



BOLETÍN OFICIAL DE LAS **CORTES DE ARAGÓN**

Número 255
Fascículo 1.º
Año XL
Legislatura X
22 de noviembre de 2022

Sumario

10. JUSTICIA DE ARAGÓN 10.2. INFORMES ESPECIALES

Informe especial del Justicia de Aragón sobre
sanidad en el medio rural. 18190

10. JUSTICIA DE ARAGÓN

10.2. INFORMES ESPECIALES

Informe especial del Justicia de Aragón sobre sanidad en el medio rural.

PRESIDENCIA DE LAS CORTES DE ARAGÓN

La Mesa de las Cortes de Aragón, en sesión celebrada el día 8 de noviembre de 2022, ha conocido el Informe especial presentado por el Justicia de Aragón sobre sanidad en el medio rural.

De conformidad con lo establecido en el artículo 9 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Justicia de Aragón, ha ordenado su publicación en el Boletín Oficial de las Cortes de Aragón.

Zaragoza, 8 de noviembre de 2022.

El Presidente de las Cortes
JAVIER SADA BELTRÁN

Informe especial del Justicia de Aragón sobre sanidad en el medio rural

Índice

1. INTRODUCCIÓN.....	18191
2. MARCO JURÍDICO.....	18194
2.1. NORMATIVA ESTATAL.....	18194
2.2. LA LEY ESTATAL Y LAS ADMINISTRACIONES LOCALES.....	18195
2.3. NORMATIVA ARAGONESA.....	18196
3. METODOLOGÍA.....	18199
3.1. RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN.....	18200
3.2. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA.....	18201
3.3. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS.....	18201
4. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	18201
4.1. DEPARTAMENTO DE SANIDAD.....	18201
4.1.1. Zonas de Salud y población.....	18201
4.1.2. Personal.....	18209
4.1.3. Acreditación unidades docentes Atención Familiar y Comunitaria.....	18217
4.1.4. Atención comunitaria.....	18220
4.1.5. Atención urgente.....	18222
4.1.6. Inversiones.....	18226
4.1.7. Tecnologías de la Información y la Comunicación-Telemedicina -Digitalización.....	18227
4.2. ENTIDADES LOCALES.....	18228
4.3. VISITAS CENTROS DE SALUD.....	18234
4.4. COLEGIOS PROFESIONALES.....	18235
4.5. ENTIDADES CON PRESTACIONES SANITARIAS.....	18238
4.5.1. Cruz Roja.....	18238
4.5.2. Los ESAD: Salud y Hospital de San Juan de Dios.....	18239
4.6. PRESTACIONES SANITARIAS PRIVADAS EN EL ÁMBITO RURAL.....	18240
4.7. ÁMBITO RESIDENCIAL.....	18241
4.7.1. Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales.....	18241
4.7.2. Arade.....	18242
4.7.3. Lares.....	18242
5. CONCLUSIONES.....	18242
6. PROPUESTAS.....	18245
7. BIBLIOGRAFÍA / WEBGRAFÍA.....	18247
ANEXOS.....	18250
ANEXO I. Conclusiones XXXV Jornadas Coordinación de Defensores del Pueblo.....	18251
ANEXO II. Formulario enviado a los Ayuntamientos.....	18251
Información al Departamento de Sanidad.....	18258
Información al Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales.....	18281
ANEXO III – COLEGIOS PROFESIONALES.....	18284
Colegio nacional de ópticos optometristas de Aragón.....	18284
Colegio de Psicología de Aragón.....	18286
Colegios de Farmacéuticos de Aragón.....	18287
Colegios oficiales de médicos de Aragón.....	18308
Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Aragón.....	18322
Colegios de Enfermería de Aragón.....	18328
ANEXO IV – ENTIDADES.....	18338
Cruz Roja.....	18338
Arade.....	18399
Lares Aragón.....	18408
ANEXO IV – DISTANCIAS.....	18409

1. INTRODUCCIÓN

En la reunión de coordinación que todas las defensorías españolas mantienen anualmente, celebrada en 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.

