas Mayores a depender del Programa de Personas con Discapacidad, en cualquier caso, sigue atendiendo a estos dos colectivos fundamentalmente. Es un proyecto que desde 1991 está financiado por el IRPF. En nuestra Comunidad Autónoma cuenta con colaboraciones de distintas administraciones públicas; comarcas y ayuntamientos, y entidades que atienden la discapacidad.

Por otra parte, nuestra experiencia y nuestra trayectoria en otro tipo de proyectos de Personas Mayores y Personas con Discapacidad, ha estado siempre acompañada de nuestros servicios de transporte. Es decir, si Cruz Roja organiza una actividad de ocio con Personas Mayores como pueda ser una excursión, necesita transporte adaptado y, por lo tanto, depende de este proyecto, si realizamos un encuentro de usuarios de Tele asistencia ocurre lo mismo, por lo tanto, la relación con el resto de proyectos de Personas Mayores como Atención a Personas con







### 3.2.-PROGRAMA: PERSONAS MAYORES.

#### 3.2.1.-Ayuda a Domicilio Complementaria.

Según los datos del Informe Plan salud Aragón 2030, Aragón es una de las Comunidades Autónomas más envejecidas de España.

El Programa Ayuda a Domicilio Complementaria atiende a personas mayores que a nivel físico, psíquico o socioeconómico tienen alguna dificultad en su día a día y optan por permanecer en su hogar planteándonos para ello, entre otras cosas facilitar que la persona mayor continúe realizando sus actividades cotidianas ofreciéndole apoyo mediante acompañamientos al hacer la compra, realizar pequeñas gestiones, ir al médico, o simplemente dando un paseo por el barrio y traslados en vehículos de Cruz Roja a centros de salud, sociales...

Este programa va dirigido a personas mayores de 65 años con dificultades para la realización de algunas Actividades Básicas (comer, usar el WC, vestirse, bañarse, moverse dentro de la casa); e Instrumentales (el uso del teléfono, tareas domésticas, subir-bajar escaleras, salir a pasear, ir al médico, usar el transporte público, hacer la compra ...); de la Vida Diaria (ABIVD) con autonomía, dentro y fuera del propio domicilio.

Tras la realización del estudio interno realizado entre la población mayor atendida por Cruz Roja se ha detectado que uno de los principales problemas es la dificultad de llevar una vida autónoma. Esto se debe en gran parte a las dificultades físicas, derivadas del deterioro y el grado de discapacidad. Casi la cuarta parte de las personas de más de 65 años con los que trabajamos tiene problemas de accesibilidad, y un alto porcentaje de personas mayores encuentran dificultades dentro de su vivienda. Estos problemas les impiden realizar actividades que requieran acceder a lugares con escaleras (49,3%), realizar la compra (29,4%), utilizar el transporte público (10,7%) o desenvolverse con autonomía en su día a día. Este programa contribuye a paliar estas dificultades y al mantenimiento de la persona mayor en su domicilio.

Uno de los aspectos importantes a tener en cuenta en todos estos procesos es trabajar la salud emocional, ya que es una necesidad que no queda recogida en





muchos programas para personas mayores y que desde Cruz Roja creemos indispensable dentro de su seguimiento individual, capacitándoles para la mejora de su autoestima, sus potencialidades, sus habilidades sociales y su programa de vida dotándoles de herramientas que permitan que al mejorar su salud emocional mejoren sus capacidades para la adherencia al programa, su motivación, sus hábitos saludables y su autonomía.

Cruz Roja prevé la coordinación y derivación con servicios sociales de base, el Instituto Aragonés de Servicios Sociales, centros de salud y hospitales.

Desde Cruz roja llevamos a cabo diversas actividades y sesiones formativas teórico-prácticas para la mejora de las competencias tanto técnicas (mediante charlas y sesiones teórico-prácticas sobre los distintos tipos de productos de apoyo, el envejecimiento saludable, la adaptabilidad del hogar...), y /o personales (comunicación, gestión de emociones, confianza, interés por aprender, habilidades de comunicación, responsabilidad, adaptación al cambio y capacidad de planificación, organización personal...) de las personas mayores.

Se realiza un seguimiento de cada persona sobre su estado de salud y su autonomía funcional. A su vez, se informa y atiende a los familiares que desean ser partícipes del proceso de desarrollo del programa con la persona mayor. Se desarrolla un acompañamiento emocional individualizado, que pretende mejorar la gestión en el afrontamiento de sus limitaciones, aumentar la confianza del usuario fortaleciendo su resiliencia y acompañándole en su proceso de envejecimiento.

Incluimos este Proyecto en el grupo de proyectos que posibilitan el acceso a la Sanidad Pública en el ámbito rural porque dos de sus principales actividades son:

- ✓ **Acompañamientos a visitas médicas, a trámites y gestiones y en labores cotidianas como compras, recados, recoger medicación en la farmacia...** autónoma y siga pudiendo mantener el control sobre su propia vida.
- ✓ **Movilizaciones a centros sanitarios, recursos sociales...**Nuevamente el perfil de personas que se benefician de este servicio son aquellas que tienen mayores problemas de autonomía.





#### 4.-Proyectos de Salud Comunitaria.

##### 4.1.-Disfruta de la experiencia – Andorra ( Teruel)

El proyecto Disfruta de la experiencia surge en el año 1998 desde varias entidades andorranas para intervenir en el ocio saludable de las personas mayores. Desde 2003 se integra en la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud.

Está ejecutado desde la colaboración entre el Servicio Social de Base de la Comarca de Andorra – Sierra de Arcos, el Ayuntamiento de Andorra, los Comités Comarcales de Cruz Roja de Andorra Sierra de Arcos y del Bajo Martín, el Hogar de mayores el IASS y el Centro de Educación de adultos de la localidad.

Está dirigido a las Personas mayores de 65 años de la localidad de Andorra, aunque pueden participar personas de menor edad en situaciones de prejubilación.

Con el Proyecto se pretende:

- Dinamizar la vida de las personas mayores, proporcionando actividades durante el tiempo libre al objeto de potenciar un desarrollo sano y constructivo de éste y de mejorar su calidad de vida
- Coordinar a todas aquellas entidades de la localidad que trabajan con el colectivo de personas mayores para el desarrollo del proyecto
- Integrar a las personas mayores desmitificando la pertenencia exclusiva a un colectivo concreto.
- Evitar el sedentarismo y promover formas de vida sostenibles y socialmente participativas.
- Abrir a la Comunidad el mundo de las Personas Mayores a través de actividades de intercambio generacional, encaminadas a promover la práctica de una vida saludable.
- Organizar cursos para promocionar la educación afectivo-sexual.
- Fomentar que las personas mayores tengan un papel activo en la sociedad.
- Organizar actividades de tipo preventivo, cultural y de animación para las personas mayores de Andorra.
- Facilitar la realización de actividades a los grupos de mayores que por diversos motivos están más inactivos.
- Integrar a las personas mayores con una problemática grave en grupos normalizados.
- Aunar los esfuerzos del mundo asociativo de mayores para lograr una mayor rentabilidad social.



El Proyecto fundamentalmente se ejecuta realizando actividades intergeneracionales en las que las personas mayores acuden a los colegios de la localidad convirtiéndose en agentes transmisores de experiencias realizando talleres de cuentacuentos, juegos tradicionales, talleres de costura, de elaboración de pan, de embutidos, etc.

Además de éstas se realizan talleres medioambientales, de Educación para la salud, salidas al entorno cercano, etc.

#### 4.2. - Por tu salud - Andorra ( Teruel)

Desde el programa "Por tu salud" trabajamos a través de un equipo interdisciplinar que planifica diferentes actividades encaminadas a la educación y promoción de la salud con jóvenes con edades comprendidas entre los 12 y los 16 años, en el Instituto de Educación Secundaria "Pablo Serrano" de Andorra.

Entendemos la salud en su más amplio sentido. No sólo salud física sino también psíquica y social. Por ello el programa abarca varias áreas: fomento de la salud sexual y reproductiva y la prevención de las infecciones de transmisión sexual; fomento del bienestar emocional y de la interculturalidad, la promoción de hábitos alimenticios saludables y prevención de trastornos alimentarios, así como la educación para la igualdad. De este modo queremos que los y las participantes adquieran una visión global e integrada de lo que sería la educación y promoción de la salud, fomentando a su vez, un ocio saludable.

Es un Proyecto que comenzó a gestionarse de manera comunitaria y con la colaboración del Servicio Social de Base, el Insituto, el Centro de Salud y Cruz Roja allá por el 1989, así que es un ejemplo para la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud ( RAPS)



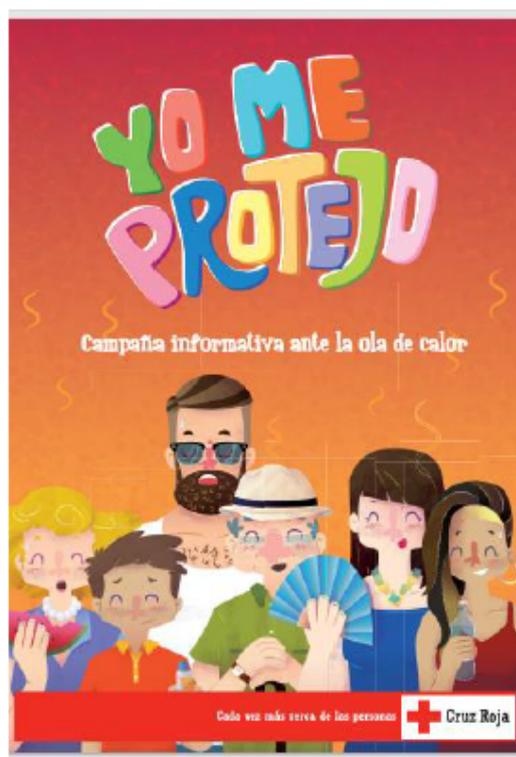


## 5.- Campañas

### 5.1.- Campaña Ola de Calor (Proyecto de promoción de hábitos saludables ante las olas de calor)

El histórico de la intervención de Cruz Roja Española (CRE) en este campo se inicia en el año 2006, con la firma de un convenio con la Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, con el objeto de prevenir los efectos de la ola de calor entre las personas mayores y la infancia.

Desde entonces y hasta hoy, CRE desarrolla cada verano la Campaña Informativa ante la Ola de Calor. Actualmente, desde el Plan de Salud, la campaña se corresponde con el Proyecto de Promoción de hábitos saludables ante las olas de calor, del Programa de atención a personas con estilo de vida no saludable, en el que se desarrollan actividades dirigidas a favorecer la adopción de conductas/hábitos preventivos que disminuya los efectos negativos de las temperaturas extremas sobre la salud: información y sensibilización a la población general, tanto



presencialmente como a través de redes sociales, llamadas telefónicas a personas vulnerables, talleres, etc.

En este año 2022, la campaña mantiene el lema vinculado a la protección, "Protégete, protégelos", invitando a toda la población a adoptar sencillas conductas que nos permitan disfrutar del verano de forma saludable (protegiéndose) y a



ayudar a otras personas más vulnerables ante las altas temperaturas a que las adopten (protegiéndolos).

El Proyecto pretende conseguir los siguientes objetivos:

### 2.1. Objetivo General

Mejorada la gestión de la salud de las personas entendida como la mejora del bienestar físico, psíquico, social y de capacidad de funcionamiento.

### 2.2. Objetivos Específicos

Mejorados los hábitos saludables y evitadas las conductas de riesgo en la población vulnerable relacionados con el impacto negativo de las altas temperaturas.

### 2.3. Objetivos Operativos - Resultados

1. Mejorados los conocimientos de las personas que no conocen los hábitos y/o las conductas de riesgo relacionadas con el calor.
2. Posibilitada la identificación y/o realización de hábitos saludables y evitadas conductas de riesgo relacionadas con el calor de las personas que no pueden realizar el hábito o evitar la conducta.
3. Generado un cambio positivo por parte de la persona en la identificación y/o realización de hábitos saludables y evitación de conductas de riesgo relacionadas con el calor.
4. Informada y sensibilizada la población general para contribuir a la prevención del impacto negativo de las altas temperaturas sobre la salud individual y comunitaria.
5. Mejorada la gestión de la enfermedad de las personas que no la realizan correctamente, con un enfoque biopsicosocial, mediante acciones de promoción de la salud, prevención, atención y desarrollo de competencias.



 Cruz Roja

6. Establecido un sistema de gestión que nos permite realizar el seguimiento y evaluación del proyecto, teniendo en cuenta el voluntariado como agente y los recursos que son necesarios.

El proyecto está especialmente dirigido a la población más vulnerable con la que Cruz Roja desarrolla actividades a partir de sus diferentes programas de intervención:

- ✓ Personas mayores y población infantil (especialmente menores de 4 años)
- ✓ Personas con enfermedades crónicas y con ciertos tratamientos farmacológicos.
- ✓ Personas con dificultades de comprensión, orientación, autonomía limitada en la vida cotidiana y consumo de alcohol y otras drogas.

Además de la campaña de información telefónica dirigida a personas usuarias de los proyectos de Cruz Roja y de las actividades de información y sensibilización presencial dirigidas a la población en general, en las redes sociales se emiten mensajes dirigidos a sensibilizar a madres, padres, etc., de niños y niñas; hijos, hijas y familiares, así como voluntariado y otras personas encargadas del cuidado de personas mayores, con discapacidades o enfermedades crónicas y voluntariado, empresas e instituciones sociales de personas sin hogar.





## 5.2.- Campaña Ola de frío (Proyecto de promoción de hábitos saludables ante las olas de frío)

Los contenidos o cuestiones de relevancia a abordar en el marco de la Campaña están relacionados con las recomendaciones relacionadas con:

- ✓ Los efectos del frío en la salud (habituales, hipotermia, agravamiento de enfermedades crónicas, etc.).
- ✓ Recomendaciones sobre cómo prevenir los efectos negativos del frío mediante:
  - La alimentación e hidratación.
  - La vestimenta.
  - La organización de actividades en el exterior.
  - Condiciones del hogar.
  - Aspectos a tener en cuenta durante los viajes.
  - Aspectos a tener en cuenta en caso del consumo habitual de medicación.
- ✓ Qué hacer ante los efectos adversos del frío.
- ✓ La importancia del mantenimiento de las medidas de prevención y protección ante la COVID-19, en este caso sobre todo, en los espacios cerrados compartidos ante las bajas temperaturas.

Los diferentes ámbitos locales realizan las actividades de información y sensibilización que consideran oportunas con la población diana (Personas mayores, personas con enfermedades crónicas (enfermedad cardiovascular, cerebro vascular, respiratoria, renal, neurológica, diabetes, encamados...) o que toman de forma continua determinados medicamentos, personas con diversidad funcional/capacidades diferentes, niñas y niños pequeños, mujeres embarazadas, personas que registran adicción al alcohol) del proyecto, en base a las posibilidades de cada uno de los equipos de intervención: Charlas, actividades de sensibilización...



## 6.- Mapa de posicionamiento de ambulancias de Cruz Roja Española en Aragón

Desde que Cruz Roja en Aragón no realiza el Transporte Sanitario Urgente, la actividad más usual de nuestras ambulancias es la realización de Servicios Preventivos cuyo sentido máximo es mantener recursos humanos (voluntarios) y técnicos (ambulancias) con el objetivo de estar preparados ante cualquier emergencia. Hacen una importante labor realizando evacuaciones preventivas de personas encamadas en zonas de riesgo de inundación, por incendios cercanos, etc.

### AMBULANCIAS

#### ZARAGOZA

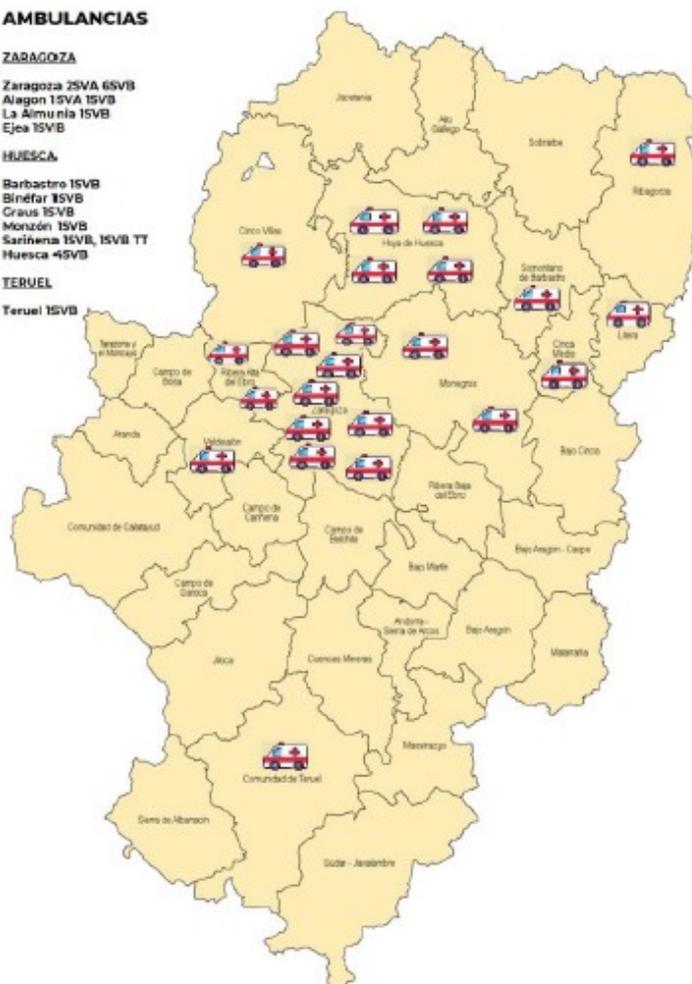
Zaragoza 25VA 6SVB  
Alagon 15VA 15VB  
La Alfranca 15VB  
Ejea 15VB

#### HUESCA

Barbastro 15VB  
Sinefar 15VB  
Graus 15VB  
Monzón 15VB  
Sariñena 15VB, 15VB TT  
Huesca 45VB

#### TERUEL

Teruel 15VB



Aunque están posicionadas según el mapa, se trasladan al lugar de Aragón que se requiera.