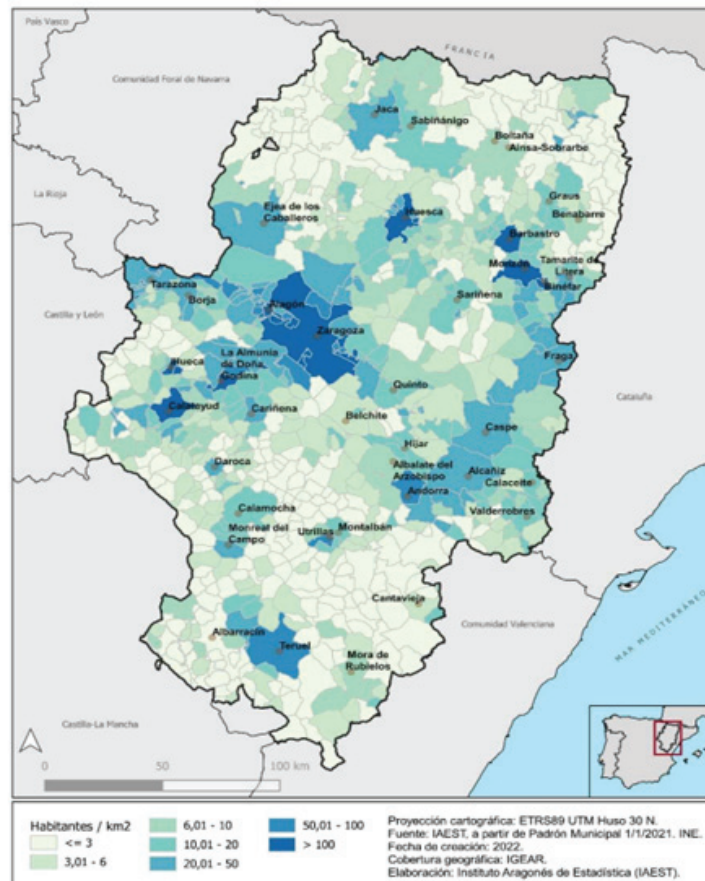
Cuando parecía que el virus empezaba a estar vencido, o cuando menos creíamos que sabíamos vivir con él, se tomó la decisión de proseguir con aquel inicial proyecto, a la espera de que, en octubre de este 2022, León acogiera la reunión que diera visibilidad al trabajo realizado.

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 Justiciazgo 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 Km² de extensión, lo cual nos daría un índice de densidad de 27,79 habitantes por Km², si bien con una distribución muy desigual a lo largo de nuestro territorio con zonas consideradas auténticos desiertos demográficos (menos de 3 habitantes por Km²) y zonas densamente pobladas (más de 100 hab/Km²), 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	%
Total	731	100	1.326.261	100
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	%
Total	1.326.261	100	47.385.107	100
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 deportiva 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 infraestruc-

turas 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.º 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 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 pre-pandemia, 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. RECOPIACIÓN 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 cualitativo 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 trasversales 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 lo 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
	VALDERROBRES

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	Total
		Hasta 14 años	De 15 a 64 años	De 65 a 79 años	Mas de 80 años	dTotal	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	
	AÍNSA	357	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	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	
	BIASCAS-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	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	
	VALDEROBRES	327	1.699	418	200	2.644	303	1.404	380	295	2.382	5.026	
	HÍJAR	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	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	
	ALAGA	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 JALÓN	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
	BIJARALÓZ	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
	TAUJSTE	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 10000 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 Albaracín), 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
Total	1.279

(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

ATENCIÓN PRIMARIA									
PUESTOS	SECTOR ZARAGOZA I	SECTOR ZARAGOZA II	SECTOR ZARAGOZA III	SECTOR CALATAYUD	SECTOR HUESCA	SECTOR BARBASTRO	SECTOR TERUEL	SECTOR ALCAÑIZ	TOTAL CATEGORIA
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
TOTAL	162	313	290	89	138	155	154	117	1.418