## 7.-Conclusiones y propuestas.

- En la mayoría de nuestros proyectos se abordan, de una forma u otra, cuestiones de salud.
- Nos preocupan especialmente los problemas de falta de acceso a la Sanidad Pública de la población en nuestras zonas más despobladas, ya que conlleva problemas de asilamiento, salud, etc, que se traducen en una falta de acceso a sus derechos en condiciones de igualdad de oportunidades.
- Desde Cruz Roja queremos estar al lado de los más vulnerables, y en este momento, el contexto habitacional generado en nuestros municipios más pequeños, da como resultado factores de vulnerabilidad que deberían ser inasumibles para esta sociedad, por la falta de acceso a todo tipo de servicios y posibles atenciones.
- En nuestro ámbito rural los servicios sanitarios se ven afectados por procesos de despoblación y concentración en ciudades o cabeceras de comarca: cuando un municipio adquiere importancia demográfica, atrae para sí los servicios que antes eran prestados en pueblos y aldeas.
- La situación se complica si un paciente requiere especialistas, que suelen estar en los hospitales y los hospitales en las ciudades, aunque la falta de especialistas afecta incluso a ciudades como Teruel. Si bien los centros de atención primaria ofrecen pediatría, en algunos pueblos está desapareciendo, obligando a las familias a llevar a sus niños y niñas a otros pueblos.
- El coche permite acceder al hospital, pero quien no lo tiene o no puede conducir, debe contar con el transporte público o con el favor de algún vecino o vecina que le pueda acercar. El transporte público tiene desventajas como la baja frecuencia y el prolongado tiempo de viaje, ya que, antes de llegar a la ciudad, pasa por varios pueblos. Así, tanto el o la paciente como su acompañante (si lo requiere) pueden perder todo un día en ir y volver.





En la estrategia elaborada recientemente por Cruz Roja Española para la España Despoblada se advierten como principales problemas de salud para nuestros colectivos de Atención los siguientes:

- ✓ Escasa Atención sanitaria Especializada.
- ✓ Atención sanitaria adecuada
- ✓ Dificultades relacionadas con la adherencia terapéutica
- ✓ Imposibilidad de realizar las actividades de la vida diaria para numerosos grupos de personas.
- ✓ Problemas de salud mental y falta de recursos para atenderlos.
- ✓ Hábitos saludables inadecuados.

En la mencionada estrategia para la España Despoblada, en lo que se refiere al **área de salud**, pretendemos "contribuir a la mejora de las condiciones de vida de las personas del espacio rural promoviendo su Desarrollo integral y pleno acceso a derechos en igualdad de oportunidades".

El objetivo previsto es que las personas mejoren su salud y para ello, se han definido los siguientes **resultados previstos** para las personas que habitan en los ámbitos rurales:

- ✓ Acceder a la Atención sanitaria en igualdad de condiciones que las personas que viven en ámbitos urbanos.
- ✓ Tener la posibilidad de seguir las indicaciones terapéuticas.
- ✓ Acceder a la Atención sanitaria Especializada.
- ✓ Mejorar hábitos de salud.
- ✓ Tener la posibilidad de realizar actividades diarias para las que presentan dificultades.
- ✓ Percibir que su estado emocional ha mejorado.



Y se han definido los siguientes indicadores:

PROBLEMA	RESULTADO ESPERADO	INDICADORES
<b>Dificultad de adherencia terapéutica</b>	La persona sigue las indicaciones terapéuticas	Al menos el 50% de las personas usuarias con dificultad de gestión de la enfermedad, mejoran su gestión
<b>Escasa atención sanitaria especializada</b>	La persona accede a una atención sanitaria especializada	El 90% de niños/as acuden al médico especialista según prescripción
<b>Habitos saludables inadecuados</b>	La persona mejora alguno de sus hábitos de salud	Al menos el 50% de las personas usuarias del proyecto que tenían malos hábitos, los mejoran
<b>Imposibilidad de realizar las actividades de la vida diaria</b>	La persona podrá rerealizar las actividades diarias para las que presentaba dificultades	Al menos el 50% de las personas usuarias del Proyecto que tenían dificultades para la realización de actividades de la vida diaria, mejoran su situación
<b>Problemas de salud mental</b>	La persona percibe que su estado emocional ha mejorado	Al menos el 50% de las personas usuarias del proyecto mejoran su estado emocional
<b>Sin atención sanitaria adecuada</b>	La persona accede a la atención sanitaria	El 90% de las personas acceden a los servicios básicos de salud  Incremento del porcentaje de población cubierta por servicios básicos de sanidad digital  Incremento de personas mayores y personas extranjeras atendidas por el servicio de urgencias más próximo a su zona de atención



- Importancia de recuperar el trabajo comunitario:

Todos los aspectos del compromiso comunitario deben reconocer y respetar la diversidad de la comunidad. Estos elementos de la diversidad pueden afectar al acceso de las personas y la comunidad a los servicios, a la prestación de asistencia sanitaria, a su estado de salud y a su respuesta a los esfuerzos de participación de la comunidad.

- Perspectiva de Derechos:

Cruz Roja homogeniza sus respuestas dependiendo de la vulnerabilidad o vulnerabilidades que pretende transformar. Así, las ordena en torno a "Áreas de Conocimiento" que se conectan con la garantía y promoción de los Derechos Humanos.



Los proyectos reflejados en el presente informe abordan estas áreas de conocimiento y pretenden contribuir a los siguientes derechos:

Área de conocimiento	Dercho al que principalmente contribuye
<b>Socorros:</b> Actuamos para que las personas puedan superar las situaciones agudas o crónicas que ponen en peligro sus vidas.	"Garantiza el alivio y el sufrimiento humano protegiendo la salud y el medio ambiente ante la emergencia humanitaria, así como la reducción del riesgo"
<b>Inclusión Social:</b> Actuamos con las personas que están en riesgo de pobreza y exclusión para que tengan las oportunidades y recursos necesarios para participar en la vida económica, social y cultural disfrutando un nivel de vida y bienestar que se considere normal en la sociedad en la que viven.	"Garantiza los recursos necesarios para la participación plena en la vida económica, social y cultural, promoviendo un nivel de vida adecuado que asegure la salud y el bienestar, (y en especial la alimentación, el vestido y la vivienda), así como la dignidad den las diferentes dtapaas de la vidad promoviendo la puesta en valor de la diversidad.
<b>Salud:</b> Actuamos con las personas para contribuir a la mejora de la salud, mejorar los hábitos saludables y mejorar la gestión de la enfermedad.	"Garantiza el gozar de un espacio físico, mental, emocional y social que permite a las personas desarrollar, en forma digna, al máximo sus potencialidades, en bien de si mismo, de su familia y de la colectividada en general"

Zaragoza, 12 de Agosto de 2022



## **CUIDADOS PALIATIVOS EN ARAGÓN SECTOR A SECTOR**





**CUIDADOS PALIATIVOS EN ARAGÓN  
SECTOR A SECTOR**

**01**  
HUESCA

**02**  
TERUEL

**03**  
ZARAGOZA

# HUESCA

**01**

**SECTOR  
BARBASTRO**

**SECTOR  
HUESCA**

**SECTOR BARBASTRO:** Extensión geográfica: 8.500 km<sup>2</sup>  
Población: Algo más de 110.000 habitantes

<p><b>Nº de equipos</b> Un Equipo ESAD compuesto por médico y enfermera <small>*Colaboración con psicóloga de AECC Huesca</small></p>	<p><b>Disponibilidad</b> Atención Domiciliaria de Lunes a Viernes de 8.00 h. - 15.30 h.</p>	<p><b>Atención telefónica</b> horario de tardes de 15.00 h. a 19.00 h. de Lunes a Viernes</p>	<p><b>Recursos</b> En el sector <b>no hay ninguna</b> Unidad de hospitalización de Cuidados Paliativos</p>
---	---	---	--

**SECTOR HUESCA:** Extensión geográfica: 8.149 km<sup>2</sup>  
Población: Algo más de 113.008 habitantes

<p><b>Nº de equipos</b> Un Equipo ESAD compuesto por médico y enfermera <small>*Colaboración con psicóloga y Trabajadora social de Asoc. Española contra el Cáncer (AECC) Huesca</small></p>	<p><b>Disponibilidad</b> Atención Domiciliaria de Lunes a Viernes de 8.00 h. - 15.30 h.</p>	<p><b>Atención telefónica</b> horario de tardes de 15.00 h. a 19.00 h. de Lunes a Viernes</p>	<p><b>Recursos</b> <b>Hospital Provincial</b> 3 camas destinadas a pacientes con necesidades paliativas.</p>
--	---	---	--

# TERUEL

**02**

**SECTOR  
ALCAÑIZ**

**SECTOR  
TERUEL**

**SECTOR ALCAÑIZ:** Extensión geográfica: 7.134 km<sup>2</sup>  
Población: 71.138 habitantes

<p><b>Nº de equipos</b> Un Equipo ESAD compuesto por médico y enfermera <small>*Colaboración con psicóloga y Trabajadora social de AECC</small></p>	<p><b>Disponibilidad</b> Atención Domiciliaria de Lunes a Viernes de 8.00 h. - 15.30 h.</p>	<p><b>Atención telefónica</b> horario de tardes de 15.00 h. a 19.00 h. de Lunes a Viernes</p>	<p><b>Recursos</b> En el sector <b>no hay ninguna</b> Unidad de hospitalización de Cuidados Paliativos</p>
---	---	---	--

**SECTOR TERUEL:** Extensión geográfica: 9.341 km<sup>2</sup>  
Población: 78.879 habitantes

<p><b>Nº de equipos</b> Dos Equipos ESAD compuesto por médico y enfermera <small>*Colaboración con psicóloga de Asoc. Española contra el Cáncer (AECC) de Teruel</small></p>	<p><b>Disponibilidad</b> Atención Domiciliaria de Lunes a Viernes de 8.00 h. a 15.00 h. Atención Domiciliaria de Lunes a Viernes de 10.00 h. a 17.00 h.</p>	<p><b>Recursos</b> <b>Hospital San José</b> de la capital terulense es el centro de referencia para paciente paliativo en el Sector. En ocasiones se registran decesos en el Obispo Patacno</p>
--	---	---



# ZARAGOZA

03

SECTOR  
CALATAYUD

SECTOR  
ZARAGOZA I

SECTOR  
ZARAGOZA II

SECTOR  
ZARAGOZA III

HOSPITAL  
SAN JUAN  
DE DIOS

UNIDAD DE  
CUIDADOS  
PALIATIVOS  
PEDIÁTRICOS

ENFERMERA  
GESTORA DE  
CASOS EN EQUIPO  
DE ONCOLOGÍA  
DE HOSPITAL  
UNIVERSITARIO  
MIGUEL SERVET

SECTOR CALATAYUD: Extensión geográfica: 4.065 km<sup>2</sup>  
Población: 55.876 habitantes

<p><b>Nº de equipos</b></p> <p>Un Equipo ESAD compuesto por médico y enfermera</p> <p><small>*Colaboración con psicóloga y Trabajadora social de Asoc. Española contra el Cáncer (AECC) Calatayud</small></p>	<p><b>Disponibilidad</b></p> <p>Atención Domiciliaria de Lunes a Viernes de 8.00 h. - 15.30 h.</p>	<p><b>Atención telefónica</b></p> <p>horario de tardes de 15.00 h. a 19.00 h. de Lunes a Viernes</p>	<p><b>Recursos</b></p> <p>- En el sector no hay ninguna Unidad de hospitalización de Cuidados Paliativos. Protocolo de ingreso programado en el Hospital Ernest Lluch.</p> <p>- Traslado a la UCP del Hospital San Juan de Dios de Zaragoza</p>
---	--	--	---

SECTOR ZARAGOZA I: Extensión geográfica: 3.210,7 km<sup>2</sup>  
Población: 188.539 habitantes

<p><b>Nº de equipos</b></p> <p>Dos Equipos ESAD</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Turno mañana (un médico y una enfermera)</li> <li>• Turno tarde (una médico y una enfermera)</li> </ul> <p><small>*Psicóloga perteneciente al Programa de Atención Psicosocial de la Caixa</small></p>	<p><b>Disponibilidad</b></p> <p><b>Mañana</b> De Lunes a Viernes de 8.00 h. a 15.00 h.</p> <p><b>Tarde</b> De Lunes a Viernes de 14.00 h. a 21.00 h.</p>	<p><b>Recursos</b></p> <p>Unidad de hospitalización de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios de Zaragoza.</p>
---	--	---

SECTOR ZARAGOZA II: Extensión geográfica: 2.537 km<sup>2</sup>  
Población: 396.270 habitantes

<p><b>Nº de equipos</b></p> <p>Tres Equipos ESAD</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dos equipos turno de mañana (Dos médicos y dos enfermeras)</li> <li>• Un equipo turno de tarde (Dos enfermeras y un médico)</li> <li>• Administrativo y Auxiliar de Enfermería</li> </ul>	<p><b>Disponibilidad</b></p> <p>Atención Domiciliaria de Lunes a Viernes de 8.00 h. - 15.00 h.</p> <p>Atención Domiciliaria de 15.00 h. - 20.00 h.</p>	<p><b>Recursos</b></p> <p>- Unidad de hospitalización de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios de Zaragoza.</p> <p>- En caso de urgencia y, en caso, de ausencia de camas se derivan a los pacientes al Hospital Miguel Servet.</p>
---	--	---

SECTOR ZARAGOZA III: Extensión geográfica: 7.139 km<sup>2</sup>  
Población: 308.296 habitantes

<p><b>Nº de equipos</b></p> <p>Dos Equipos ESAD</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dos médicos y dos enfermeras.</li> <li>• Un Administrativo.</li> </ul>	<p><b>Disponibilidad</b></p> <p>Atención Domiciliaria de Lunes a Viernes de 8.00 h. - 15.00 h.</p>	<p><b>Atención telefónica.</b></p> <p>De 15.00 h. a 17.00 h. de Lunes a Viernes</p>	<p><b>Recursos</b></p> <p>- Unidad de hospitalización de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios de Zaragoza.</p>
---	--	---	---

Se atiende a los pacientes de Zaragoza provincia y otros. Derivación de pacientes desde cualquier hospital de la provincia de Zaragoza, Atención Primaria de los sectores de zaragoza, así como de los ESAD de Zaragoza, Calatayud y Alcañiz. Del resto de ESAD (Teruel, Huesca y Barbastro) suelen derivarlos a sus hospitales de referencia.

<p><b>Nº de equipos</b></p> <p>Equipos interdisciplinar formado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 Médicos</li> <li>• 8 Enfermeras</li> <li>• 9 Técnicos Auxiliares de Enfermería (TCAE)</li> <li>• 3 Celadores</li> <li>• 1 Psicóloga</li> <li>• 1 Trabajadora Social</li> <li>• 1 Fisioterapeuta</li> </ul>	<p><b>Disponibilidad</b></p> <p>24 horas De Lunes a Domingo</p>	<p><b>Recursos</b></p> <p>- 26 camas</p>
--	---	--

<p><b>Nº de equipos</b></p> <p>Dos pediatras, dos enfermeras, una musicoterapeuta. Ubicado en Hospital Materno Infantil de Zaragoza.</p>	<p><b>Disponibilidad</b></p> <p>- Atención hospitalaria y domiciliaria.</p> <p>- Toda la Comunidad de Aragón.</p> <p>- Mañanas de lunes a viernes de 8.00 h. - 15.00 h. Guardia telefónica si fase final de vida en domicilio o ingreso domiciliar.</p>
--	---

Pacientes atendidos en el Servicio de Oncología del Hospital Universitario Miguel Servet.

<p><b>Nº de equipos</b></p> <p>Una enfermera.</p>	<p><b>Disponibilidad</b></p> <p>Lunes a viernes de 7.30 h. - 15.00 h.</p> <p>Gestión y derivación de casos atendidos en el Servicio de Oncología del Hospital Universitario Miguel Servet a ESAD/MAP de referencia o bien a la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios.</p>
---	---

## ARADE



EL JUSTICIA DE ARAGÓN  
202200002027  
11-05-2022  
REGISTRO DE ENTRADA

**Asunto: Solicitud de información sobre  
asistencia sanitaria en el ámbito rural.**

Expediente: Q-22/343/05

ARADE

Asociación Aragonesa para la Dependencia



## Asunto: Solicitud de información sobre asistencia sanitaria en el ámbito rural.

Expediente: Q-22/343/05

### PRESENTACION

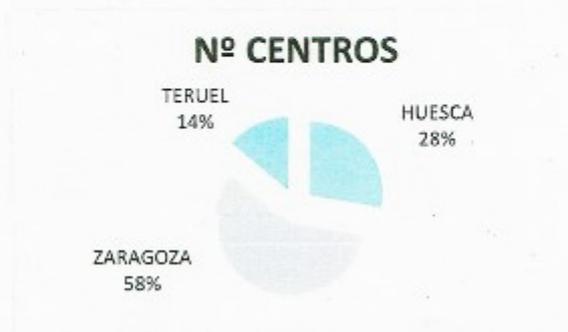
Tras la solicitud de información sobre la asistencia sanitaria en el ámbito rural, por parte del Justicia de Aragón, con fecha 4 de abril de 2022, hemos elaborado una recopilación de los datos solicitados, en relación con el Informe especial sobre sanidad en el ámbito que está realizando esta Institución.

La información solicitada hace referencia al personal sanitario - médico y enfermería-, medios materiales para prestar la asistencia sanitaria y farmacológica de los centros que forman parte de nuestra asociación y situadas en municipios aragoneses con una población total de hasta 10.000 habitantes.

Son un total de 36 centros los que cumplen con las características indicadas, de los cuales pasamos a realizar un resumen de la situación.

## DESARROLLO DEL ESTUDIO

Atendiendo al número de habitantes de las poblaciones rurales < 10.000 solicitamos, desde ARADE, información a un total de 36 residencias asociadas de las provincias de Huesca, Zaragoza y Teruel:



La información que solicitamos es sobre el personal sanitario -médico y enfermería-, así como los medios materiales para prestar la asistencia sanitaria y farmacológica, con los que cuentan las Residencias de mayores y personas con diversidad funcional.

La participación total de entidades en la recogida de datos ha sido de alrededor de 90%.



Punto 1. Información sobre el personal sanitario:

CENTROS QUE TIENEN ENFERMERIA	CENTROS QUE TIENEN MEDICO	OBSERVACIONES
PROPIA – 45% posee enfermería propia	PROPIO – 20% médico propio	La Dificultad fundamental tras la pandemia en medio rural es que, aunque intenten contratar un médico o enfermería no hay profesionales en las diversas zonas que puedan trabajar en los centros privados, incluso los propios centros de salud tienen problemas para encontrar personal.
Coordinada con el centro de salud - 100%	Coordinada con el centro de salud – 100%	

Las residencias en medio rural nos transmiten la imposibilidad de conseguir personal médico o de enfermería en las poblaciones donde están situados sus centros e incluso el Salud se encuentra con dificultades para afrontar la contratación de personal sanitario en dichas poblaciones.

Nos indican que un 20% tienen en su plantilla médico propio y un 45% tiene contratada enfermería en jornada media o completa. Existe interés general en poder contratar enfermeros/as en su plantilla, pero no existen recursos en la zona.



La coordinación establecida por las residencias con los centros de salud de sus poblaciones o los centros de salud de referencia es del 100%, tanto si tienen servicio sanitario -médico o enfermería- propios, como si no lo poseen.

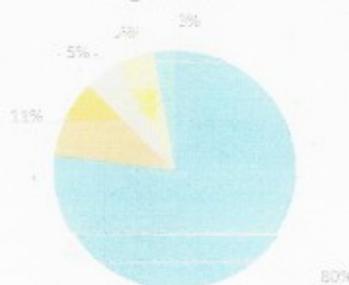
La relación de los centros es en un 90% **excelente** con los médicos de familia y enfermería asignadas, aunque la organización es diferente según los equipos de los centros y el médico o la enfermería del Centro de Salud.

Detallamos los diferentes sistemas de organización:

1. Días y horarios concretos de visita a los centros y además a demanda por urgencias o casos especiales – 89%
2. No tienen visitas pautadas sólo cuando hay urgencias -11%
3. Seguimiento de curas- 5%
4. Coordinación a través de dirección, enfermería o supervisión de gerocultoras – 5%
5. Fuera de los horarios del centro de salud de referencia acuden todos a los servicios de urgencias establecidos por zonas sanitarias – 100%
6. Al estar en un edificio contiguo los usuarios pasan al Centro de Salud en lugar de que pasen los médicos y enfermería a la Residencia -3%

Organización general:

Relación con los Centros de Salud consultas y seguimiento



Punto 2. Medios materiales para prestar la asistencia sanitaria.

En cuanto a los materiales disponibles de asistencia sanitaria, el 100% de centros tienen todo lo necesario para poder cubrir adecuadamente la medición de constantes vitales: aparatos de tensión, pulsioxímetro y termómetros, así como productos de apoyo.

Los equipos de oxigenoterapia propios son alrededor del 30% el resto hasta completar el 100% poseen los pautados por los equipos médicos de los centros de salud asignados a los usuarios que los precisan.

En los centros en los que algún usuario utiliza equipos de oxigenoterapia de forma habitual disponen de botellas de oxígeno y concentradores, reservas de botellas y carros.

MATERIALES OXIGENOTERAPIA	MATERIALES DESA	OBSERVACIONES
Pertenecientes al centro: 30%	Desfibrilador en propiedad 14%	Tras la pandemia, algunos de los centros muestran dificultades económicas para asumir reparaciones o inversión en material inventariable más especializado (DESA u Oxigenoterapia).
Petición específica bajo prescripción facultativa: 100%		

Punto 3. Asistencia Farmacológica.

En cuanto al espacio los centros disponen por normativa de sala de enfermería para pasar las visitas, realizar curas y preparación, así como de botiquín.

La organización de dispensación de medicación se realiza con las farmacias de la propia población, en caso de que las haya, de poblaciones próximas o con las farmacias que a lo largo de los años les han ofrecido el mejor servicio.

Todos los centros tienen acuerdos con farmacias con las que vienen trabajando con garantía, calidad y seguridad y tienen un buen servicio en el depósito de fármacos, confección de los SPD o blísteres de medicación o la ayuda en su preparación.

El 100% de los centros tienen coordinada la preparación con su farmacia, manteniendo un contacto diario, habitual y de confianza por los continuos cambios de medicación que sufren los usuarios en los centros.

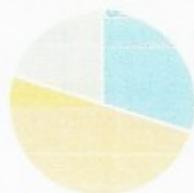
#### Punto 4. Relación con los Centros de Salud

Es de vital importancia la coordinación y las sinergias con los centros de salud en cada población para poder mantener un nivel de atención sanitaria adecuado.

En la recopilación realizada de los datos de los centros resumimos las respuestas de cómo es esta coordinación en tiempo y calidad.

COORDINACION CENTRO DE SALUD/TIEMPO	COORDINACION CENTRO DE SALUD /CALIDAD	OBSERVACIONES
Diaria- 50% Semanal- 30% Sólo urgencias- 15% Dificultades para contactar con el Centro de salud -5%	Regular o mala- 20% Buena- 50% Excelente-30%	En general existe buena relación y coordinación con los centros de salud. Y en ocasiones las dificultades dependen de la comunicación con los equipos.

RELACIONES CON LOS CENTROS DE SALUD



EXCELENTES BUENAS REGULAR/MALA

COORDINACION CON LOS CENTROS DE SALUD



DIARIA SEMANAL URGENCIAS DIFICULTADES CONTACTO

### Punto 5. Conclusiones

La situación ideal para todos los centros sería el logro de una coordinación adecuada, la organización de las visitas médicas y de enfermería en días y horarios prefijados.

También sería importante que se propiciase un esquema de prevención de salud pautado adecuado a las necesidades de las personas mayores en los centros.

Las residencias son centros de vida, centros sociales y las necesidades de las personas dependientes mayores en el nivel sanitario deben ser cubiertas igual que lo serían en sus domicilios.

La imposibilidad de conseguir contratar en plantilla a personal de enfermería en nuestras residencias de Aragón, ante la falta de más de 2600 enfermeros según la ratio de la Unión Europea, nos dificulta poder llevar a cabo tareas de prevención y cuidado.

La relación con los equipos de los centros de salud es excelente al igual que la colaboración con los coordinadores de enfermería y médicos, aunque no hay una norma común porque la organización acaba dependiendo de los equipos en cada Centro de Salud.

Se propicia pautando de común acuerdo días y horarios de consulta dentro de la propia residencia o en algunos casos, como así reseñan desde que se produjeron las consecuencias de la pandemia, sólo pasan al centro cuando se producen urgencias.

En estas visitas que en unas ocasiones son conjuntas de médico y enfermería se realizan seguimientos de medicación, de pautas alimenticias, de curas de enfermería y siempre están acompañados por personal de las residencias.

En el medio rural hay una imposibilidad real de poder conseguir en plantilla médicos y enfermeros, la situación se da en las zonas rurales de todo Aragón.

En algunos casos un porcentaje entre el 10-15% el nivel de relación personal e implicación de los equipos del Salud con los centros es muy alta e incluso ofrecen atención directa por teléfono o in situ.

En relación con el material sanitario disponen de todo el material necesario para la asistencia sanitaria, en algunas ocasiones proporcionados por el centro de salud y en muchas otras es material que está en propiedad de la residencia.

La principal dificultad en estos dos últimos años ha sido que la inversión en EPIS y materiales por la pandemia de COVID 19 ha sido tan alta que los centros se han descapitalizado y tienen dificultades para poder realizar compras de nuevo material o reparaciones.

Las relaciones establecidas entre los centros y las farmacias que realizan el depósito y la preparación de la medicación son excelentes, son farmacias de confianza con las que trabajan habitualmente, farmacias de las propias poblaciones donde están enclavadas las residencias o poblaciones cercanas.

En colaboración con los médicos de los centros de salud y la dirección del centro y el personal facultativo preparan en las farmacias con las pautas indicadas en la receta electrónica y envían los blísteres (SPD) o complementan su preparación.

Es importante reconocer que el objetivo de la coordinación es el mismo, si bien la falta de suficientes recursos sanitarios dificulta dicho objetivo:

“El bienestar de la persona mayor”

nuestra competencia es colaborar y realizar el trabajo con las máximas garantías de calidad.

Conclusiones de la recopilación de datos de los centros.

A Zaragoza, 11 de mayo de 2022



## LARES ARAGÓN





Asociación de residencias y servicios  
sector solidario

EXP. N° Q22/343/05  
Fecha: 21 de abril de 2022

**ASUNTO:** Solicitud de información sobre la asistencia sanitaria en el ámbito rural.

LARES ARAGÓN cuenta con 44 Residencias asociadas en la Comunidad Autónoma de Aragón, de las que 16 se ubican en municipios de menos de 10.000 habitantes, en las que prestan sus servicios 445 personas trabajadoras, de las que en casi su totalidad son mujeres, atendiendo en las mismas a 898 personas mayores.

De las 16 Residencias, 8 cuentan con personal de enfermería contratado, resultando muy complicado poder contar con personal de enfermería en el ámbito residencial, y más aún en zonas rurales, dada la escasez de dicho personal, y su preferencia por el sector sanitario (hospitales, clínicas) y la oferta permanente de plazas en el sector sanitario público, que cuenta con mejores condiciones salariales y laborales.

10 de dichas Residencias están acogidas al Acuerdo Marco de Plazas en Centros Residenciales para Personas Mayores en situación de Dependencia en Aragón con el Instituto Aragonés de Servicios Sociales, atendiendo actualmente 116 plazas concertadas.

Según manifiestan su personal directivo, con carácter general, la relación con el Centro de Salud de referencia es buena, asistiendo su personal médico y enfermero a los residentes a requerimiento de la Residencia y, con carácter general, como mínimo, una vez por semana, si bien no existe una integración o colaboración institucional pautada entre la Residencia y el Sistema Público de Salud, dependiendo de la "buena voluntad" de los profesionales sanitarios que prestan sus servicios en el Centro de Salud.

A su vez, suele existir una buena relación con el Ayuntamiento de la localidad y con sus Servicios Sociales, sin que por otra parte, exista una relación institucionalizada.

Esperando sea esta la información requerida, quedamos a su entera disposición,

Atentamente,

Mª Emilia Bergasa Lázaro,  
Presidenta Lares Aragón



LARES ARAGON, Pº TERUEL, 32-34 50004 ZARAGOZA 976 221485  
secretariatecnica@laresaragon.es





## ANEXO IV – DISTANCIAS



SECTOR	ZONA BÁSICA DE SALUD	MUNICIPIO/ENTIDAD SINGULAR	DISTANCIA KM	DISTANCIA EN MIN
ALCAÑIZ	ALCORISA	ALCORISA	0	0
ALCAÑIZ	ALCORISA	BERGE	6,2	9
ALCAÑIZ	ALCORISA	CRIVILLEN	23	20
ALCAÑIZ	ALCORISA	EJULVE	27	23
ALCAÑIZ	ALCORISA	ESTERCUEL	28	25
ALCAÑIZ	ALCORISA	GARGALLO	21	18
ALCAÑIZ	ALCORISA	MASES DE CRIVILLEN	27	28
ALCAÑIZ	ALCORISA	MATA DE LOS OLMOS (LA)	14	13
ALCAÑIZ	ALCORISA	MOLINOS	13	15
ALCAÑIZ	ALCORISA	OLMOS (LOS)	11	11
ALCAÑIZ	ALCORISA	ZOMA (LA)	30	27
ALCAÑIZ	ANDORRA	ALLOZA	8,1	10
ALCAÑIZ	ANDORRA	ANDORRA	0	0
ALCAÑIZ	ANDORRA	ARIÑO	17	19
ALCAÑIZ	ANDORRA	OLIETE	23	22
ALCAÑIZ	CALACEITE	ARENS DE LLEDO	13	16
ALCAÑIZ	CALACEITE	CALACEITE	0	0
ALCAÑIZ	CALACEITE	CRETAS	12	12
ALCAÑIZ	CALACEITE	LLEDO	19	19
ALCAÑIZ	CALACEITE	MAZALEON	14	14
ALCAÑIZ	CALACEITE	VALDELTORMO	11	11
ALCAÑIZ	CALANDA	BELMONTE DE SAN JOSE	21	30
ALCAÑIZ	CALANDA	CALANDA	0	0
ALCAÑIZ	CALANDA	CAÑADA DE VERICH (LA)	21	31
ALCAÑIZ	CALANDA	CEROLLERA (LA)	25	34
ALCAÑIZ	CALANDA	FOZ-CALANDA	4,9	13
ALCAÑIZ	CALANDA	TORREVELILLA	15	21
ALCAÑIZ	CANTAVIEJA	CANTAVIEJA	0	0
ALCAÑIZ	CANTAVIEJA	CAÑADA DE BENATANDUZ	18	21
ALCAÑIZ	CANTAVIEJA	CASAS DE SAN JUAN	22	30
ALCAÑIZ	CANTAVIEJA	CUBA (LA)	21	21
ALCAÑIZ	CANTAVIEJA	FORTANETE	18	17
ALCAÑIZ	CANTAVIEJA	IGLESUELA DEL CID (LA)	11	12
ALCAÑIZ	CANTAVIEJA	MIRAMBEL	13	13
ALCAÑIZ	CANTAVIEJA	MONTORO DE MEZQUITA	44	56
ALCAÑIZ	CANTAVIEJA	PITARQUE	38	50
ALCAÑIZ	CANTAVIEJA	SOLANA		
ALCAÑIZ	CANTAVIEJA	TRONCHON	28	31
ALCAÑIZ	CANTAVIEJA	UMBRIA		
ALCAÑIZ	CANTAVIEJA	VEGA		

**Informe Especial  
del Justicia sobre Sanidad  
en el Medio Rural**

ALCAÑIZ	CANTAVIEJA	VILLARLUENGO	30	36
ALCAÑIZ	HIJAR	ALBALATE DEL ARZOBISPO	12	14
ALCAÑIZ	HIJAR	ALMOCHUEL	20	17
ALCAÑIZ	HIJAR	AZAILA	14	11
ALCAÑIZ	HIJAR	CASTELNOU	12	11
ALCAÑIZ	HIJAR	ESTACION (LA)	8	9
ALCAÑIZ	HIJAR	HIJAR	0	0
ALCAÑIZ	HIJAR	JATIEL	9,6	10
ALCAÑIZ	HIJAR	PUEBLA DE HIJAR (LA)	5,8	8
ALCAÑIZ	HIJAR	SAMPER DE CALANDA	6	6
ALCAÑIZ	HIJAR	URREA DE GAEN	3,1	11
ALCAÑIZ	HIJAR	VINACEITE	22	19
ALCAÑIZ	MAELLA	FABARA	10	10
ALCAÑIZ	MAELLA	MAELLA	0	0
ALCAÑIZ	MAELLA	NONASPE	19	19
ALCAÑIZ	MAS DE LAS MATAS	ABENFIGO	4	5
ALCAÑIZ	MAS DE LAS MATAS	AGUAVIVA	4,3	7
ALCAÑIZ	MAS DE LAS MATAS	ALAGONES (LOS)	21	21
ALCAÑIZ	MAS DE LAS MATAS	ALGECIRA (LA)	32	39
ALCAÑIZ	MAS DE LAS MATAS	BORDON	27	27
ALCAÑIZ	MAS DE LAS MATAS	CASTELLOTE	8,7	10
ALCAÑIZ	MAS DE LAS MATAS	CRESPOL (EL)	30	35
ALCAÑIZ	MAS DE LAS MATAS	CUEVAS DE CAÑART	23	24
ALCAÑIZ	MAS DE LAS MATAS	DOS TORRES DE MERCADER	20	22
ALCAÑIZ	MAS DE LAS MATAS	GINEBROSA (LA)	15	17
ALCAÑIZ	MAS DE LAS MATAS	JAGANTA	17	20
ALCAÑIZ	MAS DE LAS MATAS	LADRUÑAN	30	35
ALCAÑIZ	MAS DE LAS MATAS	LUCO DE BORDON	29	30
ALCAÑIZ	MAS DE LAS MATAS	MAS DE LAS MATAS	0	0
ALCAÑIZ	MAS DE LAS MATAS	PARRAS DE CASTELLOTE (LAS)	14	22
ALCAÑIZ	MAS DE LAS MATAS	PLANAS (LAS)	19	19
ALCAÑIZ	MAS DE LAS MATAS	SENO	13	14
ALCAÑIZ	MAS DE LAS MATAS	TORREMOCHA		
ALCAÑIZ	MUNIESA	ALACON	11	11
ALCAÑIZ	MUNIESA	ALCAINE	21	20
ALCAÑIZ	MUNIESA	ANADON	33	36
ALCAÑIZ	MUNIESA	BLESA	7,9	9
ALCAÑIZ	MUNIESA	CORTES DE ARAGON	8,5	8
ALCAÑIZ	MUNIESA	HUESA DEL COMUN	16	15
ALCAÑIZ	MUNIESA	JOSA	15	14
ALCAÑIZ	MUNIESA	MAICAS	13	13
ALCAÑIZ	MUNIESA	MUNIESA	0	0
ALCAÑIZ	MUNIESA	OBON	24	21