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
	121	167	95	161	156	197	374	328	1.599

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 ATENCIÓN CONTINUADA EN AP.	ENFERMERA/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 CASTEJÓN 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 MONZÓN RURAL	5	4			6		
	EAP TAMARITE DE LITERA	10			2	8	1	1

SECTOR	EAP	ENFERMERA	ENFERMERA ATENCIÓN 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.AVERBE	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 ATENCIÓN 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 CALACETTE	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

SECTOR	EAP	ENFERMERA	ENFERMERA ATENCIÓN 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 ALAGA	2	2		2	3		
	CENTRO SALUD BAGUENA	3	2		2	2		
	CENTRO SALUD CALAMOCHA	8	2		4	10		1
	CENTRO SALUD CEDRELLAS	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 ATENCIÓN 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 ATENCIÓN 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-BUJARALOS	4	2		1	5		
	EAP-LUNA	3	1		1	4		
	EAP-VILLAMAYOR	4	1		2	4		1

SECTOR	EAP	ENFERMERA	ENFERMERA ATENCIÓN 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 ATENCIÓN 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	ENFERMERA ATENCIÓN CONTINUADA EN A.P.	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
TOTAL	346	155	1	154	347	5	25	1.033

(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):

	MF	MAC	Total
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 1001003670Q	MAC
	31 BINEFAR-TTE-ALBALATE 1001003670Q	MAC
32 SECTOR FRAGA-MEQUINENZA 1001003670Q	MAC	
33 SECTOR GRAUS-BENABARRE 1001003670Q	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 ENA.P
	8 MAC MAS DE LA S MA T A S 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 ARZA 1004033620S	MAC
	40 ATECA SIN QAS	MAC
Zaragoza III	50 ILLUECA 1004183620D	MAC
	181 SADA BA 1004243620W	MAC
Zaragoza III	182 SADA BA SIN QAS	MAC
	183 SOS 1004263621Q	MAC

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

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
	MONZÓN RURAL	
	CASTEJÓN DE SOS	2017
	AÍNSA	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
	GRAÑÉN	
	ALMUDEVAR	
	HUESCA RURAL	
	SABIÑANIGO	
	SARIÑENA	2022

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

Sector	NOMBRE ZONA/UBICACIÓN DEL CENTRO DE SALUD	PUESTO DE DIFÍCIL COBERTURA/AÑO
Teruel	BAGUEVA	
	ALTAGA	2017
	MOSQUERUELA	2017
	CEDRILLAS	2017
	VILLE	2022
	SANTA EULALIA DEL CAMPO	
	ALFAMBRA	2017
	SARRIÓ	2017
	ALBARRACÍN	2017
	MORA DE RUBIELOS	2017
	CILLA	
	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 JALÓN	
	ATECA	
	ALHAMA DE ARAGÓN	
	DAROCA	
	CALATAYUD RURAL	
	ILLUECA	2021

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

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%

Sector	MÉDICO DE ATENCIÓN CONTINUADA EN A.P.				
	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%

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.

Sector	PEDIATRA EN ATENCIÓN PRIMARIA				
	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%