ALCAÑIZ	MUNIESA	PLOU	9,8	10
ALCAÑIZ	MUNIESA	RUDILLA	28	30
ALCAÑIZ	VALDERROBRES	BECEITE	7,3	11
ALCAÑIZ	VALDERROBRES	FORNOLES	19	26
ALCAÑIZ	VALDERROBRES	FRESNEDA (LA)	11	12
ALCAÑIZ	VALDERROBRES	FUENTESPALDA	12	13
ALCAÑIZ	VALDERROBRES	HERBES	26	28
ALCAÑIZ	VALDERROBRES	MONROYO	24	23
ALCAÑIZ	VALDERROBRES	PEÑARROYA DE TASTAVINS	20	20
ALCAÑIZ	VALDERROBRES	PORTELLADA (LA)	10	13
ALCAÑIZ	VALDERROBRES	RAFALES	18	25
ALCAÑIZ	VALDERROBRES	TORRE DE ARCAS	31	30
ALCAÑIZ	VALDERROBRES	TORRE DEL COMPTE	14	15
ALCAÑIZ	VALDERROBRES	VALDERROBRES	0	0
BARBASTRO	ABIEGO	ABIEGO	0	0
BARBASTRO	ABIEGO	ADAHUESCA	6,6	9
BARBASTRO	ABIEGO	ALBERUELA DE LA LIENA	9,4	13
BARBASTRO	ABIEGO	ALMUNIAS (LAS)	21	28
BARBASTRO	ABIEGO	ALQUEZAR	13	19
BARBASTRO	ABIEGO	ASQUE	23	32
BARBASTRO	ABIEGO	BIERGE	6,8	10
BARBASTRO	ABIEGO	COLUNGO	17	22
BARBASTRO	ABIEGO	MORRANO	14	21
BARBASTRO	ABIEGO	PEDRUEL	23	33
BARBASTRO	ABIEGO	RADIQUERO	10	14
BARBASTRO	ABIEGO	RODELLAR	25	34
BARBASTRO	AINSA	AGUILAR	50	40
BARBASTRO	AINSA	AINSA	0	0
BARBASTRO	AINSA	ALBELLA	28	33
BARBASTRO	AINSA	ALMAZORRE	28	33
BARBASTRO	AINSA	ALUEZA	16	16
BARBASTRO	AINSA	ALUJAN	19	18
BARBASTRO	AINSA	ARAGUAS	11	21
BARBASTRO	AINSA	ARCUSA	20	24
BARBASTRO	AINSA	ARRO	9,1	9
BARBASTRO	AINSA	ASCASO	14	21
BARBASTRO	AINSA	ATIART	16	15
BARBASTRO	AINSA	BANASTON	3	5
BARBASTRO	AINSA	BARCABO	32	37
BARBASTRO	AINSA	BELLOSTAS (LAS)	26	38
BARBASTRO	AINSA	BELSIERRE	12	13
BARBASTRO	AINSA	BESTUE	22	32
BARBASTRO	AINSA	BETORZ	41	53

**Informe Especial  
del Justicia sobre Sanidad  
en el Medio Rural**

BARBASTRO	AINSA	BIES		
BARBASTRO	AINSA	BOLTAÑA	7,2	7
BARBASTRO	AINSA	BUERBA	24	34
BARBASTRO	AINSA	BUETAS	18	18
BARBASTRO	AINSA	BUISAN	37	66
BARBASTRO	AINSA	CABEZONADA (LA)	18	16
BARBASTRO	AINSA	CAMPODARBE	16	19
BARBASTRO	AINSA	CAMPORROTUNO	10	10
BARBASTRO	AINSA	CASA CASTAN	5,5	9
BARBASTRO	AINSA	CASAL (EL)	15	17
BARBASTRO	AINSA	CASTEJON DE SOBRARBE	22	25
BARBASTRO	AINSA	CASTELLAZO	20	25
BARBASTRO	AINSA	CERESA	15	19
BARBASTRO	AINSA	CHARO	15	15
BARBASTRO	AINSA	COSCOJUELA DE SOBRARBE	10	12
BARBASTRO	AINSA	COSCOLLAR (EL)	25	30
BARBASTRO	AINSA	ERIPOL	25	30
BARBASTRO	AINSA	ESCALONA	10	9
BARBASTRO	AINSA	ESCUAIN	26	39
BARBASTRO	AINSA	FONTANAL	8,7	14
BARBASTRO	AINSA	FORMIGALES	23	23
BARBASTRO	AINSA	FOSADO	14	15
BARBASTRO	AINSA	FUENDECAMPO	13	12
BARBASTRO	AINSA	GERBE	5,6	7
BARBASTRO	AINSA	GRIEBAL	9,6	17
BARBASTRO	AINSA	GUASO	6,2	11
BARBASTRO	AINSA	HOSPITALED	30	36
BARBASTRO	AINSA	HUERTAS DE MURO (LAS)	11	11
BARBASTRO	AINSA	HUMO DE MURO (EL)	22	26
BARBASTRO	AINSA	HUMO DE RAÑIN (EL)	18	18
BARBASTRO	AINSA	JABIERRE DE OLSON	24	24
BARBASTRO	AINSA	LABUERDA	4,3	5
BARBASTRO	AINSA	LACORT	18	15
BARBASTRO	AINSA	LASPUÑA	13	14
BARBASTRO	AINSA	LATORRE	19	20
BARBASTRO	AINSA	LATORRECILLA	9,1	14
BARBASTRO	AINSA	LECINA	37	44
BARBASTRO	AINSA	LIGÜERRE DE CINCA	20	18
BARBASTRO	AINSA	MARGUDGUED	6,5	7
BARBASTRO	AINSA	MATIDERO	28	37
BARBASTRO	AINSA	MEDIANO	15	14
BARBASTRO	AINSA	MOLINOS (LOS)	15	18
BARBASTRO	AINSA	MONDOT	26	31

BARBASTRO	AINSA	MORILLO DE MONCLUS	21	21
BARBASTRO	AINSA	MORILLO DE SAMPIETRO	15	24
BARBASTRO	AINSA	MORILLO DE TOU	5,3	7
BARBASTRO	AINSA	MUERA (LA)	17	22
BARBASTRO	AINSA	MURO DE BELLOS	14	20
BARBASTRO	AINSA	NERIN	33	52
BARBASTRO	AINSA	OLSON	27	30
BARBASTRO	AINSA	ONCINS	19	25
BARBASTRO	AINSA	PALO	24	22
BARBASTRO	AINSA	PARDINA (LA)	5,7	22
BARBASTRO	AINSA	PAULES DE SARSA	25	30
BARBASTRO	AINSA	PLANILLO	20	29
BARBASTRO	AINSA	PLANO (EL)	17	22
BARBASTRO	AINSA	POCINO (EL)	14	14
BARBASTRO	AINSA	PUERTOLAS	18	24
BARBASTRO	AINSA	PUEYO DE ARAGUAS (EL)	5,4	9
BARBASTRO	AINSA	PUEYO DE MORCAT (EL)	23	32
BARBASTRO	AINSA	PUYARRUEGO	13	14
BARBASTRO	AINSA	RAÑIN	21	22
BARBASTRO	AINSA	SALINAS DE TRILLO	30	31
BARBASTRO	AINSA	SAMITIER	16	15
BARBASTRO	AINSA	SAMPER	16	14
BARBASTRO	AINSA	SAN FELICES DE ARA	18	27
BARBASTRO	AINSA	SAN JUAN	18	19
BARBASTRO	AINSA	SAN LORIEN	19	25
BARBASTRO	AINSA	SAN VICENTE	8,1	13
BARBASTRO	AINSA	SAN VICTORIAN	21	29
BARBASTRO	AINSA	SANTA JUSTA	16	16
BARBASTRO	AINSA	SANTA MARIA	16	20
BARBASTRO	AINSA	SANTA MARIA DE BUIL	15	20
BARBASTRO	AINSA	SANTA MARIA DE LA NUEZ	26	32
BARBASTRO	AINSA	SARSA DE SURTA	28	32
BARBASTRO	AINSA	SESO	9,8	14
BARBASTRO	AINSA	SIESTE	8	10
BARBASTRO	AINSA	SILVES	12	18
BARBASTRO	AINSA	SOLIPUEYO	20	19
BARBASTRO	AINSA	SOTO (EL)	4,9	19
BARBASTRO	AINSA	TIERRANTONA	17	16
BARBASTRO	AINSA	TORRELISA	11	20
BARBASTRO	AINSA	VALLE (LA)		
BARBASTRO	AINSA	VIO	27	42
BARBASTRO	AINSA	YEBA	28	46
BARBASTRO	ALBALATE DE CINCA	ALBALATE DE CINCA	0	0

**Informe Especial  
del Justicia sobre Sanidad  
en el Medio Rural**

BARBASTRO	ALBALATE DE CINCA	ALCOLEA DE CINCA	3,4	6
BARBASTRO	ALBALATE DE CINCA	ALMUDAFAR	10	11
BARBASTRO	ALBALATE DE CINCA	BELVER DE CINCA	4,7	6
BARBASTRO	ALBALATE DE CINCA	ONTIÑENA	11	14
BARBASTRO	ALBALATE DE CINCA	OSSO DE CINCA	7,6	8
BARBASTRO	ALBALATE DE CINCA	SANTALECINA	9,8	12
BARBASTRO	BENABARRE	ALER	4,9	5
BARBASTRO	BENABARRE	ALMUNIA DE SAN LORENZO	16	19
BARBASTRO	BENABARRE	ANTENZA	9,5	12
BARBASTRO	BENABARRE	AREN	35	28
BARBASTRO	BENABARRE	AULAS	46	51
BARBASTRO	BENABARRE	BENABARRE	0	0
BARBASTRO	BENABARRE	BERGANUY	39	38
BARBASTRO	BENABARRE	BETESA	52	48
BARBASTRO	BENABARRE	CALADRONES	6,6	8
BARBASTRO	BENABARRE	CAMPAMENTO		
BARBASTRO	BENABARRE	CASA CONSISTORIAL		
BARBASTRO	BENABARRE	CASERRAS DEL CASTILLO	22	28
BARBASTRO	BENABARRE	CASTELLET (EL)	47	52
BARBASTRO	BENABARRE	CASTERNER DE LES OLLES	48	39
BARBASTRO	BENABARRE	CASTILLO DEL PLA	12	11
BARBASTRO	BENABARRE	CASTISSENT	28	28
BARBASTRO	BENABARRE	CHIRIVETA	23	24
BARBASTRO	BENABARRE	CISCAR	8,8	11
BARBASTRO	BENABARRE	CLARAMUNT	38	47
BARBASTRO	BENABARRE	CLUA (LA)	31	34
BARBASTRO	BENABARRE	ESCARLA	42	45
BARBASTRO	BENABARRE	ESPILLS	34	39
BARBASTRO	BENABARRE	ESPLUGA DE SERRA	49	49
BARBASTRO	BENABARRE	ESPLUGAFREDA	41	41
BARBASTRO	BENABARRE	ESTALL	18	32
BARBASTRO	BENABARRE	ESTAÑA	16	16
BARBASTRO	BENABARRE	ESTOPIÑAN	19	17
BARBASTRO	BENABARRE	LITERA	16	14
BARBASTRO	BENABARRE	LUZAS	13	14
BARBASTRO	BENABARRE	MASOS DE TAMURCIA (ELS)	41	36
BARBASTRO	BENABARRE	MOLINOS (LOS)	49	41
BARBASTRO	BENABARRE	MONTAÑANA	24	22
BARBASTRO	BENABARRE	PALLEROL	50	43
BARBASTRO	BENABARRE	PILZAN	13	14
BARBASTRO	BENABARRE	PONT D'ORRIT (EL)	35	27
BARBASTRO	BENABARRE	PUENTE DE MONTAÑANA	22	19
BARBASTRO	BENABARRE	PUIMOLAR	47	46

BARBASTRO	BENABARRE	PURROY DE LA SOLANA	9	9
BARBASTRO	BENABARRE	RIVERA DE VALL	44	41
BARBASTRO	BENABARRE	SAGANTA	17	14
BARBASTRO	BENABARRE	SAGARRAS BAJAS	6,4	8
BARBASTRO	BENABARRE	SAN MARTIN	46	45
BARBASTRO	BENABARRE	SANTORENS	49	42
BARBASTRO	BENABARRE	SAPEIRA	42	41
BARBASTRO	BENABARRE	SAS (EL)	47	45
BARBASTRO	BENABARRE	SOBRECASTELL	38	32
BARBASTRO	BENABARRE	SOPEIRA	42	33
BARBASTRO	BENABARRE	TERCUI	30	30
BARBASTRO	BENABARRE	TOLVA	7,5	8
BARBASTRO	BENABARRE	TOROGO	46	46
BARBASTRO	BENABARRE	TORRE BARO	32	31
BARBASTRO	BENABARRE	TORRE D'AMARGOS (LA)	34	44
BARBASTRO	BENABARRE	TORRE DE TAMURCIA (LA)	44	40
BARBASTRO	BENABARRE	VIACAMP	15	15
BARBASTRO	BERBEGAL	BARBUÑALES	15	16
BARBASTRO	BERBEGAL	BERBEGAL	0	0
BARBASTRO	BERBEGAL	FORNILLOS	7,2	8
BARBASTRO	BERBEGAL	ILCHE	6,2	7
BARBASTRO	BERBEGAL	LACUADRADA	9,6	11
BARBASTRO	BERBEGAL	LAGUNARROTA	5,4	7
BARBASTRO	BERBEGAL	LALUENGA	7,8	10
BARBASTRO	BERBEGAL	LAPERDIGUERA	6	8
BARBASTRO	BERBEGAL	MONESMA	10	11
BARBASTRO	BERBEGAL	MORILLA	8	9
BARBASTRO	BERBEGAL	ODINA	13	15
BARBASTRO	BERBEGAL	PERALTA DE ALCOFEA	7,6	9
BARBASTRO	BERBEGAL	PERMISAN	7,9	9
BARBASTRO	BERBEGAL	PERTUSA	13	14
BARBASTRO	BERBEGAL	TORMILLO (EL)	17	19
BARBASTRO	BERBEGAL	TORRES DE ALCANADRE	13	13
BARBASTRO	CASTEJON DE SOS	ABELLA	17	22
BARBASTRO	CASTEJON DE SOS	ABI	9,5	14
BARBASTRO	CASTEJON DE SOS	ALINS	22	30
BARBASTRO	CASTEJON DE SOS	ANCILES	16	19
BARBASTRO	CASTEJON DE SOS	ANETO	26	38
BARBASTRO	CASTEJON DE SOS	ARASAN	6	11
BARBASTRO	CASTEJON DE SOS	ARDANUE	22	30
BARBASTRO	CASTEJON DE SOS	ARDANUY	29	34
BARBASTRO	CASTEJON DE SOS	BARBARUENS	16	27
BARBASTRO	CASTEJON DE SOS	BENASQUE	14	15

**Informe Especial  
del Justicia sobre Sanidad  
en el Medio Rural**

BARBASTRO	CASTEJON DE SOS	BENIFONS	27	32
BARBASTRO	CASTEJON DE SOS	BIBILES	33	42
BARBASTRO	CASTEJON DE SOS	BISAURRI	3,8	6
BARBASTRO	CASTEJON DE SOS	BONANSA	32	36
BARBASTRO	CASTEJON DE SOS	BONO	40	43
BARBASTRO	CASTEJON DE SOS	BUIRA	42	52
BARBASTRO	CASTEJON DE SOS	CASTANESA	32	38
BARBASTRO	CASTEJON DE SOS	CASTARNE	29	32
BARBASTRO	CASTEJON DE SOS	CASTEJON DE SOS	0	0
BARBASTRO	CASTEJON DE SOS	CERLER	21	25
BARBASTRO	CASTEJON DE SOS	CHIA	5,1	8
BARBASTRO	CASTEJON DE SOS	CIRES	41	50
BARBASTRO	CASTEJON DE SOS	DENUY	31	39
BARBASTRO	CASTEJON DE SOS	ERESUE	14	19
BARBASTRO	CASTEJON DE SOS	ERISTE	11	11
BARBASTRO	CASTEJON DE SOS	ERVERA	27	31
BARBASTRO	CASTEJON DE SOS	ESCANÉ	27	35
BARBASTRO	CASTEJON DE SOS	ESPES	20	25
BARBASTRO	CASTEJON DE SOS	ESPES ALTO	18	23
BARBASTRO	CASTEJON DE SOS	ESPOLLA	41	52
BARBASTRO	CASTEJON DE SOS	ESTET	41	46
BARBASTRO	CASTEJON DE SOS	FONCHANINA	33	40
BARBASTRO	CASTEJON DE SOS	FORCAT	37	41
BARBASTRO	CASTEJON DE SOS	GABARRET	41	53
BARBASTRO	CASTEJON DE SOS	GABAS	7,4	12
BARBASTRO	CASTEJON DE SOS	GINASTE	37	41
BARBASTRO	CASTEJON DE SOS	LASPAULES	16	18
BARBASTRO	CASTEJON DE SOS	LIRI	7,6	14
BARBASTRO	CASTEJON DE SOS	LLAGUNAS	28	34
BARBASTRO	CASTEJON DE SOS	MONTANUY	32	43
BARBASTRO	CASTEJON DE SOS	NERIL	20	23
BARBASTRO	CASTEJON DE SOS	NOALES	24	28
BARBASTRO	CASTEJON DE SOS	RAMASTUE	9,7	18
BARBASTRO	CASTEJON DE SOS	RIBERA	29	34
BARBASTRO	CASTEJON DE SOS	RUN (EL)	2	3
BARBASTRO	CASTEJON DE SOS	SAHUN	8,9	10
BARBASTRO	CASTEJON DE SOS	SAN FELIU DE VERI	13	18
BARBASTRO	CASTEJON DE SOS	SAN MARTIN DE VERI	8,1	13
BARBASTRO	CASTEJON DE SOS	SEIRA	8,4	12
BARBASTRO	CASTEJON DE SOS	SEÑIU	21	24
BARBASTRO	CASTEJON DE SOS	SESUE	6,2	8
BARBASTRO	CASTEJON DE SOS	SOS	7,7	11
BARBASTRO	CASTEJON DE SOS	SUILS	17	20