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		
HUESCA AFYC HOSPITAL SAN JORGE CS PERPETUO SOCORRO CS PIRINEOS CS SANTO GRIAL BARBASTRO AFYC HOSPITAL DE BARBASTRO CS BARBASTRO TERUEL MFYC HOSPITAL OBISPO POLANCO CS TERUEL-CENTRO CS TERUEL-ENSANCHE ALCAÑIZ MFYC HOSPITAL DE ALCAÑIZ CS ALCAÑIZ CS ANDORRA	ZARAGOZA I AFYC HOSPITAL ROYO VILLANOVA CS ACTUR NORTE CS ACTUR OESTE CS ACTUR SUR CS ARRABAL CS LA JOTA ZARAGOZA II AFYC HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET CS ALMOZARA CS FUENTES NORTE CS SAN JOSÉ CENTRO CS SAN PABLO CS SAN JOSÉ NORTE CS TORRE RAMONA CS TORRERO LA PAZ	ZARAGOZA III MFYC HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA CS BOMBARDA CS CARIÑENA CS DELICIAS NORTE CS DELICIAS SUR CS EPILA CS MIRALBUENO CS OLIVER CS UNIVERSITAS CS UTEBO CS VALDEFIERRO CALATAYUD 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	ZARAGOZA II H. UNIVERSITARIO 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 JOSÉ CENTRO CS SAN PABLO CS SAN JOSÉ NORTE CS TORRE RAMONA CS TORRERO LA PAZ CS ZUERA	ZARAGOZA III CLÍNICO 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 CLÍNICO 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 JOSÉ

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
Total	82	82

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 que-

dando 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	SECTOR	EAP
CALATAYUD	ALHAMA DE ARAGÓN	ZARAGOZA I	BUJARALÓZ
	ARIZA		LUNA
	ATECA		VILLAMAYOR
	CALATAYUD SUR	ZARAGOZA II	CAMPO DE BELCHITE
	DAROCA		SÁSTAGO
	ILLUECA	ZARAGOZA III	BORJA
	MORATA DE JALÓN		CARIÑENA
	SABIÑAN		GALLUR
VILLARROYA DE LA SIERRA	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 Muniés 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
Total	74	66	60

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 concededores 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 salud²¹:

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 2022-2003 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		ATENCIÓN	ATENCIÓN	ATENCIÓN	ATENCIÓN	ATENCIÓN	ATENCIÓN	ATENCIÓN	ATENCIÓN	TOTAL
		PRIMARIA SECTOR ZARAGOZA I	PRIMARIA SECTOR ZARAGOZA II	PRIMARIA SECTOR ZARAGOZA III	PRIMARIA SECTOR CALATAYUD	PRIMARIA SECTOR HUESCA	PRIMARIA SECTOR BARBASTRO	PRIMARIA SECTOR TERUEL	PRIMARIA SECTOR ALCAÑIZ	
PLANTILLA ORGÁNICA AUTORIZADA A 30 DE JUNIO DE 2022	MÉDICO DE ATENCIÓN CONTINUADA EN A.P.	15	28	48	23	28	45	48	35	270
EFFECTIVOS EN ACTIVO A 31 DE MARZO DE 2022	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	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 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
Calatayud	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 CASETAS 1004103622M
	MAC	167 CASETAS SIN CIAS
	MAC	168 CASETAS SIN CIAS
	MAC	169 CASETAS SIN CIAS
	MAC	170 EJE A 1004143621F
	MAC	171 EJE A 1004143622P
	MAC	172 EJE A SIN CIAS
	MAC	173 EJE A SIN CIAS
	MAC	174 EJE A SIN CIAS
	MAC	175 EJE A SIN CIAS
	MAC	176 EJE A 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 PREPARIA SECTOR ZARAGOZA I	ATENCIÓN PREPARIA SECTOR ZARAGOZA II	ATENCIÓN PREPARIA SECTOR ZARAGOZA III	ATENCIÓN PREPARIA SECTOR CALATAYUD	ATENCIÓN PREPARIA SECTOR HUESCA	ATENCIÓN PREPARIA SECTOR BARBASTRO	ATENCIÓN PREPARIA SECTOR TERUEL	ATENCIÓN PREPARIA SECTOR ALCAÑIZ	TOTAL CATEGORÍA
TOTAL NÚMERO DE ATENCIÓN CONTINGUADA EN A.P.	15	28	48	23	28	45	48	35	270
PLAZAS MAC ORIENTADAS ACTO CENTRALIZADO 9/9/2022	7	7	27	8	16	19	18	5	107
PLAZAS MAC SIN ADJUDICAR ACTO CENTRALIZADO 9/9/2022	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 PREPARIA SECTOR ZARAGOZA I	ATENCIÓN PREPARIA SECTOR ZARAGOZA II	ATENCIÓN PREPARIA SECTOR ZARAGOZA III	ATENCIÓN PREPARIA SECTOR CALATAYUD	ATENCIÓN PREPARIA SECTOR HUESCA	ATENCIÓN PREPARIA SECTOR BARBASTRO	ATENCIÓN PREPARIA SECTOR TERUEL	ATENCIÓN PREPARIA SECTOR ALCAÑIZ	TOTAL CATEGORÍA
PORCENTAJE PLAZAS SIN ADJUDICAR SOBRE EL TOTAL PLANTILLA ORGANICA	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
	56 BIESCAS 1001103622X	MAC
Huesca	57 BIESCAS 1001103620P	MAC
	58 BIESCAS EVENTUAL	MAC
	59 HECHO 1001173620L	MAC
	64 SABINÁNIGO EVENTUAL	MAC
Alcañiz	6 EAP CANTA VIEJA 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
	37 ARIZA 1004033620S	MAC
Calatayud	40 A TECA SIN CIAS	MAC
	50 ILLUECA 1004183620D	MAC
Zaragoza II	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
Barbastro	EAP ABIEGO	2	2
	EAP AINSA	3	3
	EAP ALBALATE DE CINCA	1	2
	EAP BENAGARRE	3	2
	EAP BERBEGAL	2	2
	EAP CASTEJÓN DE SOS	5	6
	EAP GRAUS	3	3
	EAP LAFORTUNADA	3	2
	EAP MEQUINENZA	1	2
EAP TAMARITE DE LITERA	2	4	
	25	28	
Huesca	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.GRAÑÉN	2	4
	EQ.ATEN.PRIM.HECHO	1	2
	EQ.ATEN.PRIM.SABIÑANIGO	5	7
	EQ.ATEN.PRIM.SARIÑENA	3	5
	EQ.ATEN.PRIMARIA-BIASCAS	5	6
	25	39	