BARBASTRO	CASTEJON DE SOS	TORRE DE BUIRA	43	54
BARBASTRO	CASTEJON DE SOS	URMELLA	11	5,6
BARBASTRO	CASTEJON DE SOS	VILLANOVA	5,5	7
BARBASTRO	CASTEJON DE SOS	VILLAPLANA	16	20
BARBASTRO	CASTEJON DE SOS	VILLARRUE	18	22
BARBASTRO	CASTEJON DE SOS	VIÑAL	38	42
BARBASTRO	GRAUS	ABENOZAS	19	33
BARBASTRO	GRAUS	AGUASCALDAS	32	28
BARBASTRO	GRAUS	AGUILAR	9,1	11
BARBASTRO	GRAUS	AGUINALIU	13	17
BARBASTRO	GRAUS	BACAMORTA	28	29
BARBASTRO	GRAUS	BALLABRIGA	42	39
BARBASTRO	GRAUS	BELLESTAR	8,6	11
BARBASTRO	GRAUS	BENAVENTE DE ARAGON	7,5	10
BARBASTRO	GRAUS	BERANUY	38	34
BARBASTRO	GRAUS	BESIANS	39	33
BARBASTRO	GRAUS	BIASCAS DE OBARRA	33	29
BARBASTRO	GRAUS	BIESCAS (BARDAJI)	30	27
BARBASTRO	GRAUS	CABALLERA		
BARBASTRO	GRAUS	CAJIGAR	33	36
BARBASTRO	GRAUS	CALVERA	42	40
BARBASTRO	GRAUS	CAMPO	27	23
BARBASTRO	GRAUS	CANETO	20	32
BARBASTRO	GRAUS	CAPELLA	5,9	8
BARBASTRO	GRAUS	CASTIGALEU	24	26
BARBASTRO	GRAUS	CENTENERA	14	20
BARBASTRO	GRAUS	CLAMOSA	25	40
BARBASTRO	GRAUS	COLLADAS (LAS)	26	22
BARBASTRO	GRAUS	EGEA	35	30
BARBASTRO	GRAUS	EJEP	8,3	13
BARBASTRO	GRAUS	ESDOLOMADA	34	35
BARBASTRO	GRAUS	ESPLUGA	33	31
BARBASTRO	GRAUS	FORADADA DEL TOSCAR	30	24
BARBASTRO	GRAUS	GRAUS	0	0
BARBASTRO	GRAUS	GUEL	25	26
BARBASTRO	GRAUS	HERRERIAS (LAS)	38	34
BARBASTRO	GRAUS	JUSEU	14	17
BARBASTRO	GRAUS	LACORT	33	26
BARBASTRO	GRAUS	LAGO DE BARASONA	5,9	7
BARBASTRO	GRAUS	LAGUARRES	12	12
BARBASTRO	GRAUS	LAPENILLA	18	27
BARBASTRO	GRAUS	LASCORZ	50	45
BARBASTRO	GRAUS	LASCUARRE	16	15

**Informe Especial  
del Justicia sobre Sanidad  
en el Medio Rural**

BARBASTRO	GRAUS	LLERT	35	33
BARBASTRO	GRAUS	MERLI	37	40
BARBASTRO	GRAUS	MONESMA (CAJIGAR)	32	36
BARBASTRO	GRAUS	MONT DE RODA		
BARBASTRO	GRAUS	MORENS	39	37
BARBASTRO	GRAUS	MORILLO DE LIENA	24	20
BARBASTRO	GRAUS	NAVARRI	26	22
BARBASTRO	GRAUS	OLVENA	18	19
BARBASTRO	GRAUS	PADARNIU	26	33
BARBASTRO	GRAUS	PANILLO	8,7	12
BARBASTRO	GRAUS	PANO	13	18
BARBASTRO	GRAUS	PARDINELLA	36	33
BARBASTRO	GRAUS	PERARRUA	9,5	11
BARBASTRO	GRAUS	POCIELLO	9,6	10
BARBASTRO	GRAUS	PUEBLA DE CASTRO (LA)	8,9	12
BARBASTRO	GRAUS	PUEBLA DE FANTOVA (LA)	10	13
BARBASTRO	GRAUS	PUEBLA DE RODA (LA)	27	23
BARBASTRO	GRAUS	PUEBLA DEL MON (LA)	6,6	9
BARBASTRO	GRAUS	PUEYO	40	34
BARBASTRO	GRAUS	PUEYO DE MARGUILLEN	7	8
BARBASTRO	GRAUS	REPEROS	39	32
BARBASTRO	GRAUS	RIGUALA DE SERRADUY	34	35
BARBASTRO	GRAUS	RODA DE ISABENA	27	25
BARBASTRO	GRAUS	SALA	37	32
BARBASTRO	GRAUS	SAN ESTEBAN DEL MALL	29	25
BARBASTRO	GRAUS	SAN LORENZO	52	49
BARBASTRO	GRAUS	SANTA MAURA	30	26
BARBASTRO	GRAUS	SANTALIESTRA Y SAN QUILEZ	14	13
BARBASTRO	GRAUS	SECASTILLA	9,9	12
BARBASTRO	GRAUS	SENZ	33	32
BARBASTRO	GRAUS	SERRADUY	32	30
BARBASTRO	GRAUS	SERRATE	39	33
BARBASTRO	GRAUS	SOLER (EL)	11	12
BARBASTRO	GRAUS	TORRE DE ESERA	3,2	5
BARBASTRO	GRAUS	TORRE DE OBATO	5,6	9
BARBASTRO	GRAUS	TORRE LA RIBERA	39	33
BARBASTRO	GRAUS	TORRELABAD	9,1	10
BARBASTRO	GRAUS	TORRES DEL OBISPO	9,4	11
BARBASTRO	GRAUS	TRILLO	25	36
BARBASTRO	GRAUS	TRONCEDO	20	27
BARBASTRO	GRAUS	UBIERGO	11	13
BARBASTRO	GRAUS	VENTAS DE SANTA LUCIA (LAS)		
BARBASTRO	GRAUS	VILAS DEL TURBON	42	35

BARBASTRO	GRAUS	VILETA DE SERRADUY (LA)	32	30
BARBASTRO	GRAUS	VILLACARLI	42	35
BARBASTRO	GRAUS	VISALIBONS	39	36
BARBASTRO	GRAUS	VIU	37	40
BARBASTRO	LAFORTUNADA	BADAIN	1	3
BARBASTRO	LAFORTUNADA	BIELSA	15	15
BARBASTRO	LAFORTUNADA	CHISAGUES	20	24
BARBASTRO	LAFORTUNADA	ESPIERBA	23	29
BARBASTRO	LAFORTUNADA	GISTAIN	23	29
BARBASTRO	LAFORTUNADA	HOSPITAL	3,2	4
BARBASTRO	LAFORTUNADA	JAVIERRE	16	17
BARBASTRO	LAFORTUNADA	LAFORTUNADA	0	0
BARBASTRO	LAFORTUNADA	PARZAN	17	16
BARBASTRO	LAFORTUNADA	PLAN	18	22
BARBASTRO	LAFORTUNADA	REVILLA	15	29
BARBASTRO	LAFORTUNADA	SALINAS	6,5	7
BARBASTRO	LAFORTUNADA	SALINAS DE BIELSA	6,9	9
BARBASTRO	LAFORTUNADA	SAN JUAN DE PLAN	19	24
BARBASTRO	LAFORTUNADA	SARAVILLO	13	15
BARBASTRO	LAFORTUNADA	SERVETO	17	25
BARBASTRO	LAFORTUNADA	SIN	15	20
BARBASTRO	LAFORTUNADA	TELLA	11	20
BARBASTRO	MEQUINENZA	FAYON	21	22
BARBASTRO	MEQUINENZA	MEQUINENZA	0	0
BARBASTRO	MONZON RURAL	ALFANTEGA	12	12
BARBASTRO	MONZON RURAL	ALINS DEL MONTE	19	23
BARBASTRO	MONZON RURAL	ALMUNIA DE SAN JUAN	5,4	6
BARBASTRO	MONZON RURAL	ARIESTOLAS	7,2	10
BARBASTRO	MONZON RURAL	AZANUY	13	14
BARBASTRO	MONZON RURAL	CALASANZ	23	27
BARBASTRO	MONZON RURAL	CASTEJON DEL PUENTE	7,9	9
BARBASTRO	MONZON RURAL	COFITA	10	11
BARBASTRO	MONZON RURAL	CONCHEL	7,5	10
BARBASTRO	MONZON RURAL	ESTACION DE SELGUA (LA)	5	8
BARBASTRO	MONZON RURAL	ESTICHE DE CINCA	16	16
BARBASTRO	MONZON RURAL	FONZ	15	14
BARBASTRO	MONZON RURAL	GABASA	26	30
BARBASTRO	MONZON RURAL	PERALTA DE LA SAL	21	25
BARBASTRO	MONZON RURAL	POMAR DE CINCA	11	12
BARBASTRO	MONZON RURAL	PUEYO DE SANTA CRUZ	8,9	10
BARBASTRO	MONZON RURAL	SELGUA	9,1	11
BARBASTRO	TAMARITE DE LITERA	ALBELDA	4,8	7
BARBASTRO	TAMARITE DE LITERA	ALCAMPPELL	5,3	7

**Informe Especial  
del Justicia sobre Sanidad  
en el Medio Rural**

BARBASTRO	TAMARITE DE LITERA	ALGAYON	6,7	7
BARBASTRO	TAMARITE DE LITERA	ALTORRICON	8,2	8
BARBASTRO	TAMARITE DE LITERA	BAELLS	13	13
BARBASTRO	TAMARITE DE LITERA	BALDELLOU	26	27
BARBASTRO	TAMARITE DE LITERA	CAMPORRELLS	19	19
BARBASTRO	TAMARITE DE LITERA	CASTILLONROY	18	19
BARBASTRO	TAMARITE DE LITERA	CUATROCORZ	13	18
BARBASTRO	TAMARITE DE LITERA	NACHA	16	16
BARBASTRO	TAMARITE DE LITERA	PIÑANA		
BARBASTRO	TAMARITE DE LITERA	SANTA ANA	22	22
BARBASTRO	TAMARITE DE LITERA	TAMARITE DE LITERA	0	0
BARBASTRO	TAMARITE DE LITERA	ZURITA	18	23
CALATAYUD	ALHAMA DE ARAGON	ABANTO	31	31
CALATAYUD	ALHAMA DE ARAGON	ALHAMA DE ARAGON	0	0
CALATAYUD	ALHAMA DE ARAGON	BUBIERCA	5,3	6
CALATAYUD	ALHAMA DE ARAGON	CALMARZA	28	33
CALATAYUD	ALHAMA DE ARAGON	CAMPILLO DE ARAGON	31	34
CALATAYUD	ALHAMA DE ARAGON	CASA DE LA VEGA	14	15
CALATAYUD	ALHAMA DE ARAGON	CETINA	11	12
CALATAYUD	ALHAMA DE ARAGON	CIMBALLA	33	36
CALATAYUD	ALHAMA DE ARAGON	CONTAMINA	4,2	5
CALATAYUD	ALHAMA DE ARAGON	CUBEL	38	37
CALATAYUD	ALHAMA DE ARAGON	EMBID DE ARIZA	18	20
CALATAYUD	ALHAMA DE ARAGON	GODOJOS	6,3	7
CALATAYUD	ALHAMA DE ARAGON	IBDES	14	15
CALATAYUD	ALHAMA DE ARAGON	JARABA	21	22
CALATAYUD	ALHAMA DE ARAGON	LLUMES	28	29
CALATAYUD	ALHAMA DE ARAGON	LUGAR NUEVO		
CALATAYUD	ALHAMA DE ARAGON	MONASTERIO DE PIEDRA	18	17
CALATAYUD	ALHAMA DE ARAGON	MONTERDE	23	21
CALATAYUD	ALHAMA DE ARAGON	NUEVALOS	16	14
CALATAYUD	ALHAMA DE ARAGON	TRANQUERA (LA)	15	13
CALATAYUD	ARIZA	ALCONCHEL DE ARIZA	22	22
CALATAYUD	ARIZA	ARIZA	0	0
CALATAYUD	ARIZA	BORDALBA	15	20
CALATAYUD	ARIZA	CABOLAFUENTE	13	17
CALATAYUD	ARIZA	GRANJA DE SAN PEDRO	12	11
CALATAYUD	ARIZA	MONREAL DE ARIZA	11	12
CALATAYUD	ARIZA	POZUEL DE ARIZA	14	13
CALATAYUD	ARIZA	SISAMON	19	23
CALATAYUD	ARIZA	TORREHERMOSA	18	19
CALATAYUD	ATECA	ATECA	0	0
CALATAYUD	ATECA	CARENAS	8,8	13

CALATAYUD	ATECA	CASTEJON DE LAS ARMAS	3,6	6
CALATAYUD	ATECA	MOROS	11	14
CALATAYUD	ATECA	TORRIJO DE LA CAÑADA	20	22
CALATAYUD	ATECA	TRANQUERA (LA)	18	24
CALATAYUD	ATECA	VALTORRES	6,5	9
CALATAYUD	ATECA	VILLALENGUA	15	17
CALATAYUD	CALATAYUD RURAL	ACERED	25	29
CALATAYUD	CALATAYUD RURAL	ALARBA	20	24
CALATAYUD	CALATAYUD RURAL	ATEA	30	34
CALATAYUD	CALATAYUD RURAL	AZUCARERA	1,8	4
CALATAYUD	CALATAYUD RURAL	BELMONTE DE GRACIAN	13	17
CALATAYUD	CALATAYUD RURAL	CASTEJON DE ALARBA	24	27
CALATAYUD	CALATAYUD RURAL	FUENTES DE JILOCA	18	20
CALATAYUD	CALATAYUD RURAL	MALUENDA	8,3	12
CALATAYUD	CALATAYUD RURAL	MARA	16	20
CALATAYUD	CALATAYUD RURAL	MIEDES DE ARAGON	21	25
CALATAYUD	CALATAYUD RURAL	MONTON	21	22
CALATAYUD	CALATAYUD RURAL	MORATA DE JILOCA	14	18
CALATAYUD	CALATAYUD RURAL	MUNEBREGA	15	14
CALATAYUD	CALATAYUD RURAL	OLVES	15	21
CALATAYUD	CALATAYUD RURAL	ORERA	19	24
CALATAYUD	CALATAYUD RURAL	PARACUELLOS DE JILOCA	4,6	8
CALATAYUD	CALATAYUD RURAL	RUESCA	19	24
CALATAYUD	CALATAYUD RURAL	SEDILES	12	18
CALATAYUD	CALATAYUD RURAL	TERRER	7	8
CALATAYUD	CALATAYUD RURAL	TORRES	9,1	13
CALATAYUD	CALATAYUD RURAL	VELILLA DE JILOCA	10	14
CALATAYUD	CALATAYUD RURAL	VILLAFELICHE	22	24
CALATAYUD	CALATAYUD RURAL	VILLALBA DE PEREJIL	11	14
CALATAYUD	CALATAYUD RURAL	VILUEÑA (LA)	15	17
CALATAYUD	DAROCA	ALDEHUELA DE LIESTOS	35	34
CALATAYUD	DAROCA	BADULES	17	17
CALATAYUD	DAROCA	BALCONCHAN	5,8	9
CALATAYUD	DAROCA	BERRUECO	25	27
CALATAYUD	DAROCA	CERVERUELA	24	24
CALATAYUD	DAROCA	CUERLAS (LAS)	28	26
CALATAYUD	DAROCA	DAROCA	0	0
CALATAYUD	DAROCA	FOMBUENA	24	25
CALATAYUD	DAROCA	GALLOCANTA	21	22
CALATAYUD	DAROCA	LANGA DEL CASTILLO	14	14
CALATAYUD	DAROCA	LECHON	14	15
CALATAYUD	DAROCA	MAINAR	15	15
CALATAYUD	DAROCA	MANCHONES	6,9	9

**Informe Especial  
del Justicia sobre Sanidad  
en el Medio Rural**

CALATAYUD	DAROCA	MURERO	8,4	11
CALATAYUD	DAROCA	NOMBREVILLA	6	9
CALATAYUD	DAROCA	ORCAJO	9,5	13
CALATAYUD	DAROCA	RETASCON	6	9
CALATAYUD	DAROCA	ROMANOS	14	14
CALATAYUD	DAROCA	SANTED	16	18
CALATAYUD	DAROCA	TORRALBA DE LOS FRAILES	31	30
CALATAYUD	DAROCA	TORRALBILLA	20	19
CALATAYUD	DAROCA	USED	21	23
CALATAYUD	DAROCA	VAL DE SAN MARTIN	9	11
CALATAYUD	DAROCA	VALDEHORNA	6,2	15
CALATAYUD	DAROCA	VILLADOZ	20	17
CALATAYUD	DAROCA	VILLAHERMOSA DEL CAMPO	19	19
CALATAYUD	DAROCA	VILLANUEVA DE JILOCA	5,6	7
CALATAYUD	DAROCA	VILLARREAL DE HUERVA	16	15
CALATAYUD	DAROCA	VILLARROYA DEL CAMPO	14	15
CALATAYUD	ILLUECA	ARANDA DE MONCAYO	18	23
CALATAYUD	ILLUECA	BREA DE ARAGON	3,2	7
CALATAYUD	ILLUECA	CALCENA	23	34
CALATAYUD	ILLUECA	GOTOR	3,1	6
CALATAYUD	ILLUECA	ILLUECA	0	0
CALATAYUD	ILLUECA	JARQUE	6,7	9
CALATAYUD	ILLUECA	OSEJA	14	20
CALATAYUD	ILLUECA	POMER	33	41
CALATAYUD	ILLUECA	PURUJOSA	29	41
CALATAYUD	ILLUECA	TIERGA	12	17
CALATAYUD	ILLUECA	TRASOBARES	18	25
CALATAYUD	MORATA DE JALON	ALDEHUELA DE STA. CRUZ (LA)	148	24
CALATAYUD	MORATA DE JALON	ARANDIGA	4,9	7
CALATAYUD	MORATA DE JALON	CHODES	1,6	4
CALATAYUD	MORATA DE JALON	CODOS	26	30
CALATAYUD	MORATA DE JALON	MESONES DE ISUELA	12	15
CALATAYUD	MORATA DE JALON	MORATA DE JALON	0	0
CALATAYUD	MORATA DE JALON	NIGÜELLA	9,6	12
CALATAYUD	MORATA DE JALON	SANTA CRUZ DE GRIO	14	17
CALATAYUD	MORATA DE JALON	TOBED	21	25
CALATAYUD	SABIÑAN	ALUENDA	13	14
CALATAYUD	SABIÑAN	CAMPIEL	14	20
CALATAYUD	SABIÑAN	CARRAMOLINA		
CALATAYUD	SABIÑAN	EMBED DE LA RIBERA	7,2	11
CALATAYUD	SABIÑAN	FRASNO (EL)	8,4	8
CALATAYUD	SABIÑAN	INOGES	15	17
CALATAYUD	SABIÑAN	MORES	4,2	6

CALATAYUD	SABIÑAN		PARACUELLOS DE LA RIBERA	2,7	9
CALATAYUD	SABIÑAN		PIETAS	12	14
CALATAYUD	SABIÑAN		PURROY	7,8	10
CALATAYUD	SABIÑAN		SABIÑAN	0	0
CALATAYUD	SABIÑAN		SESTRICA	8,6	10
CALATAYUD	SABIÑAN		VIVER DE LA SIERRA	14	18
CALATAYUD	VILLARROYA SIERRA	DE LA	ANIÑON	8,7	10
CALATAYUD	VILLARROYA SIERRA	DE LA	BERDEJO	25	22
CALATAYUD	VILLARROYA SIERRA	DE LA	BIJUESCA	28	27
CALATAYUD	VILLARROYA SIERRA	DE LA	CERVERA DE LA CAÑADA	6,2	7
CALATAYUD	VILLARROYA SIERRA	DE LA	CLARES DE RIBOTA	9,4	10
CALATAYUD	VILLARROYA SIERRA	DE LA	MALANQUILLA	17	14
CALATAYUD	VILLARROYA SIERRA	DE LA	TOMILLARES		
CALATAYUD	VILLARROYA SIERRA	DE LA	TORRELAPAJA	21	16
CALATAYUD	VILLARROYA SIERRA	DE LA	VILLARROYA DE LA SIERRA	0	0
HUESCA	ALMUDEVAR		ALCALA DE GURREA	12	14
HUESCA	ALMUDEVAR		ALMUDEVAR	0	0
HUESCA	ALMUDEVAR		ARTASONA DEL LLANO	5,4	8
HUESCA	ALMUDEVAR		CAMPORREDONDO	22	21
HUESCA	ALMUDEVAR		GURREA DE GALLEGO	19	17
HUESCA	ALMUDEVAR		PAUL (LA)	23	20
HUESCA	ALMUDEVAR		SAN JORGE	8,4	9
HUESCA	ALMUDEVAR		TARDIENTA	8,4	10
HUESCA	ALMUDEVAR		TORMOS	15	17
HUESCA	ALMUDEVAR		TORRALBA DE ARAGON	14	16
HUESCA	ALMUDEVAR		VALSALADA	7,9	10
HUESCA	AYERBE		AGÜERO	14	17
HUESCA	AYERBE		ANZANIGO	28	30
HUESCA	AYERBE		ARDISA	11	12
HUESCA	AYERBE		AYERBE	0	0
HUESCA	AYERBE		BISCARRUES	8,3	9
HUESCA	AYERBE		CARCAVILLA	16	17
HUESCA	AYERBE		CASAS DE ESPER	19	20
HUESCA	AYERBE		CENTENERO	37	41
HUESCA	AYERBE		CONCILIO	6,1	6
HUESCA	AYERBE		ENA	39	44
HUESCA	AYERBE		ERES	11	13
HUESCA	AYERBE		FONTELLAS	4,7	6
HUESCA	AYERBE		LINAS DE MARCUELLO	8,8	10
HUESCA	AYERBE		LOARRE	7,3	8
HUESCA	AYERBE		LOSANGLIS	4,2	6

**Informe Especial  
del Justicia sobre Sanidad  
en el Medio Rural**

HUESCA	AYERBE	LOSCORRALES	5,9	7
HUESCA	AYERBE	MORAN	10	15
HUESCA	AYERBE	MURILLO DE GALLEGO	10	10
HUESCA	AYERBE	PEÑA ESTACION (LA)	21	23
HUESCA	AYERBE	PIEDRAMORRERA	6,3	7
HUESCA	AYERBE	PRESA DEL GALLEGO	14	14
HUESCA	AYERBE	PUIPULLIN	20	24
HUESCA	AYERBE	RASAL	32	38
HUESCA	AYERBE	RIGLOS	15	17
HUESCA	AYERBE	SALINAS DE JACA	24	25
HUESCA	AYERBE	SANFELICES	19	30
HUESCA	AYERBE	SANTA ENGRACIA DE LOARRE	6,5	8
HUESCA	AYERBE	SANTA EULALIA DE GALLEGO	8,5	11
HUESCA	AYERBE	SANTA MARIA	27	30
HUESCA	AYERBE	SARSAMARCUELLO	7	9
HUESCA	AYERBE	TRISTE	21	23
HUESCA	AYERBE	VILLALANGUA	26	27
HUESCA	AYERBE	YESTE	22	25
HUESCA	BERDUN	ALASTUEY	17	21
HUESCA	BERDUN	ARBUES	19	22
HUESCA	BERDUN	ARRES	15	18
HUESCA	BERDUN	ARTIEDA	18	18
HUESCA	BERDUN	ASSO-VERAL	9,1	11
HUESCA	BERDUN	BAILO	16	17
HUESCA	BERDUN	BERDUN	0	0
HUESCA	BERDUN	BINIES	4,8	8
HUESCA	BERDUN	ESCO	20	16
HUESCA	BERDUN	JAVIERREGAY	16	17
HUESCA	BERDUN	LARUES	19	20
HUESCA	BERDUN	LORBES	35	41
HUESCA	BERDUN	MAJONES	12	15
HUESCA	BERDUN	MARTES	5,6	9
HUESCA	BERDUN	MIANOS	21	21
HUESCA	BERDUN	PUENTE LA REINA DE JACA	9,3	10
HUESCA	BERDUN	SALVATIERRA DE ESCA	24	25
HUESCA	BERDUN	SANTA CILIA	16	17
HUESCA	BERDUN	SANTA ENGRACIA DE JACA	13	14
HUESCA	BERDUN	SIGÜES	19	19
HUESCA	BERDUN	SOMANES	20	16
HUESCA	BERDUN	TIERMAS	26	22
HUESCA	BERDUN	VILLARREAL DE LA CANAL	8,9	11
HUESCA	BIESCAS-VALLE DE TENA	ARGUISAL	5,6	8
HUESCA	BIESCAS-VALLE DE TENA	ASO DE SOBREMONTA	7,7	14

HUESCA	BIESCAS-VALLE DE TENA	BAÑOS DE PANTICOSA	24	30
HUESCA	BIESCAS-VALLE DE TENA	BARBENUTA	8,9	19
HUESCA	BIESCAS-VALLE DE TENA	BETES DE SOBREMONTÉ	7	14
HUESCA	BIESCAS-VALLE DE TENA	BIESCAS	0	0
HUESCA	BIESCAS-VALLE DE TENA	ESCARRILLA	14	18
HUESCA	BIESCAS-VALLE DE TENA	ESCUER	4,4	6
HUESCA	BIESCAS-VALLE DE TENA	ESPIERRE	9,2	19
HUESCA	BIESCAS-VALLE DE TENA	FORMIGAL	24	29
HUESCA	BIESCAS-VALLE DE TENA	FRONTERA DEL PORTALET	28	33
HUESCA	BIESCAS-VALLE DE TENA	GAVIN	2,7	6
HUESCA	BIESCAS-VALLE DE TENA	HOZ DE JACA	10	16
HUESCA	BIESCAS-VALLE DE TENA	LANUZA	18	23
HUESCA	BIESCAS-VALLE DE TENA	OLIVAN	8,3	12
HUESCA	BIESCAS-VALLE DE TENA	OROS ALTO	9,9	14
HUESCA	BIESCAS-VALLE DE TENA	OROS BAJO	8,2	11
HUESCA	BIESCAS-VALLE DE TENA	PANTICOSA	16	20
HUESCA	BIESCAS-VALLE DE TENA	PIEDRAFITA DE JACA	12	16
HUESCA	BIESCAS-VALLE DE TENA	PUEYO DE JACA (EL)	15	18
HUESCA	BIESCAS-VALLE DE TENA	SALLENTE DE GALLEGO	20	26
HUESCA	BIESCAS-VALLE DE TENA	SANDINIES	14	18
HUESCA	BIESCAS-VALLE DE TENA	SENEGUE	10	10
HUESCA	BIESCAS-VALLE DE TENA	SORRIPAS	10	10
HUESCA	BIESCAS-VALLE DE TENA	TRAMACASTILLA DE TENA	13	16
HUESCA	BIESCAS-VALLE DE TENA	YESERO	8,5	14
HUESCA	BIESCAS-VALLE DE TENA	YOSA DE SOBREMONTÉ	5	10
HUESCA	BROTO	ARRESA	16	20
HUESCA	BROTO	ASIN DE BROTO	12	17
HUESCA	BROTO	BERGUA	32	21
HUESCA	BROTO	BORRASTRE	16	21
HUESCA	BROTO	BROTO	0	0
HUESCA	BROTO	BUESA	3,6	6
HUESCA	BROTO	FANLO	36	46
HUESCA	BROTO	FISCAL	15	19
HUESCA	BROTO	FRAGEN	5,2	8
HUESCA	BROTO	JANOVAS	26	32
HUESCA	BROTO	JAVIERRE DE ARA	19	23
HUESCA	BROTO	LARDIES	16	19
HUESCA	BROTO	LIGÜERRE DE ARA	19	24
HUESCA	BROTO	LINAS DE BROTO	8,8	12
HUESCA	BROTO	OTO	1,1	3
HUESCA	BROTO	SAN JUSTE	17	24
HUESCA	BROTO	SAN MARTIN DE SOLANA	29	39
HUESCA	BROTO	SANTA OLARIA DE ARA	19	23

**Informe Especial  
del Justicia sobre Sanidad  
en el Medio Rural**

HUESCA	BROTO	SARVISE	3,4	6
HUESCA	BROTO	TORLA	4,2	8
HUESCA	GRAÑEN	ALBERUELA DE TUBO	18	16
HUESCA	GRAÑEN	ALCUBIERRE	19	17
HUESCA	GRAÑEN	ALMUNIENTE	4	5
HUESCA	GRAÑEN	BARBUES	11	12
HUESCA	GRAÑEN	CALLEN	6,7	8
HUESCA	GRAÑEN	CURBE	7,4	8
HUESCA	GRAÑEN	FRAELLA	8	9
HUESCA	GRAÑEN	FRULA	9,7	11
HUESCA	GRAÑEN	GRAÑEN	0	0
HUESCA	GRAÑEN	HUERTO	23	21
HUESCA	GRAÑEN	MARCEN	9,9	12
HUESCA	GRAÑEN	MONTESUSIN	10	11
HUESCA	GRAÑEN	NOVALES	19	18
HUESCA	GRAÑEN	PIRACES	10	13
HUESCA	GRAÑEN	POLEÑINO	13	12
HUESCA	GRAÑEN	ROBRES	11	11
HUESCA	GRAÑEN	SALILLAS	16	17
HUESCA	GRAÑEN	SANGARREN	13	12
HUESCA	GRAÑEN	SENES DE ALCUBIERRE	14	14
HUESCA	GRAÑEN	SESA	14	14
HUESCA	GRAÑEN	SODETO	14	13
HUESCA	GRAÑEN	TORRES DE BARBUES	6,5	8
HUESCA	GRAÑEN	TRAMACED	7,6	8
HUESCA	GRAÑEN	USON	13	20
HUESCA	GRAÑEN	VALFONDA DE SANTA ANA	9,1	9
HUESCA	GRAÑEN	VENTA DE BALLERIAS	23	20
HUESCA	HECHO	ANSO	12	16
HUESCA	HECHO	ARAGÜES DEL PUERTO	16	18
HUESCA	HECHO	EMBUN	14	15
HUESCA	HECHO	FAGO	19	26
HUESCA	HECHO	HECHO	0	0
HUESCA	HECHO	JASA	15	17
HUESCA	HECHO	SANTA LUCIA		
HUESCA	HECHO	SIRESA	2,4	4
HUESCA	HECHO	URDUES	9,4	12
HUESCA	HUESCA RURAL	AGUAS	32	33
HUESCA	HUESCA RURAL	ALBERO ALTO	16	18
HUESCA	HUESCA RURAL	ALBERO BAJO	18	18
HUESCA	HUESCA RURAL	ALCALA DEL OBISPO	17	19
HUESCA	HUESCA RURAL	ALERRE	8,4	9
HUESCA	HUESCA RURAL	ALMUNIA DEL ROMERAL (LA)	27	29

HUESCA	HUESCA RURAL	ANGÜES	31	26
HUESCA	HUESCA RURAL	ANIES	29	24
HUESCA	HUESCA RURAL	ANTILLON	31	34
HUESCA	HUESCA RURAL	APIES	16	20
HUESCA	HUESCA RURAL	ARASCUES	18	14
HUESCA	HUESCA RURAL	ARBANIES	24	25
HUESCA	HUESCA RURAL	ARGAVIESO	20	22
HUESCA	HUESCA RURAL	ARGUIS	27	21
HUESCA	HUESCA RURAL	AYERA	21	21
HUESCA	HUESCA RURAL	BANARIES	4,3	6
HUESCA	HUESCA RURAL	BANASTAS	11	11
HUESCA	HUESCA RURAL	BANDALIES	19	17
HUESCA	HUESCA RURAL	BARLUENGA	22	22
HUESCA	HUESCA RURAL	BELLESTAR DEL FLUMEN	13	15
HUESCA	HUESCA RURAL	BELSUE	35	32
HUESCA	HUESCA RURAL	BENTUE DE RASAL	36	33
HUESCA	HUESCA RURAL	BESPEN	37	34
HUESCA	HUESCA RURAL	BLECUA	27	29
HUESCA	HUESCA RURAL	BOLEA	24	21
HUESCA	HUESCA RURAL	BUÑALES	14	16
HUESCA	HUESCA RURAL	CASAS DE NUEVO (LAS)	26	22
HUESCA	HUESCA RURAL	CASBAS DE HUESCA	37	32
HUESCA	HUESCA RURAL	CASTEJON DE ARBANIES	24	22
HUESCA	HUESCA RURAL	CASTILLO POMPIEN	11	13
HUESCA	HUESCA RURAL	CASTILSABAS	23	23
HUESCA	HUESCA RURAL	CHIBLUCO	21	26
HUESCA	HUESCA RURAL	CHIMILLAS	8,8	9
HUESCA	HUESCA RURAL	COSCULLANO	27	27
HUESCA	HUESCA RURAL	CUARTE	2,6	4
HUESCA	HUESCA RURAL	ESQUEDAS	17	14
HUESCA	HUESCA RURAL	FAÑANAS	19	20
HUESCA	HUESCA RURAL	FORNILLOS DE APIES	14	17
HUESCA	HUESCA RURAL	HUERRIOS	5,7	9
HUESCA	HUESCA RURAL	IBIECA	30	27
HUESCA	HUESCA RURAL	IGRIES	13	10
HUESCA	HUESCA RURAL	JUNZANO	36	31
HUESCA	HUESCA RURAL	LABATA	40	35
HUESCA	HUESCA RURAL	LASCASAS	12	15
HUESCA	HUESCA RURAL	LIERTA	19	18
HUESCA	HUESCA RURAL	LIESA	27	23
HUESCA	HUESCA RURAL	LOPORZANO	17	17
HUESCA	HUESCA RURAL	LOSCERTALES	27	19
HUESCA	HUESCA RURAL	LUPIÑEN	23	19