Sector		Médico de Atención Con tinuada en AP	Enfermera Atención Con tinuada en AP
Alcañiz	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 VALDERRIBRES	1	2
	20	23	
Teruel	CENTRO SALUD ALBARRACIN	7	3
	CENTRO SALUD ALFAMBRÁ	3	2
	CENTRO SALUD ALIAGA	2	2
	CENTRO SALUD BAGÜENA	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 SARRIÓN	4	2
	CENTRO SALUD UTRILLAS		3
CENTRO SALUD VILLEL	4	2	
	36	32	

Sector		Médico de Atención Con tinuada en AP	Enfermera Atención Con tinuada en AP
Catalayud	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	
	21	13	
Zaragoza I	EAP-BUJARALOC	1	2
	EAP-LUNA	1	1
	EAP-VILLAMAYOR	2	1
	4	4	
Zaragoza II	EAP - CAMPO DE BELCHITE	4	3
	EAP - SASTAGO	2	2
		6	5
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	
	17	11	

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 Aragonés 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 adquieran 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 asis-

tencial pudieran disponer en el menor tiempo posible de este equipamiento y con ello aumentar su capacidad resolutoria. 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 implantando 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.

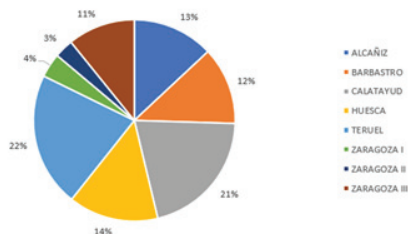
Para la elaboración del presente informe y con el objetivo de conocer de primera mano los datos que afectan a los municipios aragoneses, se dirigió un cuestionario a un total de 601 municipios, recibiendo respuesta de 402 de ellos.

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.