**Informe Especial  
del Justicia sobre Sanidad  
en el Medio Rural**

HUESCA	HUESCA RURAL	MOLINOS (LOS)	24	24
HUESCA	HUESCA RURAL	MONFLORITE	11	15
HUESCA	HUESCA RURAL	MONTMESA	30	25
HUESCA	HUESCA RURAL	NUENO	20	14
HUESCA	HUESCA RURAL	OLA	21	20
HUESCA	HUESCA RURAL	ORTILLA	27	22
HUESCA	HUESCA RURAL	PANZANO	38	39
HUESCA	HUESCA RURAL	PLASENCIA DEL MONTE	21	17
HUESCA	HUESCA RURAL	POMPENILLO	9,3	12
HUESCA	HUESCA RURAL	PUEYO DE FAÑANAS	20	22
HUESCA	HUESCA RURAL	PUIBOLEA	21	20
HUESCA	HUESCA RURAL	QUICENA	14	13
HUESCA	HUESCA RURAL	QUINZANO	24	19
HUESCA	HUESCA RURAL	SABAYES	22	18
HUESCA	HUESCA RURAL	SAN JULIAN DE BANZO	22	27
HUESCA	HUESCA RURAL	SANTA CILIA DE PANZANO	42	46
HUESCA	HUESCA RURAL	SANTA EULALIA DE LA PEÑA	28	30
HUESCA	HUESCA RURAL	SANTA EULALIA LA MAYOR	26	27
HUESCA	HUESCA RURAL	SASA DEL ABADIADO	21	20
HUESCA	HUESCA RURAL	SIESO DE HUESCA	38	33
HUESCA	HUESCA RURAL	SIETAMO	20	20
HUESCA	HUESCA RURAL	SIPAN	23	23
HUESCA	HUESCA RURAL	TABERNAS DE ISUELA	13	14
HUESCA	HUESCA RURAL	TIERZ	14	13
HUESCA	HUESCA RURAL	TORRES DE MONTES	29	25
HUESCA	HUESCA RURAL	VADIELLO	31	33
HUESCA	HUESCA RURAL	VELILLAS	26	23
HUESCA	HUESCA RURAL	VICIEN	16	17
HUESCA	HUESCA RURAL	YEQUEDA	9,5	8
HUESCA	SABIÑANIGO	ABENILLA	25	39
HUESCA	SABIÑANIGO	ACUMUER	15	21
HUESCA	SABIÑANIGO	AINETO	35	40
HUESCA	SABIÑANIGO	ALLUE	6,4	9
HUESCA	SABIÑANIGO	AQUILUE	25	27
HUESCA	SABIÑANIGO	ARRASO	23	26
HUESCA	SABIÑANIGO	ARTO	12	15
HUESCA	SABIÑANIGO	ARTOSILLA	32	38
HUESCA	SABIÑANIGO	AURIN	2,2	5
HUESCA	SABIÑANIGO	BARA	50	73
HUESCA	SABIÑANIGO	BARANGUA	11	13
HUESCA	SABIÑANIGO	BELARRA	20	25
HUESCA	SABIÑANIGO	BELEDER		
HUESCA	SABIÑANIGO	BENTUE DE NOCITO	41	59

HUESCA	SABIÑANIGO	BORRES	6,8	10
HUESCA	SABIÑANIGO	CALDEARENAS	22	24
HUESCA	SABIÑANIGO	CAMPARES	17	20
HUESCA	SABIÑANIGO	CARTIRANA	2,7	6
HUESCA	SABIÑANIGO	CASTIELLO DE GUARGA	23	28
HUESCA	SABIÑANIGO	CASTILLO DE LERES	13	15
HUESCA	SABIÑANIGO	CERESOLA	31	38
HUESCA	SABIÑANIGO	ESTALLO	24	27
HUESCA	SABIÑANIGO	FANLILLO	14	14
HUESCA	SABIÑANIGO	GESERA	24	27
HUESCA	SABIÑANIGO	GILLUE	23	39
HUESCA	SABIÑANIGO	GRASA	23	26
HUESCA	SABIÑANIGO	HOSTAL DE IPIES	11	12
HUESCA	SABIÑANIGO	IBORT	9,5	18
HUESCA	SABIÑANIGO	IPIES	12	15
HUESCA	SABIÑANIGO	ISIN	11	16
HUESCA	SABIÑANIGO	ISUN DE BASA	6,7	12
HUESCA	SABIÑANIGO	JAVIERRE DEL OBISPO	8,1	12
HUESCA	SABIÑANIGO	JAVIERRELATRE	25	26
HUESCA	SABIÑANIGO	LAGUARTA	41	48
HUESCA	SABIÑANIGO	LANAVE	13	14
HUESCA	SABIÑANIGO	LARREDE	10	15
HUESCA	SABIÑANIGO	LARRES	6,6	10
HUESCA	SABIÑANIGO	LASAOSA	27	32
HUESCA	SABIÑANIGO	LASIESO	15	17
HUESCA	SABIÑANIGO	LATAS	5,9	9
HUESCA	SABIÑANIGO	LATRAS	16	18
HUESCA	SABIÑANIGO	LATRE	20	21
HUESCA	SABIÑANIGO	LAYES	15	18
HUESCA	SABIÑANIGO	MOLINO DE VILLOBAS	24	26
HUESCA	SABIÑANIGO	NOCITO	38	54
HUESCA	SABIÑANIGO	ORDOVES	19	22
HUESCA	SABIÑANIGO	ORNA DE GALLEGO	15	18
HUESCA	SABIÑANIGO	ORUS	14	19
HUESCA	SABIÑANIGO	OSAN	6	10
HUESCA	SABIÑANIGO	PARDINILLA	5,9	8
HUESCA	SABIÑANIGO	PUENTE DE SABIÑANIGO (EL)	2,7	6
HUESCA	SABIÑANIGO	RAPUN	6,2	12
HUESCA	SABIÑANIGO	SABIÑANIGO	0	0
HUESCA	SABIÑANIGO	SABIÑANIGO ALTO	1,8	5
HUESCA	SABIÑANIGO	SAN ESTEBAN DE GUARGA	24	27
HUESCA	SABIÑANIGO	SAN JULIAN DE BASA	11	15
HUESCA	SABIÑANIGO	SAN ROMAN DE BASA	8,2	15

**Informe Especial  
del Justicia sobre Sanidad  
en el Medio Rural**

HUESCA	SABIÑANIGO	SAN VICENTE	30	31
HUESCA	SABIÑANIGO	SARDAS	4	7
HUESCA	SABIÑANIGO	SASAL	4,6	9
HUESCA	SABIÑANIGO	SATUE	7,9	12
HUESCA	SABIÑANIGO	SERUE	28	28
HUESCA	SABIÑANIGO	SIESO DE JACA	27	34
HUESCA	SABIÑANIGO	SOBAS	12	15
HUESCA	SABIÑANIGO	SOLANILLA	39	46
HUESCA	SABIÑANIGO	USED	44	63
HUESCA	SABIÑANIGO	YEBRA DE BASA	9,7	12
HUESCA	SABIÑANIGO	YESPOLA	26	31
HUESCA	SARIÑENA	ALBALATILLO	7,1	10
HUESCA	SARIÑENA	CANTALOBOS	22	21
HUESCA	SARIÑENA	CAPDESASO	6,9	10
HUESCA	SARIÑENA	CARTUJA DE MONEGROS (LA)	16	17
HUESCA	SARIÑENA	CASTELFLORITE	13	14
HUESCA	SARIÑENA	LALUEZA	11	12
HUESCA	SARIÑENA	LAMASADERA	15	16
HUESCA	SARIÑENA	LANAJA	17	16
HUESCA	SARIÑENA	LASTANOSA	11	12
HUESCA	SARIÑENA	ORILLENIA	14	13
HUESCA	SARIÑENA	PALLARUELO DE MONEGROS	11	12
HUESCA	SARIÑENA	SAN JUAN DEL FLUMEN	9,7	11
HUESCA	SARIÑENA	SAN LORENZO DEL FLUMEN	14	14
HUESCA	SARIÑENA	SARIÑENA	0	0
HUESCA	SARIÑENA	SENA	14	13
HUESCA	SARIÑENA	VILLANUEVA DE SIGENA	17	16
TERUEL	ALBARRACIN	ALBARRACIN	0	0
TERUEL	ALBARRACIN	ARROYOFRIO	31	32
TERUEL	ALBARRACIN	BRONCHALES	29	33
TERUEL	ALBARRACIN	CALOMARDE	17	22
TERUEL	ALBARRACIN	CAÑIGRAL (EL)	36	35
TERUEL	ALBARRACIN	CASILLAS DE BEZAS (LAS)	49	54
TERUEL	ALBARRACIN	COLLADO DE LA GRULLA		
TERUEL	ALBARRACIN	FRIAS DE ALBARRACIN	24	31
TERUEL	ALBARRACIN	GRIEGOS	36	44
TERUEL	ALBARRACIN	GUADALAVIAR	36	43
TERUEL	ALBARRACIN	JABALOYAS	47	49
TERUEL	ALBARRACIN	MASEGOSO	31	33
TERUEL	ALBARRACIN	MEMBRILLO (EL)	39	44
TERUEL	ALBARRACIN	MONTERDE DE ALBARRACIN	44	44
TERUEL	ALBARRACIN	MOSCARDON	21	24
TERUEL	ALBARRACIN	NOGUERA	21	24

TERUEL	ALBARRACIN	ORIHUELA DEL TREMEDAL	38	41
TERUEL	ALBARRACIN	ROYUELA	11	14
TERUEL	ALBARRACIN	SALDON	28	36
TERUEL	ALBARRACIN	SAN PEDRO	38	41
TERUEL	ALBARRACIN	TERRIENTE	24	26
TERUEL	ALBARRACIN	TORIL	29	30
TERUEL	ALBARRACIN	TORRES DE ALBARRACIN	12	15
TERUEL	ALBARRACIN	TRAMACASTILLA	16	18
TERUEL	ALBARRACIN	VALDECUENCA	38	37
TERUEL	ALBARRACIN	VALDEVECAR	2,7	6
TERUEL	ALBARRACIN	VALLE CABRIEL		
TERUEL	ALBARRACIN	VALLECILLO (EL)	38	42
TERUEL	ALBARRACIN	VILLAR DEL COBO	30	37
TERUEL	ALBARRACIN	VILLAREJO (EL)	28	30
TERUEL	ALFAMBRA	ALFAMBRA	0	0
TERUEL	ALFAMBRA	ALPEÑES	33	28
TERUEL	ALFAMBRA	ARGENTE	27	22
TERUEL	ALFAMBRA	CAMAÑAS	15	23
TERUEL	ALFAMBRA	CAÑADA VELLIDA	23	18
TERUEL	ALFAMBRA	CERVERA DEL RINCON	33	28
TERUEL	ALFAMBRA	CORBATON	35	32
TERUEL	ALFAMBRA	CUEVAS DE PORTALRUBIO	37	32
TERUEL	ALFAMBRA	ESCORIHUELA	6,1	9
TERUEL	ALFAMBRA	FUENTES CALIENTES	20	17
TERUEL	ALFAMBRA	LIDON	25	22
TERUEL	ALFAMBRA	ORRIOS	8	22
TERUEL	ALFAMBRA	PANCRUDO	27	22
TERUEL	ALFAMBRA	PERALEJOS	8,3	8
TERUEL	ALFAMBRA	PERALES DEL ALFAMBRA	11	10
TERUEL	ALFAMBRA	PORTALRUBIO	34	28
TERUEL	ALFAMBRA	RAMBLA DE MARTIN (LA)	39	35
TERUEL	ALFAMBRA	RILLO	21	18
TERUEL	ALFAMBRA	SON DEL PUERTO	27	24
TERUEL	ALFAMBRA	VILLALBA ALTA	14	34
TERUEL	ALFAMBRA	VISIEDO	21	17
TERUEL	ALIAGA	ABABUJ	23	25
TERUEL	ALIAGA	AGUILAR DEL ALFAMBRA	19	22
TERUEL	ALIAGA	ALDEHUELA	3,2	6
TERUEL	ALIAGA	ALIAGA	0	0
TERUEL	ALIAGA	CAMARILLAS	11	15
TERUEL	ALIAGA	CAMPOS	6,7	10
TERUEL	ALIAGA	CAÑADILLA (LA)	15	21
TERUEL	ALIAGA	CIRUJEDA	16	23

**Informe Especial  
del Justicia sobre Sanidad  
en el Medio Rural**

TERUEL	ALIAGA	COBATILLAS	5,1	8
TERUEL	ALIAGA	CUEVAS DE ALMUDEN	14	14
TERUEL	ALIAGA	GALVE	29	26
TERUEL	ALIAGA	HINOJOSA DE JARQUE	9,2	10
TERUEL	ALIAGA	JARQUE DE LA VAL	11	12
TERUEL	ALIAGA	MEZQUITA DE JARQUE	18	16
TERUEL	ALIAGA	SANTA BARBARA	2,6	4
TERUEL	BAGUENA	ANENTO	4,4	7
TERUEL	BAGUENA	BAGUENA	0	0
TERUEL	BAGUENA	BEA	22	22
TERUEL	BAGUENA	BURBAGUENA	3,5	5
TERUEL	BAGUENA	CUCALON	17	17
TERUEL	BAGUENA	FERRERUELA DE HUERVA	14	14
TERUEL	BAGUENA	LAGUERUELA	18	18
TERUEL	BAGUENA	LANZUELA	20	22
TERUEL	BAGUENA	SAN MARTIN DEL RIO	4,4	6
TERUEL	CALAMOCHA	ALLUEVA	33	39
TERUEL	CALAMOCHA	BARRACHINA	17	20
TERUEL	CALAMOCHA	BELLO	20	17
TERUEL	CALAMOCHA	CALAMOCHA	0	0
TERUEL	CALAMOCHA	CASTEJON DE TORNOS	17	15
TERUEL	CALAMOCHA	COLLADOS	21	26
TERUEL	CALAMOCHA	CUENCABUENA	15	21
TERUEL	CALAMOCHA	CUTANDA	13	17
TERUEL	CALAMOCHA	FONFRIA	29	36
TERUEL	CALAMOCHA	FUENTES CLARAS	7,1	9
TERUEL	CALAMOCHA	GODOS	21	24
TERUEL	CALAMOCHA	LECHAGO	8,7	13
TERUEL	CALAMOCHA	LUCO DE JILOCA	9,4	10
TERUEL	CALAMOCHA	NAVARRETE DEL RIO	4,9	8
TERUEL	CALAMOCHA	NUEROS	21	25
TERUEL	CALAMOCHA	ODON	28	24
TERUEL	CALAMOCHA	OLALLA	18	22
TERUEL	CALAMOCHA	POYO DEL CID (EL)	6,8	10
TERUEL	CALAMOCHA	TORNOS	14	12
TERUEL	CALAMOCHA	TORRALBA DE LOS SISONES	15	16
TERUEL	CALAMOCHA	TORRE LOS NEGROS	24	27
TERUEL	CALAMOCHA	TORRECILLA DEL REBOLLAR	24	27
TERUEL	CALAMOCHA	VALVERDE	17	31
TERUEL	CEDRILLAS	ALLEPUZ	16	16
TERUEL	CEDRILLAS	CASTELLAR (EL)	10	11
TERUEL	CEDRILLAS	CEDRILLAS	0	0
TERUEL	CEDRILLAS	JORCAS	22	23

TERUEL	CEDRILLAS	MIRAVETE DE LA SIERRA	30	31
TERUEL	CEDRILLAS	MONTEAGUDO DEL CASTILLO	5,1	7
TERUEL	CEDRILLAS	POBO (EL)	10	13
TERUEL	CEDRILLAS	VILLARROYA DE LOS PINARES	24	24
TERUEL	CELLA	CELLA	0	0
TERUEL	CELLA	GEA DE ALBARRACIN	8,9	9
TERUEL	CELLA	VILLARQUEMADO	22	23
TERUEL	MONREAL DEL CAMPO	BAÑON	19	17
TERUEL	MONREAL DEL CAMPO	BLANCAS	14	12
TERUEL	MONREAL DEL CAMPO	BUEÑA	13	12
TERUEL	MONREAL DEL CAMPO	CAMINREAL	7,4	8
TERUEL	MONREAL DEL CAMPO	COSA	23	19
TERUEL	MONREAL DEL CAMPO	MONREAL DEL CAMPO	0	0
TERUEL	MONREAL DEL CAMPO	OJOS NEGROS	14	13
TERUEL	MONREAL DEL CAMPO	POZUEL DEL CAMPO	13	10
TERUEL	MONREAL DEL CAMPO	RUBIELOS DE LA CERIDA	21	23
TERUEL	MONREAL DEL CAMPO	SIERRA MENERA	23	29
TERUEL	MONREAL DEL CAMPO	TORRIJO DEL CAMPO	7,4	9
TERUEL	MONREAL DEL CAMPO	VILLAFRANCA DEL CAMPO	12	11
TERUEL	MONREAL DEL CAMPO	VILLALBA DE LOS MORALES	17	18
TERUEL	MONREAL DEL CAMPO	VILLAREJO DE LOS OLMOS (EL)	25	23
TERUEL	MORA DE RUBIELOS	ALCALA DE LA SELVA	19	23
TERUEL	MORA DE RUBIELOS	CABRA DE MORA	11	13
TERUEL	MORA DE RUBIELOS	FUENTES DE RUBIELOS	19	22
TERUEL	MORA DE RUBIELOS	GUDAR	27	29
TERUEL	MORA DE RUBIELOS	MORA DE RUBIELOS	0	0
TERUEL	MORA DE RUBIELOS	NOGUERUELAS	18	19
TERUEL	MORA DE RUBIELOS	RUBIELOS DE MORA	12	12
TERUEL	MORA DE RUBIELOS	VALBONA	6,3	8
TERUEL	MORA DE RUBIELOS	VIRGEN DE LA VEGA (LA)	16	18
TERUEL	MOSQUERUELA	CASTELVISPAL	23	34
TERUEL	MOSQUERUELA	LINARES DE MORA	17	17
TERUEL	MOSQUERUELA	MOSQUERUELA	0	0
TERUEL	MOSQUERUELA	PUERTOMINGALVO	15	16
TERUEL	MOSQUERUELA	VALDELINARES	24	24
TERUEL	SANTA EULALIA DEL CAMPO	AGUATON	19	19
TERUEL	SANTA EULALIA DEL CAMPO	ALBA	8,3	10
TERUEL	SANTA EULALIA DEL CAMPO	ALMOHAJA	16	19
TERUEL	SANTA EULALIA DEL CAMPO	PERACENSE	21	27
TERUEL	SANTA EULALIA DEL CAMPO	POZONDON	16	16
TERUEL	SANTA EULALIA DEL CAMPO	RODENAS	26	24
TERUEL	SANTA EULALIA DEL CAMPO	SANTA EULALIA	0	0

**Informe Especial  
del Justicia sobre Sanidad  
en el Medio Rural**

TERUEL	SANTA CAMPO	EULALIA DEL	SINGRA	15	15
TERUEL	SANTA CAMPO	EULALIA DEL	TORRELACARCEL	9,7	11
TERUEL	SANTA CAMPO	EULALIA DEL	TORREMOCHA DE JILOCA	6,5	8
TERUEL	SANTA CAMPO	EULALIA DEL	VILLAR DEL SALZ	29	31
TERUEL	SARRION		ABEJUELA	39	52
TERUEL	SARRION		ALBENTOSA	9	13
TERUEL	SARRION		ALCOTAS	22	26
TERUEL	SARRION		ALHAMBRAS (LAS)	21	26
TERUEL	SARRION		ARCOS DE LAS SALINAS	38	42
TERUEL	SARRION		ARTIGA (LA)	16	19
TERUEL	SARRION		BALTASARES (LOS)	23	22
TERUEL	SARRION		CABALLERO	29	29
TERUEL	SARRION		CEREZOS (LOS)	18	19
TERUEL	SARRION		CERVERA (LA)	44	67
TERUEL	SARRION		CIVERA (LA)	17	21
TERUEL	SARRION		DINES O IBAÑEZ BAJOS (LOS)	24	29
TERUEL	SARRION		ESCALERUELA (LA)	6,6	8
TERUEL	SARRION		ESTACION MORA DE RUBIELOS	6,4	7
TERUEL	SARRION		FUEN DEL CEPO	19	21
TERUEL	SARRION		FUENSECA (LA)	11	11
TERUEL	SARRION		GILES (LOS)	18	21
TERUEL	SARRION		HOYA DE LA CARRASCA	55	62
TERUEL	SARRION		HOZ (LA)	18	21
TERUEL	SARRION		JUAN DIN		
TERUEL	SARRION		LUCAS (LOS)	25	30
TERUEL	SARRION		MANZANERA	14	15
TERUEL	SARRION		MAS BLANCO	17	22
TERUEL	SARRION		MASES (LOS)	7,4	8
TERUEL	SARRION		MASES Y TAMBORIL	23	22
TERUEL	SARRION		MASICO (EL)	28	30
TERUEL	SARRION		OLBA	23	29
TERUEL	SARRION		OLMOS (LOS)	22	26
TERUEL	SARRION		PARAISO BAJO	21	24
TERUEL	SARRION		PASTORES (LOS)	27	26
TERUEL	SARRION		PAUL (EL)	19	23
TERUEL	SARRION		PEIROS (LOS)	20	32
TERUEL	SARRION		PERTEGACES (LOS)	20	24
TERUEL	SARRION		POVILES	15	17
TERUEL	SARRION		POZO LA MUELA	17	22
TERUEL	SARRION		RAMONES (LOS)	23	29
TERUEL	SARRION		SAN AGUSTIN	20	18
TERUEL	SARRION		SARRION	0	0

TERUEL	SARRION	SOLANA (LA)	27	26
TERUEL	SARRION	TARIN NUEVO Y VIEJO	16	20
TERUEL	SARRION	TARRAGONES (LOS)	23	31
TERUEL	SARRION	TORRIJAS	28	30
TERUEL	SARRION	TOSCA (LA)	23	29
TERUEL	SARRION	VENTA DEL AIRE	8,4	9
TERUEL	SARRION	VENTAS (LAS)		
TERUEL	SARRION	VILLANUEVAS (LOS)	19	21
TERUEL	UTRILLAS	ARMILLAS	15	24
TERUEL	UTRILLAS	BARRIADA OBRERA DEL SUR		
TERUEL	UTRILLAS	CAÑIZAR DEL OLIVAR	24	22
TERUEL	UTRILLAS	CASTEL DE CABRA	16	15
TERUEL	UTRILLAS	ESCUCHA	4,7	6
TERUEL	UTRILLAS	FUENFERRADA	20	20
TERUEL	UTRILLAS	HOZ DE LA VIEJA (LA)	15	16
TERUEL	UTRILLAS	MARTIN DEL RIO	8,9	10
TERUEL	UTRILLAS	MONTALBAN	6,3	9
TERUEL	UTRILLAS	PALOMAR DE ARROYOS	11	12
TERUEL	UTRILLAS	PARRAS DE MARTIN (LAS)	8,7	11
TERUEL	UTRILLAS	PEÑAS ROYAS	13	20
TERUEL	UTRILLAS	SALCEDILLO	27	28
TERUEL	UTRILLAS	SEGURA DE LOS BAÑOS	22	23
TERUEL	UTRILLAS	TORRE DE LAS ARCAS	23	23
TERUEL	UTRILLAS	UTRILLAS	0	0
TERUEL	UTRILLAS	VALDECONEJOS	10	13
TERUEL	UTRILLAS	VILLANUEVA DEL REBOLLAR DE LA SIERRA	20	20
TERUEL	UTRILLAS	VIVEL DEL RIO MARTIN	14	14
TERUEL	VILLEL	ALOBRAS	48	51
TERUEL	VILLEL	CAMARENA DE LA SIERRA	20	28
TERUEL	VILLEL	CAMPO (EL)	25	32
TERUEL	VILLEL	CASCANTE DEL RIO	9	13
TERUEL	VILLEL	CUBLA	13	18
TERUEL	VILLEL	CUERVO (EL)	31	37
TERUEL	VILLEL	HIGUERA (LA)		
TERUEL	VILLEL	LIBROS	12	14
TERUEL	VILLEL	MAS DE LA CABRERA	15	18
TERUEL	VILLEL	MAS DE NAVARRETE	15	20
TERUEL	VILLEL	RIODEVA	26	29
TERUEL	VILLEL	TORMON	36	57
TERUEL	VILLEL	TRAMACASTIEL	18	24
TERUEL	VILLEL	VALACLOCHE	11	16
TERUEL	VILLEL	VEGUILLAS DE LA SIERRA	42	44
TERUEL	VILLEL	VILLASTAR	6,9	9

**Informe Especial  
del Justicia sobre Sanidad  
en el Medio Rural**

TERUEL	VILLEL	VILLEL	0	0
ZARAGOZA I	BUJARALUZ	ALMOLDA (LA)	8,4	8
ZARAGOZA I	BUJARALUZ	BUJARALUZ	0	0
ZARAGOZA I	BUJARALUZ	CANDASNOS	19	15
ZARAGOZA I	BUJARALUZ	CASTEJON DE MONEGROS	16	14
ZARAGOZA I	BUJARALUZ	PEÑALBA	10	10
ZARAGOZA I	BUJARALUZ	VALFARTA	7,3	8
ZARAGOZA I	LUNA	BIEL	29	31
ZARAGOZA I	LUNA	ERLA	7,5	7
ZARAGOZA I	LUNA	FRAGO (EL)	15	17
ZARAGOZA I	LUNA	FUENCALDERAS	35	40
ZARAGOZA I	LUNA	LACORVILLA	11	20
ZARAGOZA I	LUNA	LUNA	0	0
ZARAGOZA I	LUNA	MARRACOS	27	27
ZARAGOZA I	LUNA	PEDROSAS (LAS)	17	14
ZARAGOZA I	LUNA	PIEDRATAJADA	22	23
ZARAGOZA I	LUNA	PUENDELUNA	28	30
ZARAGOZA I	LUNA	SALTO DEL LOBO	34	26
ZARAGOZA I	LUNA	SIERRA DE LUNA	14	12
ZARAGOZA I	LUNA	VALPALMAS	15	16
ZARAGOZA I	VILLAMAYOR	FARLETE	24	21
ZARAGOZA I	VILLAMAYOR	LECIÑENA	20	18
ZARAGOZA I	VILLAMAYOR	MONEGRILLO	34	29
ZARAGOZA I	VILLAMAYOR	PERDIGUERA	14	13
ZARAGOZA I	VILLAMAYOR	VILLAMAYOR DE GÁLLEGO	0	0
ZARAGOZA II	BELCHITE	AZUARA	15	15
ZARAGOZA II	BELCHITE	LAGATA	13	14
ZARAGOZA II	BELCHITE	LETUX	11	12
ZARAGOZA II	BELCHITE	MONEVA	31	24
ZARAGOZA II	BELCHITE	MOYUELA	34	30
ZARAGOZA II	BELCHITE	PLENAS	37	33
ZARAGOZA II	BELCHITE	SAMPER DEL SALZ	15	17
ZARAGOZA II	BELCHITE	ALMONACID DE LA CUBA	11	12
ZARAGOZA II	BELCHITE	BELCHITE	0	0
ZARAGOZA II	BELCHITE	CODO	6,7	10
ZARAGOZA II	BELCHITE	LECERA	13	12
ZARAGOZA II	BELCHITE	PUEBLA DE ALBORTON	17	14
ZARAGOZA II	BELCHITE	TORRECILLA DE VALMADRID	36	28
ZARAGOZA II	BELCHITE	VALMADRID	27	21
ZARAGOZA II	SASTAGO	ALBORGE	3,4	7
ZARAGOZA II	SASTAGO	ALFORQUE	9	12
ZARAGOZA II	SASTAGO	CINCO OLIVAS	4,1	8
ZARAGOZA II	SASTAGO	ESCATRON	7,5	10

ZARAGOZA II	SASTAGO	SASTAGO	0	0
ZARAGOZA II	SASTAGO	ZAIDA (LA)	7,6	10
ZARAGOZA III	BORJA	AGON	9,6	13
ZARAGOZA III	BORJA	AINZON	3,9	6
ZARAGOZA III	BORJA	ALBERITE DE SAN JUAN	7,2	9
ZARAGOZA III	BORJA	ALBETA	3,5	6
ZARAGOZA III	BORJA	AMBEL	9,8	12
ZARAGOZA III	BORJA	BISIMBRE	12	14
ZARAGOZA III	BORJA	BORJA	0	0
ZARAGOZA III	BORJA	BULBUENTE	6,6	8
ZARAGOZA III	BORJA	BURETA	6,2	8
ZARAGOZA III	BORJA	BUSTE (EL)	13	18
ZARAGOZA III	BORJA	FRESCANO	9,8	11
ZARAGOZA III	BORJA	FUENDEJALON	14	14
ZARAGOZA III	BORJA	MAGALLON	6,7	9
ZARAGOZA III	BORJA	MALEJAN	1,8	4
ZARAGOZA III	BORJA	POZUELO DE ARAGON	15	16
ZARAGOZA III	BORJA	SANTUARIO DE MISERICORDIA	5,2	8
ZARAGOZA III	BORJA	TABUENCA	19	21
ZARAGOZA III	BORJA	TALAMANTES	24	28
ZARAGOZA III	CARIÑENA	AGUARON	5,3	9
ZARAGOZA III	CARIÑENA	ALADREN	14	17
ZARAGOZA III	CARIÑENA	ALFAMEN	12	17
ZARAGOZA III	CARIÑENA	CARIÑENA	0	0
ZARAGOZA III	CARIÑENA	COSUENDA	11	15
ZARAGOZA III	CARIÑENA	ENCINACORBA	8,2	11
ZARAGOZA III	CARIÑENA	LONGARES	9,6	11
ZARAGOZA III	CARIÑENA	PANIZA	6,9	9
ZARAGOZA III	CARIÑENA	TOSOS	17	16
ZARAGOZA III	CARIÑENA	VILLANUEVA DE HUERVA	17	16
ZARAGOZA III	CARIÑENA	VISTABELLA	18	24
ZARAGOZA III	GALLUR	ALTO DON DIEGO		
ZARAGOZA III	GALLUR	BOQUIÑENI	7,1	10
ZARAGOZA III	GALLUR	CALVARIO (EL)		
ZARAGOZA III	GALLUR	CAMINO DEL POZUELO	16	15
ZARAGOZA III	GALLUR	GALLUR	0	0
ZARAGOZA III	GALLUR	LUCENI	8,3	9
ZARAGOZA III	GALLUR	MALLEN	13	15
ZARAGOZA III	GALLUR	SAN MIGUEL		
ZARAGOZA III	GALLUR	URBANIZACION SAN ANTONIO	2,8	4
ZARAGOZA III	HERRERA DE LOS NAVARROS	AGUILON	13	16
ZARAGOZA III	HERRERA DE LOS NAVARROS	BADENAS	20	25
ZARAGOZA III	HERRERA DE LOS	COLLADICO (EL)	26	40

**Informe Especial  
del Justicia sobre Sanidad  
en el Medio Rural**

	NAVARROS				
ZARAGOZA III	HERRERA DE LOS NAVARROS	DE	LOS	HERRERA DE LOS NAVARROS	0 0
ZARAGOZA III	HERRERA DE LOS NAVARROS	DE	LOS	LOSCOS	26 31
ZARAGOZA III	HERRERA DE LOS NAVARROS	DE	LOS	LUESMA	11 27
ZARAGOZA III	HERRERA DE LOS NAVARROS	DE	LOS	MEZQUITA DE LOSCOS	26 34
ZARAGOZA III	HERRERA DE LOS NAVARROS	DE	LOS	MONFORTE DE MOYUELA	31 36
ZARAGOZA III	HERRERA DE LOS NAVARROS	DE	LOS	NOGUERAS	12 16
ZARAGOZA III	HERRERA DE LOS NAVARROS	DE	LOS	PIEDRAHITA	30 50
ZARAGOZA III	HERRERA DE LOS NAVARROS	DE	LOS	SANTA CRUZ DE NOGUERAS	15 20
ZARAGOZA III	HERRERA DE LOS NAVARROS	DE	LOS	VILLAR DE LOS NAVARROS	8,5 12
ZARAGOZA III	HERRERA DE LOS NAVARROS	DE	LOS	VIRGEN DE HERRERA	
ZARAGOZA III	SADABA			ALERA	8,3 7
ZARAGOZA III	SADABA			BIOTA	11 10
ZARAGOZA III	SADABA			CASTILISCAR	12 11
ZARAGOZA III	SADABA			LAYANA	2,9 4
ZARAGOZA III	SADABA			LUESIA	28 27
ZARAGOZA III	SADABA			MALPICA DE ARBA	19 19
ZARAGOZA III	SADABA			SADABA	0 0
ZARAGOZA III	SADABA			UNCASTILLO	15 13
ZARAGOZA III	SOS DEL REY CATOLICO			BAGÜES	37 44
ZARAGOZA III	SOS DEL REY CATOLICO			BARUES	13 18
ZARAGOZA III	SOS DEL REY CATOLICO			CAMPO REAL	9,4 10
ZARAGOZA III	SOS DEL REY CATOLICO			GORDUES	7,4 10
ZARAGOZA III	SOS DEL REY CATOLICO			GORDUN	16 19
ZARAGOZA III	SOS DEL REY CATOLICO			ISUERRE	19 22
ZARAGOZA III	SOS DEL REY CATOLICO			LOBERA DE ONSELLA	23 26
ZARAGOZA III	SOS DEL REY CATOLICO			LONGAS	31 35
ZARAGOZA III	SOS DEL REY CATOLICO			MAMILLAS	11 16
ZARAGOZA III	SOS DEL REY CATOLICO			NAVARDUN	10 14
ZARAGOZA III	SOS DEL REY CATOLICO			PINTANO	28 31
ZARAGOZA III	SOS DEL REY CATOLICO			SOFUENTES	16 23
ZARAGOZA III	SOS DEL REY CATOLICO			SOS DEL REY CATOLICO	0 0
ZARAGOZA III	SOS DEL REY CATOLICO			UNDUES DE LERDA	13 19
ZARAGOZA III	SOS DEL REY CATOLICO			UNDUES PINTANO	25 31
ZARAGOZA III	SOS DEL REY CATOLICO			URRIES	12 16
ZARAGOZA III	TAUSTE			NOVILLAS	15 15
ZARAGOZA III	TAUSTE			PRADILLA DE EBRO	7,2 13
ZARAGOZA III	TAUSTE			SANCHO ABARCA	9,2 10
ZARAGOZA III	TAUSTE			SANTA ENGRACIA	7,7 9
ZARAGOZA III	TAUSTE			TAUSTE	0 0

# Informe Especial del Justicia sobre Sanidad en el Medio Rural