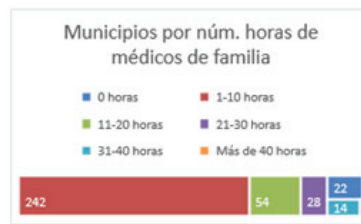
¿Cuántos médicos de familia tiene asignado su municipio?



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 entre 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 Internet							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
Total general	1	320	16	6	1	1	1	346

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 informático						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
Total general	10	312	16	6	1	1	346

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
Total general	5	316	15	6	2	1	1	346

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 enfermería						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
Total general	10	317	13	4	1	1	346

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.

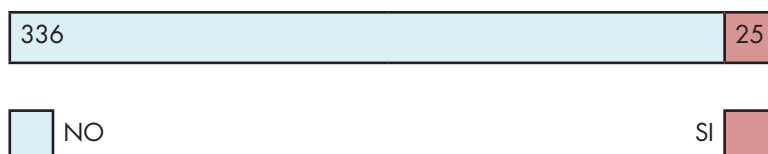
Núm. Consultorios	Consultorios con sala de espera						Total
	0	1	2	3	4	5	
0	0	0	0	0	0	0	0
1	12	307	0	0	0	0	0
2	0	4	13	0	0	0	0
3	0	1	1	4	0	0	0
4	0	0	0	1	1	0	0
5	0	0	0	0	0	1	0
6	0	0	0	0	0	0	1
Total general	12	312	14	5	1	1	1

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.

Número de municipios con convenio



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.

a. 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

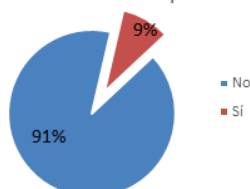
9. ¿El Ayuntamiento pone a disposición de los vecinos que lo necesiten un servicio de transporte para que puedan acudir a su centro de salud?

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
Total general	361

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 palían 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 personal 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 establecimientos 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.

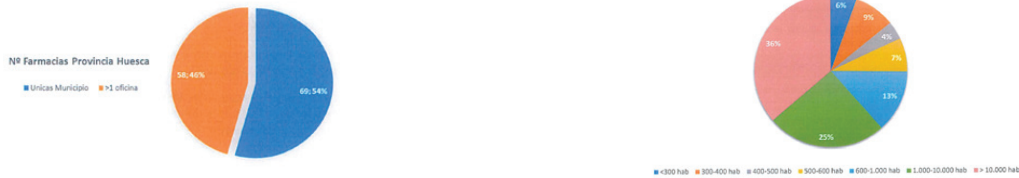
Colegios oficiales de farmacéuticos

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:



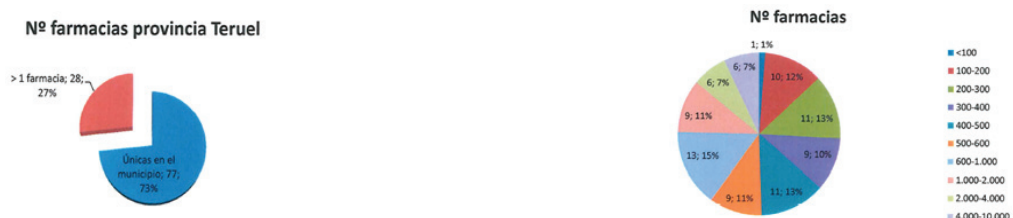
Como características fundamentales se señalan:

- 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 20221 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, Ildes, 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.msrebs.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 Justicazgo, 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, medicina 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 del 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 avanzada, 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
mas de 10.000 hab	573	580	659	388
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
menos de 10.000 hab	387	314	354	235
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
Total general	960	894	1.013	623

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
154	52	26	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.

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 Comarcas) 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 ineficiencias 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 decidido 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

- 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

- 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+Ara%C3%B3n+2022_2023.pdf/5cbbacb4-7eb0-3896-43e0-103f986c758a?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_des-fin_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

- 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>